

Travail de Bachelor en Soins Infirmiers

Véronique Haberey Knuessi, Directrice du Travail de Bachelor

PSYCHOÉDUCATION ET SCHIZOPHRÉNIE : QUELS BÉNÉFICES POUR LES PATIENTS ?

Noémie Migliorini

Lucie Vermot

Maeva Wyttenbach

3 juillet 2015

Remerciements

Nous souhaitons adresser nos remerciements aux personnes qui nous ont apporté leur aide et qui ont contribué à l'élaboration de ce travail de Bachelor.

Nous tenons à remercier sincèrement Madame Véronique Haberey Knuessi, notre Directrice de travail, qui s'est montrée à l'écoute et disponible pour nous. Son aide et le temps qu'elle a bien voulu nous consacrer ont contribué à ce que notre travail de Bachelor puisse voir le jour.

Nous adressons également nos remerciements à Madame Pauline Matthey, infirmière en psychiatrie, qui a eu la gentillesse de répondre à nos questions, lesquelles nous ont aidées à préciser notre problématique.

Nous remercions nos familles pour leur soutien et leur patience et plus particulièrement Madame Sylviane Migliorini et Monsieur Jean-Bernard Vermot qui ont accepté de relire et corriger notre dossier.

Enfin, n'oublions pas tous nos proches et amis, qui nous ont encouragées durant la rédaction du présent travail de Bachelor.

Résumé

But : Comprendre si la psychoéducation a un effet positif sur la compliance au traitement médicamenteux chez les patients schizophrènes.

Méthode : Nous avons sélectionné 10 articles sur les bases de données PubMed, Cinhal, Medline, PsycInfo en lien avec notre question de recherche qui est la suivante : chez les patients schizophrènes, la psychoéducation favorise-t-elle la compliance à la prise du traitement médicamenteux ?

Résultats : Les recherches scientifiques démontrent que la psychoéducation influence de manière positive la compliance au traitement et que l'impact de cette dernière peut être optimisé si la famille est incluse dans la prise en charge. La psychoéducation diminue les symptômes tant négatifs que positifs de la schizophrénie et permet d'améliorer la qualité de vie des patients tout en diminuant les jours d'hospitalisation et les risques de rechute.

Conclusion : Ce travail met en lumière les bénéfices que représente la psychoéducation pour le patient, sa famille et les soignants mais également en termes de coûts financiers. Nous aimerions qu'il sensibilise les établissements qui travaillent avec des patients souffrant de schizophrénie à favoriser la psychoéducation dans leurs services.

Mots-Mesh : Schizophrenia; Psychoeducation; Compliance; Treatment

Table des matières

1.	Introduction	1
2.	Problématique	3
2.1.	Pertinence pour les soins infirmiers.....	6
2.2.	Influence sur les 4 modes de savoir selon Carper, 1978 ; Chinn et Kramer, 2008	10
2.3.	Revue exploratoire.....	13
2.4.	Perspectives et propositions pour la pratique.....	17
2.5.	Principaux concepts	18
3.	Concepts et champs disciplinaires infirmiers	21
3.1.	Les principaux concepts	21
3.1.1.	Schizophrénie	21
3.1.2.	Prévention des rechutes	26
3.1.3.	Education thérapeutique et psychoéducation	31
3.1.4.	Rôle infirmier	34
3.2.	Cadre théorique.....	36
4.	Méthode	43
4.1.	Question de recherche selon le modèle PICOT.....	43
4.2.	Question de recherche	43
4.3.	Critères de sélection des articles.....	44
4.4.	Critères d'inclusion et d'exclusion des articles	45
4.5.	Sélection des articles dans les bases de données	47
5.	Synthèse des résultats et discussions.....	51
5.1.	Présentation des résultats	51
5.2.	Analyse des résultats en lien avec la question PICOT et liens avec la théorie de Pender	63
5.3.	Perspectives et propositions pour la pratique.....	68
6.	Conclusion	71
6.1.	Éléments facilitants.....	71
6.2.	Éléments contraignants.....	72

6.3.	Limites du travail	73
6.4.	Perspective pour la recherche.....	74
7.	Bibliographie	75
8.	Annexes.....	92

1. Introduction

Afin d'obtenir notre Bachelor en soins infirmiers, nous devons réaliser un travail de Bachelor, au cours de la deuxième et troisième année de formation.

Le présent travail de Bachelor répond aux critères HES-SO et se présente sous la forme d'une revue de littérature. Pour effectuer cette recherche de littérature, nous avons dû choisir un thème pour orienter notre travail. Le thème choisi est la réhabilitation psychosociale des personnes psychotiques. A partir de ce thème, nous avons dû élaborer un questionnement clinique professionnel. Nous nous sommes questionnées sur le taux élevé de rechutes chez les patients schizophrènes et avons réalisé une revue exploratoire sur ce sujet. Cela nous a permis d'élaborer une question de recherche et nous avons pu interroger diverses bases de données afin de pouvoir sélectionner dix articles qui traitaient du sujet.

Les articles sélectionnés ont été analysés à partir de la grille de Fortin (2010). Ceci nous a permis d'en faire une analyse minutieuse et de pouvoir déterminer si les articles que nous avons choisis étaient fiables.

Une fois l'analyse terminée, nous avons comparé les résultats de tous les articles.

Nous avons également dégagé à partir de chaque article les recommandations que les auteurs faisaient pour la pratique.

Ce travail de Bachelor nous a permis de développer notre esprit critique. En effet, la grille de Fortin (2010) nous a obligées à nous poser beaucoup de questions à propos des articles sélectionnés et nous avons parfois dû constater que les études choisies n'étaient pas basées sur des données scientifiques suffisamment précises pour que nous puissions nous fier aux résultats.

Au travers de ce travail de Bachelor, nous avons développé nos connaissances sur la prise en charge des patients schizophrènes, ce que nous pouvons mettre en lien avec ce que nous avons observé dans la pratique. Nous saurons à l'avenir être plus adéquates lorsque nous serons en contact avec des patients souffrant de schizophrénie.

2. Problématique

Pour la réalisation de notre travail de Bachelor, nous avons choisi le thème de la réhabilitation psychosociale des personnes psychotiques. Ce sujet a immédiatement suscité notre intérêt, car nous avons toutes les trois effectué un stage dans un hôpital de jour de la région qui accueille, entre autres pathologies, des personnes psychotiques pour une hospitalisation en post-crise.

Pendant cette période de formation pratique, nous avons travaillé avec des patients souffrant de troubles psychotiques et nous avons pu constater qu'il existe différentes possibilités de réhabilitation psychosociale pour ces personnes dans le canton de Neuchâtel. Dans certaines situations, elles ont la possibilité d'être intégrées à des ateliers de travail tels qu'Alfaset ou, plus spécifiquement, l'atelier Area d'Alfaset qui est un atelier de réhabilitation pour les personnes en difficultés psychiques et/ou sociales. Cela permet à ces personnes de se construire progressivement un réseau social.

Pour certaines personnes toutefois, il est impossible d'envisager une réinsertion dans la société par le travail. L'équipe soignante des hôpitaux de jour travaille donc avec eux la réhabilitation psychosociale par des activités de la vie quotidienne, telles que faire les courses, téléphoner au médecin ou obtenir un rendez-vous chez la coiffeuse. Ces différentes activités sont

proposées aux patients sous forme d'ateliers. L'équipe soignante anime des groupes de patients afin de leur permettre d'entraîner ou apprendre des habiletés relationnelles. Il s'agit par exemple de trouver une manière adaptée de s'adresser aux autres, de demander un renseignement à quelqu'un ou de faire part de son désaccord sans être agressif.

L'équipe soignante travaille aussi par groupes sur la connaissance de la maladie, c'est-à-dire sur la reconnaissance des signes et symptômes de la pathologie ou l'obtention de renseignements sur le traitement. Ceci donne aux différents patients la capacité d'avoir un plus grand pouvoir d'action sur leur santé. Dans la prise en charge, des rendez-vous fréquents avec le psychiatre de l'établissement sont agendés afin d'adapter le traitement médicamenteux des patients si cela est nécessaire, et de discuter de leur situation.

En outre, l'équipe anime un groupe utilisant pour support un jeu de cartes, le Michael's Game (Khazaal et al., 2006), spécialement conçu pour les personnes psychotiques. Nous développerons cet aspect plus loin.

Lors de nos stages, nous avons toutes les trois rencontré des patients souffrant de schizophrénie et cette maladie nous a intriguées. Les différents apports de cours que nous avons eu sur cette pathologie avaient forgé en

nous une image de la schizophrénie qui n'était pas le reflet de la réalité et cela nous a donné envie d'approfondir nos connaissances.

De plus, nos différentes expériences et démarches de soins appliquées avec des patients schizophrènes nous ont permis de faire le constat que chacun d'entre eux avait déjà fait au moins une rechute depuis la déclaration de la pathologie malgré l'offre de soins proposée.

Une décompensation ayant de nombreuses répercussions négatives sur la vie des patients, comme notamment les capacités cognitives et sociales, nous nous sommes interrogées sur la prise en charge proposée dans les différents établissements. Nous avons voulu savoir ce qui pouvait être mis en place ou fait autrement pour éviter ou diminuer tout au moins le nombre de rechutes.

Ces différentes approches et expériences nous ont amenées à nous poser les questions suivantes :

- 1. Comment le rôle infirmier peut-il influencer la prévention des rechutes chez les patients schizophrènes ?*
- 2. Quelles sont les approches infirmières à privilégier pour favoriser la prévention de la rechute des patients schizophrènes sur le court et le long terme?*
- 3. Quelles interventions spécifiques l'infirmière peut-elle offrir au patient lors de l'apparition de symptômes psychotiques ?*

2.1. Pertinence pour les soins infirmiers

Ces questions sont pertinentes pour les soins infirmiers car elles sont ancrées dans la discipline infirmière. En effet, elles se réfèrent aux quatre concepts du métaparadigme infirmier décrits par Fawcett (1984) : la personne, la santé, les soins et l'environnement. Il s'agit de quatre concepts fondamentaux qui fondent les théories de soins infirmiers. Nos questions de départ amènent à un questionnement qui interroge les soins infirmiers d'un point de vue théorique dans la mise en lien avec la pathologie de la schizophrénie. Cela permettra de faire par la suite un lien entre notre travail et une théorie de soins. C'est dans cette perspective que nous proposerons notre réflexion autour d'une théorie de soins spécifiques. Cela sera également pertinent pour les soins infirmiers car le questionnement étant fondé sur des principes de base des théories de soins, il sera alors possible de faire des liens dans d'autres domaines de la pratique soignante.

Dans le paradigme de l'intégration, en ce qui concerne la personne, les théories infirmières affirment sa place centrale durant les soins. C'est un être qui est non seulement biologique, psychologique, social, mais également spirituel. La personne est dotée d'une conscience et est en interaction constante avec son environnement. L'individu est placé au centre de la prise en charge, l'infirmière travaille sur tous les aspects de la personne (Pepin et al., 2010). Chez un patient souffrant de schizophrénie, il en ira de même :

l'infirmière travaillera avec la personne mais également avec son entourage et ses proches afin de l'aider dans sa santé. On voit alors que la personne est au centre du travail infirmier.

Dans le paradigme de l'intégration, l'environnement est un terme à prendre au sens large. Il peut être compris comme l'environnement physique, psychique, social ou spirituel. Il aura un effet et des influences directes ou indirectes sur la personne et son développement. Il pourra influencer les comportements de santé d'une personne (Pepin et al., 2010). Dans la schizophrénie par exemple, l'environnement influence énormément la personne. En effet, les patients qui souffrent de schizophrénie ont une tolérance plus faible au stress causé par ce qui les entoure. Les symptômes de la maladie tels que les hallucinations rendent les personnes fragiles, sur le qui-vive, à l'affût de tout. Les événements comme le bruit, la présence d'une foule procurant un léger stress chez une personne « saine » n'auront donc pas les mêmes effets chez une personne souffrant de schizophrénie. Les situations empreintes de stress, sous toutes leurs formes, auront un impact considérable sur la santé de l'individu.

La définition de la santé constitue, selon l'OMS, un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. Il sera donc important de ne pas uniquement considérer la maladie. Afin d'agir de façon adéquate sur la santé, il est

nécessaire que la personne s'implique dans sa prise en soins. Le patient souffrant de schizophrénie devra comprendre sa pathologie, les risques, les traitements afin de mettre des stratégies en place pour préserver ou rétablir sa santé, son bien-être. Pour cela, il sera également important d'apporter du soutien à la personne car la schizophrénie est une pathologie dont le malade ne mesure pas toujours l'ampleur. L'entourage est alors très important dans la reconnaissance de certains signes de stress pouvant par exemple engendrer une rechute.

Les soins, quant à eux, viseront à rétablir l'équilibre que la personne a perdu lors de sa transition vers la maladie. Ils peuvent être de divers types. Dans le contexte de la schizophrénie, il y aura différentes sortes de soins, notamment les soins préventifs comme la reconnaissance des signes de stress ou les soins curatifs comme le traitement médicamenteux et la réhabilitation par la participation aux groupes d'affirmation de soi par exemple.

Ces quatre métaparadigmes interagissent également entre eux. Ils démontrent la complexité de la santé. Les quatre composantes du métaparadigme influent les uns sur les autres. Il faut donc prendre en compte chacun de ces concepts afin de favoriser la santé d'un individu. Fawcett (1984) émet quatre propositions :

- Lien être humain – santé : l'infirmière s'intéresse ici aux processus de

vie et de mort qui influencent l'humain et sa santé. Si on fait le lien avec la schizophrénie, l'infirmière s'intéressera à la maladie, au sens que donne l'individu à sa pathologie par exemple.

- Lien être humain – environnement : il s'agit ici du lien entre les expériences humaines que vit le patient schizophrène atteint dans son corps et des influences du monde qui l'entoure sur sa maladie. L'environnement occupe une place importante dans la schizophrénie étant donné l'impact qu'il peut avoir sur cette pathologie.
- Lien santé – soins : dans cette proposition, l'infirmière devra réfléchir aux actions qu'il sera utile de mettre en place afin de promouvoir la santé du patient et de l'aider à y parvenir. L'infirmière travaillera avec le patient afin de définir sa vision de la santé (comment se sent-il en santé ?). Elle mettra en place des interventions permettant à la personne de maintenir ou rétablir un sentiment de bien-être, que ce soit par le suivi du traitement médicamenteux ou par des mesures de réhabilitation dans un atelier de travail par exemple.
- Liens santé – environnement - être humain : ici l'infirmière mettra en lien les processus de santé et de maladie chez le patient schizophrène tout en prenant en compte les facteurs environnementaux dans son analyse afin de pouvoir considérer le patient dans sa globalité et agir

sur tous les plans.

Les quatre métaparadigmes vont être influencés par quatre modes de savoir (Carper, 1978 ; Chinn et Kramer, 2008) qui régissent les habiletés et les connaissances de l'infirmière.

2.2. Influence sur les 4 modes de savoir selon Carper, 1978 ; Chinn et Kramer, 2008

Les infirmières vont être amenées à travailler avec ces quatre modes de savoir qui sont considérés comme la clé de la discipline. En effet, selon Carper (1978), ces quatre savoirs sont nécessaires pour comprendre la profession, l'orientation de ses valeurs, sa nature ainsi que les fondements philosophiques de la pratique.

Le savoir empirique : d'après Pépin, Kérouac et Ducharme (2010), il se réfère aux connaissances issues de la recherche scientifique. Ces connaissances sont généralement organisées autour de lois et de théories qui vont permettre de prédire, d'expliquer et de comprendre certains événements du quotidien. En soins infirmiers, le mode empirique s'exprime par la capacité des infirmières à remettre en question leurs actions de soins. Cette remise en question va être la porte d'entrée d'une démarche d'analyse qui, en s'appuyant sur une recherche précise dans la littérature scientifique va

pouvoir fournir des pistes de réponses qui pourront ensuite être intégrées aux actions de soins. Ce savoir est fondamental dans la réalisation de ce dossier. En effet, nous nous questionnons sur la meilleure manière de prendre en charge les patients schizophrènes afin d'éviter qu'ils ne rechutent. Cette question est née d'une observation de la pratique. Nous allons donc essayer d'analyser la problématique en la reliant à des concepts pour chercher des éléments de réponse dans la littérature scientifique, afin d'être en mesure de les intégrer à notre pratique.

Le savoir esthétique : d'après Pépin et al. (2010), il est lié à l'art des soins infirmiers. Les connaissances sont issues des différentes expériences créatives et subjectives vécues lors des soins infirmiers. Ce savoir n'a pas de fondements universels mais il est propre à chacun. Selon Chinn et Kramer (2008), l'infirmière, pour développer et appliquer son savoir esthétique, doit se questionner sur la signification de chaque situation de soins qu'elle rencontre. Cela permettra au patient et à son entourage d'y trouver un sens à leur tour. Dans notre travail de Bachelor, le savoir esthétique pourrait s'exprimer de la façon suivante : nous nous sommes toutes les trois mises d'accord sur le sujet que nous souhaitons aborder mais en y mettant chacune une signification différente en fonction de nos expériences. Les réponses que nous allons apporter à la question seront les mêmes pour les trois, mais la manière dont nous allons les intégrer et les comprendre vont être différentes selon notre vécu et nos expériences.

Le savoir personnel : il correspond à la connaissance que l'infirmière a d'elle-même, ainsi que de son rôle. Il s'agit donc de la manière dont l'infirmière se perçoit en tant que personne et comme soignante. Ce savoir favorise également les notions d'intégrité et d'intégralité. Chinn et Krammer (2008) considèrent que les contacts et relations avec autrui favorisent le développement et l'actualisation de la personne. Le savoir personnel s'exprime par la congruence, l'authenticité et l'ouverture à l'autre de l'infirmière, permettant ainsi au patient d'en faire de même. Il se développe par la pratique réflexive. Selon Carper (1978), le savoir personnel permet l'utilisation thérapeutique de soi. Le savoir personnel peut nous permettre dans notre travail de Bachelor, d'analyser les relations soignant-soigné et de découvrir les éventuelles influences que peut avoir l'infirmière sur la prévention des rechutes ou sur la prise en charge des rechutes elles-mêmes.

Le savoir éthique : selon Pépin et al. (2010), il fait référence aux jugements d'ordre moral rencontrés dans les situations de soins. Il permet à l'infirmière de se questionner sur sa pratique, sur ce qui est bien ou mal, ce qui est juste ou faux. Il concerne les valeurs et les normes qui sont importantes pour le patient et qui, dans la singularité de la situation, relève des meilleures interventions possibles. Dans notre travail de Bachelor, le savoir éthique peut nous permettre de considérer la personne comme un sujet singulier avec des valeurs et des besoins qui lui sont propres. En lien avec cela, les soins seront

adaptés aux conditions de vie de la personne et à ses valeurs. Il nous permettra de questionner nos propres valeurs de soignantes et de pouvoir envisager des soins en adéquation, tout en respectant celles du patient.

2.3. Revue exploratoire

Le but de cette revue exploratoire est de mieux cibler le sujet et de s'en imprégner. En effet, passablement d'études ont été réalisées sur la schizophrénie et nous voulions savoir quels étaient actuellement les demandes et les besoins au niveau de la recherche.

Comme cité précédemment, nous avons fait des recherches durant nos stages sur la schizophrénie pour développer nos connaissances sur la pathologie et en connaître les spécificités. Dans un premier temps, nous avons consulté des ouvrages à la bibliothèque, notamment le DSM-IV, pour réactualiser nos connaissances sur la schizophrénie. Ceci afin de nous permettre d'avoir une compréhension plus approfondie de cette pathologie et de prendre en considération ses différentes facettes.

Nous avons ensuite consulté des ouvrages qui parlent de la réadaptation des patients accueillis en milieu psychiatrique, notamment un ouvrage de Gilles Vidon (1995), qui traite de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie.

Cet ouvrage expose le fait que la réhabilitation des personnes atteintes de schizophrénie avait nettement évolué depuis l'apparition des traitements neuroleptiques. En effet, ceux-ci ont un effet sur les symptômes et donc également sur la réhabilitation.

Puis, après avoir mis en lumière nos questions de départ, nous nous sommes questionnées sur ce qui se faisait actuellement dans les établissements de soins psychiatriques du canton de Neuchâtel, l'hôpital de jour mis à part. Afin de répondre à cette question, nous avons rencontré Madame Pauline Matthey, infirmière en psychiatrie qui travaille dans un service prenant en charge des patients souffrant de schizophrénie.

Les patients sont accueillis dans ce service après une phase aiguë, c'est-à-dire après un épisode psychotique comprenant des hallucinations et des délires. Afin de pouvoir commencer la prise en charge du patient de manière optimale, la première chose à entreprendre est d'atténuer les symptômes puis de tendre vers leur disparition à l'aide de traitements antipsychotiques.

Dans un second temps, une fois les hallucinations et délires disparus, l'infirmière cherche à examiner avec le patient ce qui s'est passé au cours de cet épisode afin qu'il puisse identifier les raisons qui l'ont amené à vivre cette phase aiguë et en reconnaître les signes avant-coureurs au cas où l'événement devait se reproduire.

Lorsque le patient est suffisamment stable, l'infirmière lui propose de prendre part à un groupe thérapeutique pour travailler à mieux connaître sa maladie. Ici, il s'agit de donner au patient les connaissances suffisantes pour qu'il sache de quoi il souffre et les facteurs auxquels il doit prêter attention.

Selon l'infirmière que nous avons rencontrée, ce groupe thérapeutique est très bénéfique dans la mesure où certains patients ne connaissent pas leur maladie et les enjeux qui lui sont liés. Cependant, et cet avis est partagé par les infirmiers de son service, parfois les patients n'y trouvent pas de sens car les explications sont très générales et ne sont pas mises en lien avec la situation de la personne. Tout épisode de psychose étant propre à chacun, il semblerait plus pertinent de travailler individuellement avec les patients. De plus, ces ateliers n'ont pas lieu toutes les semaines et le manque de régularité génère une perte de sens et de cohésion dans les apports espérés.

En ce qui concerne la famille des patients, elle est incluse dans la prise en charge à condition qu'elle soit une ressource pour le patient. Bien que les soignants tentent de travailler avec le réseau, dans bien des cas, les proches ne sont pas amenés à participer à la prise en charge. Soit parce qu'ils n'entretiennent pas de bonnes relations avec le patient, soit parce que la famille est épuisée. Dans ce cas, l'équipe soignante ne souhaite pas leur faire porter une charge supplémentaire.

Lorsque nous avons abordé le sujet de la rechute avec Madame Matthey, celle-ci nous a expliqué qu'il était extrêmement fréquent que les mêmes patients reviennent dans le service. Elle nous a confié également le sentiment d'incompétence ressenti au sein de l'équipe chaque fois qu'un patient revient et que le travail est à recommencer. De plus, elle nous a révélé que lorsqu'un patient fait une rechute et est réhospitalisé dans le service, il a, dans la plupart des cas, cessé de prendre son traitement médicamenteux. Selon cette professionnelle, s'il était possible de maintenir la prise du traitement médicamenteux sur le long terme, le risque de rechute serait nettement diminué. Il est donc utile de réfléchir aux moyens de favoriser cette constance dans la prise du traitement.

Cet échange nous a permis de confirmer que la rechute chez le patient schizophrène est fréquente. La question centrale est celle de l'importance de la prise du traitement afin de diminuer les risques de rechutes.

Après avoir récolté ces informations, nous avons réalisé une recherche de littérature dans les bases de données scientifiques afin de voir quelles thérapies étaient préconisées dans le traitement de la schizophrénie et pour éviter les rechutes.

D'après les différents articles que nous avons trouvés dans les bases de données, les principales approches préconisées pour les patients

schizophrènes sont la psychothérapie, l'éducation thérapeutique ainsi que les thérapies cognitivo-comportementales.

Nous avons décidé de nous focaliser sur l'éducation thérapeutique. Cette posture nous semble particulièrement pertinente étant donné que l'infirmière a un rôle important à jouer dans cette prise en charge qui relève moins de l'expertise des psychiatres et psychologues.

2.4. Perspectives et propositions pour la pratique

Il nous semble important de rappeler qu'en Suisse environ 80'000 personnes souffrent de schizophrénie. Selon la Fondation pour la recherche sur la schizophrénie (2014), la schizophrénie coûte environ 4 milliards de francs suisses par année si l'on prend en compte le traitement de longue durée, les hospitalisations liées aux rechutes ainsi que les mesures de réinsertion socio-professionnelles. Il s'agit donc d'un véritable enjeu de santé publique.

Le diagnostic des maladies et de leurs traitements dans les cabinets médicaux n'étant pas annoncé à l'Office Fédéral de la Statistique, aucune donnée n'existe sur le nombre de patients schizophrènes qui rechutent en Suisse. Cependant, si l'on se fie aux connaissances issues d'autres pays, il est possible de dire que c'est un problème qui touche la majorité de cette population de patients partout dans le monde.

Nous aimerions pouvoir démontrer que l'éducation thérapeutique avec les patients souffrant de schizophrénie permet d'améliorer leur compliance aux traitements médicamenteux et que donc, par conséquent, constitue un frein aux rechutes.

Le but est de recenser les actions pertinentes de l'éducation thérapeutique basées sur des données probantes afin que les lieux de pratiques puissent s'en inspirer et développer des pratiques visant à améliorer la prise en charge des patients schizophrènes. Ceci permettrait aux patients de se réinsérer plus facilement dans la société. Par ailleurs, il en résulterait également une baisse des coûts liés à leurs hospitalisations répétées.

2.5. Principaux concepts

Suite à la revue de littérature et aux entretiens menés avec des professionnels de la santé mentale, nous avons retenu les concepts suivants :

- schizophrénie : comme exposé ci-dessus, nous avons choisi de cibler la schizophrénie dans notre travail de Bachelor car plusieurs patients que nous avons rencontrés lors de notre stage de santé mentale souffraient de cette pathologie. La schizophrénie est une pathologie

complexe et nous étions intéressées à en apprendre plus sur celle-ci. Lors de notre revue de littérature, nous nous sommes aperçues qu'il y avait une grande quantité d'informations sur cette maladie, notamment un grand nombre d'articles scientifiques récents qui traitaient du sujet, ce qui a contribué à confirmer notre choix.

- prévention des rechutes : les professionnels de santé mentale que nous avons rencontrés, ainsi que les lectures préparatoires effectuées nous ont permis de prendre conscience que les rechutes chez les patients atteints de schizophrénie sont très fréquentes. Cela pose problème tant pour des raisons de santé et d'équilibre des patients atteints de schizophrénie, que pour leur insertion dans la société avec les coûts que cela implique. Nous avons alors voulu savoir pourquoi, malgré toutes les ressources mises à leur disposition, les patients rechutaient. Nous voulions découvrir comment prévenir ces rechutes de manière efficace.

- éducation thérapeutique : nous avons découvert que l'équipe soignante, sur notre lieu de stage, menait des groupes d'éducation thérapeutique. Nous avons eu des cours sur cette matière et nous avons trouvé cette approche intéressante. Cependant, dans le contexte hospitalier dans lequel nous nous étions trouvées, les patients schizophrènes revenaient régulièrement. Lors de notre revue

exploratoire, nous avons eu la confirmation que la réhospitalisation et les rechutes étaient fréquentes dans cette population. Nous nous sommes alors demandé si l'éducation thérapeutique était l'approche qui convenait pour aider ces patients et si la façon dont elle était mise en place l'était de façon adéquate dans les lieux de soins de santé mentale.

- rôle infirmier : notre futur travail, en tant que professionnelles en soins infirmiers, sera peut-être d'accompagner des patients schizophrènes, et ce quel que soit le contexte de soins dans lequel nous nous trouverons. Il nous est apparu intéressant de situer le rôle de l'infirmière dans l'accompagnement des personnes atteintes de cette pathologie. Le but étant aussi de savoir adopter une approche adéquate dans notre future profession.

L'ensemble de ces concepts sera développé de manière plus approfondie dans la suite de notre dossier.

3. Concepts et champs disciplinaires infirmiers

3.1. Les principaux concepts

En écho aux divers apports tirés de la littérature, il paraît important de définir les concepts les plus pertinents.

3.1.1. Schizophrénie

Selon Kirkpatrick & al. (2001), la schizophrénie est un problème psychiatrique sérieux qui dure, dans 0,8% des cas, toute la vie. Elle touche environ 1% de la population mondiale, hommes ou femmes. Chez les hommes, la schizophrénie aurait plutôt tendance à apparaître entre 15 et 25 ans, période importante dans la maturation du cerveau. Chez les femmes, elle apparaît généralement plus tardivement, c'est-à-dire entre 25 et 35 ans.

La cause exacte de la schizophrénie n'est pas encore connue. Les chercheurs émettent diverses hypothèses sur les facteurs qui pourraient affecter le développement du cerveau. La plupart des auteurs sont d'accord sur le fait que ce sont divers facteurs et non une seule et unique cause qui provoquent la maladie.

Selon la Fondation pour la Recherche Médicale (2012)¹, dans les familles ou certains membres souffrent de schizophrénie, la génétique intervient dans 50% à 80%. Cependant, le risque de devenir schizophrène chez les jumeaux homozygotes est de 50% ce qui montre que le fait d'être porteur de cette composante ne mène pas forcément au développement de la maladie mais peut cependant créer une vulnérabilité. D'autres causes comme des anomalies du cerveau, notamment des dysfonctionnements au niveau des neurotransmetteurs peuvent s'ajouter aux causes biologiques. Ainsi l'équilibre des neurotransmetteurs, notamment la dopamine et la sérotonine, responsables de véhiculer des messages chimiques dans le cerveau, est compromis ce qui entraîne des modifications de la pensée et des affects.

Certains événements de vie, qu'ils soient professionnels ou personnels, ainsi que la consommation de substances psycho-actives, peuvent également favoriser l'apparition de la maladie.

La suite du texte est une citation libre du DSM-IV (Association Américaine de Psychiatrie, 2005) concernant les critères caractéristiques de la schizophrénie qui permettent de poser un diagnostic. Il faut qu'au moins deux parmi les manifestations suivantes soient présentes pendant au moins un mois :

¹ <http://www.frm.org/dossiers-100.html>

1. Symptômes positifs : le terme positif est utilisé parce qu'il se réfère à des expériences mentales que les schizophrènes ont « en plus » des autres personnes. Il y a aussi les idées délirantes et les hallucinations qui peuvent être auditives, visuelles, kinesthésiques, olfactives ou gustatives.
2. Discours désorganisé.
3. Comportement fortement désorganisé ou catatonique.
4. Symptômes négatifs : le terme négatif est utilisé ici car contrairement aux symptômes positifs, ces symptômes enlèvent quelque chose qui existait auparavant et créent des déficits. Il peut y avoir un émoussement affectif, une alogie ainsi qu'une perte de la volonté.

Le dysfonctionnement social (problèmes au travail, malaise dans les relations interpersonnelles ou les soins personnels) peut également être un critère diagnostic si pendant le temps de la perturbation, ces symptômes étaient nettement inférieurs au niveau atteint avant la perturbation.

De plus, au moins un des symptômes cités ci-dessus doit être présent continuellement pendant 6 mois au moins si la réponse au traitement est positive. Cette période peut néanmoins comprendre des phases prodromiques ou résiduelles si seuls les symptômes négatifs sont présents ou si les autres symptômes apparaissent sous une forme atténuée. Afin que le diagnostic puisse être posé, il faut exclure l'éventualité d'un trouble schizo-

affectif, d'un trouble de l'humeur ou d'une autre affection médicale générale ou liée à une substance psycho-active.

Selon l'OMS, la schizophrénie est difficile à diagnostiquer en raison des symptômes très différents d'un malade à l'autre et c'est pour cette raison qu'il faudra souvent beaucoup de temps avant que le diagnostic définitif ne soit posé.

La schizophrénie évolue par cycles, alternant des phases aiguës et des phases de stabilisation. Dans la phase de stabilisation, il est fréquent que les symptômes s'atténuent fortement ou disparaissent. L'évolution de la maladie dépendra de chaque patient et de la façon dont il est soigné mais il est prouvé que plus la pathologie est traitée rapidement, plus les chances de pouvoir la stabiliser, d'éviter les rechutes et d'améliorer la santé du patient sont augmentées.

Selon l'Institut National de la Santé et la Recherche Médicale (INSERM)², la prise en charge de la maladie est compliquée en raison de ses multiples et divers symptômes. Pour cette raison, les traitements et les thérapies agissent

² <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>

essentiellement sur les symptômes mais améliorent néanmoins la vie des patients.

Le traitement médicamenteux est principalement constitué de neuroleptiques. Il existe deux types d'antipsychotiques : typiques ou atypiques. En matière de traitement, l'OMS recommande la prise d'antipsychotiques pour stabiliser les symptômes positifs et ainsi permettre au patient de se concentrer sur le traitement des symptômes négatifs qui sont notamment traités avec des antidépresseurs. Il est également possible de donner au patient des traitements antiépileptiques afin de diminuer les risques ou la présence d'éventuels effets secondaires des neuroleptiques.

Selon l'Association Américaine de Psychiatrie (2003)³, les connaissances scientifiques actuelles permettent de mettre en lumière le fait que la combinaison de la pharmacologie et des interventions psychosociales est le meilleur moyen de stabiliser une psychose. Il y a donc différentes approches à considérer pour aider le patient schizophrène à se reconstruire et à se stabiliser tout en réapprenant à vivre avec sa maladie. Les différentes approches seront développées dans l'explication des rechutes.

³ <http://www.psychiatry.org/schizophrenia>

3.1.2. Prévention des rechutes

Premièrement, il nous semblait utile de donner une définition de la rechute. Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il n'y a pas de définition unique pour diagnostiquer une rechute chez un patient schizophrène (Thomas, 2013 ; Olivares et al., 2013). Toutefois, Thomas (2013) mentionne que « la rechute peut être définie comme la réapparition d'une symptomatologie aiguë après une phase stable »⁴. Les auteurs susmentionnés mettent en avant plusieurs composantes pour définir la rechute chez la personne schizophrène. Il peut d'une nécessité de réhospitalisation en raison d'une exacerbation des symptômes de la maladie ou de changements dans le comportement accompagnés d'idées suicidaires. Il existe également des échelles pour évaluer la rechute chez un patient schizophrène.

Thomas (2013) relève que 7 patients schizophrènes sur 10 rechutent. Nous avons alors voulu savoir quelles étaient les causes de ce taux élevé de rechutes dans cette population et les conséquences que cela pouvait entraîner sur la vie personnelle et sociale. En effet, les rechutes contribuent à diminuer les habiletés sociales et cognitives des patients, elles augmentent le risque de suicide et les coûts de la santé. La prévention des rechutes paraît

⁴ Thomas, P. (2013). [Relapse: causes and consequences]. *L'Encéphale*, 39 Suppl 2, S79–82. doi :10.1016/S0013-7006(13)70100-3

dès lors être un enjeu majeur dans la prise en charge de ces patients (Thomas, 2013 ; Knapp et al., 2004).

Il existe différentes causes qui peuvent expliquer la rechute. Plusieurs auteurs s'accordent à dire que la principale cause est la non-compliance aux traitements antipsychotiques (Thibaut, 2014 ; Higashi et al., 2013 ; Thomas, 2013). Ces auteurs expliquent que la non-compliance aux traitements peut être due aux problèmes cognitifs du malade et à l'absence de maladie perçue par ce dernier. Elle peut être due également à un faible niveau d'études, ainsi qu'à l'âge. Les auteurs relèvent un plus grand nombre de rechutes parmi les patients jeunes (Hudson et al., 2004 ; Linden et al., 2001 ; Fenton et al., 1997 (cités par Donohoe, 2006)) ont mis en avant que les patients schizophrènes qui présentaient un délire de persécution étaient moins susceptibles de suivre leur traitement que les autres patients.

Plusieurs études démontrent que l'abus de substances nocives, la mauvaise qualité des relations familiales et le réseau social faible sont également des facteurs de non-compliance aux traitements antipsychotiques (Donohoe, 2006 ; Hudson et al., 2004). La qualité de la relation entre le soignant et le patient joue aussi un rôle important dans la compliance aux traitements. En effet, en instaurant une relation de confiance avec la personne malade, le soignant pourra découvrir quels sont les buts, les difficultés et les ressources de ce patient. En ayant récolté tous ces éléments, le soignant pourra mettre

en place un traitement individualisé qui convienne au patient (Thibaut, 2013).

Pour stabiliser la schizophrénie, le patient doit prendre un grand nombre de médicaments. Cela représente une contrainte et augmente le risque de non-compliance. Il a été démontré que le traitement par injection-dépôt diminue le nombre de rechutes car il est moins contraignant. De plus, il semble que les patients qui reçoivent des neuroleptiques atypiques adhèrent mieux au traitement que ceux qui prennent des neuroleptiques traditionnels. Certains patients rechutent car, après avoir pris leur médication et n'ayant plus de symptômes de leur maladie, ils se considèrent comme guéris et abandonnent le traitement. Parfois, les patients schizophrènes craignent que les médicaments ne prennent le contrôle de leur cerveau. Dans d'autres cas, le contact avec le monde réel est trop difficile et stopper le traitement est alors un moyen de retourner dans leur monde imaginaire. Enfin, si la famille et l'entourage ne sont pas bien informés sur la pathologie, le patient sera peut-être moins encouragé à prendre son traitement (Programme Prelapse, 2004)⁵.

Il est important de noter ici que les médicaments antipsychotiques sont utiles pour prévenir les rechutes car ils ont un effet sur les symptômes positifs de

⁵ http://www.espace-socrate.com/pdfs/g_vivre_avec_la_schizophrénie.pdf

la schizophrénie. Toutefois, ils ont un effet moindre sur les symptômes négatifs présents dans la pathologie (Programme Prelapse, 2004).

Pour prévenir les rechutes, un traitement psychosocial s'avère utile. Cependant, il est indispensable que ce traitement aille de pair avec un traitement antipsychotique car il pourrait occasionner un stress chez un patient schizophrène qui ne serait pas sous traitement médicamenteux (Programme Prelapse, 2004).

La psychothérapie aide à créer de nouveaux types de fonctionnements mentaux face à un conflit au lieu de laisser cours aux attitudes de repli ou aux idées délirantes. Elle va servir à renforcer les capacités d'adaptation du patient et lui permettre d'utiliser des moyens de défense plus adéquats avec ce qu'il vit. Il est à noter que le soignant ne doit pas nier les éléments délirants car ils font partie de la réalité du patient. Le soignant doit valider cette réalité mais ne doit pas la cautionner.

Les thérapies cognitivo-comportementales ont pour objectif global une adaptation plus adéquate des personnes psychotiques du point de vue cognitif. Selon Malik et al., 2009, les thérapies cognitivo-comportementales se montrent très prometteuses comme traitement adjuvant. Leur efficacité en ce qui concerne l'amélioration de la vie sociale, la qualité de vie ainsi que la diminution des symptômes psychotiques est nettement diminuée. De plus,

elles visent tous les types de symptômes et aide le patient à se reconstruire à tous les niveaux.

Pour agir sur les symptômes négatifs de la schizophrénie et ainsi contribuer à prévenir les rechutes, il existe différentes thérapies psychosociales qui sont efficaces. Par exemple, pour apporter un soutien au patient schizophrène, les auteurs mentionnent l'utilité de la thérapie familiale. En effet, si la famille connaît la maladie et ses symptômes, elle pourra s'avérer être un soutien important pour le patient. De plus, la famille sera à même de déceler les signes précurseurs d'un début de rechute si le patient ne les voit pas. Ainsi, le patient pourra être pris en charge à temps, avant de faire une décompensation trop importante et éviter une nouvelle hospitalisation.

D'autre part, la réadaptation psychosociale et l'entraînement aux habiletés sociales peuvent aussi être utiles dans la prévention des rechutes. En effet, les patients schizophrènes ont souvent des difficultés à s'insérer dans la société. Ainsi, la réadaptation psychosociale pourra les aider à s'intégrer dans une activité professionnelle ou occupationnelle, les aider à trouver un lieu de vie adapté, à entrer en contact avec les autres (Pekkala et Merinder, 2002). Pour s'entraîner à l'acquisition d'habiletés qui leur permettront de s'insérer dans la société, il existe, comme nous l'avons mentionné dans l'introduction, un jeu qui s'appelle le Michael's Game (Khazaal, 2006). C'est un jeu qui est inspiré de la thérapie cognitivo-comportementale et qui présente différentes

situations dans lesquelles un personnage, Michael, est impliqué. Michael interprète les situations à sa manière et le patient psychotique doit donner son avis sur l'interprétation de Michael. Le but de ce jeu est d'amener les patients à voir d'autres possibilités d'interprétation d'une situation et ainsi les conduire à envisager d'autres perspectives que les certitudes avec lesquelles ils analysent les situations de leur vie quotidienne.

3.1.3. Education thérapeutique et psychoéducation

L'efficacité de l'éducation thérapeutique a été prouvée pour la première fois en 1972. C'est un médecin américain, Leona Miller, qui a eu l'idée de former les patients diabétiques d'un quartier défavorisé de Los Angeles à mieux gérer leur traitement, à augmenter leur autonomie face à la maladie et ainsi à améliorer leur qualité de vie (Golay et al., 2010).

En 1998, l'OMS⁶ s'y est intéressée et a donné la définition suivante de l'éducation thérapeutique :

L'éducation thérapeutique a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend les activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et

⁶ <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique.94227.0.html>

à la maladie. Cette démarche a pour finalité de permettre aux patients (ainsi qu'à leur famille) de mieux comprendre leur maladie et leurs traitements, à collaborer avec les soignants et à assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge afin de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie .

Le but de l'éducation thérapeutique est donc d'aider les patients à mieux gérer leur maladie chronique pour augmenter leur qualité de vie et celle de leur entourage, leur implication dans la maladie et leur autonomie, en prenant en compte leurs croyances sur la pathologie, leurs connaissances et leurs émotions (Golay et al., sans date). Ainsi, en ayant un meilleur contrôle sur leur pathologie, les patients diminueront ou éviteront les rechutes et les complications. Ceci aura évidemment un impact sur les coûts de la santé qui diminueront également (Golay, 2009).

Toutefois, lors de notre revue exploratoire, nous avons rencontré à plusieurs reprises le terme « psychoéducation » dans nos différentes lectures. La psychoéducation se définit comme un

processus de formation d'une personne souffrant d'un trouble psychiatrique dans des domaines qui visent le traitement et la réadaptation, comme par exemple le fait de favoriser l'acceptation de la maladie, de promouvoir la coopération active au traitement et à la réadaptation, de développer des capacités qui permettent de compenser les déficits causés par le trouble (Goldman, 1988 dans Favrod et Bonsack, p.26, 2008,)⁷.

La psychoéducation est donc spécifique aux pathologies mentales et comportementales, à l'inverse de l'éducation thérapeutique qui est utilisée

⁷ http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/psycho1.pdf

dans les pathologies chroniques, telles que défini ci-dessus (Pancrazzi et al., 2013). Dans l'éducation thérapeutique, les soignants évaluent le comportement du patient avant tout traitement. Dans la psychoéducation, cette évaluation est faite de la même manière, mais l'humeur et l'anxiété du patient sont également prises en compte (Pancrazzi et al., 2013).

L'éducation thérapeutique cible le patient et sa famille, tandis que la psychoéducation peut s'adresser au patient seul, à la famille du patient seule, ou au patient et sa famille ensemble. Concernant la psychoéducation pour la famille d'un patient schizophrène, il existe en Suisse le réseau Profamille qui propose 14 séances de psychoéducation réparties sur un an et qui aborde plusieurs thèmes, tels que : connaître la maladie et les traitements, développer des capacités relationnelles, apprendre à mieux gérer ses émotions, savoir obtenir de l'aide et développer un réseau de soutien⁸.

Dans la psychoéducation, les interventions sont définies par l'équipe soignante à l'inverse de l'éducation thérapeutique où le projet d'éducation thérapeutique est co-construit entre l'équipe soignante et le patient. Enfin, dans la psychoéducation, le patient schizophrène n'est pas suivi sur le long terme. Une fois que le patient a atteint les objectifs des séances et qu'il a acquis de meilleures capacités et de plus grandes connaissances pour faire

⁸ <http://www.afs-schizo.ch/profamille.html>

face à sa maladie, le suivi s'arrête. Pour le cas où le patient n'aurait pas atteint les objectifs fixés par l'équipe soignante, il pourrait suivre une nouvelle session. A l'inverse, dans l'éducation thérapeutique, lorsque les objectifs éducatifs fixés avec le patient sont atteints, l'équipe soignante lui propose d'en viser d'autres et poursuit ainsi le suivi sur le long terme (Pancrazzi et al., 2013).

Nous constatons donc que, bien que ces deux approches soient relativement semblables, la psychoéducation est un terme qui correspond mieux à la population à laquelle nous souhaitons nous intéresser dans ce travail, soit les patients schizophrènes.

3.1.4. Rôle infirmier

Il existe de multiples définitions de ce qu'est le rôle infirmier, mais en voici une qui est générale et éclairante :

Grâce à ses actions professionnelles, l'infirmière visera tout autant à promouvoir la santé, à orienter des actions de prévention ou de réadaptation, à accompagner les personnes en situation de crise, qu'à offrir des soins dits curatifs. Cette offre est pensée, organisée à partir de la personne, et n'est plus le seul prolongement du diagnostic médical (Glardon, p.180, 1996).

Selon Dziopa et Ahern (2009), pour exercer son rôle et créer une relation thérapeutique de qualité, l'infirmière va devoir être empathique envers le

patient en exerçant l'écoute active pour une meilleure compréhension de sa situation.

L'infirmière devra être dans l'ici et maintenant, être authentique et promouvoir l'égalité entre les patients dont elle s'occupe. Chaque être humain étant unique et ayant ses propres besoins, il sera très important que l'infirmière ne standardise pas ses prises en charge mais qu'elle propose des soins individualisés à chacun de ses patients (Dziopa et Ahern, 2009).

Afin que le patient se sente en sécurité et confortable, l'infirmière devra le soutenir et créer autour de lui un environnement rassurant et non jugeant empreint de respect et de confiance. Il est toutefois important de rappeler qu'elle doit impérativement signaler au patient qu'il y a un cadre à respecter et des frontières à ne pas dépasser dans cette relation (Dziopa et Ahern, 2009).

3.2. Cadre théorique

Pour faire le lien avec la discipline infirmière et imaginer comment la problématique pourrait être abordée par les infirmières, nous avons choisi d'utiliser la théorie de soins de Nola Pender (1982).

Le modèle de Pender est une théorie de soins qui traite de la promotion de la santé. En 1975, Nola Pender s'intéresse à la façon dont les gens prennent des décisions et publie un article à ce sujet : « A conceptual model for preventive health behavior ». Quelques années plus tard, elle remanie cet article et en fait le « Health Promotion Model » (Sakraida, dans Alligood (2014)).

Pour les bases théoriques du Health Promotion Model, Pender s'est inspirée de la théorie de Bandura ; Social Cognitive Theory (1977). Selon Pépin et al. (2010), cette théorie se situe dans le paradigme de l'intégration. La promotion de la santé, selon Pender et al., (2010) « est un processus qui permet aux individus, aux groupes, aux familles et aux communautés d'avoir un meilleur contrôle sur ce qui détermine leurs comportements de santé et d'agir en conséquence » (traduction libre, p.6). Selon Pender et al., les comportements de santé sont influencés par plusieurs facteurs tels que les facteurs individuels, familiaux, communautaires, socio-économiques, culturels et environnementaux.

Selon Pépin et al. (2010), le but de la théorie de Nola Pender est d'apporter un modèle qui aide les infirmières à proposer des interventions centrées sur la promotion des comportements de santé.

Nous avons pu constater l'importance de la problématique de la rechute chez les patients schizophrènes et nous nous sommes demandé comment aborder cette problématique dans le contexte infirmier. En faisant des liens avec la théorie de Pender, nous avons fait l'hypothèse que la promotion de comportements sains de santé pouvait influencer les rechutes.

Pender (2011) définit les concepts clés de sa théorie de la façon suivante :

La personne est un être biopsychosocial qui est influencé par son environnement mais qui cherche aussi à se créer un environnement dans lequel son potentiel pourra être entièrement exprimé. Par conséquent, les relations entre la personne et l'environnement sont réciproques. Les caractéristiques individuelles et les expériences de vie créent des comportements qui favorisent ou non la santé. L'environnement est le contexte social, culturel et physique dans lequel la personne vit. Il peut être modifié par la personne pour créer un contexte positif et éventuellement améliorer ses comportements de santé. Le soin est l'expression de la collaboration avec l'individu, la famille, la communauté pour créer des conditions propices à l'expression de la santé et du bien-être. La santé

résulte de l'actualisation du potentiel de l'individu nécessaire pour maintenir son intégrité et son harmonie. Ce potentiel s'actualise avec des relations satisfaisantes, des auto-soins compétents et l'adaptation à certaines situations. La santé évolue au travers des expériences de vie de l'individu. La maladie est un évènement qui peut survenir tout au long de la vie de l'individu et qui peut être court ou long. Cet évènement peut gêner ou faciliter la quête de santé.

La théorie de Pender se base sur différents éléments, tels qu'elle l'expose dans le Health Promotion Model Manual (2011) : Nous avons fait une traduction libre des composants de sa théorie Pender, N.J. (2011). Health Promotion Model Manual. *University of Michigan*.⁹

I. Caractéristiques individuelles et expériences :

I.1 Comportements de santé présentés dans le passé.

I.2 Facteurs personnels biologiques, psychologiques et socio-culturels.

En lien avec notre sujet du travail de Bachelor, il s'agit ici des expériences de santé vécues par une personne schizophrène comme les rechutes, les réhospitalisations, les comportements utilisés pour faire face à sa maladie

⁹http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

comme par exemple la prise de benzodiazépine afin de diminuer les symptômes. Tout cela étant influencé par l'âge de la personne, son niveau d'éducation, sa personnalité,...

II. Affects et cognitions liés au comportement :

II.1 Bénéfices perçus de l'action.

II.2 Obstacles perçus.

II.3 Sentiment d'efficacité personnelle : jugement que la personne a de sa propre capacité à acquérir un comportement de santé. Cela dépend de sa confiance en elle.

II.4 Affects liés à l'activité : tout ressenti lié à la réalisation d'une activité est inscrit dans la mémoire. S'il y a un ressenti positif, la personne répétera l'activité et au contraire si le ressenti est négatif, la personne évitera de recommencer.

II.5 Influences interpersonnelles : elles sont issues de l'environnement social (famille, pairs, soignants). Elles sont tributaires de trois facteurs : les normes, le support social et les rôles. Les expériences positives de proches vont inciter la personne à initier un changement.

II.6 Influences contextuelles : si la personne ressent du soutien de son environnement, elle aura plus de facilité à entreprendre un changement.

II.7 Engagement dans un plan d'action.

II.8 Demandes et préférences concurrentielles simultanées : demandes extérieures qui viennent modifier le comportement de santé prévu par l'individu.

Chez une personne schizophrène, nous pourrions relever, en lien avec la problématique, le bénéfice perçu à la prise du traitement médicamenteux, à savoir la diminution ou la stabilisation des symptômes. Les affects liés à l'activité pourraient également influencer la prise du traitement dans le cas où la personne ressent un sentiment positif (réduction des symptômes) à la suite de la prise de son traitement. De ce fait, elle sera motivée à maintenir ce comportement.

Les influences interpersonnelles sont aussi très importantes dans la compliance au traitement médicamenteux. En effet, la famille peut avoir un rôle de soutien dans la maladie et dans la gestion du stress pour la personne schizophrène tout comme les soignants. De plus, l'engagement de la personne schizophrène dans le plan d'action est essentiel. Elle doit être motivée et comprendre l'intérêt de la prise du traitement pour sa santé. Cependant, il faut être conscient que cela peut être difficile pour la personne schizophrène car nous savons que dans cette maladie, le lien entre la pathologie et les symptômes n'est pas toujours présent. De ce fait, cela peut diminuer la motivation de la personne schizophrène à prendre son traitement médicamenteux.

III. Résultat du comportement - comportement promoteur de santé :

III.1 Comportement promoteur de santé : si la personne arrive à dépasser toutes les demandes et préférences concurrentielles, elle pourra entreprendre un changement dans ses comportements de santé.

L'application de cette théorie à des personnes souffrant de schizophrénie nous semble pertinente car elle prend en compte la globalité des personnes. Elle permet de mettre en évidence leurs problématiques mais également de mettre en valeur leurs capacités et les différentes ressources qu'elles ont en leur possession.

D'après les résultats de notre revue exploratoire, la problématique principale chez les patients souffrant de schizophrénie est la rechute. Cette théorie nous paraît appropriée car elle permet d'avoir une action non seulement sur les comportements du patient mais également sur ceux de son environnement et ainsi promouvoir des comportements sains qui permettront d'éviter les rechutes.

Pour que quelqu'un se sente capable de changer, il faut qu'il sente qu'il possède les capacités suffisantes pour générer ce changement. Toutefois, il est important de prendre en compte que le patient schizophrène n'a pas

toujours conscience de sa pathologie. Il ne verra donc pas forcément le changement qu'il doit effectuer. Mais, en travaillant avec la psychoéducation, le patient et sa famille acquerront des connaissances sur la pathologie. La famille augmentera sa confiance en elle et se sentira suffisamment sécuritaire pour aider le patient schizophrène à prendre en charge sa santé et ainsi l'aider à augmenter son sentiment d'efficacité personnelle.

Selon Pender (2011), la maladie n'est pas forcément quelque chose de négatif. Il peut également en ressortir quelque chose de positif qui facilite la quête de santé d'une personne. Cela peut être une opportunité pour accueillir le changement. C'est une vision intéressante de la personne souffrant d'une maladie chronique, comme la schizophrénie, dans laquelle le malade est déclaré capable de développer des comportements favorisant la santé et une qualité de vie satisfaisante.

Dans le chapitre discussion, nous ferons des liens avec la théorie de Pender et les résultats issus des articles afin d'objectiver si effectivement la mise en pratique de cette théorie est adéquate.

4. Méthode

4.1. Question de recherche selon le modèle PICOT

P : Les personnes souffrant de troubles schizophréniques

I : L'influence de la psychoéducation dans l'autodétermination à la prise du traitement médicamenteux

C : Etant donné qu'il s'agit d'une question pronostic, aucune comparaison n'apparaît dans notre question de recherche.

O : Nombre de rechutes

T : Moyen et long terme

4.2. Question de recherche

« Chez les patients schizophrènes, la psychoéducation favorise-t-elle la compliance à la prise du traitement médicamenteux ? »

Il s'agit d'une question « pronostic ». En effet, selon Melnyk et al., (p.33, 2013), une question pronostic « permet d'anticiper les complications et l'évolution probable d'une maladie ». Notre question va dans ce sens car elle cherche à savoir si l'éducation thérapeutique permet de prévenir les complications et l'évolution de la schizophrénie. Dans notre travail de

Bachelor, nous avons ciblé la rechute comme complication de la schizophrénie.

4.3. Critères de sélection des articles

Nous avons sélectionné nos critères selon PICOT. Nous avons appliqué les différents termes dans les bases de données MeSH et dans l'onglet « tools », « thesaurus » de OVID.

Nous avons utilisé différentes bases de données pour rechercher nos articles. Il s'agit des bases de données PubMed, Cinahl, PsycInfo, Medline. Nous avons également consulté la base de données Cochrane mais nous n'y avons pas sélectionné d'article car aucun ne correspondait à nos critères de recherche.

	P	I	O
Mots-clés	1. Schizophrénie 2. Troubles psychotiques	Psychoéducation	1. Rechute 2. Prévention rechute 3. Compliance 4. Traitement 5. Effets bénéfiques
Descripteurs	1. Schizophrenia	Psychoeducation	1. Relapse

MeSH	2. Psychotic disorder	Psychoeducational interventions	Rehospitalisation 2. Relapse prevention 3. Compliance 4. Treatment, therapy 5. Beneficial effects
Descripteurs OVID	1. Schizophrenia	Psychoeducation	1. Relapse 2. Relapse prevention 3. Compliance 4. Treatment 5. Pas de correspondance pour les effets bénéfiques

4.4. Critères d'inclusion et d'exclusion des articles

Comme mentionné dans la problématique, nous nous sommes intéressées uniquement à la psychoéducation et avons donc exclu les articles qui s'intéressaient à la thérapie cognitivo-comportementale, ainsi qu'aux autres thérapies. Les articles sélectionnés s'intéressent uniquement à la schizophrénie. Nous avons par ailleurs exclu tous les articles ayant pour sujet la schizophrénie associée à d'autres troubles mentaux.

Nous avons également exclu les articles qui étudiaient uniquement les effets de la psychoéducation sur les familles de patients schizophrènes mais avons conservé ceux qui s'intéressaient aux effets de la psychoéducation sur la famille s'ils prenaient en compte également les effets de la psychoéducation sur les personnes schizophrènes.

Nous avons choisi d'inclure des études venant de divers pays pour autant que la définition qu'elles donnaient de la psychoéducation et de la schizophrénie soit identique. Parfois, la terminologie utilisée par les auteurs pour désigner la psychoéducation était différente (intervention d'éducation à l'auto-gestion, entraînement aux habiletés sociales) mais l'explication des interventions est la même.

Nous avons également sélectionné des articles qui étudiaient les effets de la psychoéducation chez les patients schizophrènes à court et long terme. Il nous semblait intéressant de connaître cet aspect afin de pouvoir donner plus de perspectives à notre travail.

Nous avons choisi d'inclure uniquement des articles publiés en anglais de par la richesse des publications et des traductions dans cette langue.

Enfin, nous avons ciblé les articles publiés dans les dix dernières années et qui avaient sélectionné des populations âgées de plus de 16 ans.

4.5. Sélection des articles dans les bases de données

Nous avons choisi les articles suivants, selon les critères mentionnés ci-dessous :

Les mots-clés « psychoeducation AND schizophrenia AND rehospitalisation » ont donné 16 résultats dans la base de données PubMed et les quatre articles ci-dessous ont été sélectionnés :

Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 96(1-3), 232-45. doi :10.1016/j.schres.2007.07.022

Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia-results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765–75. doi :10.1093/schbul/sbl006

Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project

Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(3), 443-52. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649832>

Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), 854-61. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592908>

Les deux derniers articles ont été commandés à la médiathèque et nous ne possédons pas le DOI les concernant.

Les mots-clés « beneficial effects AND psychoeducation AND treatment AND schizophrenia » ont donné 8 résultats dans la base de données PubMed et un article a été sélectionné :

Valencia, M., Fresan, A., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2013). The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1886-1892. doi :10.1016/j.jpsychires.2013.09.006

Les mots-clés « psychoeducation AND compliance AND treatment AND schizophrenia AND relapse » ont donné 17 résultats dans la base de données PubMed et un article a été sélectionné :

Degmečić, D., Pozgain, I., & Filaković, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium antropologicum, 31(4)*, 1111-1115. doi :10.4088/JCP.v67n0316

Les mots-clés « psychoeducation AND prevention AND relapse AND schizophrenia » ont donné 13 résultats et un article a été retenu :

Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH, 3, 7*. doi :10.1186/1745-0179-3-7

Les mots-clés « psychotic disorder AND relapse AND schizophrenia » ont donné 9 résultats dans la base de données MedLine et un article a été sélectionné :

Van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2006). An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(1), 42-49. doi :10.1111/j.1547-5069.2006.00076.x

Les mots-clés « schizophrenia AND psychoeducation » dans la base de données Cinahl ont donné 11 résultats et un article a été sélectionné :

Lee, K.M., Xie, H., Parasuram, R. (2014). The effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families : An integrative review. *Singapore Nursing Journal, 41*(2).

Les mots-clés « schizophrenia AND psychoeducation AND relapse » dans la base de données Cinahl ont donné 4 résultats et un article a été sélectionné. Pour cette recherche, le filtre « meta-analysis » a été utilisé.

Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *International journal of mental health nursing, 22*(3), 256–71. doi :10.1111/j.1447-0349.2012.00863.x

Nous avons à chaque fois introduit les mots-clés dans toutes les bases de données mentionnées ci-dessus. Ceci ne nous a toutefois pas permis de

sélectionner davantage d'articles. En effet, les articles étaient soit identiques à ceux préalablement sélectionnés, soit ne répondaient pas aux critères.

Les articles sélectionnés ont été analysés avec précision à l'aide de la grille de Fortin (2010) et se trouvent en annexe.

5. Synthèse des résultats et discussions

5.1. Présentation des résultats

Nous avons décidé de résumer les résultats de nos différents articles sous forme de tableau afin d'en faciliter la lecture. Pour chaque étude, nous avons repris la source, le but, le nombre de participants intégrés à l'étude ou le nombre d'études analysées, les résultats et la conclusion des auteurs.

Sources	Réf : Lee, K.M. et al. (2014)
But	Revue intégrative souhaitant présenter la meilleure preuve valable de l'influence de la psychoéducation sur les patients et leur famille.
Etudes utilisées	La revue a sélectionné en premier lieu 77 études à partir des bases de données CINAHL, Medline et PsycInfo et 7 provenant d'autres sources, ce à partir d'une question PICO. Après un tri selon différents critères (patients souffrant uniquement de schizophrénie, âgés de 16 à 65 ans, qui ont un membre de la famille qui participe aux soins, articles publiés après 1992, répondants aux critères de qualité du Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Instrument), les auteurs ont finalement retenu 14 articles.
Résultats	Les auteurs indiquent notamment que les résultats ont montré que les programmes de psychoéducation sont efficaces dans la réduction du taux de rechute et de réadmission (5 études le démontrent), qu'ils augmentent la connaissance de la maladie et la compliance à la médication et au traitement (5 études le démontrent), qu'ils augmentent le fonctionnement psychosocial et la qualité de vie (7 études le démontrent) et qu'ils réduisent la charge émotionnelle des proches (7 études le démontrent). Les programmes de psychoéducation aident également la famille à mieux soutenir les patients dans la gestion de leur maladie, dans leur compliance à la médication et dans leur fonctionnement psychosocial, ce qui réduit le taux de rechute (selon 2 études).
Conclusion des auteurs	Au vu des résultats mis en évidence par leur revue intégrative, les auteurs concluent que la psychoéducation devrait faire partie du traitement de routine des patients schizophrènes et de leur famille. L'équipe multidisciplinaire devrait être impliquée dans la psychoéducation afin de fournir des soins holistiques aux patients schizophrènes.

Sources	Réf : Haiou, Z. et al. (2013)
But	Analyser les résultats des interventions d'éducation à l'auto-gestion chez les patients schizophrènes.
Etudes utilisées	Il s'agit d'une méta-analyse qui a sélectionné différents articles dans des bases de données (Cochrane, CENTRAL, PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycInfo et Web for Science, ainsi que dans différents journaux de psychiatrie), ce à partir de critères de sélection stricts. Les auteurs ont sélectionné 2276 articles qu'ils ont triés et analysés avec l'échelle Jadad et en ont retenu 13 pour la méta-analyse.
Résultats	Les patients qui ont suivi l'éducation à l'auto-gestion rechutent à 46% moins que dans le groupe contrôle (5 études le démontrent). Dans 7 études, les interventions d'auto-gestion ont permis que les patients soient à 45% moins réhospitalisés que le groupe contrôle. Dans 4 études, la compliance au traitement des patients qui suivent les interventions était meilleure. Dans 12 études, l'éducation a permis de réduire la sévérité des symptômes de la schizophrénie. 10 séances d'éducation réduisent encore le taux de rechute, de réhospitalisation et augmentent encore la compliance au traitement par rapport à moins de 10 séances d'éducation.
Conclusion des auteurs	Pour les soins infirmiers : Les infirmières de différents pays devraient s'intéresser à comment améliorer les interventions d'éducation à l'auto-gestion pour qu'elles soient encore plus bénéfiques aux schizophrènes. Pour les chercheurs : les auteurs conseillent de développer des lignes directrices standardisées pour les interventions, en tenant compte du contexte culturel. Ils conseillent de refaire des études sur l'efficacité à long terme des interventions. Il faudrait également faire des études qui incluent la qualité de vie, la satisfaction avec le traitement et les évènements indésirables.

Sources	Réf : Rummel-Kluge, C. et al. (2006)
But	Evaluer le pourcentage de patients et de membres de leur famille qui ont participé à des groupes de psychoéducation en 2003 et évaluer comment la psychoéducation est conduite en Suisse, en Allemagne et en Autriche.

Participants	<p>Etude menée en deux parties : 1 : un questionnaire a été envoyé à la direction de tous les établissements psychiatriques de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche. 2 : un questionnaire a été envoyé directement aux animateurs de groupe de psychoéducation de toutes les institutions dont les noms avaient été donnés par la direction en réponse au questionnaire de la partie 1. 377 sur les 622 questionnaires partie 1 ont été retournés et 131 sur les 239 questionnaires partie 2 ont été retournés.</p>
Résultats	<p>Questionnaire partie 1 : 86% des répondants ont indiqué que des groupes de psychoéducation étaient menés dans leur institution, 14% n'avaient pas mis en place de psychoéducation pour différentes raisons (manque de personnel, de savoir-faire, de temps, scepticisme par rapport à la psychoéducation ou pas assez de patients avec le même diagnostic, hospitalisations trop courtes, planifiées pour le futur). Questionnaire partie 2 : 33% offrent des séances pour les patients et leur famille, 1% uniquement pour la famille et 66% seulement pour les patients. En additionnant le nombre de patients schizophrènes qui ont suivi les groupes et ceux qui n'ont pas suivi les groupes, 21% de la population totale de patients schizophrènes ont reçu de la psychoéducation. En faisant le même calcul pour la famille, seulement 2% des proches de schizophrènes ont participé aux groupes. 75% des répondants considèrent que la psychoéducation fait partie du traitement standard de la schizophrénie.</p>
Conclusion des auteurs	<p>La psychoéducation est mieux implantée en Allemagne qu'en Autriche et en Suisse. La plupart des groupes font un focus sur la pharmacothérapie, les effets secondaires et le modèle de stress-vulnérabilité, mais tous ont mis en place les séances de psychoéducation par rapport à la même définition de celle-ci. L'étude démontre que les groupes sont souvent animés par des psychologues ou des médecins. Les auteurs indiquent qu'il faudrait intégrer toute l'équipe, et particulièrement les infirmières en psychiatrie à l'animation de ces séances. La psychoéducation est bénéfique pour les patients et leur famille (diminution des rechutes, diminution des coûts de la santé, diminution de la souffrance). Alors les auteurs indiquent que la famille devrait être plus souvent intégrée aux séances. Il faudrait trouver un moyen d'attirer plus de monde dans ces groupes (trouver des moyens de financement, changer les horaires des séances, etc).</p>

Sources	Réf : Pitschel-Walz et al. (2006)
But	Etudier si les groupes de psychoéducation pour les patients avec un trouble schizophrénique et leur famille peuvent réduire le taux de réhospitalisation et améliorer la compliance à la médication.
Participants	236 patients répondant à des critères précis d'inclusion (âge, bonne compréhension de l'allemand, au moins un proche à faire participer à l'étude, pas d'abus de substance, pas d'épisode psychotique actif, domicilié à moins de 150 km de l'hôpital, QI supérieur à 80). Les patients ont été divisés de manière randomisée en deux groupes : un groupe intervention qui a participé à 8 séances de psychoéducation (de même pour leur proche) et un groupe contrôle qui a bénéficié uniquement de soins standards. Les patients ont été suivis au début de l'étude, à 6, 12, 18 et 24 mois.
Résultats	Les résultats de l'étude ont montré que la compliance à la médication était meilleure dans le groupe intervention et le taux de réhospitalisation moins élevé. Les patients du groupe intervention qui ont été réhospitalisés ont passé en moyenne deux fois moins de jours à l'hôpital que ceux du groupe contrôle. Les patients qui ont tiré le plus de bénéfices de la psychoéducation sont ceux qui avaient fait entre 2 et 5 épisodes psychotiques avant l'étude et ceux qui en ont le moins bénéficié sont ceux qui avaient fait 6 épisodes psychotiques et plus.
Conclusion des auteurs	Les auteurs concluent que la psychoéducation a des répercussions bénéfiques, après seulement 8 sessions, sur les patients schizophrènes et leur famille. Ils indiquent que même après 24 mois de suivi, ils ont pu voir des effets bénéfiques notamment sur le fonctionnement social et sur la psychopathologie. La psychoéducation devrait être proposée de manière systématique à tous les schizophrènes et leur famille. Il faudrait développer des groupes qui s'adressent à certains types de patients (ceux qui ont eu 6 épisodes psychotiques ou qui ont encore des symptômes).

Sources	Réf : Valencia, M. et al. (2013)
But	Le but de l'étude est de mettre en lumière l'efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales sur la rémission et les résultats de fonctionnement chez les patients schizophrènes pendant 6 mois.
Participants	Il s'agit d'une étude quantitative comprenant 119 patients atteints de schizophrénie. Les patients ont été divisés en deux groupes, un bénéficiant d'une prise en charge médicamenteuse usuelle (n=51 patients), dit TAU group, et l'autre d'une prise en charge qui associe l'entraînement aux habiletés sociales du patient et de la famille à un traitement médicamenteux usuel (n=68 patients), dit SST group.
Résultats	Après ces modules de social skills training, la compliance à la prise des traitements médicamenteux était de 91,2% dans le SST group comparé à 78,4% dans le TAU group. En ce qui concerne la sévérité des symptômes et le fonctionnement des patients, le SST group montre de meilleurs résultats que ceux du groupe TAU qui eux ne sont pas significatifs. Au terme de l'étude, ils étaient 91,2% du SST group à présenter les critères de rémission contre 66,7% dans le TAU group. En ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement, ils étaient 34,5% (41 patients) à répondre aux critères. 40 de ces patients étaient dans le SST group et 1 seul était issu du TAU group. Il est important de rajouter que de ces 40 patients, 39 remplissaient les critères de la rémission des symptômes et de l'amélioration du fonctionnement.
Conclusion des auteurs	Cette étude met en lumière qu'une proportion plus élevée de patients ayant suivi le social skills training combiné avec la prise d'un traitement médicamenteux antipsychotique usuel répondait aux critères de rémission et montrait un plus haut niveau de fonctionnement comparé à ceux qui n'avaient reçu que le traitement antipsychotique usuel.

Sources	Réf : Aguglia, E. et al. (2007)
But	L'objectif de cette étude est de vérifier l'efficacité de la combinaison d'une thérapie médicamenteuse avec des interventions de psychoéducation sur le long terme chez les personnes atteintes de schizophrénie afin d'éviter les rechutes et les réhospitalisations.

Participants	Il s'agit d'une étude quantitative à laquelle 135 patients souffrant de schizophrénie ont pris part. Le study group (SG n=69 patients) recevait des cours d'éducation psychosociale, un traitement psychotique et suivait des programmes de psychoéducation. Le control group (CG n=66 patients) était traité avec des antipsychotiques et un traitement communautaire basique.
Résultats	Le SG a montré des améliorations plus significatives dans la gravité des symptômes que le CG lors de l'application de la Brief Psychiatric Rating Scale. (CG= 10.82 pts SG=16.54 pts). Les patients du SG ont montré une diminution des symptômes positifs de 15,7 points alors que ceux du CG ont diminué de 6.75 points. Il en est de même en ce qui concerne les symptômes négatifs. L'item «Raisons de la non-participation au traitement » s'est amélioré de 1,18 points pour le SG et de 0,08 points pour le CG. La qualité de vie dans le SG a augmenté de 9.52 points alors que dans le CG elle n'a augmenté que de 0.33 points. Le pourcentage de patients hospitalisés entre 1 et 3 fois durant les 12 mois de l'étude est de 13% après 6 mois et de 3,3% après 1 an dans le SG. Dans le CG, le pourcentage est de 17,7% après 6 mois et de 10,5% après une année. Le nombre de jours d'hospitalisation dans le SG est de 42 alors que dans le CG, il est de 53.
Conclusion des auteurs	Cette étude prouve que les patients issus du SG ont de meilleurs résultats en ce qui concerne la qualité de vie, la compliance au traitement (médicamenteux et de psychoéducation), le nombre de rechute et les jours d'hospitalisation. Les auteurs proposent d'effectuer une étude avec un nombre plus élevé de patients afin d'avoir une vision plus étendue des effets de la psychoéducation.

Sources	Réf : Bäuml, J. et al. (2006)
But	Le but de cette étude quantitative est de savoir si la psychoéducation sur le long terme (7 ans) a les mêmes effets que sur le court terme : diminution des rechutes et des jours d'hospitalisation par l'augmentation de la compliance au traitement.
Participants	48 patients ont été retenus et séparés en 2 groupes : le intervention group : IG (n= 24 patients) qui a reçu de la psychoéducation de groupe alors que le control group : CG (n=24 patients) a reçu le traitement usuel.

Résultats	<p>Le temps qui sépare les séances de psychoéducation et la première réhospitalisation a montré une différence significative en faveur de l'IG. Après 7 ans, 54% du IG et 88% du CG ont dû être réhospitalisés. En ce qui concerne les jours d'hospitalisation, le nombre est de 75 dans le IG et de 225 dans le CG. Pour la compliance au traitement d'antipsychotiques, le fonctionnement social et la qualité de vie, il n'y a pas eu de différences statistiquement significatives entre les 2 groupes.</p> <p>Les patients du IG ont cependant montré des avantages significatifs 2 ans après comme pour le taux de réhospitalisations, les jours passés à l'hôpital, le nombre de comprimés ingérés et le taux de compliance.</p>
Conclusion des auteurs	<p>Les patients du CG n'ont pas montré de moins bons résultats malgré que leur taux d'hospitalisation fût presque doublé par rapport à l'IG. Cependant, pour arriver au même résultat que les patients du IG ils ont dû payer le prix fort en passant 225 jours à l'hôpital (contre 75 pour le IG). Au final, les auteurs relèvent que le fait que le patient et un membre de sa famille participent à de la psychoéducation permet d'augmenter leurs connaissances et leur compliance sur le long terme avec une réduction significative des jours d'hospitalisation. En conclusion, les auteurs expliquent que chaque rechute entraîne une augmentation de la déficience mentale. Ils sont actuellement en train de faire une recherche avec un suivi de 15 ans, en incluant ce facteur pour plus de représentabilité.</p>

Sources	Lincoln, T. M. et al. (2007)
But	<p>Il s'agit d'une méta-analyse quantitative ayant comme but d'évaluer l'efficacité des interventions de psychoéducation pour la schizophrénie et autres troubles psychotiques. Elle cherche également à évaluer son efficacité avec ou sans l'inclusion des familles, au sujet de la connaissance de la maladie, de la compliance au traitement, des rechutes et hospitalisations. Elle teste aussi l'efficacité de la psychoéducation sur les symptômes et le fonctionnement de la personne. L'article a pour cela utilisé différentes études. La méta-analyse a retenu au total 18 études correspondant aux critères d'inclusion.</p>
Etudes utilisées	<p>Pour identifier les 18 études, les auteurs de l'article ont procédé à une recherche de littérature sur les bases de données PsychInfo, Cochrane Library et Medline. Ce sont des études publiées depuis la première année disponible sur les bases de</p>

	<p>données jusqu'à mars 2006. Les termes psychoéducation, patient/famille éducation ou éducation en combinaison avec le terme schizophrénie, schizophrène ou psychoses ont été utilisés dans la recherche des articles. De plus, d'autres études ont été identifiées à l'aide des documents Schizophrenia Research et Schizophrenia Bulletin datant de 1995 à 2006, ainsi qu'avec des recherches et méta-analyses concernant d'autres troubles psychotiques.</p>
Résultats	<p>Les résultats de la méta-analyse montrent que la psychoéducation a un effet à court terme sur les rechutes mais s'avère non significatif après un an. La psychoéducation a un léger effet cependant significatif sur les connaissances de la maladie à la fin de l'intervention. De plus, les effets concernant la réduction des symptômes, le fonctionnement de la personne et la compliance au traitement médicamenteux ne sont pas significatifs. Les interventions de psychoéducation avec le patient et la famille sont plus favorables dans la prévention des rechutes que celles incluant uniquement le patient. L'article exprime que certains patients n'arrivent pas à faire le lien avec la description des symptômes standardisés et leur propre expérience. De plus, les programmes de psychoéducation nécessitent de la concentration et une capacité de mémorisation parfois altérée chez les patients schizophrènes. L'inclusion de la famille résout certaines difficultés rencontrées par les familles en intégrant les connaissances dans la réalité ainsi qu'en supportant le patient dans la gestion des symptômes et du stress. La psychoéducation avec la famille réduit la communication négative en augmentant la compréhension et en contribuant à la prévention des rechutes et cela même sans un travail sur la communication.</p>
Conclusion des auteurs	<p>Pour les auteurs, la psychoéducation ne bénéficie pas encore d'assez de recherches scientifiques. L'intégration des familles dans la psychoéducation est bénéfique et devrait être encouragée autant que possible. Cependant, l'inclusion de la famille n'étant pas toujours faisable, il pourrait être intéressant d'investiguer les barrières à l'efficacité de la psychoéducation dirigée sur le patient seul, bénéfique quand elle est offerte dans la phase aiguë et si les patients sont capables de transférer leurs connaissances dans la vie de tous les jours.</p>

Sources	Van Meijel, B. et al. (2006)
But	Il s'agit d'une étude quantitative ayant comme objectif la prévention des rechutes à l'aide d'un protocole d'intervention chez des patients schizophrènes. La question de recherche vise à définir si les patients souffrant de schizophrénie ou autre trouble psychotique suivant un plan de prévention des rechutes ont moins de chances de faire une rechute que les patients bénéficiant d'un traitement habituel. L'étude s'est effectuée sur la période d'une année. Les participants ont été partagés en 2 groupes, ceux avec le protocole de prévention et ceux sans.
Participants	L'étude a été menée avec deux groupes de patients (au total 95), soit 51 dans le groupe expérimental et 44 dans le groupe contrôle. Des critères d'inclusion à l'étude ont été imposés comme celui du diagnostic de schizophrénie ou autre trouble psychotique ou encore que les patients soient dans une période stable. Les patients ont tous été traités dans le même hôpital. Ils pouvaient soit être hospitalisés, soit bénéficier d'une prise en charge ambulatoire ou encore être suivis à domicile pour autant qu'ils viennent à l'hôpital au moins une fois toutes les deux semaines. De plus, les patients devaient être capables de donner leur consentement éclairé afin de participer à l'étude. Des critères d'exclusion ont également été imposés comme le retard ou le trouble mental, de graves troubles du comportement ou de la communication liés à la consommation de drogues. L'éducation des patients au protocole d'intervention a été réalisée par des infirmières choisies par différents départements de l'hôpital. Les infirmières devaient être capables de réaliser tous les soins auprès des patients et de leur entourage. 1 à 3 patients ont été choisis par infirmière.
Résultats	Les résultats de l'étude montrent que les patients du groupe expérimental ont un plus haut niveau de fonctionnement que les patients sans protocole d'intervention et que le pourcentage de rechute est plus bas dans le groupe expérimental. L'étude met en évidence un haut taux d'abandons dans le groupe expérimental (11 sur un total de 51) et dans le groupe contrôle (2 sur 44). Cela montre que les efforts demandés pour la préparation d'un plan d'intervention ne peuvent pas être soutenus par tous les patients ou les infirmières. Les patients ayant abandonné ont généralement un plus haut niveau de fonctionnement ainsi que des symptômes psychopathologiques plus élevés. De plus, les femmes étaient très représentées

	dans le groupe expérimental, ce qui a pu influencer les résultats car le processus pathologique chez les femmes est généralement plus favorable que chez les hommes. L'article exprime qu'il y a certainement eu une contamination entre les deux groupes car les infirmières des deux groupes communiquaient entre elles sur la recherche et les interventions, ce qui a pu avoir des effets positifs sur le groupe contrôle.
Conclusion des auteurs	Un échantillon plus large est nécessaire afin d'avoir un taux de rechutes significatif. Pour les auteurs, l'étude devrait être vue comme faisant partie d'un programme incluant la pharmacologie, différentes formes d'entraînements aux habiletés sociales, ainsi que la famille et une thérapie cognitive. La possibilité de comparer l'étude avec d'autres recherches est pauvre car les interventions de reconnaissance des symptômes sont souvent associées à des stratégies médicamenteuses. De ce fait, les effets spécifiques des interventions ne peuvent être déterminés. Les résultats n'ont pas un niveau statistique assez significatif. Les recherches devraient être continuées.

Sources	Degmecic, D. et al. (2007)
But	Il s'agit d'une étude quantitative ayant comme but de définir les différences dans la compliance au traitement et le fonctionnement social entre deux groupes de patients, l'un ayant reçu une éducation sur la maladie et le traitement et l'autre groupe n'en ayant pas bénéficié. L'étude est réalisée à l'admission des patients, à leur sortie et 3 mois après leur sortie. Les groupes sont aidés par un psychiatre une fois par semaine, les patients sont éduqués sur la reconnaissance des symptômes, la prévention des épisodes psychotiques et à propos du rôle de la médication et de ses effets.
Participants	Les groupes sont constitués de 6 à 8 patients souffrant de schizophrénie, la moyenne des patients sur 4 semaines est de 30. L'âge moyen du groupe expérimental est 41.3 ans et de 43.2 ans pour le groupe ne recevant pas d'éducation sur la maladie. Les deux groupes sont composés de 14 femmes et 16 hommes. La plupart des patients ont fini le lycée et le statut professionnel des deux groupes est similaire, la plupart des patients sont sans emploi.

Résultats	<p>L'article ne montre pas de différence à l'entrée des deux groupes à l'hôpital concernant le niveau des symptômes cliniques. Il montre cependant une différence significative à la sortie de l'hôpital et après 3 mois entre les deux groupes. Les patients ayant été éduqués ont moins de symptômes que les patients non éduqués. A l'entrée à l'hôpital il n'y avait pas de différence dans le fonctionnement social des deux groupes. Cependant le groupe de patients n'ayant pas reçu d'éducation avait un score plus bas à la sortie de l'hôpital et après trois mois. Il n'y avait pas non plus de différence significative à l'entrée de l'hôpital entre les deux groupes en ce qui concerne la compliance au traitement médicamenteux. Par contre, il y avait une différence statistique à la sortie de l'hôpital et après trois mois entre les deux groupes avec un score plus élevé pour le groupe ayant reçu une éducation. Le groupe expérimental a également un score plus élevé au questionnaire sur les connaissances de la maladie à la sortie de l'hôpital et après trois mois.</p>
Conclusion des auteurs	<p>Les résultats de l'étude démontrent l'importance de l'éducation sur la compliance au traitement médicamenteux qui est l'un des piliers importants du succès de la prise en charge chez les personnes schizophrènes. Les données de plusieurs études montrent l'utilité de la psychoéducation comme une partie du traitement habituel. De plus, pour les auteurs, la courte durée des interventions et les bas coûts devraient intéresser les politiciens et managers. La recherche sur l'efficacité de la psychoéducation doit continuer.</p>

5.2. Analyse des résultats en lien avec la question PICOT et liens avec la théorie de Pender

Dans plusieurs articles, il est démontré que la psychoéducation augmente la compliance au traitement médicamenteux, ce qui a une incidence sur la diminution du taux de rechute et de réhospitalisation (Lee et al., 2014 ; Haiou et al., 2013 ; Pitschel-Walz et al., 2006 ; Aguglia et al., 2007 ; Van Meijel et al., 2006 ; Degmecic et al., 2007). Certains auteurs indiquent que les effets de la psychoéducation sur les rechutes ne durent qu'un an (Lincoln et al., 2007), tandis que d'autres auteurs démontrent que les effets de la psychoéducation peuvent être maintenus jusqu'à sept ans, avec un suivi régulier et l'inclusion de la famille (Bäumler et al., 2006). Nous pouvons faire ici un lien avec la théorie de Pender. En effet, le but de cette théorie de soins est d'aider la personne à modifier son comportement. Par rapport à notre question de recherche, elle pourrait être appliquée pour motiver la personne à prendre son traitement médicamenteux et de ce fait être un complément à la psychoéducation ayant le même but mais bénéficiant d'une approche différente à savoir l'augmentation des connaissances.

Dans trois études, nous avons pu remarquer que le nombre de jours passés à l'hôpital en cas de réhospitalisation chez les patients ayant bénéficié de psychoéducation diminuait également (Aguglia et al., 2007 ; Pitschel-Walz et

al., 2006 ; Bäuml et al.,2006). En appliquant la théorie de Pender avec un patient souffrant de schizophrénie, l'infirmière travaillera avec lui sur ses affects et cognitions liés aux comportements mais également sur ses comportements antérieurs. L'infirmière investiguera avec le patient les bénéfices intrinsèques, comme le regain d'énergie et extrinsèques, comme la reconnaissance sociale que le patient perçoit en bénéficiant de la psychoéducation pour diminuer son risque de rechute et les temps d'hospitalisation. L'infirmière investiguera également les obstacles que le patient perçoit, comme par exemple son incapacité à réussir à suivre un traitement ou par exemple le coût que cela représente pour lui. Selon la théorie de Pender, c'est sur ces différents aspects que l'infirmière a le plus d'influence. Le fait de mettre en lumière ces deux variables permettra au patient d'avoir un nouvel éclairage sur sa situation et éventuellement de donner une impulsion au changement. Lorsque le patient ira chercher les comportements sains antérieurs qu'il a adoptés et qu'il est parvenu à maintenir sur le long terme, il prendra conscience des bénéfices liés au changement de comportement mais également de ses capacités à parvenir à maintenir le changement dans le temps en augmentant son sentiment d'efficacité personnel. Ces éléments viennent renforcer la démarche de psychoéducation notamment au niveau des connaissances de la maladie. En effet, la théorie de Pender peut appuyer cette approche, cela apportera au patient une meilleure compréhension de sa prise en charge. En ayant des connaissances apportées par la psychoéducation sur les symptômes, le

traitement, ou encore la cause des rechutes, ainsi que des connaissances issues de la théorie de Pender (2011) sur les bénéfices retirés d'un comportement adapté à la maladie (prise du traitement médicamenteux), le patient pourra mettre plus de sens à ses comportements et ainsi augmenter sa motivation à les maintenir.

Quatre études démontrent que la psychoéducation augmente le fonctionnement psychosocial, c'est-à-dire augmente les habilités sociales et la possibilité de se réinsérer dans la société (trouver un emploi par exemple) (Lee et al., 2014 ; Valencia et al., 2013 ; Van Meijel et al., 2006 ; Degmecic et al., 2007). Deux études démontrent que la psychoéducation a également permis de mesurer une augmentation de la qualité de vie des patients (Lee et al., 2014 ; Aguglia et al., 2007). Un des éléments de la théorie de Pender est celui des affects liés à la maladie, chaque affect étant inscrit dans la mémoire de la personne. Si l'affect lié au comportement est positif, la personne reproduira ce comportement afin de retrouver ce sentiment. On peut imaginer alors qu'un travail sur les affects liés à la prise du traitement chez une personne schizophrène diminuera les symptômes et engendrera un affect positif car la personne pourra retrouver une place dans la société. La personne aura alors envie de répéter ce comportement qui lui apporte une meilleure qualité de vie. Selon les résultats de diverses études analysées, on remarque que lorsque la psychoéducation est utilisée, la compliance au traitement médicamenteux est augmentée et la qualité de vie est meilleure.

Nous pouvons donc constater que la psychoéducation et la théorie de Pender sont deux approches différentes qui visent le même but. La théorie de Pender vient renforcer la démarche de psychoéducation au sujet de la qualité de vie du patient (influencée par une meilleure connaissance de la maladie, du traitement, un soutien social ou encore un travail sur les habiletés sociales) en travaillant sur les sentiments positifs ressentis lorsque le comportement est adapté (prise du traitement médicamenteux). Cela permet au patient une meilleure gestion de sa santé et de ce fait une augmentation de sa qualité de vie.

Plusieurs articles démontrent qu'intégrer la famille à la psychoéducation est bénéfique pour le patient schizophrène sur plusieurs points tels que la compliance au traitement, la diminution du taux de rechutes, la connaissance de la maladie, l'amélioration de la communication avec le patient, la diminution des symptômes et du stress liés à la maladie (Lee et al., 2014 ; Pitschel-Walz et al., 2006 ; Valencia et al., 2013 ; Aguglia et al., 2007 ; Bäuml et al., 2006 ; Lincoln et al., 2007 ; Van Meijel et al., 2006). Deux articles démontrent que la psychoéducation aide à soulager la famille (Lee et al., 2014 ; Lincoln et al., 2007). A propos de la famille, Pender parle des influences contextuelles, qu'elle définit par le soutien ressenti par le patient de la part de son environnement. Selon elle, si la personne est consciente du soutien de son entourage, elle aura plus de facilité à s'engager dans le

changement. Ce point rejoint les articles qui démontrent qu'en intégrant les proches du patient à la psychoéducation, de meilleurs résultats sont obtenus.

Quatre études soulignent le fait que la psychoéducation a eu un effet bénéfique sur la diminution des symptômes de la schizophrénie, qu'ils soient positifs ou négatifs (Haiou et al., 2013 ; Valencia et al., 2013 ; Aguglia et al., 2007 ; Degmecic et al., 2007). Dans une étude sur les effets à long terme (Bäumli et al., 2006), il n'y a pas de différence statistique significative en ce qui concerne les symptômes chez les patients ayant bénéficié de psychoéducation par rapport aux autres. Par contre, il est important de prendre en compte le fait que, dans cette étude, les patients qui ont rechuté ont eu des réadaptations de leur traitement, ce qui a eu une influence sur la sévérité des symptômes.

Pour rappel, notre question PICOT était la suivante : « Chez les patients schizophrènes, la psychoéducation favorise-t-elle la compliance à la prise du traitement médicamenteux ? »

En réponse à notre question, nous pouvons constater que la psychoéducation a une influence positive sur la compliance au traitement médicamenteux. Cette compliance peut être maintenue sur le long terme à condition que la famille soit incluse à la prise en charge.

On remarque également que la psychoéducation a des effets sur la diminution des rechutes et des symptômes. Elle permet d'augmenter la qualité de vie.

En conclusion, par rapport à la théorie de Pender, bien qu'il y ait des similitudes entre les buts de la théorie de Pender et ceux de la psychoéducation, nous nous sommes rendu compte, à la suite de l'analyse de nos articles, que la théorie de Pender pourrait être difficile à appliquer chez cette population de patients. En effet, la théorie implique une capacité à mettre en évidence son propre problème, ce qui n'est pas toujours le cas chez les personnes schizophrènes. Cependant, au vu des éléments explicités tout au long de ce chapitre, on constate que la théorie peut apporter un complément à la psychoéducation chez le patient schizophrène en participant à une meilleure gestion de la maladie par une meilleure compréhension de ses comportements. L'approche par la théorie de Pender en complément de la psychoéducation est pertinente mais doit être adaptée à chaque patient selon ses capacités.

5.3. Perspectives et propositions pour la pratique

Nous avons analysé une recherche concernant l'implantation de la psychoéducation dans les institutions psychiatriques de Suisse, d'Allemagne

et d'Autriche en 2003. Il est ressorti de cette étude que, même si la plupart des établissements proposaient de la psychoéducation à leurs patients, quelques-uns d'entre eux seulement le faisaient pour des patients schizophrènes. Enfin, très peu d'établissements intégraient la famille à la démarche. Les établissements qui n'en proposaient pas expliquaient qu'ils manquaient de temps, de personnel pour mettre en place de telles séances ou qu'ils étaient sceptiques par rapport à cette posture (Rummel-Kluge et al., 2006).

Pourtant, de nombreuses études prouvent que la psychoéducation donne des bons résultats pour la compliance au traitement et la diminution du taux de rechutes, comme nous l'avons exposé ci-dessus. Plusieurs auteurs indiquent qu'il faudrait continuer la recherche sur la psychoéducation, afin de pouvoir encore consolider les preuves de son efficacité (Lincoln et al., 2007 ; Van Meijel et al., 2006). Toutefois, plusieurs auteurs indiquent que la psychoéducation devrait être dispensée de façon systématique aux patients schizophrènes dans la prise en charge de leur pathologie (Lee et al., 2014 ; Bäuml et al., 2006 ; Lincoln et al., 2007 ; Rummel-Kluge et al., 2006 ; Degmecic et al., 2007). Des auteurs exposent qu'il faudrait intégrer la totalité de l'équipe soignante dans la conduite des groupes et que la psychoéducation ne soit pas gérée par des psychiatres et des psychologues seulement. Cela permettrait de résoudre le problème du manque de

personnel avancé par plusieurs institutions (Rummel-Kluge et al., 2006 ; Lee et al., 2014).

Plusieurs auteurs s'accordent à dire qu'il faudrait publier des lignes directrices afin que les interventions de psychoéducation soient construites sur la même base dans chaque lieu de soins psychiatriques. De plus, avec seulement 8 séances, les auteurs de différentes études ont pu démontrer que la psychoéducation apportait déjà des bénéfices aux patients schizophrènes. Ce fait prouve que le problème de manque de temps avancé par les institutions réticentes peut être facilement réglé (Pitschel-Walz et al., 2006 ; Haiou et al., 2013 ; Degmecic et al., 2007).

Certains auteurs proposent que des recherches soient effectuées pour savoir comment proposer de la psychoéducation aux patients schizophrènes en phase aiguë ou qui ont fait plusieurs épisodes psychotiques (Pitschel-Walz et al., 2006). Enfin, les faibles coûts qu'engendre la psychoéducation devraient pousser les directeurs d'hôpitaux et le système de santé à s'y intéresser (Degmecic et al., 2007).

6. Conclusion

En conclusion, nous constatons que la psychoéducation améliore effectivement la compliance au traitement médicamenteux, ce qui permettra au patient schizophrène d'avoir une meilleure qualité de vie.

6.1. Eléments facilitants

Un des éléments facilitants concernant notre travail de Bachelor a été que le thème de la schizophrénie était une notion connue de chacune de nous. La problématique de la rechute chez les personnes schizophrènes a été rencontrée dans nos pratiques, de ce fait nous avons dès lors une idée de la façon d'orienter notre travail.

Un autre élément facilitant a été notre dynamique de groupe. Nous avons su trouver un rythme de travail qui nous convenait. Nous pourrions dire que nous étions dans un leadership partagé où chacune a pu donner son avis, a pu guider les autres lors de difficultés.

De plus, afin de mieux cerner la problématique, nous avons bénéficié de l'expérience d'une infirmière en psychiatrie ce qui nous a permis d'avoir une notion de la pratique infirmière actuelle dans le canton de Neuchâtel

concernant cette problématique et d'étayer les liens avec notre travail de Bachelor.

6.2. Eléments contraignants

Un élément contraignant a été de définir un thème au début de notre travail. Ne pas choisir un thème trop ou trop peu exploité, ne pas voir trop large dans nos recherches ou au contraire aborder un thème tellement spécifique qu'il aurait pu nous freiner plus tard dans la réalisation.

De plus, cibler les articles a été difficile. Nous avons dû par exemple modifier nos mots-clés de recherche car les résultats ne nous convenaient pas, ou encore lire plusieurs articles afin d'avoir une idée plus précise de ce que l'on souhaitait. Il n'a pas été aisé d'accorder à la fois de l'intérêt au contenu des articles, à leur méthodologie ou encore à leur niveau de preuve. De ce fait, à plusieurs reprises, nous devions rejeter des articles car ils ne correspondaient pas à certains de nos critères. Certes, cela fait partie des préparatifs du travail de Bachelor mais cela a été parfois décourageant.

Un autre élément contraignant a été la charge de travail annexe au travail de Bachelor. Il nous a fallu définir des priorités, pas toujours évidentes, afin de pouvoir gérer à la fois les examens, les stages et le travail de Bachelor.

Nous avons eu de la difficulté à trouver des articles récents. En effet, nous avons trouvé une grande quantité de recherches appropriées à notre question de recherche mais qui dataient de la fin des années 1980 - début des années 1990, donc trop anciennes pour que nous puissions les intégrer à notre travail.

6.3. Limites du travail

Une des limites que nous pouvons mettre en évidence est que nous avons retrouvé souvent les mêmes auteurs dans les différents articles. Les auteurs utilisent souvent les mêmes recherches comme référence. Cela a pour effet de donner des résultats similaires pour les différentes recherches.

Notre travail est basé sur 10 articles. Cela peut être limitant car les résultats ne sont pas toujours très étayés.

Nous relevons également que peu de recherches intègrent le rôle infirmier.

Nous n'avons pas pu faire le lien entre les résultats de nos articles et ce qui se passe, en pratique, dans les établissements du canton de Neuchâtel.

6.4. Perspective pour la recherche

Il serait intéressant de présenter les résultats de notre travail de Bachelor aux institutions psychiatriques du canton de Neuchâtel afin de savoir s'ils proposent des séances de psychoéducation aux patients schizophrènes et à leur famille. Si les établissements psychiatriques n'en proposent pas, pourquoi pas, sur la base de notre travail, étudier avec ces institutions la possibilité et la manière de mettre sur pied une telle offre.

Il serait aussi intéressant de mener des recherches sur le même sujet mais en incluant plus spécifiquement le rôle infirmier.

7. Bibliographie

Acquaviva, E., Acquaviva, E., Gasquet, I., Gasquet, I., Falissard, B., & Falissard, B. (2007). Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 5, 1-5. doi :10.1186/1745-0179-3-Received

Addiction suisse. (2014) *Substances et addiction*. Repéré à <http://www.addictionsuisse.ch/faits-et-chiffres/substances-et-addiction/styles-de-consommation/>

AFDET, Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique / Santé Education. (2013). *Echo des 12^{es} journées régionales d'échanges sur l'éducation du patient*. Repéré à : http://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/user_upload/ETP/ProductionsU_TEP/Psychologie_ETP_Pancrazzi_JRE_2012__Sante_educ_2013.pdf

AFS, Association de familles et amis de personnes souffrant de schizophrénie Berne-Neuchâtel. (2015). *Réseau Profamille*. Repéré à <http://www.afs-schizo.ch/profamille.html>

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Rapport sur les maladies mentales au Canada, Chapitre 3*. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmac/chap_3-fra.php

- Agence régionale de santé. (2015). *Education thérapeutique*. Repéré à <http://www.ars.paca.sante.fr/Education-therapeutique.94226.0.html>
- Aguglia, E., Pascolo-Fabrici, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH*, 3, 7. doi :10.1186/1745-0179-3-7
- Alligood, M.R. (2014). *Nursing Theorists and their work*. (8^{ème} édition). St-Louis : Elsevier Mosby.
- Alligood, M. R., & Marriner-Tomey, A. (2006). *Nursing theory: Utilisation & application*. (3^e éd.). Toronto : Elsevier.
- Alamaya, Fondation pour la recherche sur la schizophrénie. (2014) *schizophrénie*. Repéré à : <http://www.alamaya.net/index.php/Schizophrenie/schizophrenie.html>
- Association américaine de psychiatrie. (2005). *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^{ème} éd.)*. (pp. 360-361) Issy Les Moulineaux : Elsevier Masson SAS
- Association Américaine de psychiatrie. (2015). Schizophrénie. Repéré à <http://www.psychiatry.org/schizophrenia>

Association des médecins psychiatres du Québec. (2014). *Schizophrénie*.

Repéré à <http://www.ampq.org/index.cfm?p=page&id=9>

Association des proches de personnes souffrant de schizophrénies VS. (2014)

Qu'est-ce que la schizophrénie. Repéré à

<http://www.synapsespoir.ch/index.php/quest-ce-que-la-schizophrenie>

Barbès-Morin, G., & Lalonde, P. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène. *Annales Médico-psychologiques, revue ...*, 164, 529-536.

doi :10.1016/S0003-4487(06)00117-X

Bäumli, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M., & Pitschel-Walz, G. (2006).

Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin*, 32(SUPPL.1). doi :10.1093/schbul/sbl017

Bäumli, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessling, W. (2007).

Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), 854-61. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17592908>

Bohlken, M. M., Mandl, R. C. W., Brouwer, R. M., van den Heuvel, M. P.,

Hedman, A. M., Kahn, R. S., & Hulshoff Pol, H. E. (2014). Heritability of structural brain network topology: A DTI study of 156 twins. *Human brain mapping*. doi :10.1002/hbm.22550

- Bonsack, C., Favrod, J. (2008). Psychoéducation : de quoi parle-t-on ? *Santé mentale*, 126, 26-32 Repéré à http://homepage.hispeed.ch/Jerome_Favrod/psycho1.pdf
- Bouvet, C., Ettaher, N., & Diot, E. (2010). Insight, dépression, estime de soi et satisfaction de vie chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 75(3), 471-483. doi :10.1016/j.evopsy.2010.04.010
- Bovet, P. (2014). La schizophrénie. *Le fait médical : de la recherche au patient*. Repéré à <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/la-schizophrenie-55-418>
- Breitborde, N. J., Moreno, F. a, Mai-Dixon, N., Peterson, R., Durst, L., Bernstein, B., ... McFarlane, W. R. (2011). Multifamily group psychoeducation and cognitive remediation for first-episode psychosis: a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 11(1), 9. doi :10.1186/1471-244X-11-9
- Buckley, L.A., Maayan, S., Soares-Weiser, K., Adams, C.E. (2015). Supportive therapy for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4. doi : 10.1002/14651858.CD004716.pub4
- Chien, W. T., Leung, S. F., Yeung, F. K. K., & Wong, W. K. (2013). Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part II: Psychosocial interventions and patient-focused perspectives in

psychiatric care. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9, 1463-1481.

doi :10.2147/NDT.S49263

Degmecić, D., Pozgain, I., & Filaković, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium antropologicum*, 31(4), 1111-1115. doi :10.4088/JCP.v67n0316

Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (2010). Guideline watch (September 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, (September). Repéré à <http://journals.psychiatryonline.org/content.aspx?bookID=28§ionID=1682213>

Donohoe, G. (2006). Adherence to Antipsychotic Treatment in Schizophrenia, What Role Does Cognitive Behavioral Therapy Play in Improving Outcomes? *Disease Management & Health Outcomes*, 14(4), 207-214. doi: 10.2165/00115677-200614040-00003

Dziopa, F., & Ahern, K. J. (2009). What Makes a Quality Therapeutic Relationship in Psychiatric/Mental Health Nursing: A Review of the Research Literature. Repéré à http://www.researchgate.net/publication/43509937_What_Makes_a_Quality_Therapeutic_Relationship_in_PsychiatricMental_Health_Nursing_A_Review_of_the_Research_Literature

Espace Socrate. (2015). Vivre avec la schizophrénie. Repéré à http://www.espace-socrate.com/pdfs/g_vivre_avec_la_schizophrenie.pdf

Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia: Empirical and Clinical Findings. *Schizophrenia Bulletin*, 23(4), 637–651. doi : 10.1093/schbul/23.4.637

Fondation pour la Recherche Médicale. (2012). *Dossier schizophrénie*. Repéré à <http://www.frm.org/dossiers-100.html>

Fröhlich-Rüfenacht, S., Rousselot, A., Künzler, A. (2013). Aspects psychosociaux des maladies chroniques et leur influence sur le traitement. *Forum Med Suisse*, 13(10), 206-209. Repéré à <http://www.medicalforum.ch/docs/smf/2013/10/fr/fms-01425.pdf>

Gaebel, W., & Riesbeck, M. (2014). Are there clinically useful predictors and early warning signs for pending relapse? *Schizophrenia research*, 152(2-3), 469-77. doi :10.1016/j.schres.2013.08.003

George, J.B., (2011). Nursing theories : *The base for Professional nursing practice*. (6^{ème} édition). New Jersey : Pearson education.

Glardon, C. (1996). *Du faire à l'être en passant par le dire*. Lausanne : LEP loisirs et pédagogie.

Gleeson, J. F., Rawlings, D., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2005). Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. *Schizophrenia research*, *80*(1), 107-11. doi :10.1016/j.schres.2005.07.019

Golay, A. (2011). Soigner le patient ... avec lui. *Pusations*, *6*, 2. Repéré à <http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/juin2011.pdf>

Golay, A. (2009). *Education thérapeutique du patient*. Repéré à http://www.hug-ge.ch/sites/interhug/files/structures/enseignement_therapeutique_pour_maladies_chroniques/documents/sete2009_ag.pdf

Golay, A., Lager, G., Lasserre Moutet, A. Chambouleyron, M., Giordan, A. (2010). *Education thérapeutique des patients diabétiques*. Repéré à <http://www.em-consulte.com/article/246069/education-therapeutique-des-patients-diabetiques>

Golay, A., Lager, G., Giordan, A. (2012). *Motiver pour changer: un modèle d'éducation thérapeutique pour chaque patient diabétique*. Repéré à http://cms.unige.ch/lides/wp-content/uploads/2012/07/Motiver-pour-changer-_un-mod%C3%A8le-d%C3%A9ducation-therapeutique-pour-chaque-patient-diab%C3%A9tique.pdf

Haddad, P. M., Brain, C., & Scott, J. (2014). Nonadherence with antipsychotic medication in schizophrenia: challenges and management strategies. *Patient related outcome measures*, *5*, 43-62. doi :10.2147/PROM.S42735

Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, *3*(4), 200–218. doi : 10.1177/2045125312474019

Hudson, T.J., Owen, R.R., Thrush, C.R., et al. (2004). A Pilot Study of Barriers to Medication Adherence in Schizophrenia. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(2), 211-216. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15003075>

Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2014) Schizophrénie. Repéré à <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologie-psychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>

Kane, J. M. (2013). Improving patient outcomes in schizophrenia: achieving remission, preventing relapse, and measuring success. *The Journal of clinical psychiatry*, *74*(9), e18. doi :10.4088/JCP.12117tx1c

- Kapur, S., & Remington, G. (1996). Serotonin-dopamine interaction and its relevance to schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, *153*(4), 466-76. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8599393>
- Khazaal, Y., Favrod, J., Libbrecht, J., Finot, S. C., Azoulay, S., Benzakin, L., Pomini, V. et al. (2006). A card game for the treatment of delusional ideas: a naturalistic pilot trial. *BMC psychiatry*, *6*, 48. doi :10.1186/1471-244X-6-48
- Kirkpatrick, B., Buchanan, R. W., Ross, D. E., & Carpenter, W. T. (2001). A separate disease within the syndrome of schizophrenia. *Archives of general psychiatry*, *58*(2), 165-71. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11177118>
- Kissling, W. (1991). *Guidelines for Neuroleptic Relapse Prevention in Schizophrenia*. Berlin, Heidelberg : Springer Berlin Heidelberg. doi :10.1007/978-3-642-86922-8
- Knapp, M., King, D., Pugner, K., et al. (2004). Non-adherence to antipsychotic medication- regimens: associations with resource use and costs. *The British Journal Psychiatry*, *184*(6), 509-516. doi : 10.1192/bjp.184.6.509
- Koleck, M., Bruchon-Schweitzer, M., Bourgeois, M. L., Loas, & Verdeau-Paillès. (2003). Stress et coping: Un modèle intégratif en psychologie de

la santé. *Annales Medico-Psychologiques*, 161(10), 809-815.
doi :10.1016/j.amp.2003.10.005

Konen, A. (1993). A propos des thérapies cognitivo-comportementales de la schizophrénie. Le programme intégratif de thérapies psychologiques (IPT). *L'Encéphale*, 19(1), 47 - 55.

Lee, K.M, Xie, H., Parasuram, R. (2014). The effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families: An integrative review. *Singapore Nursing Journal*, 41(2). Repéré à <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=da4bb84f-5bee-4117-a45a-5a945c9b8c25%40sessionmgr4003&hid=4201>

Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 96(1-3), 232-45. doi :10.1016/j.schres.2007.07.022

Linden, M., Godemann, F., Gaebel, W., et al. (2001). A prospective study of factors influencing adherence to a continuous neuroleptic treatment program in schizophrenia patients during 2 years. *Schizophrenia Bulletin*, 27(4), 585-596. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11824485>

Malik, N., Kingdon, D., Pelton, J. et al. (2009). Effectiveness of brief cognitive-behavioral therapy for schizophrenia delivered by mental health nurses: relapse and recovery at 24 months. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *70*(2), 201-207. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19210949>

Matei, V.P., Mihailescu, A.I., & Davidson, M. (2014). Is non pharmacological treatment an option for certain schizophrenia patients?, *26*(4), 308-313.

McFarlane, W.R., Link, B., Dushay, R., Marchal, J., & Crilly, J. (1995). Psychoeducational multiple family groups: four-year relapse outcome in schizophrenia. *Family process*, *34*(2), 127-44. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7589414>

Melnyk, B.M., Fineout-Overholt, E. (2013). *Evidence- Based Practice in Nursing and Healthcare. A guide to best Practice* (2nd Edition). Lippincott Williams & Williams: Philadelphia.

Olivares, J.M., Sermon, J., Hemels, M. et al. (2013). Definitions and drivers of relapse in patients with schizophrenia: a systematic literature review. *Annals of General Psychiatry*, *12*, 32. doi: 10.1186/1744-859X-12-32

Organisation mondiale de la santé, Organisation mondiale de la santé pour l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé. (2008). *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur les systèmes*

de santé « Systèmes de santé, santé et prospérité », Tallinn (Estonie)
25-27 juin 2008.

Repéré à

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/79219/E93680.pdf

Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia research*, 100(1-3), 108-19. doi :10.1016/j.schres.2007.12.468

Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*, (6). Repéré à <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002831/pdf/standard>

Pender, N.J. (2011). *The Health Promotion Model Manual*. Repéré à http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M.A. (2010). *Health Promotion in Nursing Practice*. New Jersey : Pearson edition.

Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière*. (3^e édition). Montréal : Chenelière Education.

- Petretto, D. R., Preti, A., Zuddas, C., Veltro, F., Rocchi, M. B. L., Sisti, D., ... Masala, C. (2013). Study on psychoeducation enhancing results of adherence in patients with schizophrenia (SPERA-S): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *14*, 323. doi :10.1186/1745-6215-14-323
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, *67*(3), 443-52. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16649832>
- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, *27*(1), 73-92. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551>
- Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K., & Mainerova, B. (2011). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomedical papers of the Medical Faculty of the University Palacký, Olomouc, Czechoslovakia*, *155*(4), 385-95. doi :10.5507/bp.2011.008
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia--results of a survey of all psychiatric

institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765-75. doi :10.1093/schbul/sbl006

Sarin, F., & Wallin, L. (2014). Cognitive model and cognitive behavior therapy for schizophrenia: an overview. *Nordic journal of psychiatry*, 68(3), 145-53. doi :10.3109/08039488.2013.789074

Schizophrénie et consommation de substances psychoactives. (2007) *Info pour les bénéficiaires*. Repéré à <http://www.schizophreniaandsubstanceuse.ca/french/sitepagesF/consumers2F.html>

Schneider, F., Rockstroh, B., Heimann, H., Lutzenberger, W., Mattes, R., Elbert, T., ... Bartels, M. (1992). Self-regulation of slow cortical potentials in psychiatric patients: Schizophrenia. *Biofeedback and Self-Regulation*, 17(4), 277-292. doi :10.1007/BF01000051

Schoenberg, P. L. A., & David, A. S. (2014). Biofeedback for psychiatric disorders: a systematic review. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 39(2), 109-35. doi :10.1007/s10484-014-9246-9

Schooler, N. R. (1997). Relapse and Rehospitalization During Maintenance Treatment of Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 54(5), 453. doi :10.1001/archpsyc.1997.01830170079011

Shimodera, S., Furukawa, T. A., Mino, Y., Shimazu, K., Nishida, A., & Inoue, S. (2012). Cost-effectiveness of family psychoeducation to prevent relapse in major depression: results from a randomized controlled trial. *BMC psychiatry, 12*, 40. doi :10.1186/1471-244X-12-40

Société canadienne de la schizophrénie. (2014) *Learn more about schizophrenia.* Repéré à http://www.schizophrenia.ca/learn_more_about_schizophrenia.php

Thibaut, F. (2014). Acute treatment of schizophrenia: introduction to the World Federation of Societies of Biological Psychiatry guidelines. *Psychiatria Danubina, 26*(1), 2–11. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24608146>

Thomas, P. (2013). [Relapse: causes and consequences]. *L'Encéphale, 39* Suppl 2, S79–82. doi :10.1016/S0013-7006(13)70100-3

Tiernan, B., Tracey, R., & Shannon, C. (2014). Paranoia and self-concepts in psychosis: a systematic review of the literature. *Psychiatry research, 216*(3), 303-13. doi :10.1016/j.psychres.2014.02.003

Turner, N., O'Mahony, P., Hill, M., Fanning, F., Larkin, C., Waddington, J., ... Clarke, M. (2014). Work life after psychosis: A detailed examination. *Work (Reading, Mass.)*. doi :10.3233/WOR-141865

- Valencia, M., Fresan, a., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2013). The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research, 47*(12), 1886-1892. doi :10.1016/j.jpsychires.2013.09.006
- Van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2006). An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship, 38*(1), 42-49. doi :10.1111/j.1547-5069.2006.00076.x
- Van Meijel, B., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2004). Recognition of early warning signs in patients with schizophrenia: a review of the literature. *International journal of mental health nursing, 13*(2), 107-116. doi :10.1111/j.1440-0979.2004.00314.x
- Vidon, G. (1995). *Réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Editions Frison-Roche.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane database of systematic reviews, (6)*, CD002831. doi :10.1002/14651858.CD002831.pub2
- Zhao, Y., Kishi, T., Iwata, N., & Ikeda, M. (2013). Combination treatment with risperidone long-acting injection and psychoeducational approaches

for preventing relapse in schizophrenia. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 9, 1655-9. doi :10.2147/NDT.S52317

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *The American journal of psychiatry*, 159(10), 1653-64. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359668>

8. Annexes

1. Aguglia, E., Pascolo-Fabrici, E., Bertossi, F., & Bassi, M. (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinical practice and epidemiology in mental health : CP & EMH*, 3, 7.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, dans le titre la population ciblée est les patients schizophrènes, le pays où l'étude à été réalisée est cité (Italie), le résultat recherché est la prévention des rechutes grâce à la psychoéducation.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, le problème de la compliance au traitement chez les patients schizophrènes est évoqué et des pistes d'actions comme la prise d'un traitement médicamenteux associé à de la psychoéducation. La méthode utilisée est brièvement expliquée. Les résultats de l'étude sont clairement explicités et la conclusion donne une vision claire et concise du résultat qui est que les interventions de psychoéducation avec le patient et sa famille diminue le risque de rechutes.
INTRODUCTION	

<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Le problème figure en début de méthode. Les auteurs souhaitent mettre en lumière l'efficacité de la combinaison des traitements médicamenteux et de la psychoéducation chez les patients schizophrènes afin de réduire les rechutes et les jours passés à l'hôpital. • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Tout à fait, la compliance aux traitements chez les patients schizophrènes est un problème car souvent elle diminue avec les années. • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Etant donné que malgré l'avancement des recherches sur les rechutes dans la schizophrénie bon nombre de patients continuent à en faire et les réhospitalisations sont fréquentes, le problème à une signification particulière. • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, dans l'introduction il est dit que la psychoéducation sur le long terme, et plus approfondie, permettrait d'éviter les rechutes et d'augmenter la compliance aux médicaments, d'autant plus si la famille est incluse.
<p>Recension des écrits</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui tout à fait. Les explications sur l'état du problème qui figurent dans l'introduction sont appuyées par la citation d'études. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au

	<p>problème de recherche ? Oui la recension étaye l'idée de départ du groupe de chercheurs et fait état de ce qui se passe actuellement avec les dernières recherches publiées sur cette problématique. Les connaissances actuelles sur le problème sont expliquées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Les textes cités dans la bibliographie sont des études qui sont totalement en adéquation avec le sujet traité dans cet article. Les articles utilisés traitent de divers aspects de la problématique ce qui permet au lecteur d'avoir une vision globale de ce qui est en jeu. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Tout à fait, les articles choisis pour étayer la problématique sont issus de sources primaires. En voici deux exemples : <p>Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., & Engel, R. R. (2001). The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. <i>Schizophrenia bulletin</i>, 27(1), 73-92. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11215551</p> <p>Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. <i>The American journal of psychiatry</i>, 159(10), 1653-64. Repéré à http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12359668</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan

	<p>conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Les bénéfices de la psychoéducation et les problèmes récurrents de la schizophrénie sont évoqués dans l'introduction. Les concepts clés tels que la schizophrénie et le traitement médicamenteux sont expliqués dans l'introduction. La psychoéducation y est également définie mais les méthodes de psychoéducation choisies pour effectuer l'étude sont précisées dans la partie méthode de l'article.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les concepts clés s'inscrivent dans un cadre de référence qui est lié au but de l'étude. En effet les traitements, la psychoéducation et la schizophrénie sont clairement définis. Les bases philosophiques ne sont pas présentes dans le texte mais les bases théoriques figurent dans l'introduction. La méthode sous-jacente est expliquée dans le chapitre méthode.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Le but de l'étude est précisément expliqué en début de méthode. Comme expliqué plus haut, le but de l'étude est de démontrer l'efficacité de combiner un traitement médicamenteux à de la psychoéducation pour augmenter la compliance aux traitements et ainsi réduire le nombre de rechute et de réhospitalisations.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles

	<p>clairement énoncées ?</p> <p>Elles ne sont pas énoncées dans l'introduction mais figurent dans le chapitre méthode. L'hypothèse est que la psychoéducation alliée à un traitement médicamenteux adéquat diminue le nombre d'hospitalisation chez les patients schizophrènes.</p> <p>Les variables sont énoncés dans la méthode lorsque les auteurs expliquent que le temps écoulé depuis le diagnostic, les années de prise de traitement, le nombre d'hospitalisations et les traitements pharmacologiques (type) ont été pris en considération dans les résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? <p>La question de recherche reflète tout à fait le contenu de la recension des écrits et découle effectivement clairement du but. Il n'est pas question du ressenti, des valeurs et des croyances des patients. Par contre, dans la méthode, l'échelle « Quality of Life at the Lancashire QL scale » qui était déjà existante et validée a été utilisée pour mesurer l'amélioration de leur qualité de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? <p>Les variables sont explicités dans le chapitre méthode et sont en accord avec les concepts présents dans le cadre de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ?
--	--

	<p>La question s'appuie sur des bases théoriques évoquées tout au long de l'introduction. Dans tous les cas, les bases philosophiques ne sont pas explicitées.</p>
METHODE	
<p>Population et échantillon</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p>Les chercheurs se sont inspirés d'une étude préalable qui avait déjà été effectuée et validée à Munich par des psychiatres chercheurs (Kissling, Bauml & al.) Les méthodes de choix de la population sont identiques, c'est à dire que les chercheurs ont recruté les patients dans 15 centres psychiatriques communautaires à travers l'Italie.</p> <p>150 patients ont été retenus après la phase de filtrage et 15 ont abandonné en cours de route. Tous les patients avaient entre 18 et 45 ans et répondaient tous aux critères diagnostics selon le DSM-IV et le ICD-10 (international classification of disease) et suivaient tous un traitement antipsychotique standardisé en termes de substances et de dosages. Les critères d'exclusion à l'étude sont les suivants : problèmes d'abus de substances, facteurs organiques qui pourraient interférer avec la condition des patients, la participation antérieure à des séances de psychoéducation ou une psychose très accrue. Les participants ont ensuite été divisés en 2 groupes : Le study group (SG n=69 patients) recevait de cours d'éducation psychosociale, un traitement</p>

antipsychotique et suivait des programmes de psychoéducation. Le control group (CG n=66 patients) était traité par des antipsychotiques et un traitement communautaire basique. La psychoéducation qu'a suivi le IG comprenait : connaissance de la maladie, causes de la schizophrénie, comment traiter la schizophrénie, les stratégies de traitements psychosociaux, la prévention des rechutes et le rôle de la famille.

L'homogénéité des groupes a été mesurée en appliquant le Wilcoxon's non-parametric test.

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

La méthode d'échantillonnage ne figure pas dans le texte. Nous savons cependant que tous les patients choisis pour la recherche ont été recrutés dans 15 centres de santé mentale en Italie.

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

Les patients ont été choisis dans 15 établissements psychiatriques différents à travers l'Italie. Tous ceux souffrant de schizophrénie ayant donné leur consentement éclairé de façon écrite et répondant aux critères d'inclusion ont pris part à la recherche.

<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? L'étude a été approuvée par le comité d'éthique des établissements participant et les patients se sont engagés en donnant leur consentement écrit et éclairé. Les patients qui font partie du groupe contrôle ne péjorent pas leur prise en charge en participant à l'étude et ceux qui sont dans le groupe d'étude auront une situation soit similaire soit améliorée au terme de l'étude.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Il s'agit ici d'une étude quantitative ce qui est tout à fait en adéquation avec la question de départ. Les résultats sont en adéquation avec la collecte des données et permettent à l'étude d'atteindre son but. La question de départ souhaite mettre en lumière les meilleures actions à mettre en place pour éviter les rechutes. Le ressenti des patients est pris en compte mais uniquement à travers des échelles de mesures et non au travers d'entretiens. • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui tout à fait. • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité). Oui car les outils utilisés sont en adéquation avec ces critères. Les auteurs utilisent des

	<p>outils de mesures valides qui permettent de mettre en lumière des résultats pertinents en lien avec la question de départ. La neutralité est donc également respectée car l'analyse des données avec les différentes échelles de mesure ne laisse pas de place à l'interprétation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui tout à fait. L'étude étant quantitative, la méthode proposée par les auteurs est tout à fait adéquate. • Y'a-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? L'étude a été conduite sur une année.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Tout à fait. Pour chaque résultat les outils et les échelles de mesure sont cités. Un paragraphe concernant les diverses échelles figure dans la méthode. Les échelles de mesures telles que la Brief Psychitric Rating Scale, Sympson and Angus Scale, Rating of Medication Influences et la Lancaster Quality of Life Profil ont été utilisées. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Tout à fait, le suivi s'est fait de manière régulière et les résultats ont été répertoriés précisément à chaque phase de contrôle de l'étude. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? L'auteur a eu recours à des instruments déjà

	<p>existants qui sont cités tout au long du texte.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Tout à fait. La mesure des données est faite avec des outils adéquats en regard de devis de l'étude.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui tout à fait. Un tableau à ce sujet est présent dans la méthode pour expliquer à quel moment les chercheurs allaient effectuer des contrôles avec les patients et utiliser les échelles de mesure. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Les données ont été recueillies par les chercheurs eux-mêmes. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Oui l'étude contient une intervention. Le groupe d'étude a bénéficié de psychoéducation et les actions effectuées dans ces groupes sont précisées (connaissance de la maladie, les traitements, stratégies psychosociales, préventions des rechutes, le rôle de la famille).
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les méthodes d'analyse sont citées dans le chapitre résultats. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, les résultats ont été interprétés en fonction des types de schizophrénies afin d'être le plus près possible de la réalité. Cette partie figure dans le chapitre résultats.

	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui tout à fait. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui tout à fait. Les différents items issus de la recherche sont traités et les différences entre le groupe d'étude et le groupe contrôle sont explicitées à l'aide d'échelles dans le chapitre résultats.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont recensés grâce à des tableaux et des graphiques pour représenter chaque résultat et favoriser leur lecture. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Tout à fait. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, tous les résultats sont exprimés dans un texte afin d'étayer et d'expliquer les graphiques qui les précèdent. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Il n'en est pas question dans le texte.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui tout à fait. Des liens sont faits avec les cadres de recherche. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même

	<p>sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?</p> <p>Oui, les résultats sont mis en lien avec des études antérieures qui ont été citées dans l'introduction et concordent les uns avec les autres. Les différentes études sont une fois de plus citées dans le texte et figurent de manière complète dans la bibliographie de l'article. Le pourcentage de patients hospitalisés entre 1 et 3 fois durant les 12 mois de l'étude est de 13% après 6 mois et de 3,3% après 1 an dans le SG. Dans le CG, le pourcentage est de 17,7% après 6 mois et de 10,5% après une année. Le nombre de jours d'hospitalisation dans le SG est de 42 jours alors que dans le CG il est de 53 jours. Les résultats de cette étude concordent avec ceux de la recherche effectuée et validée à Munich par des psychiatres chercheurs (Kissling et al.).</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui elles sont conformes. Les conclusions contiennent les résultats chiffrés des analyses ainsi qu'une explication textuelle.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Les auteurs évoquent le fait qu'il serait intéressant de pouvoir avoir une plus grande population de patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui tout à fait, la suite est logique. Cette étude montre qu'une approche intégrative entre le patient, sa famille et le personnel soignant mène à une amélioration de la santé ainsi qu'à une diminution des rechutes et des jours d'hospitalisation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère
--	--

	<p>transférable des conclusions ? Non, il n'en est pas question dans le texte. Les auteurs disent cependant que la mise en place de protocoles de psychoéducation pour les patients schizophrènes est primordiale ce qui laisse la place à de nouvelles questions de recherche.</p>
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui les auteurs expliquent les bénéfices à mettre en place des séances de psychoéducation afin d'éviter les rechutes chez les patients schizophrènes et comment il serait préférable de les donner. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Les auteurs proposent d'augmenter le nombre de patients dans chaque échantillon. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Tout à fait. La concordance avec des études préalables permet d'appuyer la conclusion.

2. Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., & Kessling, W. (2007). Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 68(6), 854-61.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise-t-il clairement les concepts clés et la population à l'étude ?

	<p>Oui, le titre est clair et met en lumière le type de patients, le temps sur lequel s'est déroulé l'étude (7 ans), ce que l'étude concerne (l'effet de la psychoéducation sur les réhospitalisations et les jours passés à l'hôpital) et où elle a été effectuée (Munich, Allemagne).</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, lorsque le lecteur lit le résumé, il est immédiatement au clair sur le contenu de l'article et le résultat final de manière succincte. L'introduction parle bien des objectifs de l'étude, la partie méthode explique de manière résumée la façon dont ils ont procédé. Au niveau des résultats, des comparaisons sont faites entre les groupes contrôles et les groupes d'études. La conclusion est claire et succincte et met en lumière les résultats.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Tout à fait, il est ici question d'étudier l'efficacité de la psychoéducation sur le long terme afin d'éviter les rechutes chez les patients schizophrènes. • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Après que plusieurs études fassent état de l'efficacité de la psychoéducation sur le long terme, le fait de tester ses bénéfices sur 7 ans est tout à fait pertinent. • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ?

	<p>Oui tout à fait, les rechutes chez les schizophrènes sont monnaie courante et à ce jour peu de protocoles préconisent de faire appel à la psychoéducation. Les auteurs citent qu'en Allemagne en 2003, uniquement 21% des établissements qui prennent en charge des patients schizophrènes l'utilisent. (Rummel et al., 2004)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Etant donné que les recherches sur le court-terme donnent des résultats probants, alors celles sur le long terme devraient aller dans le même sens.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui c'est le cas. Les auteurs sont au courant des recherches similaires à la leur et des résultats probants déjà énoncés dans des articles scientifiques. Les recherches utilisées pour étayer l'introduction sont récentes. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui tout à fait, les auteurs parlent du peu de recherches sur le long terme et leur désir de mettre davantage en lumière cet aspect. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui tout à fait, les études citées par les auteurs sont fiables et récentes. Elles appuient la raison d'être de cette recherche et forment donc une base solide. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui tout à fait les articles choisis pour étayer la problématique sont issus de sources primaires comme par exemple :

	<p>Schooler, N. R. (1997). Relapse and Rehospitalization During Maintenance Treatment of Schizophrenia. <i>Archives of General Psychiatry</i>, 54(5), 453. doi :10.1001/archpsyc.1997.01830170079011</p> <p>Fenton, W. S., Blyler, C. R., & Heinssen, R. K. (n.d.). Determinants of medication compliance in schizophrenia: Empirical and clinical findings.</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts comme la psychoéducation, le traitement ne sont pas expliqués de manière précise dans l'introduction, ils sont cependant précisément expliqués dans la méthode. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? La schizophrénie n'est pas expliquée. En revanche, la psychoéducation est bien développée afin que le lecteur sache précisément de quoi il est question. Les auteurs parlent de l'importance de mêler la famille à la psychoéducation. Les bases philosophiques ne figurent pas dans l'article mais les bases théoriques oui. Les méthodes sous-jacentes sont expliquées dans le chapitre méthode.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui c'est le cas, il en est question dans le résumé de l'article mais également au cours de l'introduction. Le but est de prouver l'efficacité de la psychoéducation sur le

	<p>nombre de rechutes et de jours d'hospitalisation chez les patients schizophrènes sur une durée de 7 ans</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Il n'y a pas d'hypothèses dans ce chapitre. Les variables clés de la population sont énoncées dans le chapitre méthode. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? La question de recherche est en lien avec la recension des écrits et donc elle découle logiquement du but. En ce qui concerne le ressenti des patients et leurs besoins, ils ont été contrôlés à l'aide d'une échelle de mesure qui sera expliquée dans la méthode. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Il n'est pas question de recherches dans le texte. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Les questions s'appuient plutôt sur des bases théoriques et dans tous les cas les bases philosophiques ne sont pas présentes dans le texte.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour

	<p>accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Les patients qui ont pris part à cette étude sont issus de la Technical University of Munich où les auteurs exercent.</p> <p>Tous les patients répondant aux critères diagnostics selon le DSM-IV ont été filtrés. Les critères d'inclusion à l'étude sont : avoir un diagnostic de schizophrénie, avoir entre 18 et 65 ans, l'indication à un traitement antipsychotique pour prévenir les rechutes depuis au moins 12 mois, l'accord des patients de se rendre au centre d'étude pour prendre le traitement et d'inclure un proche (famille ou amis) dans la recherche. Les critères d'exclusion sont les suivants : vivre à une distance de plus de 150 kilomètres de l'hôpital, un contact de moins de 30 minutes par semaine avec le proche-aidant, des addictions à la drogue durant les 6 derniers mois, le fait d'être enceinte et le fait de n'avoir pas eu de rémission dans les symptômes depuis plus de 2 ans malgré une thérapie. 48 patients ont été retenus et séparés en 2 groupes : l'intervention group : IG (n= 24 patients) qui a reçu de la psychoéducation de groupe séparément à un membre de sa famille alors que le control group : CG (n=24 patients) a reçu le traitement usuel.</p> <ul style="list-style-type: none">• Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?
--	--

	<p>La méthode d'échantillonnage ne figure pas dans le texte. La seule chose que nous savons est que les patients choisis sont tous issus du même centre de santé mentale. L'étude a été approuvée par la Commission de Révision de l'université technique de Munich.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La détermination de la taille de l'échantillon n'a pas été expliquée. Les auteurs ont choisis tous les patients schizophrènes du centre médical et ont ensuite appliqué les critères d'inclusion et d'exclusion afin de voir lesquels étaient adéquats pour prendre part à l'étude.
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? L'étude a été acceptée par le conseil de l'établissement. Les patients sont au courant du but de l'étude et de sa durée. De plus, l'étude leur est expliquée en détail afin qu'ils sachent à quoi s'attendre d'autant plus que cette recherche a eu lieu sur le long terme. Tous ceux qui souhaitent participer ont dû signer un accord. Les patients, qu'ils soient dans un groupe ou dans l'autre, ne prenaient pas le risque d'empirer leur situation.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? La méthode de recherche choisie est tout à fait pertinente car elle ne laisse rien au hasard, tout est pris en compte (symptômes, qualité de vie, jours d'hospitalisation). C'est une recherche quantitative, ce qui permet de

	<p>répondre à la question de départ. La recherche est structurée et utilise des échelles de mesures adéquates en lien avec le but de l'étude : the Global Assessment Functioning scale (GAF), the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) et la Lancashire Quality of Life Profile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui tout à fait. Les échelles de mesure mettent en lumière les aspects qui vont influencer les rechutes et donc elles sont immédiatement liées à la question de départ. • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) En effet. Tous les patients ont été choisis de manière aléatoire et ont été répartis dans les différents groupes de la même manière. Ceci rend les deux groupes équilibrés. • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui tout à fait, car elle prend en compte la globalité des aspects en n'en privilégie pas. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Tout à fait, c'est une des études qui a été réalisée sur le plus long terme pour le moment (7ans).
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, tous les outils de mesure sont clairement décrits. Les outils utilisés pour prendre en compte les variables sont clairement décrits : le Kaplan-Meier Model a été utilisé ainsi que le Fisher Exact Test et le Chi-square test according to Pearson ont

	<p>permis de mettre en lumière les variables.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui tout à fait. Toutes les observations même celles qui n'ont pas réellement montré de signifiante particulière sont citées. Les résultats sont évalués de manière régulière dans les deux groupes par un professionnel qui n'est pas au courant de l'étude. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Aucun instrument n'a été créé pour cette étude, les différentes échelles existaient déjà. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui tout à fait. La procédure est adéquate pour l'utilisation de chaque outil ce qui permet de présenter des résultats cohérents.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui c'est le cas. Tous les mois les patients devaient se rendre à l'hôpital et en fonction des différents modèles utilisés pour l'étude les résultats étaient documentés par un professionnel qui n'était pas au courant de l'étude et qui n'y avait pas pris part. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui tout à fait. Les biais sont évités en faisant appel à des chercheurs externes qui n'ont pas pris part à cette recherche. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de

	<p>façon constante? Oui tout à fait. Les interventions dans les deux groupes n'étant pas les mêmes, les explications entre les différences de psychoéducation sont faites dans le texte. Dans un premier temps les patients de IG ont participé à 4 sessions de psychoéducation de 60 minutes par semaine durant lesquelles il était question de la maladie, du traitement, de leur état émotionnel actuel.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui tout à fait. Il en est question dans les questions ci-avant. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui il en est question mais plutôt dans le chapitre des résultats. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui tout à fait, les résultats sont exprimés de manière claire et précise. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui c'est le cas. <p>Les réponses aux trois dernières questions sont développées dans le chapitre méthode.</p>
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui tout à fait, toutes les données issues des recherches figurent dans le texte sous forme

	<p>de graphiques ou de tableaux et favorisent la lecture des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui tout à fait. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, les résultats sont expliqués par un texte narratif qui est divisé en plusieurs paragraphes distincts afin de « séparer » de manière claire les différents résultats. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Oui, les données ont été évaluées par des experts qui n'avaient pas pris part à la recherche.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? Seulement 2 études antérieures ciblaient le même but, c'est à dire les bénéfices de la psychoéducation sur le long terme. Des liens entre ces études et celle-là sont faites dans un paragraphe spécifique de la discussion. Cette étude met en lumière que les patients du CG ne montraient pas de pires résultats que ceux du IG en terme de rémission des symptômes, compliance au traitement et fonctionnement. Cependant, pour atteindre ce même niveau, les patients du CG ont été hospitalisés 2 fois plus que

	<p>ceux du IG et ont passé 225 jours en hôpital contre 75 pour le IG.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui elles sont conformes aux résultats et vont dans le même sens. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Les auteurs émettent l'hypothèse que lors de leur rechutes les patients du groupe control avaient peut être suivi des sessions de psychoéducation ce qui pourrait fausser les résultats. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui tout à fait. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Le caractère transférable des conclusions n'est pas présent dans le texte.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Ces résultats montrent que la psychoéducation a des effets sur le long terme et qu'elle permet de significativement diminuer les hospitalisations et les jours passés à l'hôpital. L'auteur précise les conséquences financières de ces résultats. En effet, en Allemagne une journée à l'hôpital coûte en moyenne 250 euros. En 7 ans il a été possible d'économiser 37'500 euros par patient. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? A la vue des résultats, les auteurs proposent

	<p>de mettre en place une nouvelle recherche qui serait effectuée sur une période de 15 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Le nombre de patients participant à l'étude est restreint mais le temps qu'a duré la recherche permet de montrer des résultats significatifs.
--	---

3. Valencia, M., Fresan, A., Juárez, F., Escamilla, R., & Saracco, R. (2013). The beneficial effects of combining pharmacological and psychosocial treatment on remission and functional outcome in outpatients with schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 47(12), 1886-1892.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, les concepts clés de l'étude sont tous cités dans le titre. En lisant le titre, le lecteur sait que le but de l'étude est de démontrer les effets de la combinaison d'un traitement pharmacologique à un traitement psychosocial sur la rémission et les résultats fonctionnels chez les patients qui souffrent de schizophrénie.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui le résumé explique parfaitement le contenu de la recherche. L'objectif de l'étude y est cité. Une brève description de la méthode utilisée est présente. Les principaux résultats sont explicités et les auteurs en font une conclusion.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, un paragraphe a été créé à ce sujet dans l'introduction. Le but de cette étude est de mettre en lumière les effets positifs de l'entraînement aux habiletés sociales (psychoéducation) et du traitement médicamenteux sur la rémission des patients schizophrènes pendant 6 mois. • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Tout à fait. Les rechutes chez les patients schizophrènes sont un problème récurrent peu importe le pays et les effets de l'entraînement aux habiletés cliniques doivent être mis en lumière. • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Etant donné que bon nombre de patients schizophrènes font des rechutes, ce problème est clairement en lien avec la discipline. Dans l'introduction les auteurs émettent le postulat que l'entraînement aux habiletés sociales permettrait aux patients schizophrènes de diminuer les rechutes et d'augmenter leur phase de rémission.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, dans l'introduction une recension de ce qui se fait et de ce que l'on sait actuellement sur les rechutes des patients schizophrènes est faite. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, tout à fait, la recherche se base sur des connaissances actuelles mises en lien avec le

	<p>but de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Comme expliqué ci-dessus, de multiples articles ont été utilisés pour l'écriture de l'introduction et sont clairement cités tout au long de l'introduction. Ils permettent de mettre en avant les principaux aspects de ce qui est en jeu actuellement et donc donnent de l'importance et un sens à la recherche. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, les auteurs utilisent des sources primaires afin d'étayer leur introduction comme par exemple : <p>Patterson, T. L., & Leeuwenkamp, O. R. (2008). Adjunctive psychosocial therapies for the treatment of schizophrenia. <i>Schizophrenia research</i>, 100(1-3), 108-19. doi :10.1016/j.schres.2007.12.468</p> <p>Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (2010). Guideline watch (September 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, (September). Repéré à http://journals.psychiatryonline.org/content.aspx?bookID=28&sectionID=1682213</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts ne sont pas clairement mis en évidence mais en lisant l'introduction il est possible de tous les retrouver quand-même. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Oui tout à fait, les concepts clés sont clairement liés au but de l'étude, comme

	<p>expliqué dans les rubriques titre et résumé. Le terme de schizophrénie est explicité avec des recherches récentes, il en est de même pour les habiletés sociales et la rémission.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les bases philosophiques ne sont pas clairement expliquées. Les bases théoriques elles, le sont. La méthode sous-jacente est brièvement expliquée dans l'introduction, notamment quelles échelles de mesures ont été utilisées mais l'explication complète se trouve dans le chapitre méthode.</p>
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? <p>Oui, un paragraphe y est consacré dans l'introduction. Le but est de tester les effets du traitement par entraînement aux habiletés sociales sur la rémission et le fonctionnement des patients souffrant de schizophrénie, durant 6 mois.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? <p>Les hypothèses sont clairement expliquées. La première hypothèse est qu'une plus grande proportion de patients recevant le traitement antipsychotique couplé à l'entraînement aux habiletés sociales auront des meilleurs résultats au niveau de la rémission et montreront une plus grande amélioration au niveau de leur fonctionnement que ceux qui n'auront reçu que le traitement antipsychotique. La seconde est qu'une plus grande proportion des patients qui remplissent les critères de rémission symptomatique et d'amélioration du fonctionnement appartiendra au groupe qui a reçu l'entraînement aux habiletés</p>

	<p>sociales.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Les hypothèses sont en lien avec la recension des écrits. Les perceptions des patients seront prises en compte mais ne sont pas développées dans ce chapitre. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Les variables sont expliquées plus en détails dans le chapitre méthode. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Les questions s'appuient sur des bases théoriques.
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? La population visée est précisément définie. Les patients souffrant de schizophrénie et sous traitement antipsychotique ont été recrutés dans le Centre de la Schizophrénie qui est localisé dans l'Institut National de Psychiatrie à Mexico qui est spécialisé dans la recherche sur le traitement de pathologies psychiatriques. La recherche inclu 119 patients. Ils ont été divisés en 2 groupes, un groupe recevant le traitement usuel (TAU

	<p>n=51 patients) et l'autre recevant l'entraînement aux habiletés sociales en plus du traitement antipsychotique (SST n=68 patients). Au début les groupes étaient équilibrés mais certains patients ont abandonné en cours de route.</p> <p>Les critères d'inclusion sont : être un homme ou une femme entre 18 et 60 ans, remplir les critères de diagnostic selon le DMS-IV, avoir au moins participé à 6 ans d'école obligatoire, vivre actuellement avec un membre de sa famille à Mexico, être stable sous antipsychotique depuis au moins 6 mois avant l'inclusion à l'étude. Les critères d'exclusion sont : une histoire médicale avec des problèmes majeurs, la dépendance à l'alcool ou à la drogue, le retard mental ou un sévère déséquilibre cognitif qui aurait été confirmé par un professionnel.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? La méthode d'échantillonnage n'a pas été expliquée, mis à part que les patients choisis sont tous issus du même centre de santé mentale pour patients schizophrènes. • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La recherche a été menée en accord avec les Good Clinical Practice et le protocole d'étude accepté par The Institutional Review Board mais le choix de la taille de l'échantillon n'a pas été expliqué.
--	---

<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Chaque participant a été mis au courant du sujet de l'étude et de son but dans les détails. Ils ont dû signer un accord de consentement avant de commencer l'étude. L'étude a été approuvée par le comité d'éthique du centre de santé mentale dans lequel les patients ont été recrutés. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Les patients qui ne font pas partie du groupe d'étude ne perdent pas leur état de santé étant donné qu'ils continuent à prendre le traitement de la même manière qu'auparavant. En ce qui concerne les patients du groupe d'intervention ils n'augmentent pas non plus leur risque de rechute en participant à l'étude.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Cette étude est quantitative ce qui correspond tout à fait à la question de départ. Le devis qu'elle utilise lui permet totalement d'atteindre son but. La recherche est structurée et des échelles de mesure adéquates sont utilisées pour récolter des données comme par exemple, the Positive and Negative Symptoms Scale (PANSS) and the Global Assessment Functioning scale (GAF). • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui tout à fait. Les échelles utilisées mettent

	<p>en lumière l'amélioration des symptômes et du fonctionnement des patients ce qui est immédiatement lié à la question de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ? (Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité). Oui tout à fait. Les patients ont été choisis aléatoirement pour adhérer soit au groupe d'étude soit au groupe contrôle afin que les groupes soient les plus équilibrés possible et représentatifs de la réalité. Les outils utilisés sont en adéquation avec ces critères. • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui tout à fait, tous les aspects importants à prendre en compte sont mobilisés dans les résultats. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? L'étude a duré 6 mois. C'est un temps court mais qui permet déjà de mettre en lumière des résultats probants
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui tout à fait, les diverses échelles et autres outils de mesure sont cités dans un paragraphe qui leur est dédié. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui les moyens de collecte de données sont explicités et ont été rigoureusement consignés par la suite par des évaluateurs précédemment entraînés à l'application des différentes échelles. Ces évaluateurs ne connaissaient pas les différences entre les 2

	<p>groupes d'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Aucun instrument n'a du être créé pour les besoins d'analyse de cette étude. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui tout à fait. Chaque outil utilisé est cohérent avec le but de la recherche et tous les phénomènes sont rattachés à une échelle de mesure.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, les auteurs expliquent que ce sont des évaluateurs spécialement formés qui ont enregistré les données. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui tout à fait, il est question de personnes spécifiques qui recueillaient les données après avoir été préalablement entraînés à le faire. De plus, toutes les personnes habilitées à donner les cours de social skills training avaient préalablement reçu un cours afin que toutes donnent les mêmes outils aux patients. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Oui tout à fait. Les diverses habiletés sociales entraînées sont clairement décrites dans le chapitre méthode et sont par exemple, connaissance de la maladie, gestion des symptômes, relations sociales et relations familiales. Comme expliqué ci-dessus, les instructeurs avaient préalablement reçu les mêmes cours afin que la prise en charge soit

	égale pour tous.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui c'est le cas. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, dans ce chapitre ils ne sont pas cités. Ils figurent cependant dans le chapitre des résultats. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats se trouve dans le paragraphe qui traite des résultats et non pas dans la méthode. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Idem que la question précédente.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont présentés sous forme de tableau, séparés en fonction de l'échelle de mesure utilisée. Les différents sous-critères et leurs résultats figurent dans les tableaux pour étayer l'explication générale des résultats sous forme de texte. Après ces modules de social skills training, la compliance à la prise des traitements médicamenteux était de 91,2% dans le SST group comparé à 78,4% dans le TAU group. En ce qui concerne la sévérité des symptômes et le fonctionnement des patients, le SST group montre de meilleurs résultats que ceux du groupe TAU qui eux ne sont pas signifiants. Au terme de l'étude, ils étaient 91,2% du SST group à présenter les critères de rémission contre 66,7% dans le

	<p>TAU group. En ce qui concerne l'amélioration du fonctionnement, ils étaient 34,5% (41 patients) à répondre aux critères. 40 de ces patients étaient dans le STT group et 1 seul était issu du TAU group. Il est important de rajouter que de ces 40 patients, 39 remplissaient les critères de la rémission des symptômes et de l'amélioration du fonctionnement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui tout à fait. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui un texte explique de manière synthétique les résultats de la recherche et leur importance statistique. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les auteurs ont eux-mêmes évalué leurs données.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui tout à fait, en lisant les résultats il est possible de répondre aux hypothèses émises dans l'introduction. En ce qui concerne cet article, toutes les hypothèses de départ ont été validées par les résultats. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? Oui, les résultats sont mis en lien avec des recherches antérieures dont les sources sont citées tout au long du texte. Les résultats récents sont justement étayés par des recherches antérieures. • L'interprétation et les conclusions sont-

	<p>elles conformes aux résultats d'analyses ?</p> <p>Oui, la conclusion reprend chaque nouvel aspect qui a été mis en lumière dans la rubrique résultats, les explique et étaye de manière à connaître les résultats de manière synthétique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui tout à fait, il est question des limites et des biais de l'étude dans ce chapitre. Les auteurs évoquent le fait qu'il n'y a pas de définition globale de la rémission des symptômes et du résultat de fonctionnement ce qui peut créer quelques biais dans la comparaison à d'autres études. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui tout à fait. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui, dans la conclusion il est question de l'utilité de cette recherche et de son applicabilité.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui, les auteurs donnent des perspectives à la prise en charge des patients schizophrènes pour éviter les rechutes. Pour eux, développer les compétences sociales avec les patients (mais également avec leur famille) a des influences positives sur leur rémission. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Non il n'en est pas question dans le texte. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ?

	Les données sont fiables et riches mais le temps d'étude des patients reste de relativement courte durée.
--	---

4. Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia research*, 96(1-3), 232-45.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population à l'étude ? Oui, il évoque l'efficacité de la psychoéducation pour les rechutes, les symptômes, les savoirs, la compliance au traitement et le fonctionnement des personnes ayant un trouble psychotique.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, il met en évidence le questionnement de la recherche par rapport aux rechutes chez les personnes schizophrènes en lien avec la psychoéducation avec ou sans les familles. Le résumé apporte des explications concernant la méthode utilisée afin d'effectuer la recherche. Il synthétise les résultats obtenus des différentes recherches analysées et présente une discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, l'article exprime le questionnement et fait référence à différentes études afin de délimiter la problématique, de faire ressortir des questionnements et d'analyser les limites de la psychoéducation. La méta-analyse cherche donc à évaluer l'efficacité

	<p>des interventions de psychoéducation pour la schizophrénie et autres pathologies psychotiques en incluant ou non la famille par rapport aux savoirs de la maladie, à la compliance, aux rechutes et réhospitalisations, aux symptômes et au fonctionnement des personnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, l'article se réfère à différentes études concernant la psychoéducation et la schizophrénie réalisées principalement ces 10 dernières années comme celui de Merinder en 2000 ou encore celui de Pfammater et al. 2006. Il met en évidence que la psychoéducation est fréquemment utilisée lors de troubles psychotiques, elle permet d'informer le patient sur sa maladie et ce qui y est relié afin de promouvoir le coping. Dans une recherche récente dans les institutions psychiatriques d'Allemagne, Autriche et Suisse, l'article relève que 72% des insitutions ayant répondu ont utilisé la psychoéducation durant l'année 2003 avec des patients schizophrènes étant hospitalisés (Rummel-Kluge et al. 2006). • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, la problématique décrite ayant un impact sur les personnes schizophrènes, leur famille et les professionnels de la santé, les résultats peuvent permettre de diminuer le nombre de rechutes et favoriser la qualité de vie de ces personnes. Les postulats sous-jacents sont expliqués, l'article se réfère à une étude définissant la psychoéducation et son utilisation actuelle comme principe de base (Wiedemann et al. 2003).
--	--

Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui, il s'agit d'une méta- analyse, elle est basée sur la sélection de 18 articles comme ceux cités plus haut respectant les critères d'inclusion à leur étude par exemple, les patients doivent avoir le diagnostic de schizophrénie ou autre trouble psychotique.. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, l'article synthétise le résumé des différentes recherches utilisées par rapport à la problématique soulevée comme la méta-analyse sur la psychoéducation de Pekkala and Merinder, 2004. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? Oui, l'étude se base sur 18 articles évalués selon des critères précis et stricts, apportant plusieurs points de vue complémentaires à l'étude, les recherches utilisées sont diverses, des méta-analyses sont utilisées comme celle citée ci-dessus. • L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui, les auteurs ont utilisé par exemple une recherche effectuée en 2006 (Rummel-Kluge et al. 2006) qui exprime l'utilisation actuelle de la psychoéducation avec les patients schizophrènes. De plus les études utilisées ont été réalisées durant ces 10-15 dernières années. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui l'article a recensé 18 études de sources primaires et en donne les sources.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan

	<p>conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ?</p> <p>Oui, l'article explique le concept de la psychoéducation, son utilisation ainsi que l'état de la recherche actuelle, ses limitations et les questionnements, d'autres concepts sont sous-jacents comme le fonctionnement de la personne et l'adhérence au traitement médicamenteux ou encore les connaissances de la maladie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? <p>Oui les concepts s'inscrivent dans le cadre de référence de la psychoéducation. Le cadre est lié au but de l'étude à savoir l'évaluation de l'efficacité des interventions de psychoéducation avec ou sans la famille, sur les connaissances de la maladie, l'adhérence au traitement, les rechutes et ré hospitalisation, les symptômes et le fonctionnement de la personne.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? <p>Les bases théoriques et la méthode sont expliquées au travers des différentes recherches analysées, l'article synthétise un résumé des résultats des études utilisées. Les bases théoriques sont appropriées, elles apportent des compléments à la problématique. La méthode est également appropriée car l'étude se base sur un panel de 18 recherches sur 199 effectuées ces 10-15 dernières années.</p>
--	---

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, l'article explique de manière claire l'objectif de l'étude qui est l'évaluation de l'efficacité des interventions de psychoéducation avec ou sans la famille, sur les connaissances de la maladie, l'adhérence au traitement, les rechutes et réhospitalisations, les symptômes et le fonctionnement de la personne. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Oui, la question est clairement explicitée. La population à l'étude est également énoncée. Mais il s'agit surtout des différentes études utilisées, elles sont énoncées, les critères d'inclusion des études sont expliqués comme la nécessité d'avoir appliqué un contrôle randomisé dans chaque étude. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Oui, le questionnement est lié aux différentes études analysées. Il vise ainsi à éclairer la problématique de départ. Les questions découlent directement des résultats des différentes études analysées, des résultats de la psychoéducation avec les personnes schizophrènes et leurs familles et du but de l'étude. L'article traite de l'expérience des participants à savoir les résultats des études. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, les variables comme la durée des études et les différentes aires (réhospitalisations, connaissances de la
--------------------------------------	---

	<p>maladie) reflètent le cadre de recherche de la psychoéducation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? <p>La question s'appuie sur le cadre conceptuel (la psychoéducation) ainsi que sur le cadre théorique en faisant référence à divers articles traitant du sujet de la psychoéducation avec des personnes schizophrènes. La question de recherche ne semble pas s'appuyer sur des bases philosophiques ni sur la méthode de recherche.</p>
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? <p>La population/études visée est expliquée de façon précise avec les critères d'inclusion à l'étude. La méthode utilisée pour la recherche des différentes études est appropriée, elle utilise différentes sources. Afin de sélectionner les études, les auteurs ont utilisé des bases de données comme PsychInfo, Cochrane Library et Medline. Ce sont des études publiées depuis la première année de disponibilité sur les bases de données jusqu'à mars 2006. Les termes psychoéducation, patient/famille, éducation ou éducation en combinaison avec le terme schizophrénie, schizophrène ou psychoses ont été utilisés dans la recherche des articles.</p> <p>De plus, d'autres études ont été identifiées à l'aide des documents Schizophrenia Research et Schizophrenia Bulletin datant de 1995 à 2006, ainsi qu'avec des recherches et méta-analyses concernant d'autres troubles psychotiques.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Les auteurs ont utilisé différentes sources afin de trouver les études analysées. La méthode d'échantillonnage a permis d'atteindre le but visé par l'étude, l'échantillonnage semble justifié par une saturation de données car l'article exprime que le taux maximal du plan de codage est de 18 études. • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Les auteurs ont choisi au départ plus de 199 études pour arriver à 18 études au final et ce grâce à des critères d'inclusion très strictes. L'échantillonnage est justifié par une saturation de données, le taux maximum de validité du plan de codage est de 18 études.
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'article ne précise pas cette information concernant les participants des études mais les critères d'inclusion sont stricts. Cependant, les participants des diverses études devaient avoir leur capacité de discernement afin d'accepter leur participation. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui les différentes études utilisées visent à améliorer la qualité de vie des participants.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de

	<p>recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ?</p> <p>L'étude a pu atteindre son but. La méthode de recherche quantitative est adéquate avec les outils de collecte des données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? <p>Le questionnement de départ a pu être examiné au long de la recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) <p>La véracité semble respectée car l'article décrit les résultats obtenus, des outils scientifiques sont utilisés dans l'analyse des études. L'applicabilité semble également respectée car les résultats correspondent aux études antérieures. La consistance est respectée car les résultats sont décrits, la méthodologie également et permettrait de réaliser à nouveau cette étude. Puis la neutralité semble aussi respectée car les résultats sont analysés de manière objective à l'aide d'outils scientifiques.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? <p>Oui, la méthode de recherche est quantitative et est tout à fait appropriée. Il s'agit de mesurer l'efficacité des interventions de psychoéducation pour la schizophrénie et autres pathologies psychotiques en incluant ou non la famille par rapport aux savoirs de la maladie, à la compliance, aux rechutes et réhospitalisations, aux symptômes et au fonctionnement des personnes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>L'article ne spécifie pas le temps que les auteurs des études ont passé sur le terrain.</p>
--	--

Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, ils sont clairement décrits comme les 7 critères d'inclusion des études ou d'autres outils comme Hedges and Olkin, 1985 pour estimer l'effet du traitement des études ayant reportés les moyens et les déviations standards pour l'intervention de psychoéducation et le groupe de contrôle. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui la question de recherche est explicitée et les observations ciblées et retranscrites sous formes de résultats. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Les instruments n'ont pas été créés, il s'agit d'instruments scientifiques qui existent déjà. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? La procédure semble cohérente, elle permet d'atteindre le but de l'étude et de mesurer les données avec les outils scientifiques adéquats.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, le processus de collecte est clair, les études ont été recherchées sur des bases de données électroniques comme PsychINFO, Cochrane Library, Medline, ainsi que dans un manuel de recherche sur la schizophrénie et dans le bulletin de la schizophrénie de 1995 à mars 2006. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, ce sont des chercheurs qui ont

	<p>recueillis les données.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? L'étude ne comporte pas d'intervention.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, elles sont décrites et utilisent des outils scientifiques également expliqués. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, ils sont pris en considération comme les différentes variables, ou encore un potentiel biais de publication dans le chapitre 2.7 Sensitivity analyses. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? L'article ne mentionne pas de résumé des résultats dans le chapitre méthode mais les résultats sont expliqués clairement dans le chapitre résultats. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui les thèmes comme les rechutes, les connaissances de la maladie sont en liens avec la signification des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui les résultats sont explicités dans des sous-catégories comme « characteristics of included studies », des tableaux permettent de comprendre les résultats. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les thèmes sont cités et sont liés entre eux afin de permettre un regard global sur la problématique.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui les résultats sont explicités par un texte. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les données sont évaluées par des chercheurs.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats et la question de recherche sont interprétés selon le cadre de recherche à savoir l'efficacité de la psychoéducation. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? Oui, les résultats correspondent aux résultats des études antérieures, l'étude réalise une analyse de plusieurs études. L'article exprime que la diversité des pays et des cultures des études analysées est considérée comme une force de la méta-analyse en regard de la généralisation des résultats. • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui l'interprétation et les conclusions concordent avec les résultats d'analyses. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, l'article exprime par exemple qu'il y a des divergences dans les résultats avec des études antérieures en ce qui concerne l'inefficacité de la psychoéducation dans l'adhérence au traitement constaté dans plusieurs études notamment celle de Zygmund et al. (2002), cela viendrait de la

	<p>diversité des méthodes d'évaluation de la compliance aux traitements. Une autre limite est par exemple que l'inclusion des familles n'est pas toujours possible, les auteurs recommandent donc d'aller investiguer quelles sont les barrières à l'efficacité de la psychoéducation centrée sur le patient uniquement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui les conclusions correspondent aux résultats. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Oui, l'article met en évidence l'utilité des résultats pour la pratique.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les auteurs expliquent les effets de la psychoéducation pour la famille et les personnes schizophrènes comme le fait qu'elle réduit la communication négative en augmentant la compréhension ce qui contribue à la prévention des rechutes et cela sans travailler explicitement la communication entre la famille et le patient. Ils mentionnent également une réduction des coûts médicaux. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui, l'article émet une recommandation concernant la psychoéducation focalisée sur le patient uniquement comme nécessitant encore des améliorations et l'investigation des barrières à son efficacité. Une autre recommandation est d'inclure autant que possible la famille car cela a un effet positif. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui les données sont assez riches afin d'appuyer les conclusions de l'article, la

	conclusion de ce dernier est entièrement appuyée par les données des résultats d'analyses.
--	--

5. Degmečić, D., Pozgain, I., & Filaković, P. (2007). Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Collegium antropologicum*, 31(4), 1111-1115.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, la population étudiée est explicitement spécifiée dans le titre, il s'agit de personnes souffrant de schizophrénie.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, le résumé permet une synthèse de la problématique, de la méthode utilisée, des résultats obtenus ainsi que de la discussion.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui en effet, il s'agit d'étudier la compliance au traitement à l'aide de la psychoéducation chez les personnes schizophrènes. • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, la problématique est pertinente, l'article met en évidence le phénomène actuel important de rechutes chez les patients schizophrènes lié à un manque de connaissances sur la maladie, les signes et le traitement. • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats

	<p>sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?</p> <p>Oui, la rechute chez les patients souffrant de troubles psychotiques est actuellement importante dans le contexte psychiatrique. Les postulats sous-jacents sont précisés comme celui de la schizophrénie, la compliance au traitement, le fonctionnement social ainsi que les connaissances de la maladie.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui en effet, une recension a été réalisée. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, la recension des écrits permet un résumé de l'état actuel de la problématique du nombre de rechutes importantes chez les patients souffrant de schizophrénie. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui la recension des écrits est diversifiée et semble pertinente. Les auteurs expriment dans l'introduction l'état de la problématique selon les connaissances actuelles par exemple selon une étude publiée en 2003 (Loffler W, Killian R, Toumi M, Angermeyer MC, Pharmacopsychiatry, 36 (2003)) de l'importance de l'information sur le traitement et les effets dans la prévention des rechutes chez les personnes schizophrènes. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, les auteurs ont utilisé des sources primaires afin de réaliser la recension, par exemple l'étude de Loffler W, Killian R, Toumi M, Angermeyer MC, Pharmacopsychiatry, 36 (2003) sur l'importance de l'information chez les personnes schizophrènes dans la prévention des rechutes ou l'article de Meprinder LB,

	<p>Viuff AG, Laugesen HD, Clemmensen K, Misfelt S, Espensen B, Soc Psychiatry Epidemiol, 34 (1999).</p>
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts sont définis comme celui de la schizophrénie, de la psychoéducation, de la compliance au traitement, et le fonctionnement social. Le plan conceptuel est décrit adéquatement et justifié en regard de la problématique à l'étude. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui les concepts s'inscrivent dans le cadre de référence sur la psychoéducation et la compliance au traitement. Le cadre de référence est lié au but de l'étude. Les bases théoriques sont expliquées, la méthode est explicitée mais dans le chapitre méthode, les bases philosophiques ne semblent pas expliquées. Le paradigme auquel les auteurs se réfèrent est celui de la psychiatrie.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est précisé de manière claire, il s'agit d'étudier s'il existe une différence dans la compliance au traitement et le fonctionnement social entre les deux groupes de patients (celui avec la psychoéducation, comprenant l'éducation au traitement et les connaissances sur la schizophrénie et celui sans cette éducation). • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ?

	<p>Oui les variables clés comme le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut (sans travail, avec travail), ou encore la prise du traitement (ne se situe pas dans l'introduction mais dans les résultats) sont énoncées ainsi que la population étudiée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? La question de recherche reflète tout à fait le contenu de la recension des écrits, l'article s'est basé sur la recension pour faire la question et elle découle du but de l'étude. L'article ne mentionne pas les motivations de la recherche. Cependant, la question découle d'une problématique actuelle. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, en effet les variables telles que le niveau d'éducation ou encore la prise du traitement reflètent les concepts du cadre de recherche. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? La question de recherche s'appuie sur un cadre théorique, sur des connaissances actuelles et des résultats de recherches récents ainsi que sur le cadre conceptuel à savoir la psychoéducation et l'adhérence au traitement.
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui, la population à l'étude est définie de manière précise. Il s'agit de personnes avec un diagnostic de schizophrénie.

	<p>L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ?</p> <p>Oui l'échantillon est explicité de manière claire et précise, il s'agit de personnes avec un diagnostic de schizophrénie, suivies par le département de psychiatrie de l'hôpital universitaire de Osijek en Croatie. Les patients ont une moyenne d'âge de 40 ans environ dans les deux groupes, il y a 14 femmes et 16 hommes, la plupart des patients ont finis le lycée et ont souvent le même statut de travail (55% dans un groupe et 60% dans l'autre sont sans emploi).</p> <p>La méthode utilisée afin de recruter les participants est mentionnée, tous les participants sont hospitalisés dans le même hôpital et doivent avoir le diagnostic de schizophrénie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p>La méthode d'échantillonnage a permis d'atteindre les objectifs de l'étude, l'article ne mentionne pas que la méthode d'échantillonnage ait permis d'ajouter des renseignements significatifs ni un moyen d'accroître la représentativité de l'échantillon. La justification des 30 patients par groupes ne semble pas être expliquée.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>La justification de la taille de l'échantillonnage ne figure pas dans</p>
--	--

	<p>l'article. Cependant tous les patients doivent répondre au critère d'inclusion (diagnostic de schizophrénie). Les deux groupes sont composés de 30 patients chacun, le degré de gravité de la pathologie n'est pas mentionné mais chaque participant doit avoir le diagnostic de schizophrénie. De plus, une échelle (the Brief Psychiatric Rating Scale) ne montre pas de différences significatives dans l'évaluation psychiatrique entre les deux groupes au début de l'étude.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? L'étude est expliquée aux participants. Les participants sont libres de refuser. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Oui, l'étude est réalisée afin de diminuer les rechutes chez les personnes schizophrènes, de plus les personnes étaient entourées et suivies par des professionnels de santé.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? La méthode de recherche est quantitative, il s'agit de mesurer la différence entre la compliance au traitement chez les patients suivant de la psychoéducation et ceux qui n'en bénéficient pas. La méthode a permis d'atteindre le but de l'étude et est adéquate avec les outils de collecte des données à savoir différentes échelles scientifiques. • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? La problématique a été examinée, on peut s'en apercevoir au travers de la question de recherche posée et les résultats. • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-

	<p>consistance-Neutralité) L'article n'explique pas les critères scientifiques mais ils semblent tout de même respectés. La véracité semble être respectée, l'article décrit les résultats qui sont obtenus, utilise des outils scientifiques. L'applicabilité est respectée aussi, les résultats correspondent à ceux d'études antérieures. La consistance est respectée, les résultats sont décrits ainsi que la méthodologie qui permettrait sûrement de réaliser à nouveau l'étude. Le critère de la neutralité est également respecté, les chercheurs semblent avoir un positionnement objectif face à l'étude et des outils scientifiques sont utilisés pour l'analyse des résultats.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, la méthode de recherche est quantitative et tout à fait appropriée à la problématique. Elle vise à mesurer la différence dans la compliance au traitement entre les deux groupes. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui, le temps entre l'admission, la sortie de l'hôpital et 3 mois après la sortie a permis de mener la recherche à terme.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesure sont clairement décrits et permettent de mesurer les différentes variables de l'étude, on peut en relever certains tels que l'échelle Brief Psychiatric Rating Scale utilisée à l'admission des patients ou encore Compliance Assessment Inventory afin d'évaluer l'adhérence au traitement. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles

	<p>été rigoureusement consignées par la suite ?</p> <p>Oui la problématique/question a été clairement posée et les observations ont été ciblées et retranscrites précisément par les auteurs sous forme de résultats dans les différents tableaux.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Oui, les instruments ont été importés, ce sont des échelles déjà existantes comme les différents exemples ci-dessus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? <p>Oui la procédure semble adéquate, elle permet de mesurer les différentes données à l'aide des outils scientifiques.</p>
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? <p>Oui le processus de collecte des données est décrit de manière claire avec les différentes échelles utilisées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? <p>Oui les données ont été recueillies par les chercheurs de l'université.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? <p>Oui, l'intervention est le travail avec le groupe de patient travaillant avec la psychoéducation. Le contenu des séances de groupe de psychoéducation est décrit (éducation sur la reconnaissance des symptômes de la schizophrénie, la prévention sur la récurrence des épisodes de rechutes ou encore sur le rôle de la médication dans la schizophrénie), l'intervention est appliquée de manière constante.</p>

Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les méthodes sont décrites, les instruments et échelles sont expliqués. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, par exemple le facteur du niveau d'éducation est pris en considération. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats ne figure pas dans la partie méthode mais les résultats sont expliqués dans le chapitre résultats. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui les thèmes tels que la compliance au traitement ou la connaissance de la maladie sont en liens avec la signification des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, des tableaux présentent les résultats de l'étude. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui ils sont correctement associés et représentent bien la problématique. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, un texte narratif résume les résultats. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les données sont évaluées par les chercheurs de l'université.
DISCUSSION	
Interprétations des	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en

résultats	<p>fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?</p> <p>Oui, les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche à savoir la psychoéducation et la compliance au traitement en ce qui concerne la problématique.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? <p>Oui les résultats sont discutés selon les études antérieures et sont en concordance avec, on le remarque par exemple avec le fait que les patients ayant suivi de la psychoéducation adhèrent plus à leurs traitements.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? <p>Oui, les conclusions ainsi que les interprétations sont en accord avec les résultats de l'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Oui par exemple celle de la nécessité de continuer les recherches par rapport aux rechutes, mais cela figure dans le chapitre discussion.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? <p>Oui les conclusions sont liées aux résultats de l'étude, l'article explique l'importance de la psychoéducation sur la compliance au traitement.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? <p>Oui, l'article exprime l'utilité de la psychoéducation sur la compliance au traitement et que les résultats de l'étude sont en accord avec d'autres études exprimant l'utilité de la psychoéducation dans le traitement habituel chez les personnes schizophrènes.</p>
-----------	--

Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les conséquences sont une meilleure prise des traitements chez les patients et donc une probable diminution des rechutes avec la psychoéducation. Les auteurs expriment également que les interventions sont courtes et donc moins coûteuses ce qui devrait les rendre attrayantes. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Les auteurs expriment que la psychoéducation est importante et devrait être utilisée chaque jour dans la pratique clinique. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui, les données sont assez étayées afin d'appuyer les conclusions de l'étude.
---------------------------------	---

6. Van Meijel, B., Kruitwagen, C., van der Gaag, M., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2006). An Intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(1), 42-49.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui, la population étudiée est spécifiée dans le titre, il s'agit de personnes schizophrènes ou avec des troubles psychotiques.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui, le résumé permet une synthèse de la problématique, de la méthode utilisée, des résultats obtenus ainsi que la discussion.

INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui, en effet, la problématique est explicite, il s'agit d'étudier l'effet d'un plan d'action de prévention des rechutes (décompensation psychotique) chez les patients schizophrènes. • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui, la problématique est pertinente, l'article met en évidence que les rechutes chez les personnes schizophrènes sont encore importantes à l'heure actuelle et qu'elles pourraient peut-être être prévenues. • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui, la rechute chez les patients souffrant de troubles psychotiques est actuellement importante et essaie d'être diminuée dans la discipline infirmière. Les postulats sous-jacents sont mentionnés dans l'introduction comme celui de la schizophrénie, du travail infirmier en collaboration avec les patients et leur entourage et celui concernant la reconnaissance des signes de rechutes.
	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension a-t-elle été entreprise ? Oui en effet, une recension a été réalisée. Ce sont des études déjà réalisées concernant la prévention des rechutes datant de 1992 à 2003. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, la recension des écrits permet un résumé de l'état actuel de la problématique étant donné le nombre de rechutes importantes chez les personnes

	<p>schizophrènes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui la recension des écrits est diversifiée et pertinente. Oui les auteurs expriment dans l'introduction l'état actuel de la problématique selon les connaissances à ce jour. • La recension présente t'elle des sources primaires ? Oui, les auteurs ont utilisé des sources primaires afin de réaliser la recension, par exemple l'étude concernant les pratiques infirmières sur la reconnaissance et les interventions rapide (Van Meijel, Van der Gaag, Kahn, and Grypdonk, 2002a, 2002b.)
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts sont définis comme celui de la schizophrénie, de la prévention des rechutes, du rôle infirmier. Le plan conceptuel est décrit adéquatement et justifié en regard de la problématique à l'étude. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui, les concepts sont inscrits dans le cadre de référence de la prévention des rechutes chez les personnes schizophrènes. Oui le cadre est lié au but de l'étude à savoir est-t' il possible de prévenir les rechutes. Les bases théoriques de l'étude sont expliquées comme celle de la schizophrénie, et sont pertinentes et en rapport avec le but de l'étude.

<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui, le but de l'étude est précisé de manière claire et concise, il s'agit de créer un protocole de prévention des rechutes chez les patients schizophrènes. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La question de recherche est également explicitée comme suit : est-ce que les patients schizophrènes ou avec un trouble psychotique suivant un plan de prévention ont moins de chance de faire des rechutes que des patients recevant des soins habituels ? Il s'agit dans un deuxième temps de mesurer les effets du plan de prévention des rechutes sur la vision de la maladie par le patient, l'évaluation de l'alliance entre le patient et l'infirmière et l'évaluation de l'utilisation de la médication. Oui les variables clés comme l'âge, le sexe, la nationalité, le niveau d'éducation, le type de troubles, la médication, l'intensité de la prise en soins et d'autres sont énoncées mais dans le chapitre résultats. La population à l'étude est clairement énoncée. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? La question de recherche reflète tout à fait le contenu de la recension des écrits et découle du but de l'étude. L'article ne mentionne pas les motivations de la recherche cependant la question découle d'une problématique actuelle. On peut remarquer les intentions énoncées au début de l'article comme l'intérêt d'étudier les effets d'un plan de prévention des rechutes sur les effets apportés aux patients au sujet
--------------------------------------	---

	<p>de la maladie, sur l'utilisation de la médication ou encore sur l'alliance thérapeutique entre l'infirmière et le patient.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui, en effet les variables citées ci-dessus reflètent les concepts du cadre de recherche tels que la schizophrénie ou autre trouble psychotique, le rôle infirmier. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? La question de recherche s'appuie sur un cadre théorique, car elle se base sur des connaissances actuelles issues des résultats de recherches récents.
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui, la population à l'étude est définie de manière précise. Il s'agit de personnes avec le diagnostic de schizophrénie ou souffrant d'un autre trouble psychotique. • L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? la méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui l'échantillon est explicité de manière claire et précise, Il s'agit de personnes avec un diagnostic de schizophrénie ou d'un autre trouble psychotique. Les personnes doivent être stables ou avoir la capacité de collaborer à la préparation du plan. Les personnes doivent soit être hospitalisées soit être suivies en ambulatoire ou encore être à domicile mais avoir un contact avec l'hôpital au moins 1 fois toutes les deux semaines. Le patient doit également être capable de donner son consentement éclairé concernant l'étude.

	<p>La méthode utilisée afin de recruter les participants est adéquate, les patients viennent de trois organisations de santé, une organisation avec des patients à domicile et deux organisations regroupant des patients hospitalisés, suivis en ambulatoire et des patients à domicile.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? <p>La méthode d'échantillonnage a permis d'atteindre les objectifs de l'étude, l'article ne semble pas mentionner que la méthode d'échantillonnage ait permis d'ajouter des renseignements significatifs. La justification est statistique mais ne figure pas dans la méthode.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? <p>Des critères d'exclusion à l'étude ont été appliqués à la population choisie tels qu'un retard mental, des problèmes de comportement et de communication reliés à l'abus de drogues.</p>
Considérations éthiques	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? <p>Les droits sont respectés, les personnes sont informées du déroulement de l'étude et des conditions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? <p>Oui l'étude est réalisée afin de diminuer les rechutes chez les personnes schizophrènes. De plus les personnes étaient entourées par des professionnels de santé, suivies et</p>

	devaient quitter l'étude en cas de rechute.
Devis de recherche	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="727 342 1418 533">• Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? La méthode de recherche est quantitative, les outils de collecte des données permettent de mesurer les données. <li data-bbox="727 651 1418 842">• Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? La question de recherche a pu être examinée au terme de l'étude. <li data-bbox="727 842 1418 1570">• Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) L'article ne décrit pas les critères mais ils semblent cependant être respectés comme suit. La véracité est respectée, l'article décrit les résultats obtenus, des outils scientifiques sont utilisés dans l'analyse des résultats. L'applicabilité est également respectée, les résultats correspondent à certaines études antérieures mais ils manquent de comparaison. La consistance est respectée, les résultats sont décrits, la méthodologie également et permettrait de réaliser à nouveau l'étude. La neutralité est également respectée car les résultats sont évalués objectivement à l'aide d'outils scientifiques. <li data-bbox="727 1570 1418 2033">• La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui, la méthode de recherche quantitative est tout à fait appropriée à la problématique, il s'agit de mesurer le nombre de rechutes chez la population étudiée suivant le plan de prévention par rapport aux personnes avec une prise en charge habituelle. Il s'agit dans un deuxième temps de mesurer les effets du plan de prévention des rechutes sur la

	<p>vision de la maladie par le patient, l'évaluation de l'alliance entre le patient et l'infirmière et l'évaluation de l'utilisation de la médication.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Oui, le temps de l'étude (1 année) a permis de mener la recherche à terme.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui, les outils de mesure sont décrits tels que Insight Scale (Birchwood et al., 1994) ou PANSS (Kay, Fiszbein, & Opler, 1987.) et ont permis de mesurer les différentes variables cités plus haut. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui la question de recherche et les hypothèses ont été clairement posées et les observations ont été ciblées ainsi que retranscrites précisément par les auteurs sous forme de résultat. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Oui, les instruments ont été importés, il s'agit d'échelles déjà existantes. • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui la procédure semble cohérente, elle permet de mesurer les données avec les outils scientifiques adéquats.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui le processus est décrit de manière claire dans le paragraphe de l'enregistrement des données, à l'aide d'échelles telles que le Clinical Global Impression (Guy, 1976.) • Les données ont-elles été recueillies

	<p>de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui les données ont été recueillies par des chercheurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Oui, l'intervention est le travail avec le patient, son entourage et l'infirmière à l'élaboration d'un plan de prévention des rechutes, celui-ci est clairement décrit et appliqué de manière constante.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, les méthodes sont décrites, les instruments, échelles et tests utilisés sont expliqués. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui ils sont pris en considération tels que les différentes variables expliquées dans le tableau 2 ou encore dans la discussion. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats ne se situe pas dans la partie méthode, les résultats sont expliqués dans la partie méthode • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui les thèmes tels que les rechutes sont en liens avec la signification des données.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, les résultats sont décrits adéquatement, séparés par plusieurs paragraphes tels que the nurses, dropouts, baseline measurements, relapses, other

	<p>variables. Des tableaux et un graphique présentent les résultats de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui ils sont correctement associés et représentent bien la problématique. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui, un texte narratif résume les résultats. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Les données sont évaluées par des chercheurs.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui, les résultats sont bien interprétés en fonction du cadre de recherche à savoir la prévention des rechutes chez les personnes schizo-phrènes ainsi que pour la question de recherche. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui les résultats sont discutés selon des études antérieures. Les possibilités de comparer leurs résultats sont rares car les autres études traitant de la reconnaissance des signes de rechutes et des interventions préventives sont souvent associées à une stratégie médicamenteuse divergente de la leur. De ce fait, l'effet des interventions précoces ne peut pas être déterminé. Cependant, il leur a été possible de comparer leur étude avec la recherche de Herz et al. (2000), qui montre des résultats concordant avec les leurs. • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats

	<p>d'analyses ? Oui, les conclusions ainsi que les interprétations sont en accord avec les résultats de l'analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui, les résultats de l'étude sont comparables avec peu de recherches pour le moment. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui les conclusions sont directement liées aux résultats de l'étude démontrant qu'il faut continuer la recherche dans ce sens-là afin d'obtenir des résultats ayant une signification statistique. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? L'article ne mentionne pas explicitement le caractère transférable mais exprime qu'il faut continuer la recherche dans ce sens afin d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. De plus, un autre questionnement découle des comparaisons avec une autre étude, the effects of the Libermann Modules (1985). Dont d'autres chercheurs ont démontrés des effets positifs sur les nouvelles connaissances et compétences des patients (Eckman et al., 1992; Goulet, Lalonde, Lavoie, & Jodoin, 1993; Wallace & Liberman, 1995; Wallace, Liberman, MacKain, Blackwell, & Eckman, 1992). Les effets sur les réhospitalisations ont été étudiés plus tard par Stenberg, Jaaskelainen et Royks (1998) et ont démontrés que la formation des personnes n'a pas d'effet sur le nombre de réadmissions mais sur leur durée.
<p>Conséquences et recommandations</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? L'article exprime qu'il faut qu'il y ait une intensification de la recherche en soins

	<p>infirmiers car elle est une partie importante de la prise en charge. Des efforts thérapeutiques sont et peuvent être faits dans le contexte infirmier.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui que la recherche doit être poursuivie en ce qui concerne la prévention des rechutes. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Les données viennent appuyer les conclusions de l’étude mais la comparaison des conclusions avec d’autres études n’est pas encore assez significative statistiquement.
--	---

7. Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia-results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 765–75.

Éléments d’évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t’il clairement les concepts clés et la population a l’étude ? Oui, le titre précise que l’étude s’intéresse à la psychoéducation dans la schizophrénie et qu’elle présente une enquête réalisée dans tous les établissements psychiatriques d’Allemagne, d’Autriche et de Suisse.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui. Le résumé se compose : <ul style="list-style-type: none"> - d’une introduction qui indique que la psychoéducation peut réduire les rehospitalisations et les coûts de la santé dans la schizophrénie. Les auteurs y

	<p>mentionnent aussi le but de l'étude.</p> <ul style="list-style-type: none"> - de la méthode : il s'agit d'une enquête postale réalisée en deux parties. Une partie a été adressée aux directions des établissements concernés et une deuxième partie a été adressée aux modérateurs des groupes de psychoéducation desdites institutions. Les réponses ont été analysées avec des statistiques descriptives. - des résultats : l'enquête a révélé que la psychoéducation était utilisée dans 86% des institutions qui ont répondu et 84% pour les schizophrènes. Environ 21% des schizophrènes et 2% des membres de leur famille ont participé à de la psychoéducation dans les institutions répondantes pour l'année 2003. - d'une discussion : plusieurs réadmissions, des coûts élevés de la santé et de la souffrance humaine pourraient être évités si plus de patients et de membres de leur famille participaient à la psychoéducation. De nouvelles approches pour offrir plus de psychoéducation pourraient consister en l'intégration de l'équipe de psychiatrie à la psychoéducation, ainsi qu'en des stratégies de pairs-à-pairs.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? <p>Oui. Les auteurs expliquent que 42% des schizophrènes sous anti-psychotiques oraux rechutent dans la première année de traitement, ils citent notamment l'étude de Schooler (2003). Plus de 50% de ces</p>

réhospitalisations est attribuée à une non-compliance au traitement, selon l'étude de Weiden and Glazer (2004). Les auteurs expliquent qu'une des stratégies pour augmenter la compliance au traitement est la psychoéducation. Ils expliquent ce qu'est la psychoéducation et indiquent que cette posture fait partie des recommandations actuelles pour le traitement de la schizophrénie (notamment selon l'étude de l'American Psychiatric Association (2004)).

Ils expliquent que la psychoéducation peut réduire les rechutes des schizophrènes qui suivent des séances, mais elle peut également être dispensée aux familles des schizophrènes afin de réduire également les rechutes. Les auteurs citent plusieurs études, notamment Sibitz et al. (2006), Kilian et al. (2001), McFarlane et al. (2003). Toutefois, les publications qui prouvent que la psychoéducation est réellement dispensée actuellement aux patients schizophrènes n'existent pas. C'est pourquoi les auteurs ont fait une enquête postale adressée à tous les établissements de psychiatrie d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse afin de savoir quel type de psychoéducation était dispensé, quel pourcentage de patients y participait et à quelle fréquence les groupes avaient lieu.

- **Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?**

Oui. Actuellement, il y a des connaissances sur les bénéfices de la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie (American Psychiatric Association (2004) ; Sibitz et al. (2006) ; Pitschel-Walz et al. (2006)). On connaît la problématique de la non-compliance

	<p>chez les schizophrènes (Weiden and Glazer (2004)) mais les auteurs cherchent à savoir si la psychoéducation est réellement proposée aux patients schizophrènes et leur famille.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui. C'est le domaine des soins qui s'occupe des patients schizophrènes et de leur famille. Si la psychoéducation est un moyen de réduire les rechutes cela a un intérêt pour la discipline. <p>Le postulat sous-jacent est que la psychoéducation peut réduire le taux de réhospitalisation et les coûts de la santé, si elle est réellement proposée dans les établissements psychiatriques de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension (sur quoi la recherche est basée) a-t-elle été entreprise ? Oui. Les auteurs ont fait une recension des études qui prouvent les effets positifs de la psychoéducation chez les patients schizophrènes et leur famille (notamment Motlova (2000) ; Kilian et al. (2001) ; Pitschel-Walz et al. (2006) ; Jungbauer et al. (2001)). • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. Les chercheurs indiquent que la psychoéducation fait partie des lignes directrices du traitement moderne de la schizophrénie, ils se réfèrent notamment à une étude de l'American Psychiatric Association (2004). Il a été prouvé dans plusieurs études que la psychoéducation avait des effets positifs par rapport au taux de

	<p>rechutes, à la qualité de vie, à la compréhension de la maladie ainsi qu'une influence positive sur la famille des patients (par exemple Sibitz et al. (2006) ; Murray-Swank and Dixon (2004)). Toutefois, ils veulent savoir dans quelle mesure cette recommandation est suivie dans les hôpitaux psychiatriques d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse car cet aspect n'a jamais été étudié.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui. Les auteurs se basent sur des études publiées dans des journaux de psychiatrie sérieux, tels que J Clin Psychiatry (impact factor de 5,1 en 2013), Schizophrenia Bulletin (impact factor à 8,6 en 2013). Les auteurs présentent l'état des connaissances actuelles sur le phénomène, comme mentionné ci-dessus. • La recension présente-t-elle des sources primaires ? On ne sait pas.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui. Le concept clé est la psychoéducation pour la schizophrénie. Le concept est bien détaillé et justifié, sur la base de plusieurs études comme mentionné ci-dessus. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui. Le concept clé s'inscrit dans le cadre de

	<p>référence de la psychiatrie (ils citent des articles tirés de J Clin Psychiatry, Schizophrenia Bulletin, etc) et s'appuient sur les lignes directrices telles qu'édictées par l'American Psychiatric Association (2004). Les auteurs exposent les bases théoriques et la méthode sous-jacente est explicitée : ils indiquent qu'ils ont mené une enquête en envoyant des questionnaires par la poste à toutes les institutions de soins psychiatriques de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche. La méthode sous-jacente semble appropriée à l'étude puisque les auteurs veulent savoir dans quelle proportion la psychoéducation pour les schizophrènes est utilisée dans les trois pays susmentionnés.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Le but est d'étudier la fréquence, le type de psychoéducation et le pourcentage de patients schizophrènes qui participe à des séances de psychoéducation dans tous les départements de psychiatrie de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche afin de pallier au manque de publication sur le sujet. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La population à l'étude est les patients atteints de schizophrénie et leur famille. La question de recherche est de découvrir dans quelle mesure la psychoéducation est dispensée aux schizophrènes et leur famille dans les trois pays ciblés. Les variables clés sont les lieux, la fréquence, le type et le pourcentage de participants. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de

	<p>la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ?</p> <p>Oui. Dans la recension des écrits, les auteurs citent plusieurs articles (notamment les recommandations de l’American Psychiatric Association (2004)) dans lesquels il est expliqué que la psychoéducation doit faire partie du traitement des schizophrènes. Toutefois, il manque des données pour savoir quelles institutions utilisent réellement la psychoéducation, de quel type et à quelle fréquence. Le but des auteurs est donc de découvrir cela.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traitent-elles de l’expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? Non. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Le concept est la psychoéducation pour les schizophrènes. Les variables de la question de recherche découlent de ce concept (lieux, fréquence, type, pourcentage de participants). • Les questions s’appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui. Sur le cadre conceptuel et théorique.
METHODE	
Population et échantillon	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui. Les auteurs ont fait une enquête en deux parties dont la première partie a été envoyée à tous les directeurs d’établissements psychiatriques d’Allemagne, de Suisse et d’Autriche. Les auteurs ont ensuite envoyé la deuxième partie de l’enquête aux personnes responsables de la tenue des groupes de psychoéducation, dont les noms avaient été

	<p>donnés par les directeurs en partie 1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Les auteurs ont envoyé la première partie de leur questionnaire à tous les directeurs d'établissement psychiatriques d'Allemagne, de Suisse et d'Autriche (622 au total). La liste d'adresses a été fournie par la « German hospital association ». Les auteurs ont ensuite envoyé une lettre de rappel à tous ceux qui n'avaient pas répondu après deux mois. La deuxième partie du questionnaire a été envoyée aux personnes dont les noms avaient été fournis par les directeurs qui avaient répondu à la première partie. Il s'agissait des responsables des groupes de psychoéducation. Quatre mois après la lettre de rappel, les auteurs ont choisi aléatoirement 10% des établissements qui n'avaient pas répondu. Ils les ont appelé par téléphone pour savoir s'ils n'avaient pas répondu parce qu'ils ne proposaient pas de psychoéducation ou pour d'autres raisons. • La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui. Les participants ont été recrutés à partir d'une liste fournie par la « German hospital association ». Il s'agit de tous les établissements psychiatriques de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche. • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Oui. Les auteurs disent qu'ils ont relancé les institutions qui n'avaient pas répondu à l'enquête dans le but de savoir si elles n'avaient pas répondu car elles ne proposaient pas de psychoéducation ou pour une autre raison.
--	--

	<ul style="list-style-type: none"> • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Elle n'a pas permis d'ajouter des renseignements significatifs mais d'atteindre les objectifs visés. • Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Sur une base statistique. • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Les auteurs ont adressé leur questionnaire à toutes les institutions de soins psychiatriques de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche, ce qui leur a permis de viser 622 institutions.
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les auteurs n'en parlent pas mais ont demandé que les personnes qui répondaient à l'enquête notent leurs noms, profession, adresse et numéro de téléphone dans la mesure où l'anonymat n'a pas d'influence sur la qualité des réponses selon eux. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Les auteurs n'en parlent pas.
<p>Devis (type de recherche → qualitatif/quantitatif) de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Le devis est quantitatif. Oui, les auteurs proposent un questionnaire comprenant des questions à choix multiple avec des espaces pour ajouter des réponses si les répondants le désiraient, des questions uniquement à choix

	<p>multiple et questions ouvertes pour la première partie. Pour la seconde partie, les auteurs ont envoyé un questionnaire d'auto-évaluation qui comprenait 23 questions. Ils ont analysé les réponses en utilisant des statistiques descriptives.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui. Les questions posées étaient les suivantes : <p>Pour la première partie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - est-ce que la psychoéducation avait été utilisée dans l'établissement en 2003 ; - pour quel diagnostic elle avait été utilisée ; - personnes de contact qui ont dispensés la psychoéducation ; - les raisons pour ne pas avoir offert de psychoéducation dans l'établissement ; - les caractéristiques de l'institution. <p>Pour la seconde partie : 23 questions pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - déterminer le pourcentage de patients et de famille qui ont reçu de la psychoéducation en 2003 ; - évaluer comment la psychoéducation a été conduite pour les diagnostics spécifiques. <p>Les questions posées permettent de répondre à la question de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui. Le devis quantitatif et les questions posées par les auteurs permettent de respecter les critères scientifiques. • La méthode de recherche proposée est-
--	--

	<p>elle appropriée à l'étude du problème posé ?</p> <p>Oui. Les auteurs veulent savoir quel est le pourcentage d'institutions qui utilisent la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie. Ils ont dès lors envoyé un questionnaire à toutes les institutions de santé mentale de Suisse, d'Allemagne et d'Autriche, ce qui semble approprié pour répondre à la question de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? <p>Les auteurs ont envoyé une enquête postale, ils n'ont donc pas passé du temps sur le terrain ni auprès des participants. Toutefois, ils ont mené leur étude entre décembre 2003 et juin 2004.</p>
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? <p>Oui. Les auteurs expliquent comment ils ont construit leur questionnaire et quelles questions ils ont posées pour mesurer les variables. Ils expliquent qu'ils ont utilisé des statistiques descriptives pour analyser les données, selon le logiciel SPSS de Windows, version 12.0.1.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? <p>Oui. Il s'agit d'un questionnaire en deux parties qui cible toutes les variables de la question de recherche et permet de prendre en compte l'entiereté du problème.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? <p>Les auteurs ont construit eux-mêmes leur questionnaire.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui. Les auteurs ont envoyé leur questionnaire à toutes les institutions d'Allemagne, d'Autriche et de Suisse. Puis, au bout de 4 mois, ils ont relancé de manière aléatoire 10% des institutions qui n'avaient pas répondu. Ils ont ensuite analysé les données recueillies avec des statistiques descriptives et ont utilisé le logiciel SPSS de Windows, version 12.0.1 pour faire tous les calculs. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui. Au début de l'enquête, les auteurs ont donné une définition de la psychoéducation, qu'ils ont envoyée comme lettre annexée au questionnaire, et ils ont précisé ce qu'ils excluaient de la définition afin que les réponses aux questions ne soient pas biaisées par une mauvaise définition de la psychoéducation. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Il n'y a pas de variable dépendante car les auteurs se sont intéressés à savoir dans quelle mesure la psychoéducation était utilisée dans les établissements de Suisse, d'Autriche et d'Allemagne. Pour les établissements qui la proposaient, ils se sont intéressés aux lieux, la fréquence, le type et le pourcentage de participants mais n'ont pas essayé de savoir si les établissements qui proposaient la

	<p>psychoéducation avaient des taux de rechute moins élevés que ceux qui n'en utilisaient pas.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Les auteurs indiquent qu'ils ont analysé les données avec des statistiques descriptives et fait tous les calculs avec le logiciel SPSS de Windows version 12.0.1. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui. Les auteurs ont relancé 10% (au hasard) des institutions qui n'avaient pas répondu à l'enquête dans le but de savoir si elles n'avaient pas répondu car elles n'utilisaient pas la psychoéducation ou pour d'autres raisons. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Pas de résumé des résultats dans le chapitre méthode. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Les auteurs n'en parlent pas dans chapitre méthode.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. Les chercheurs présentent les résultats dans plusieurs tableaux qui regroupent les thèmes suivants : <ul style="list-style-type: none"> - raisons pour ne pas faire de groupes de psychoéducation dans l'institution ; - conditions de base pour initier des groupes de psychoéducation ;

	<ul style="list-style-type: none"> - pourcentage de patients schizophrènes qui ont participé à la psychoéducation en 2003 ; - pourcentage de famille de patients schizophrènes qui ont participé à la psychoéducation en 2003. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. Les résultats sont associés entre eux selon les thèmes : <ul style="list-style-type: none"> - réponses au questionnaire partie 1 ; - réponses au questionnaire partie 2 ; - pourcentage de psychoéducation pour patients schizophrènes en 2003 ; - pourcentage de psychoéducation pour famille de patients schizophrènes en 2003 ; - groupes de psychoéducation menés pour la schizophrénie ; - structure de la psychoéducation ; - abandons dans les groupes de psychoéducation. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Non, il n'y a pas de résumé. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Oui. Les auteurs discutent des résultats par rapport à leur question de recherche et pour chacune des variables qu'ils voulaient étudier au départ. • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même

	<p>sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures?</p> <p>Non, puisque le but de cette étude était de pallier à un manque d'informations sur le sujet. Toutefois, les auteurs proposent des pistes pour augmenter le taux de séances de psychoéducation en se basant sur les considérations d'études précédentes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. Les auteurs énumèrent plusieurs limites : la première c'est que les directeurs des institutions ont répondu en se basant sur des estimations du nombre de patients schizophrènes qui ont participé à des groupes de psychoéducation. Deuxièmement, le questionnaire n'était pas anonyme et les auteurs soulignent le fait que certains participants ont pu répondre en fonction du critère de « désirabilité sociale », c'est-à-dire en fonction du fait qu'ils voulaient se présenter sous un jour favorable aux yeux des auteurs. Deuxièmement, toutes les institutions interrogées n'ont pas répondu et, selon les auteurs, les statistiques présentées sont donc une estimation. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui. Les auteurs pensent que si la

	<p>psychoéducation était beaucoup plus utilisée qu'à l'heure actuelle, et surtout beaucoup plus dispensée par tous les membres de l'équipe soignante, le taux de rechute, les coûts qui en résultent et la souffrance que cela engendre pourraient être évités.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Les auteurs indiquent qu'il faut absolument motiver les membres de la famille de patients schizophrènes à plus participer aux groupes de psychoéducation. En faisant cela, on pourrait réduire le taux de réhospitalisation, les coûts engendrés et la souffrance des patients schizophrènes. Les auteurs invitent les compagnies d'assurance et les hôpitaux à trouver un moyen de financer les séances de psychoéducation de manière adéquate. Les auteurs aimeraient enfin arriver à ce que tous les patients schizophrènes et tous les membres de leur famille se voient offrir des groupes de psychoéducation. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui. Dans les conclusions, les auteurs se basent sur les résultats de leur enquête pour proposer des pistes d'amélioration, mais également sur les résultats d'études menées sur des points précis qu'ils mettent en avant. Par exemple, les auteurs concluent qu'il y a un énorme écart entre les recommandations scientifiques et la réalité clinique concernant la psychoéducation pour les familles de patients schizophrènes (De Hane et al.,2002).
--	---

8. Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *The Journal of clinical psychiatry*, 67(3), 443-52.

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui. Il s'agit d'étudier la psychoéducation et la compliance au traitement dans la schizophrénie.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Le résumé est clair et synthétique. Il y a un objectif : examiner si les groupes de psychoéducation pour les patients schizophrènes et leur famille peut réduire la réhospitalisation et augmenter la compliance au traitement. Il y a ensuite la méthode : les auteurs indiquent le nombre de patients choisis (236), sur quels critères (DSM-III-R, contact avec au moins une personne proche) et exposent succinctement comment l'étude a été menée. Il y a une partie résultats : les résultats obtenus après 12 et 24 mois sont brièvement synthétisés. On trouve enfin une partie conclusion dans laquelle les auteurs expliquent, de manière brève, ce que la recherche a démontré et ce qu'ils suggèrent pour la pratique.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Les chercheurs expliquent que le taux de

rechute des patients schizophrènes est très élevé (plus de 42%) et que 50% des rechutes est imputable à la non-compliance au traitement médicamenteux. Les auteurs ont découvert que que les rechutes dans les 12 mois étaient beaucoup plus élevées chez les schizophrènes qui n'avaient pas de traitement (70-80%) que les chez les schizophrènes qui avaient un traitement (10-20%). Cela souligne l'importance de maintenir une compliance à la prise du traitement pour diminuer le nombre de rechutes. Les auteurs exposent ensuite plusieurs facteurs qui peuvent contribuer à la non-compliance au traitement chez les schizophrènes (par ex : déficits cognitifs, attitude négative, effets secondaires, mauvaise idée de la maladie, etc). Les familles, ne connaissant pas bien la maladie n'encouragent pas le patient à prendre son traitement. Les auteurs expliquent ensuite que la psychoéducation a montré des effets bénéfiques sur la compliance au traitement médicamenteux chez les patients schizophrènes mais uniquement à court terme. Les chercheurs ont donc choisi d'étudier les effets à long terme de la psychoéducation chez les schizophrènes (période de 24 mois), ce en comparant les patients qui avaient bénéficié de la psychoéducation et un groupe contrôle qui n'en a pas bénéficié.

- **Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ?**

Oui. Les auteurs se basent sur des études qui démontrent les connaissances actuelles sur les effets de la psychoéducation sur la schizophrénie. Le taux de rechute et de

réhospitalisation en psychiatrie est aussi une préoccupation actuelle, spécialement concernant la schizophrénie. En effet, 50% des réhospitalisations sont attribuables à la non-compliance aux médicaments (Schooler, 2003 ; Kissling et Leucht, 1999 ; Weiden et Glazer, 1997). Les auteurs indiquent que c'est dommage car des études ont montré que les schizophrènes qui bénéficient d'un traitement antipsychotique ont un taux de rechute nettement plus bas que ceux qui n'en ont pas (notamment Kane et al., 1998). Les familles sont souvent contre le traitement médicamenteux et ne soutiennent pas les patients dans la prise régulière de celui-ci (Rettenbacher et al., 2004) par exemple). La psychoéducation pour les patients et leurs proches semble être une des meilleures interventions pour augmenter la compliance. Elle permet aussi de satisfaire le besoin d'information sur la pathologie, les traitements possibles, de soulager émotionnellement et d'aider à faire face à la maladie (Bäumel et al., 2003; Wiedenmann et al., 2003).

Pourtant, il manque des connaissances sur les effets de la psychoéducation sur le long terme (Nosé et al., 2003).

- **Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ?**

Les auteurs aimeraient pallier au manque d'information sur les effets à long terme de la psychoéducation sur les patients schizophrènes. Cela a bien sûr une signification particulière pour la psychiatrie, et par conséquent sur les soins infirmiers. Les postulats sous-jacents à l'étude ne sont pas

	précisés.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> <li data-bbox="708 353 1418 427">• Une recension (sur quoi la recherche est basée) a-t-elle été entreprise ? Oui. Les auteurs citent de nombreux articles qui traitent des effets positifs de la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie (Nosé et al., 2003; Bäuml, et al., 2003 ; Wiedemann et al., 2003). Pourtant, toutes ces recherches traitent des effets positifs de la psychoéducation à court terme (6 mois environ). Les auteurs ont donc décidé de mener une étude sur le long terme (soit 24 mois de suivi). <li data-bbox="708 875 1418 981">• La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, les auteurs se basent sur plusieurs articles comme mentionné ci-dessus et expliquent que, en l'état actuel, toutes les études concernant l'efficacité de la psychoéducation concernent uniquement les effets à court terme. <li data-bbox="708 1256 1418 1442">• La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui. Les connaissances sont actuelles. Elles se basent sur des études datant de 2003 (la présente recherche a été publiée en 2006). La recension des écrits semble solide car elle se base sur diverses études, publiées dans divers journaux sérieux de psychiatrie (J Clin Psychiatry, Schizophrenia Bulletin par exemple). Toutefois, il est à noter que quelques unes des études citées ont été menées par certains auteurs qu'on retrouve dans la présente recherche. <li data-bbox="708 1935 1418 2002">• La recension présente t'elle des sources primaires ?

Cadre de recherche	<p>Cet aspect n'est pas précisé.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les concepts de psychoéducation et de rechute/réhospitalisation chez les patients schizophrènes sont mis en évidence et définis sur le plan conceptuel, en se référant à diverses recherches déjà publiées (comme mentionné ci-dessus). • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui. Les concepts clés s'inscrivent dans le cadre de référence de la psychiatrie. Les bases théoriques sont clairement exposées (voir ci-dessus) et la méthode sous-jacente à l'étude est brièvement exposée en fin d'introduction (236 patients de différents centres d'Allemagne, suivi des patients sur 24 mois et comparaison à un groupe contrôle qui recevaient uniquement des soins de routine, c'est-à-dire sans psychoéducation). C'est approprié à l'étude.
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Les auteurs veulent pallier au manque d'information sur les bénéfices à long terme de la psychoéducation chez les patients schizophrènes et leur famille. • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? La question de recherche est clairement énoncée. Les auteurs veulent examiner si les

	<p>bénéfices de la psychoéducation peuvent être maintenus sur une période de plus de six mois. La population à l'étude est énoncée : il s'agit des patients schizophrènes et leur famille. Les variables clés sont : la compliance et le taux de réhospitalisation. La variable indépendante est la psychoéducation.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ? La question de recherche reflète la recension des écrits (études sur les rechutes des patients schizophrènes, effets bénéfiques de la psychoéducation sur les schizophrènes et leur famille mais manque de documentation sur les effets bénéfiques à plus de six mois). Elle découle bien-sûr du but qui est de pallier à l'absence de données sur les effets bénéfiques de la psychoéducation chez les schizophrènes et leur famille sur plus de six mois. La question de recherche ne traite pas des expériences, des croyances, des valeurs ou des perceptions des participants. • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Le concept est la psychoéducation dans la schizophrénie. Le cadre de recherche s'intéresse aux effets de la psychoéducation dans le traitement de la schizophrénie à long terme. Pour pouvoir connaître les effets, les auteurs appliquent les variables « compliance au traitement » et « taux de réhospitalisation » sur les patients qui ont suivi des séances de psychoéducation
--	--

	<p>comparé à un groupe contrôle qui n'en a pas suivi.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? La question de recherche s'appuie sur le cadre conceptuel et théorique, comme mentionné ci-dessus.
METHODE	
Population échantillon et	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui. Il s'agit de patients de trois hôpitaux d'Allemagne (Département de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'université de Munich, Département de Psychiatrie et de Psychothérapie de l'université technique de Munich et Hôpital Psychiatrique d'Etat de Haar). Les patients correspondent tous aux critères du DSM-III-R/ICD 9 (schizophrénie ou trouble schizoaffectif). • Oui. L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Oui. Les auteurs détaillent les critères d'inclusion des patients à l'étude : <ul style="list-style-type: none"> - diagnostic de schizophrénie/trouble schizoaffectif ; - ayant pris pendant au moins 12 mois un antipsychotique pour prévenir les rechutes ; - âgés de 18 à 65 ans ; - volonté d'être traités pour au moins un an dans le département ambulatoire de l'hôpital ; - volonté du patient de faire participer une personne clé (membre de la famille ou ami proche). <p>Les auteurs détaillent ensuite les critères</p>

	<p>d'exclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> - distance de plus de 150 km entre le domicile du patient et l'hôpital ; - pas de contact régulier avec un proche (moins de 30 minutes par semaine) ; - abus régulier de substance (moins de 6 mois avant l'admission) ; - grossesse ; - QI à moins de 80 ; - manque de connaissances en allemand ; - pas de rémission dans les deux dernières années. <ul style="list-style-type: none"> • La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui. Elle a été approuvée par l'institutional review board. Les patients ont donné leur consentement éclairé par écrit avant de participer à l'étude. Le consentement incluait la volonté de faire participer au moins un proche à l'étude. Les proches ont donné leur consentement écrit également. • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Tous les patients remplissent les mêmes critères d'inclusion, l'échantillon est représentatif. • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? Les patients sélectionnés sont au nombre de 236. La taille de l'échantillon représente 10% de tous les patients schizophrènes traités par les trois centres susmentionnés. Les patients qui ont été exclu l'ont été soit car ils ne remplissaient pas tous les critères d'inclusion (7%), soit parce qu'ils n'avaient pas de proches à faire participer à l'étude (32.2%), soit parce qu'ils n'avaient pas eu de rémission
--	---

	<p>(17%), soit parce qu'ils abusaient régulièrement de substance (8.8%), soit parce qu'ils habitaient à plus de 150 km de l'hôpital (9.3%), soit parce qu'ils ne parlaient pas suffisamment bien l'allemand (5.7%), soit parce qu'ils avaient un QI inférieur à 80 (2.6%), soit parce que certaines étaient enceintes (0.4%), soit parce qu'ils ont refusé de participer à l'étude (9.5% : 54% des 9.5% ont refusé parce qu'il voulaient continuer à être traités par leur psychiatre habituel), ou soit pour d'autres raisons (7.5%).</p> <p>La taille de l'échantillon (236 patients) est donc définie par le total des patients qui remplissaient les critères d'inclusion. Certains patients ont abandonné ou ont été exclu au cours de l'étude et finalement 194 patients ont terminé l'étude (102 dans le groupe intervention et 92 dans le groupe contrôle), 163 patients ont eu un suivi de 12 mois (81 dans le groupe intervention et 79 dans le groupe contrôle), 153 patients ont eu un suivi de 24 mois (79 dans le groupe intervention et 74 dans le groupe contrôle). Les raisons pour lesquelles les patients n'ont pas eu de suivi pendant 24 mois sont les suivantes : 32 ont interrompu le traitement, 8 n'ont pas participé à suffisamment de séances de psychoéducation et 1 s'est suicidé. Les raisons d'abandon sont comparables dans les deux groupes.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Les auteurs ont fait signer aux patients et à leurs proches un consentement éclairé écrit. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ?

	<p>Les chercheurs ont formé différents groupes dans chaque centre d'étude. Ces groupes étaient formés de 8 à 12 patients. Ensuite, ils ont procédé par randomisation pour décider quel groupe allait être groupe d'intervention et groupe contrôle. Les centres d'études ont été informés par téléphone des conditions de traitement du groupe. Les psychiatres traitants pour l'étude n'ont pas participé à la randomisation et la randomisation a été faite de manière informatisée.</p>
<p>Devis (type de recherche → qualitatif/quantitatif) de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui. Le devis quantitatif utilisé a permis à l'étude d'atteindre son but. Oui, les outils de collecte de données étaient les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - pour collecter des données sur la compliance au traitement, les patients recevaient au moins 100mg de Chlorpromazine, associé à d'autres médicaments si besoin. Un rendez-vous par mois était fixé avec chaque patient. Pour mesurer la compliance, les psychiatres devaient la mesurer avec une échelle de mesure de la compliance en quatre points. Pour valider les résultats de l'échelle de compliance, des prises de sang ont été faites pour mesurer le taux plasmatique des médicaments ; - pour collecter des données sur le nombre de réhospitalisations, le nombre de jours à l'hôpital, la psychopathologie et le fonctionnement global, les auteurs ont utilisé des échelles telles que Brief Psychiatric Rating Scale, Global Assessment Scale.

	<p>Les données ont été mesurées au début de l'étude, à 6, 12, 18 et 24 mois. Le cours de la maladie, le traitement, la compliance au traitement ont été documentées lors des rendez-vous mensuels.</p> <p>Les échelles de mesure et les taux fournis par les prises de sang sont conciliables avec un devis quantitatif.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, le devis quantitatif permet d'examiner tous les points que les auteurs veulent examiner dans leur étude (voir ci-dessus). • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui. Le devis et les méthodes de collecte de données choisies respectent les critères scientifiques (voir ci-dessus). • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. Les échelles de mesure utilisées par les auteurs sont appropriées pour mesurer le taux de réhospitalisations et la compliance au traitement. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Le but de l'étude est d'étudier les effets de la psychoéducation à long terme chez les schizophrènes et leur famille. Les auteurs ont proposé une collecte des données au début, à 6, 12, 18 et 24 mois, ainsi qu'un rendez-vous mensuel pendant 24 mois avec un psychiatre. Les auteurs ont donc passé beaucoup de temps sur le terrain.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui. La question a déjà été développée ci-

	<p>dessus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui. Les observations sont bien ciblées. Les auteurs ont donné des sessions de supervision sur la manière d’implanter la psychoéducation dans les groupes pour qu’elle soit identique. Les thérapeutes qui ont animé les groupes étaient des psychiatres et un psychologue qui étaient tous entraînés à la psychoéducation et tous expérimentés. Les thérapeutes devaient s’observer entre eux de manière régulière. On ne sait pas la manière dont les données ont été consignées. • L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ? Les outils de mesures étaient déjà existants (Brief Psychiatric Rating Scale et Global Assessment Scale). • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui. Les auteurs ont collecté des données sur la compliance et le taux de réhospitalisation au début de la recherche, à 6, 12, 18 et 24 mois. Les données sur le cours de la maladie, du traitement et de la compliance ont été documentées chaque mois lors des rendez-vous. Les données collectées ont ensuite été analysées avec le model de Kaplan-Meier concernant le taux de réhospitalisation. Les auteurs ont ensuite utilisé le Fisher exact test pour comparer l’importance du taux de rehospitalisation entre les deux groupes

	<p>étudiés. Le Fisher exact test a été utilisé pour comparer d'autres variables entre les deux groupes. Les auteurs ont encore utilisé d'autres tests pour analyser leur données (Chi-square tests ; The Mann-Whitney U test pour les données sur la compliance).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui. Les groupes ont été formés de manière randomisée et les psychiatres participant à l'étude n'étaient pas présents lors de la randomisation. Ensuite, les auteurs ont expliqué ce que les groupes de psychoéducation devaient aborder comme thèmes afin que ce soit dans chaque groupe pareil. Ils ont également définis la durée et le nombre de sessions qui devaient être identiques à tous les groupes de patients et de proches. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? Oui. La variable indépendante est la psychoéducation et elle est clairement décrite et appliquée de façon constante comme développé au point ci-dessus.
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, comme développé ci-dessus. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non, les auteurs n'abordent pas ce point dans la méthode. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Le résumé des résultats n'est pas présent dans la partie méthode.

	<ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Non. Les auteurs expliquent comment ils ont analysé les données dans la partie méthode mais ne font pas ressortir la signification des données dans ce chapitre.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Les résultats sont présentés sous forme de tableaux et de graphiques. Il y a un tableau concernant les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des patients, un tableau qui présente le taux de réhospitalisation après 12 et 24 mois pour le groupe intervention et le groupe contrôle. Il y a un graphique, un tableau qui compare le nombre de réhospitalisations et le nombre de jours passés à l'hôpital après 12 et 24 mois entre le groupe intervention et le groupe contrôle et un tableau qui compare la compliance au début de l'étude, après 12 et après 24 entre le groupe contrôle et le groupe intervention. • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Les tableaux correspondent aux thèmes par lesquels les résultats sont expliqués de manière narrative : les thèmes sont les suivants : caractéristiques des échantillons, médication, réhospitalisations, nombre de réhospitalisations et jours à l'hôpital, doses d'antipsychotiques et compliance, psychopathologie. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Pour chaque thème, les auteurs ont

	<p>résumés les résultats.</p> <p>Pour le thème caractéristiques des échantillons, les auteurs notent qu'il n'y a pas de différence significative dans les données sociodémographiques et psychopathologiques entre le groupe contrôle et le groupe intervention. Concernant les proches, les auteurs notent qu'il s'agit principalement de femmes âgées en moyenne de 49 ans. Le plus souvent, il s'agit de parent de patient. 60% des proches habitent avec le patient. 72% des proches n'avaient pas d'expérience dans la participation à de tels groupes. Un tableau détaille les données des patients.</p> <p>Pour le thème médication, les auteurs ont recommandé un traitement antipsychotique pour au moins un an pour tous les participants. 21 antipsychotiques différents ont été utilisés durant l'étude. 63% des patients ont reçu des antipsychotiques oraux durant les 24 mois de suivi et les autres ont reçu soit uniquement un antipsychotique dépôt ou les deux, soit oraux et dépôt. Les données concernant les deux groupes sont à peu près similaires.</p> <p>Concernant le thème résultats de réhospitalisation, les auteurs ont étudié la durée qui s'était écoulée entre le début de l'étude et la première réhospitalisation. Il y a eu une différence en faveur du groupe intervention durant la première et la deuxième année de suivi. Durant la première année de suivi, 21% du groupe intervention contre 38% du groupe contrôle ont été réhospitalisés durant la première année de suivi et 41% du groupe intervention et 58% du groupe contrôle ont été réhospitalisés durant la seconde année de suivi.</p>
--	--

	<p>Des analyses ont toutefois démontré qu'il y avait une corrélation entre le nombre d'épisodes psychotiques antérieurs et les réhospitalisations. L'effet de la psychoéducation a été clair dans le groupe intervention pour les patients qui avaient eu de 2 à 5 épisodes psychotiques précédemment. Un tableau explique les résultats.</p> <p>Concernant le nombre de réhospitalisations et les jours d'hospitalisation, il y a eu une nette réduction depuis le début de l'étude et après 24 mois de suivi. Après 1 et 2 ans, les patients du groupe contrôle avaient été réhospitalisés en moyenne deux fois plus que les patients du groupe intervention. Le nombre de jours que les patients du groupe contrôle ont passé à l'hôpital était deux fois plus grand que celui du groupe intervention. Un tableau explique ces résultats.</p> <p>A propos des doses d'antipsychotiques et de la compliance, pour obtenir une comparaison, les auteurs ont converti les doses d'antipsychotiques en unités de chlorpromazine (ils ont utilisé une liste d'équivalence faite par Jahn and Mussgay, 1989). Les doses d'antipsychotiques reçues sont comparables dans les deux groupes, après la première et la deuxième année de suivi. En moyenne, les patients du groupe contrôle ont reçu une dose d'antipsychotique par jour moins élevée jusqu'à la première réhospitalisation que ceux du groupe intervention. A propos de la compliance, dans les deux groupes la compliance était indentique au début de l'étude. Après 12 et 24 mois de suivi, la compliance du groupe contrôle était significativement moins bonne que celle du groupe intervention. Il y a une</p>
--	---

	<p>corrélation entre le niveau de compliance et la réhospitalisation dans la première année de suivi dans le groupe contrôle. Les patients qui n'ont pas suivi la psychoéducation ont été moins compliants et cette non-compliance s'est traduite par un taux de réhospitalisation plus élevé. La compliance a été mesurée par une échelle et par contrôles sanguins.</p> <p>Concernant la psychopathologie, les auteurs ont utilisé la Brief Psychiatric Rating Scale pour mesurer ce paramètre. Ils ont constaté que les patients du groupe intervention qui avaient le même score au début de l'étude que ceux du groupe contrôle, ont amélioré leur score après 12 et 24 mois comparé aux scores du groupe contrôle. Le fonctionnement social global a été mesuré par l'échelle GAS. Les auteurs ont constaté qu'il n'y avait pas d'écart significatif au début de l'étude mais ont constaté que le groupe intervention avait un meilleur score après 12 et 24 mois de suivi. Les auteurs ont trouvé qu'il y avait une association statistique entre la compliance et l'échelle BPRS et entre la compliance et l'échelle GAS. Les scores à la BPRS étaient plus élevés chez les patients non-compliants que chez les autres et de manière similaire entre les non-compliants et le score à l'échelle GAS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ? Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour les variables qui étaient la compliance et le taux de

	<p>réhospitalisation. Les auteurs indiquent que la psychoéducation améliore la compliance et réduit le taux de réhospitalisation considérablement. Après deux ans, les patients qui ont suivi la psychoéducation ont encore des bénéfices concernant la psychopathologie et le fonctionnement social. Les patients qui ont eu entre 2 et 5 épisodes psychotiques précédemment sont ceux qui en ont retiré le plus de bénéfices. Les patients qui ont eu 6 épisodes et plus ne montrent pas de bénéfices réels de la psychoéducation. Les auteurs pensent que cela est dû au fait que 8 sessions de psychoéducation ne sont pas suffisantes pour améliorer les résultats chez ces patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ? Oui. Les auteurs expliquent que leurs résultats confirment les études précédentes sur la psychoéducation chez les schizophrènes et leur famille (ils citent notamment les revues et les méta-analyses de Mojtabai et al. , 1998 ; Pekkala et Merinder, 2002) ; Pitschel-Walz et al. , 2001). La spécificité de leur étude est toutefois de démontrer que 8 sessions de psychoéducation chez les patients et 8 sessions pour leur entourage peuvent déjà montrer des effets. • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui absolument. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. Les auteurs expliquent que les résultats de leur étude sont seulement valables pour
--	--

une petite proportion des patients schizophrènes. Leur étude a sélectionné des patients qui étaient sans doute un peu plus coopératifs que les autres, comme le démontre leur volonté de participer à l'étude. Les patients sélectionnés avaient aussi la chance d'avoir un proche qui avait la volonté de prendre soin d'eux. Une autre limite de l'étude est qu'elle a été faite lorsque les antipsychotiques de première génération étaient encore largement utilisés. Avec l'arrivée des antipsychotiques atypiques, les patients pourraient avoir une meilleure compliance au vu de la diminution des effets secondaires. Toutefois, certaines études ont montré des différences à propos de la compliance entre les antipsychotiques de première et deuxième génération, d'autre non (Dolder et al., 2002 ; Menzin et al., 2003 ; Cabeza et al., 2000 ; Diaz et al. , 2004 notamment). Les auteurs expliquent que les antipsychotiques atypiques on réduit le risque d'effets secondaires de type neurologiques mais qu'ils augmentent la prise de poids, la sédation, l'hypotension orthostatique, etc. (Weiden et al., 2004).

Une autre limite aurait pu être l'utilisation de l'échelle de compliance comme mesure de la compliance. Pour pallier à ce problème, les auteurs expliquent qu'ils ont aussi fait des prises de sang pour comparer la compliance mesurée par l'échelle et la preuve délivrée par le taux de médicament dans le sang. Ils ont découvert une bonne similitude entre l'impression des psychiatres (échelle de mesure de la compliance) et les analyses objectives (prises de sang).

	<p>Un biais important pourrait être le suivant : les psychiatres responsables du suivi des patients ne devaient pas être au courant du fait que les patients suivent ou non la psychoéducation. Pourtant, ils pourraient avoir appris les conditions de l'étude car les patients pourraient leur avoir parlé de l'expérience. Il se peut donc que les psychiatres n'aient pas été « aveugles » tout au long de l'expérience et qu'il y ait un biais en faveur du groupe intervention.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? Les conséquences sont que la psychoéducation devrait être offerte comme traitement de routine pour les patients schizophrènes et leur famille. Pourtant, ce n'est pas le cas. Une étude démontre que 83% des établissements de Suisse, d'Autriche et d'Allemagne propose de la psychoéducation pour le traitement de la schizophrénie mais que seuls 21% des schizophrènes et 2% des familles y ont participé en 2003. Il est nécessaire d'encourager tous les professionnels de la psychiatrie à utiliser des approches psychoéducationnelles. • L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Oui. Les auteurs indiquent que l'approche de la psychoéducation qu'ils ont exposé ici est particulièrement simple d'impantation et satisfait aux standards de la psychoéducation

	<p>qui ont été établis par le Groupe d'Experts allemands pour les interventions psychoéducatives dans les troubles schizophréniques. Leur expérience et les résultats de celle-ci ont influencé le développement de ces standards.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui. Les auteurs expliquent que des recherches futures devraient s'intéresser à comment la psychoéducation pourrait être mieux diffusée (patients hospitalisés/patients ambulatoires) et comment l'adapter pour des groupes cibles (patients qui sont activement psychotiques, patients avec beaucoup d'épisodes psychotiques antérieurs, patients avec un double diagnostic) et comment les patients et leurs proches pourraient être mieux motivés à rejoindre les groupes de psychoéducation. Enfin, les auteurs disent qu'il faudrait étudier quelles stratégies pourraient être mises sur pieds pour prévenir des abandons. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.
--	--

9. Lee, K.M., Xie, H., Parasuram, R. (2014). The effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families: An integrative review. *Singapore Nursing Journal*, 41(2).

Eléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui. Le titre indique que les auteurs s'intéressent aux effets de la

	<p>psychoéducation, aux patients schizophrènes et à leur famille. C'est une revue intégrative. Il est intéressant de noter que cette revue intégrative a été menée par trois infirmières.</p>
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui. Il y a : <ul style="list-style-type: none"> - le fond : les auteurs indiquent que la psychoéducation est une technique d'enseignement structurée qui fournit des informations sur la maladie et son traitement et qui permet d'aider les patients et leurs familles à s'adapter à la maladie. Pourtant, le modèle médical est dominant et on traite surtout les pathologies avec des médicaments. L'utilisation de la psychoéducation est limitée et ses bénéfices avec les patients schizophrènes et leurs familles ne sont pas bien documentés. - le but : le but de cette revue intégrative est de présenter la meilleure preuve valable des effets de la psychoéducation avec les patients schizophrènes et leur famille. - la méthode : les auteurs ont fait une recherche dans la littérature des études publiées entre 1992 et 2012 en utilisant les mots-clés « psychoéducation », « schizophrenia », « families » dans les bases de données CINAHL, MEDLINE et PsycInfo. Les données proviennent de sources primaires et ont été analysées et résumées. - les résultats : la psychoéducation pour les patients et leur famille peut réduire le taux de rechute et de réadmission. Elle permet aussi d'augmenter leur compliance au

	<p>traitement et à la médication. La psychoéducation peut être incluse dans le traitement clinique de routine pour fournir des soins holistiques aux patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> - la conclusion : les résultats informent les médecins et les institutions du développement de la psychoéducation pour atteindre des résultats de qualité avec le patient.
INTRODUCTION	
Problème de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Il s'agit d'amener des preuves de l'efficacité de la psychoéducation sur les patients schizophrènes car la prise en charge de ces patients est encore beaucoup basée sur la pharmacologie uniquement (Rummel-Kluge et Kissling, 2008). Les effets positifs de la psychoéducation sur les patients et leurs familles sont toutefois évidents mais beaucoup de psychiatres italiens sont encore contre (Aguglia et al., 2007). • Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui. Les auteurs veulent apporter des preuves des bénéfices de la psychoéducation chez les patients schizophrènes et leurs familles car cet aspect n'a pas été bien documenté (Cheng et Chan, 2005). On sait toutefois que la psychoéducation pour les patients et leur famille est bénéfique (Rummel-Kluge et Kissling, 2008). • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui. Les auteurs pensent que pour prendre

	<p>soin de manière hollistique des patients psychiatriques, la psychoéducation devrait être un complément aux interventions pharmacologiques. Les auteurs expliquent qu'à présent, les professionnels de santé sont responsables de la gestion médicale de la maladie ou de l'affection chronique en se basant sur la pharmacologie et que le rôle que l'individu joue dans la gestion de sa propre maladie est limité, ce qui restreint l'utilisation de la psychoéducation (Rummel-Kluge et Kissling, 2008). Les postulats ne sont pas précisés.</p>
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension (sur quoi la recherche est basée) a-t-elle été entreprise ? Oui. Les chercheurs se basent sur des recherches faites sur la psychoéducation dans les maladies en général (Rummel-Kluge et al., 2006) et dans les maladies psychiatriques en général (Rabovsky et al., 2012 ; Bauml et al. 2006). Ils citent aussi une étude qui dit que les effets de la psychoéducation sur les patients schizophrènes et leur famille n'est pas bien documentée (Cheng et Chan, 2005). Ils se basent également sur des recherches qui montrent que le modèle médical basé sur la pharmacologie est encore dominant et que certains psychiatres italiens sont même contre la psychoéducation (Rummel-Kluge et Kissling, 2008 ; Aguglia et al., 2007). • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui, comme exposé ci-dessus. Les auteurs se basent sur des recherches récentes pour appuyer leurs propos mais les recherches citées ne sont pas nombreuses dans l'introduction. • La recension des écrits vous semble-t-

	<p>elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ?</p> <p>La recension des écrits est, comme mentionné ci-dessus, assez succincte, mais les auteurs précisent que le sujet n'est pas bien documenté actuellement (Cheng et Chan, 2005).</p> <ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? Les auteurs ne le précisent pas dans l'introduction.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Les auteurs développent le concept de psychoéducation mais ne développent pas la schizophrénie. Pour la psychoéducation, le concept est justifié et décrit de façon adéquate. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Le concept de psychoéducation se réfère à des études précédentes (Rummel-Kluge et al., 2006 ; Rabovsky et al., 2012 ; Bauml et al., 2006) et il est lié au but de l'étude. Les auteurs ne parlent pas de la méthode sous-jacente à l'étude dans l'introduction. Les auteurs ne développent pas le concept de schizophrénie. Les bases théoriques concernant la psychoéducation sont présentées mais les bases philosophiques ne sont pas présentées clairement. Les auteurs

	<p>disent toutefois qu'avec la psychoéducation, les soignants pourraient prendre en charge de façon hollistique le patient et sa famille, ce qui n'est pas le cas actuellement.</p>
<p>Buts et question de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> <p>• Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Il y a un paragraphe intitulé « but ». Les auteurs expliquent que le but de cette revue intégrative est de présenter la meilleure preuve valable de l'influence de la psychoéducation chez les patients schizophrènes et leurs familles afin de pouvoir éduquer et informer les soignants à la meilleure pratique pour prendre en charge les patients schizophrènes et leur famille. Ils veulent également présenter l'état d'utilisation de la psychoéducation dans la prise en charge des personnes schizophrènes. Ils veulent décrire les effets de la psychoéducation sur les patients (sur les symptômes et leur fonctionnement social), sur les institutions en s'intéressant au taux de rechute des patients et sur les proches en s'intéressant à leur charge émotionnelle.</p> <p>• Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les auteurs ne font d'hypothèse, toutefois la question de recherche est énoncée clairement « What are the effects of psychoeducation on patients with schizophrenia and their families ? ».</p> <p>• Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?</p>

	<p>Oui. La question de recherche découle de la recension des écrits et découle du but. Elle va traiter de l'expérience des participants puisqu'il s'agit de rechercher dans la littérature les effets de la psychoéducation sur les patients schizophrènes (sur leurs symptômes, leurs compétences fonctionnelles et leur taux de rechute) et sur leur famille (sur leur charge émotionnelle).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Les chercheurs aimeraient connaître les effets de la psychoéducation sur les patients schizophrènes et sur leur famille. Les variables seront donc les symptômes, les compétences fonctionnelles, le taux de rechute et la charge émotionnelle (pour les familles). • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui, comme exposé ci-dessus. La méthode de recherche sous-jacente n'est pas exposée dans l'introduction. La question s'appuie toutefois sur le cadre conceptuel qui est la psychiatrie.
METHODE	
Population échantillon	<p>et</p> <ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui. Il s'agit des patients schizophrènes et de leurs familles. Les études ont été sélectionnées par introduction des mots-clés « psychoéducation », « schizophrenia », « familles » dans les bases de données CINAHL, Medline et PsycInfo. Les critères d'inclusion des études étaient :

	<ul style="list-style-type: none"> - participants avec un diagnostic de schizophrénie ; - âgés de 16 à 65 ans ; - participants qui avaient un membre de leur famille qui participait à leurs soins. <p>Les critères d'exclusion des études étaient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - la recherche n'était pas une source primaire ; - le résumé n'était pas valable ; - manque d'information sur l'article, par exemple pas d'information sur la littérature sur laquelle l'étude s'est basée ; - l'étude ne concernait pas les patients schizophrènes ; - l'étude concernait des patients avec un handicap mental ; - les articles avaient été publiés avant 1992. <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? <p>Oui. L'échantillon concerne les articles retenus. Les auteurs ont fait un tableau du processus de sélection des articles :</p> <p>Ils ont sélectionné 77 articles depuis les bases de données CINAHL, PsycInfo et MEDLINE. Une recherche manuelle a été faite et a permis de sélectionner 7 articles en plus. Les auteurs ne précisent pas comment ils ont fait la recherche manuelle. Ils ont choisi uniquement des articles publiés en anglais.</p> <p>Ils ont sélectionné 14 articles sur CINAHL, 32 sur MEDLINE, 31 sur PsycInfo et 7 par recherche manuelle. Cela donne un total de 84 articles. Ils en ont éliminé 4 car ces articles étaient à double. Ils en ont ensuite éliminé 16 car il ne s'agissait pas de sources primaires, le résumé n'était pas valable et il manquait des informations sur la littérature sur laquelle les auteurs des recherches</p>
--	---

	<p>s'étaient basés.</p> <p>Il restait alors 64 articles. Les auteurs en ont ensuite éliminé 22 car les recherches avaient été conduites sur des patients sans schizophrénie, sur des patients avec un handicap mental ou qu'elles avaient été publiées avant 1992.</p> <p>Il restait alors 42 articles. 20 articles ont encore été éliminés car ils ne correspondaient pas aux critères suivants : patients âgés de 16 à 65 ans avec un diagnostic de schizophrénie. Les patients devaient avoir un membre de leur famille qui participait aux soins.</p> <p>Il restait 22 articles à ce stade et les auteurs en ont éliminé 8 en raison de leur méthodologie pauvre.</p> <p>Finalement, l'échantillon est composé de 14 articles.</p> <ul style="list-style-type: none">• La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui. Les auteurs ont formulé une question selon le PICO. Ils ont entré les mots-clés correspondant à leur question PICO dans les bases de données MEDLINE, PsycInfo et CINAHL. Les études choisies ont été évaluées selon le « Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Instrument ». Cet outil permet d'évaluer les biais, les facteurs de confusion, les résultats des mesures, la collecte des données et les méthodes d'analyse. La conception de l'étude et la taille de l'échantillon ont aussi été évaluées.• Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'accroître la représentativité de l'échantillon ? Oui. Les auteurs ont recherché des études qui correspondaient aux mêmes critères : publiées entre 1992 et 2012, en anglais, qui
--	---

	<p>s'étaient intéressées aux patients schizophrènes âgés de 16 à 65 ans, avec un membre de la famille qui participait aux soins. Toutes les études non-expérimentales ont été évaluées avec le Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Instrument et les auteurs ont évalué leur but, leur fond, l'échantillon, les taux d'abandon. Les similitudes entre les sujets qui ont abandonné l'étude et ceux qui n'ont pas abandonné et entre la mesure des résultats avant et après l'intervention ont aussi été évaluées.</p> <p>Si les études étaient expérimentales, les auteurs ont évalué l'assignation aléatoire au groupe traitement et au groupe contrôle et la dissimulation de la répartition. Ils ont aussi évalué le fait que les chercheurs, les participants et les personnes qui collectaient les résultats ne soient pas au courant du groupe auquel les participants appartenaient (blinding). La validité et la fiabilité de l'instrument de collecte de données, ainsi que la justesse de l'analyse statistique ont aussi été critiquées.</p> <p>Avec cette méthode, l'échantillon se base sur des études qui répondent toutes aux mêmes critères.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis s'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ? Oui. Elle a permis d'atteindre les objectifs visés puisque les chercheurs ont retenu au final, après un processus de sélection, puis de resélection strict, 14 articles. La méthode n'a pas permis d'ajouter des renseignements
--	---

	<p>significatifs. Elle n'est ni justifiée sur une base statistique ni par saturation des données, les auteurs ont simplement retenus 14 articles qui correspondaient à leurs critères de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ? La taille de l'échantillon (14 articles) est le résultat de plusieurs sélections d'articles, comme les auteurs l'expliquent dans leur tableau (Figure 1, p.5). Non, la taille n'est pas justifiée sur une base statistique.
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Non, puisque la revue se base sur des recherches déjà effectuées. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Non, voir la question précédente.
<p>Devis (type de recherche → qualitatif/quantitatif) de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui. Le devis est quantitatif. Oui, la méthode de recherche d'articles dans les bases de données est compatible avec un devis quantitatif. • Le devis fournit-il un moyen d'examiner toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui. Les auteurs se basent sur une méthode quantitative pour répondre à leur question de recherche qui s'intéresse à connaître les effets de la psychoéducation sur les patients schizophrènes et leur famille en mesurant notamment les symptômes, les compétences

	<p>fonctionnelles, le taux de rechute et la charge émotionnelle chez les familles. Le devis semble approprié pour ce type de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui. Les auteurs ont choisi des articles qui répondaient à ces critères comme ils le soulignent dans la partie « Quality Appraisal ». • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. Les auteurs veulent connaître la meilleure preuve concernant les effets de la psychoéducation chez les patients schizophrènes et leur famille. Il paraît donc tout à fait indiqué d'aller rechercher dans les bases de données les études déjà menées à ce sujet, d'analyser et de résumer leurs résultats. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Il s'agit d'une revue de littérature, les auteurs n'ont pas passé de temps sur le terrain ou auprès des participants.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Oui. Ils ont mesuré les articles avec le « Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Instrument ». Cela leur a permis d'évaluer les biais, les facteurs de confusion, la collecte des données, la méthode d'analyse et les mesures des résultats pour chaque article. Chaque article répond aux critères de sélection choisis par les auteurs. On suppose que les articles s'intéressent à chaque fois aux variables que les auteurs veulent mesurer mais ce n'est pas précisé clairement

	<p>dans la partie méthode.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ? Oui. La question de recherche est posée par le PICO. On ne sait pas si elle a été rigoureusement consignée. • L'auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l'étude ou s'ils sont importés ? Les auteurs se sont basés sur des instruments de mesure déjà créés (Joanna Briggs Institute Critical Appraisal Instrument) et sur une étude de Heneghan et Perera (2009) qui s'intitule « The essentials of critical appraisal of randomized controlled trials ». • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Oui.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui, les auteurs développent en détail cette partie et il y a un tableau explicatif du processus (comme mentionné ci-dessus). • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Les auteurs se basent sur des études qui ont été faites dans un cadre strict, notamment qui respectent les critères de fiabilité et de validité. Ils n'ont choisi que des études qui répondent à des critères stricts et les ont évaluées avec l'outil de mesure mentionné ci-dessus. • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de

	<p>façon constante? Non pertinent car il s'agit d'une revue de littérature.</p>
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui. Les auteurs ont analysé les articles comme déjà exposé ci-dessus, puis ils les ont classés dans un tableau qui indiquent le nom des auteurs, les objectifs de l'étude, la date de publication, le pays, la méthodologie, la population, la taille de l'échantillon, le type de données, le processus d'analyse et les résultats. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Non. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Oui. Le résumé des résultats est compréhensible, compilé sous forme de tableau, mais se trouve dans la partie résultats. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Les thèmes choisis sont clairs et exposés dans un tableau. Ils présentent un résumé de la méthode de recherche, de la population et de l'échantillonnage, du type de données et du processus d'analyse et des résultats principaux pour chaque étude. Ils se trouvent dans la partie résultats.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui. Les auteurs présentent un tableau avec

	<p>le résumé des résultats de chaque étude (voir ci-dessus), puis présentent les résultats par écrit en les divisant en plusieurs thèmes, en relation avec les variables de la question de recherche :</p> <ul style="list-style-type: none"> - effets de la psychoéducation dans la réduction du taux de rechute et de réadmission ; - influence de la psychoéducation dans la connaissance de la maladie et la compliance au traitement ; - effets de la psychoéducation sur l'amélioration des compétences sociales et de la qualité de vie ; - effets de la psychoéducation sur les symptômes négatifs de la schizophrénie ; - effets de la psychoéducation dans la réduction de la charge émotionnelle des proches. <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. Pour chaque thème mentionné ci-dessus, les auteurs expliquent combien de recherches en parlent et quels sont les principaux résultats qui en ressortent. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. Les résultats sont résumés par un texte narratif qui est divisé en plusieurs thèmes (comme mentionné ci-dessus). • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non.
DISCUSSION	
Interprétations des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacune des questions ou hypothèses ?

	<p>Oui. Le but de l'étude était de démontrer l'efficacité de la psychoéducation sur les symptômes, les compétences fonctionnelles, le taux de rechutes et la charge émotionnelle des aidants. Les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche et pour chacun des aspects ci-dessus. Les auteurs indiquent notamment que les résultats ont montré que les programmes de psychoéducation sont efficaces dans la réduction du taux de rechute et de réadmission, qu'ils augmentent la connaissance de la maladie et la compliance à la médication et au traitement, qu'ils augmentent le fonctionnement psychosocial et qu'ils réduisent la charge émotionnelle des proches. Les programmes de psychoéducation aident également la famille à mieux soutenir les patients dans la gestion de leur maladie, dans leur compliance à la médication et dans leur fonctionnement psychosocial.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? <p>Oui. Les auteurs indiquent que leurs résultats concordent avec une étude faite par Lincoln et al. en 2007. Une étude de Pekkala et Merinder, en 2002, estimait également que 12 rechutes pouvaient être évitées en un an si 100 patients schizophrènes recevaient de la psychoéducation et si leur famille était intégrée à l'approche. Toutefois, les auteurs soulignent que les études de Lincoln et al. et de Pekkala et Merinder, à cause de leur année de publication, n'ont pas intégré les articles les plus récents ni les articles qui n'étaient pas des essais cliniques comme eux</p>
--	--

	<p>ont pu le faire. Les études susmentionnées se sont principalement focalisées sur le taux de rechute et la compliance aux médicaments. Dans leur étude, les auteurs se sont aussi intéressés au potentiel de la psychoéducation dans l'augmentation de la qualité de vie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ? Oui. • Les limites de l'étude ont-elles été définies ? Oui. Les auteurs mentionnent que les effets de la psychoéducation à court terme sont positifs. Cependant, aucune étude n'a montré à long terme l'impact de la psychoéducation dans la vie des schizophrènes et de leur famille. De plus, la plupart des études ont été menées dans un seul lieu de soins et chaque étude met en avant le programme de psychoéducation du lieu où l'étude a été faite. Il est donc difficile de généraliser les résultats. • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les conséquences de l'étude sont que la psychoéducation est importante pour réduire les rechutes chez les patients schizophrènes. Elle permet d'améliorer la compliance au traitement médicamenteux, ce qui est difficile avec les patients schizophrènes. La psychoéducation de la famille est aussi

	<p>importante car elle lui permet de mieux comprendre la maladie et d'être plus aidante à la maison. Les auteurs pensent que la psychoéducation devrait être intégrée au traitement de routine des schizophrènes afin de proposer une prise en charge hollistique aux patients.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui. Les auteurs aimeraient que la psychoéducation soit introduite dans la prise en charge de routine des patients schizophrènes. Pour les recherches futures, les chercheurs proposent d'étudier les effets à long terme de la psychoéducation dans la vie des schizophrènes et leur famille. • Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Oui.
--	---

10. Zou, H., Li, Z., Nolan, M. T., Arthur, D., Wang, H., & Hu, L. (2013). Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *International journal of mental health nursing, 22*(3), 256–71.

Éléments d'évaluations	Questions fondamentales à se poser
Titre	<ul style="list-style-type: none"> • Le titre précise t'il clairement les concepts clés et la population a l'étude ? Oui. Le titre précise que c'est une méta-analyse et que les auteurs se sont intéressés aux interventions d'éducation à l'auto-gestion chez les patients schizophrènes.
Résumé	<ul style="list-style-type: none"> • Le résumé synthétise clairement le résumé de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ? Oui. On trouve dans le résumé une

	<p>introduction, le but de l'étude (examiner les résultats des interventions d'éducation à l'auto-gestion chez les personnes schizophrènes), la méthode (recherche dans six bases de données et recherche manuelle dans les principaux journaux de psychiatrie, extraction des données par deux chercheurs indépendamment, inclusion de 13 études comprenant en tout 1404 participants), les résultats (les interventions d'éducation à l'auto-gestion ont réduit les rechutes et les réhospitalisations de manière significative, ainsi que la sévérité des symptômes et ont augmenté la compliance aux médicaments, un bénéfice au niveau du fonctionnement psychosocial n'a pas pu être démontré), conclusion (les interventions d'éducation à l'auto-gestion sont faisables et efficaces pour les personnes schizophrènes et devraient être offertes à toutes les personnes schizophrènes). Les paragraphes du résumé ne sont pas séparés, il s'agit d'un bloc de texte duquel on déduit qu'il s'agit de l'introduction, du but, de la méthode, des résultats et de la discussion.</p>
INTRODUCTION	
<p>Problème de la recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène à l'étude est-il clairement formulé et circonscrit ? Que s'agit-il d'étudier ? Oui. Les auteurs se basent sur plusieurs études (entre autres : Kane, 1996 ; Lindenmayer, 2000 ; Wu et al., 2005) pour dire que la schizophrénie est une pathologie qui reste coûteuse à gérer malgré l'accès à des antipsychotiques de seconde génération. Les symptômes sont importants et la pathologie est classée comme la huitième cause d'incapacité chez les 15-44 ans. Les

	<p>interventions psychosociales ont pour but d'augmenter les bénéfices de la psychopharmacothérapie en augmentant la connaissance sur la maladie dans le but de réduire les rechutes. Les auteurs citent notamment l'étude de Newman et al., 2004 sur le sujet. Depuis 2002, on pense que les personnes schizophrènes peuvent bénéficier de la psychoéducation. Mais, il n'existe pas de revue systématique sur l'efficacité des interventions d'éducation à l'auto-gestion dans la schizophrénie. Les auteurs veulent donc pallier à cette absence de revue systématique par leur méta-analyse.</p> <ul style="list-style-type: none">• Le problème/phénomène est-il pertinent /approprié dans le contexte des connaissances actuelles ? Oui. On a des connaissances sur la schizophrénie et les répercussions que cette pathologie a sur la vie des patients et les coûts de la santé (selon les études par exemple de Kane, 1996 ; Lindenmayer, 2000 sur la persistance des symptômes psychotiques ; Angell & Test, 2002 sur l'altération du fonctionnement social ; Kopelowicz et al., 2003 sur l'insatisfaction sur la qualité de vie). On a également des connaissances sur l'éducation à l'auto-gestion qui permet d'augmenter les connaissances, de gérer les symptômes, le fonctionnement social et de diminuer les risques de rechutes dans les maladies chroniques (selon par exemple l'étude de Newman et al., 2004). Depuis 2002, on pense que les patients schizophrènes peuvent participer à la gestion de leur maladie et peuvent aussi retirer des bénéfices de la psychoéducation (Mueser et McGurck, 2004). Pourtant, on n'a pas de connaissances sur l'efficacité globale de cette
--	---

	<p>intervention et c'est que les auteurs veulent démontrer dans leur méta-analyse.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le problème/phénomène a-t-il une signification particulière pour la discipline concernée ? Les postulats sous-jacents à l'étude sont-ils précisés ? Oui. La problématique de la prise en charge des personnes schizophrènes concerne les soins infirmiers et la psychiatrie. Les postulats sous-jacents ne sont pas précisés.
Recension des écrits	<ul style="list-style-type: none"> • Une recension (sur quoi la recherche est basée) a-t-elle été entreprise ? Oui. Dans l'introduction, les chercheurs citent d'autres recherches (comme mentionné aux points 1 et 2 du problème de recherche) pour expliquer comment ils ont abouti au but de leur méta-analyse. • La recension fournit-elle une synthèse de l'état de la question par rapport au problème de recherche ? Oui. Les auteurs expliquent qu'il y a déjà eu des études (telles que Mueser et McGurk, 2004 ; Atkinson et al., 1996) qui démontrent que l'éducation à l'auto-gestion est efficace dans la gestion de la schizophrénie mais ils pensent qu'il manque une revue systématique pour démontrer l'efficacité globale de l'éducation à l'auto-gestion dans la schizophrénie. • La recension des écrits vous semble-t-elle présenter une base solide pour l'étude ? L'auteur présente-il l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème à l'étude ? Oui. Les auteurs se basent uniquement sur des études publiées sur le sujet. Les auteurs se basent principalement sur des études récentes (2002-2006) dans la recension des écrits. Toutefois, ils citent, à une reprise, une étude qui date de 1996.

	<ul style="list-style-type: none"> • La recension présente t'elle des sources primaires ? Les auteurs ne le précisent pas.
Cadre de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Les concepts clés sont-ils mis en évidence et définis sur le plan conceptuel ? Est-il justifié et décrit de façon adéquate ? Oui. Les concepts clés qui sont : les patients schizophrènes et les interventions d'éducation à l'auto-gestion sont mis en évidence dans l'introduction et définis à l'aide d'autres études sur le sujet, de façon distincte et adéquate. • Est-ce que les concepts clés s'inscrivent-ils dans un cadre de référence ? Est-il lié au but de l'étude ? Les bases philosophiques et théoriques ainsi que la méthode sous-jacente sont-elles explicitées et appropriées à l'étude ? Oui. Le cadre de référence est la psychiatrie, les auteurs développent les concept de schizophrénie et d'intervention d'auto-gestion par rapport à ce cadre de référence en se référant à des articles tirés de revues psychiatriques (par exemple Vreeland et al. 2006 ; Mueser et McGurk, 2004 ; Atkinson et al., 1996). Les bases théoriques sont explicitées dans l'introduction, mais la méthode sous-jacente figure uniquement dans le chapitre « méthode ».
Buts et question de recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le but de l'étude est-il énoncé de façon claire et concise ? Oui. Le but de cette méta-analyse est de connaître les résultats des interventions d'auto-gestion chez les personnes schizophrènes (« <i>The purpose of this meta-analysis was to examine outcomes of self-management education intervention in persons with schizophrenia</i> », Zou et al.

	<p>(2013), p. 2) pour pouvoir mettre en avant la preuve de l'efficacité de ces interventions. La méta-analyse s'est intéressée à différents items : rechutes et réhospitalisation, compliance au traitement médicamenteux, symptômes et fonctionnement psychosocial.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les questions de recherche ou les hypothèses, dont les variables clés et la population à l'étude, sont-elles clairement énoncées ? Les auteurs n'ont pas expressément de question de recherche puisqu'il s'agit d'une méta-analyse. Cependant, ils expliquent que de récentes recherches ont démontré les bénéfices des interventions d'auto-gestion chez les schizophrènes. Ces interventions sont de plus en plus récentes mais il y a toujours une incertitude quant à son efficacité globale. C'est pourquoi ils ont décidé de faire cette méta-analyse. La population à l'étude est les patients schizophrènes et les variables clés sont la rechute, la réhospitalisation, la compliance à la médication et les symptômes psychiatriques qui sont appliqués aux patients qui suivent l'éducation à l'auto-gestion et au groupe contrôle qui reçoit des soins standards. L'hypothèse n'est pas clairement explicitée mais on peut en déduire que les auteurs supposent que l'éducation à l'auto-gestion est efficace et qu'ils veulent le prouver en analysant différentes études sur le sujet. • Les questions de recherche ou les hypothèses reflètent-elles le contenu de la recension des écrits et découlent-elles logiquement du but ? Traitent-elles de l'expérience des participants, des croyances, des valeurs ou des perceptions ?
--	---

	<p>L'hypothèse (telle qu'expliquée au paragraphe précédant) est dans la continuité de la recension des écrits et elle découle du but de la méta-analyse. Elle ne traite pas de l'expérience, ni des croyances, des valeurs ou des perceptions.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les variables reflètent-elles les concepts précisés dans le cadre de recherche ? Oui. Les variables clés sont la rechute, la réhospitalisation, la compliance au traitement médicamenteux et les symptômes psychiatriques. Les auteurs veulent comparer les études qui traitent des effets sur la rechute, la réhospitalisation, la compliance au traitement et les symptômes psychiatriques des interventions d'éducation à l'auto-gestion chez les patients schizophrènes comparés à un groupe contrôle qui ne reçoit que des soins standards. • Les questions s'appuient-elles sur des bases philosophiques, sur la méthode de recherche sous-jacente ou sur le cadre conceptuel ou théorique ? Oui, l'hypothèse s'appuie sur le cadre conceptuel et théorique. En effet, les auteurs citent des études sur les interventions d'éducation à l'auto-gestion (par exemple Bourbeau et al., 2003 ; Mueser et McGurk, 2004 ; Atkinson et al., 1996), ainsi que par exemple Kane, 1996 ; Lindenmayer, 2000 ; Wu et al., 2005 sur la schizophrénie. Les auteurs s'intéressent à étudier les effets des interventions d'éducation à l'auto-gestion chez les patients schizophrènes. L'hypothèse reprend donc les concepts et s'appuie sur la théorie.
METHODE	

<p>Population échantillon</p> <p>et</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La population visée est-elle définie de façon précise ? Oui. Cette méta-analyse vise uniquement les études qui s'intéressent à l'éducation à l'auto-gestion, définie de la façon suivante : gestion de la médication, reconnaissance des signes précurseurs de rechute, développement d'un plan de prévention des rechutes, stratégies d'adaptation pour faire face aux symptômes persistants. Les études sélectionnées remplissent les critères suivants : essais randomisés, adultes dès 18 ans qui ont un diagnostic de schizophrénie selon la classification internationale des pathologies (ICD-10), groupe contrôle qui reçoit des soins standard ou qui est sur une liste d'attente, résultats qui mesurent la rechute, la réhospitalisation, la compliance au traitement médicamenteux ou symptômes psychiatriques ou fonctionnement psychosocial. Enfin, les études sélectionnées doivent avoir été validées par un comité éthique avant d'être lancées. Les études qui s'intéressaient à un autre type d'intervention (thérapie cognitivo-comportementale, traitement communautaire, intervention familiale), celles qui ne comportaient pas les quatre critères mentionnés ci-dessus, ainsi que celles qui ne comportaient pas toutes les données nécessaires pour estimer la taille d'effet (nombre de sujets dans chaque groupe et écart-type) ont été exclues. • L'échantillon est-il décrit de façon suffisamment détaillée ? Oui. Les auteurs ont cherché dans les bases de données électroniques CENTRAL, PubMed, CINAHL, EMBASE, PsycInfo et Web of Science
---	--

	<p>tous les articles publiés en anglais de 1996 à décembre 2010 et qui correspondaient aux différents mots-clés cités. Ils ont ensuite vérifié toutes les références citées dans les articles afin d'acroître le nombre de publications. Ils ont enfin cherché dans plusieurs journaux (Archives of General Psychiatry, The American Journal of Psychiatry, Schizophrenia Research, Schizophrenia Bulletin, British Journal of Psychiatry, Current Opinion in Psychiatry and Patient Education and Counseling) pour, comme ci-dessus, acroître la taille de l'échantillon d'articles sélectionnés.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La méthode utilisée pour accéder au site ou recruter les participants est-elle appropriée ? Oui. Les auteurs ont procédé comme mentionné au point ci-dessus. Puis, toutes les études sélectionnées ont été revues par deux auteurs pour voir si elles correspondaient bien aux critères d'inclusion. Si les deux auteurs ne trouvaient pas de consensus, un troisième auteur est intervenu. Ils ont aussi utilisé l'échelle Jadad pour évaluer la qualité méthodologique des recherches sélectionnées. • Dans le plan d'échantillonnage, l'auteur a-t-il envisagé des moyens d'acroître la représentativité de l'échantillon ? Oui. Les auteurs ont utilisé le logiciel Review Manager software (RevMan 2003) fourni par the Cochrane Collaboration. Ils ont testé l'homogénéité des études en utilisant le I²-test of heterogeneity, la mesure de l'effet a été calculée pour chaque recherche. Les auteurs ont calculé avec des rapports de cote la taille d'effet basées sur des données dichotomiques (rechute/rehospitalisation, compliance au traitement médicamenteux) et
--	---

	<p>sur des données continues (symptômes psychiatriques) en utilisation la Weighted Mean Difference. Cela a permis de sélectionner des études similaires.</p> <ul style="list-style-type: none"> <p>• La méthode d'échantillonnage utilisée a-t-elle permis d'ajouter des renseignements significatifs et d'atteindre les objectifs visés ? Est-elle justifiée sur la base statistique ou par une saturation des données ?</p> <p>La méthode d'échantillonnage a plutôt permis d'exclure des recherches sur les 2276 que les auteurs ont sélectionnées au départ. Elle est justifiée sur une base statistique. Cette partie se trouve toutefois dans les résultats et non dans la méthode.</p> <p>• Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée ? Est-elle justifiée sur une base statistique ?</p> <p>Cette partie n'est pas expliquée dans le chapitre méthode mais dans le chapitre résultats. Toutefois, les auteurs ont sélectionné 2276 études qui correspondaient à leurs mots-clés. Ils en ont supprimé 412 car ces études existaient à double. Ils en ont ensuite éliminé 1834 car elles manquaient de clareté puis après avoir examiné les 30 études qu'ils leur restaient, ils en ont encore exclu 17 pour les raisons suivantes : les études ne fournissaient pas d'informations suffisantes, l'intervention ne remplissait pas les quatre critères de Mueser et McGuirk (2004), les résultats évalués n'étaient pas les mesures des résultats de l'intervention d'éducation à l'auto-gestion ou les résultats évalués n'incluaient pas la rechute/réhospitalisation, la compliance au traitement médicamenteux, les symptômes psychiatriques et le fonctionnement psychosocial, les études ne rapportaient pas</p>
--	---

	<p>les informations complètes nécessaires pour estimer la taille d'effet. Finalement, il est resté 13 études qui répondaient à tous les critères d'inclusion.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les moyens pris pour sauvegarder les droits des participants sont-ils adéquats ? Oui. Les auteurs indiquent avoir sélectionné uniquement des études qui avaient été validées par un comité éthique avant leur mise en œuvre. • L'étude a-t-elle été conçue de manière à minimiser les risques et maximiser les bénéfices pour les participants ? Il s'agit d'une méta-analyse, mais les auteurs ont sélectionné uniquement des études approuvées par un comité éthique.
<p>Devis de recherche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Le devis utilisé permet-il que l'étude atteigne son but ? la méthode de recherche choisie est-elle conciliable avec les outils de collecte des données proposés ? Oui. Les auteurs ont choisi un devis quantitatif pour réaliser leur étude. Ils ont choisi un devis quantitatif qui est conciliable avec des critères de recherche stricts dans les bases de données et l'échelle de Jadad pour analyser la méthodologie des articles trouvés. La méta-analyse cherche à démontrer si le taux de rechute/réhospitalisation et les symptômes psychiatriques diminuent avec l'éducation à l'auto-gestion et si la compliance au traitement et le fonctionnement psychosocial augmente. Il s'agit d'analyser ces données sur un plan statistique d'après les résultats fournis par les différentes études sélectionnées. La méthode quantitative est alors tout à fait appropriée. • Le devis fournit-il un moyen d'examiner

	<p>toutes les questions de recherche ou les hypothèses ? Oui, comme mentionné ci-dessus.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Le choix du devis permet-il de respecter les critères scientifiques ?(Véracité-applicabilité-consistance-Neutralité) Oui. • La méthode de recherche proposée est-elle appropriée à l'étude du problème posé ? Oui. Les auteurs voulaient connaître les résultats de l'utilisation de l'éducation à l'auto-gestion chez les schizophrènes en termes de rechutes, réhospitalisation, compliance au traitement, symptômes psychiatriques et fonctionnement psychosocial. Il apparaît que la recherche dans les bases de données pour faire une statistique des résultats de plusieurs articles qui ont étudié cette question est appropriée. • Y a-t-il suffisamment de temps passé sur le terrain et auprès des participants ? Les auteurs ont fait une analyse d'articles déjà publiés, ils n'ont pas passé de temps sur le terrain.
Modes de collectes de données	<ul style="list-style-type: none"> • Les outils de mesure sont-ils clairement décrits et permettent-ils de mesurer les variables ? Les auteurs ont utilisé l'échelle Jadad pour mesurer les articles choisis. Ils expliquent pourquoi ils ont choisi cette échelle. Ils ont également choisi le logiciel RevMan 2003 pour tester l'hétérogénéité des articles et ont mesuré la taille d'effet en utilisant les rapports de cote (odds ratios) et le Weighted Mean Difference. • Les questions de recherche ont-elles été bien posées ou les observations du phénomène, bien ciblées ? Ont-elles été rigoureusement consignées par la suite ?

	<p>Oui. Les auteurs développent longuement les études choisies pour répondre à leur question et sur quels critères ils les ont choisies (comme exposé ci-dessus). Il y a un tableau explicatif. Toutefois, cette question est développée dans le chapitre résultats et non pas méthode.</p> <ul style="list-style-type: none"> • L’auteur indique-t-il si les instruments ont été créés pour les besoins de l’étude ou s’ils sont importés ? Les instruments existaient déjà (échelle de Jadad pour l’analyse de la qualité méthodologique ; logiciel RevMan 2003 (Cochrane Collaboration) pour l’analyse statistique). • La procédure expérimentale est-elle cohérente avec les outils mesurés ? Il ne s’agit pas de procédure expérimentale dans cette méta-analyse.
Conduite de la recherche	<ul style="list-style-type: none"> • Le processus de collecte des données/enregistrement est-il décrit clairement ? Oui. Ils expliquent que deux auteurs ont examiné de manière indépendante toutes les études choisies. Ensuite, si les auteurs n’arrivaient pas à se mettre d’accord sur les études à inclure ou à exclure, un troisième auteur donnait son avis. Les auteurs ont également contacté trois chercheurs pour des données manquantes aux études sélectionnées. • Les données ont-elles été recueillies de manière à minimiser les biais en faisant appel à du personnel compétent ? Oui, mais cette partie est développée plus en détails dans les résultats et non dans la méthode. Les auteurs se sont basés sur l’échelle de Jadad pour minimiser les biais. Cependant, ils expliquent qu’aucune des études sélectionnées n’a été faite en double

	<p>aveugle. C'est pourquoi, les études choisies n'ont jamais récolté un score de 5 sur l'échelle de Jadad et qu'elles ont toutes un score entre 4 et 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si l'étude comporte une intervention (variable indépendante), celle-ci est-elle clairement décrite et appliquée de façon constante? La variable dépendante à laquelle les auteurs se sont intéressés dans cette méta-analyse est l'intervention d'éducation à l'auto-gestion. Ils ont donc choisi uniquement des études qui étudiaient cette intervention et qui en avaient une définition similaire à la leur (selon les critères de Mueser et McGurk, 2004).
Analyse des données	<ul style="list-style-type: none"> • Les méthodes d'analyse sont-elles décrites ? Oui, mais dans la partie résultats. Les auteurs présentent les articles analysés dans un tableau qui comprend les points suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Auteur, année, pays ; - Méthode : nombre de personnes dans le groupe d'intervention/nombre de personnes dans le groupe contrôle, durée du follow-up après l'intervention ; - Intervention : mode d'intervention, contenu des séances, nombre et durée des séances ; - Caractéristiques des participants : nombre (total sélectionné, nombre ayant suivi les séances en totalité, nombre ayant abandonnés), âge moyen de chaque groupe, sexe des participants de chaque groupe, méthode de recrutement des participants ; - Outils de mesure des résultats : fonctionnement, symptômes, rechute, réhospitalisation avec échelle de mesure correspondante ;

	<ul style="list-style-type: none"> - Résultats : comparaison entre groupe d'intervention et groupe contrôle. - Score à l'échelle de Jadad. • Les facteurs susceptibles d'influer sur les résultats sont-ils pris en considération dans les analyses ? Oui, comme mentionné ci-dessus. • Le résumé des résultats est-il compréhensible et met-il en évidence les extraits rapportés ? Il n'y a pas de résumé des résultats dans la partie méthode. Par contre, dans la partie « discussion » les auteurs résument les résultats de la méta-analyse et ils les comparent avec les autres revues publiées. • Les thèmes font-ils ressortir adéquatement la signification des données ? Oui, mais dans la partie résultats. Les auteurs ont expliqué les résultats sous forme de chapitres : <ul style="list-style-type: none"> - efficacité des interventions d'éducation à l'auto-gestion : avec des sous-chapitres sur les rechutes, les réhospitalisations, la compliance à la médication, les symptômes psychiatriques et le fonctionnement psychosocial. - efficacité des interventions d'éducation à l'auto-gestion (différence entre plus de 10 séances et moins de 10 séances) : avec des sous-chapitres sur les rechutes, les réhospitalisations, compliance à la médication.
RESULTATS	
Présentation des résultats	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils adéquatement présentés à l'aide de tableaux et de figures, graphiques ou modèles ? Oui, sous forme de tableau qui résume chaque étude analysée et les auteurs

	<p>présentent également un tableau sur la mesure de l'effet (selon les odds ratios) pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> - moins de 10 séances d'intervention : résultats concernant les rechutes (nombre d'études analysées, nombre de participants du groupe d'intervention, nombre de participants du groupe contrôle et la mesure de l'effet (odds ratios), et les données sont présentées de manière identique pour les réhospitalisations et la compliance à la médication ; - 10 séances d'intervention ou plus : les résultats sont présentés de la même manière que ci-dessus. <ul style="list-style-type: none"> • Les thèmes ou les modèles sont-ils logiquement associés entre eux afin de bien représenter le phénomène ? Oui. Les thèmes sont répartis en deux catégories : l'efficacité des interventions d'éducation à l'auto-gestion, qui comprend : rechute, réhospitalisation, compliance à la médication, symptômes psychiatriques, fonctionnement psychosocial et l'efficacité des interventions d'éducation à l'auto-gestion et la différence de cette efficacité entre moins de 10 séances et plus de 10 séances : rechute, réhospitalisation, compliance à la médication. • Les résultats sont-ils résumés par un texte narratif ? Oui. • L'auteur a-t-il fait évaluer les données par les participants ou par des experts ? Non car dans cette méta-analyse ils ont analysé des études déjà conduites.
DISCUSSION	
Interprétations des	<ul style="list-style-type: none"> • Les résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre de recherche et pour

résultats	<p>chacune des questions ou hypothèses ? Oui, pour chaque variable, les résultats sont interprétés en fonction du cadre de recherche.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les résultats concordent-ils avec les études antérieures menées sur le même sujet ? Sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures? La méta-analyse a été faite sur la base de l'analyse d'études antérieures. Toutefois, les auteurs comparent les résultats de leur méta-analyse avec ceux de revues publiées. Les auteurs expliquent que d'autres revues telles que par exemple Xia et al. (2011) et Lincoln et al. (2007) qui ont déjà examiné l'efficacité de la psychoéducation chez les schizophrènes. Les auteurs voient trois différences entre leur méta-analyse et les autres revues : <ol style="list-style-type: none"> 1. Ils ont intégré des études qui proposaient toutes l'enseignement des compétences d'auto-gestion. Les autres revues ont intégré des études qui proposaient parfois uniquement des informations sur la schizophrénie, sans enseignement des compétences. 2. Ils ont sélectionné uniquement des études qui utilisaient l'éducation à l'auto-gestion selon les quatre critères de Mueser et McGurk (2004). 3. La méta-analyse s'est intéressée à l'impact de l'intensité des interventions et apporte un support préliminaire pour des interventions sur plus de 10 séances (encore plus de bénéfiques pour la diminution des rechutes et de la réhospitalisation). • L'interprétation et les conclusions sont-elles conformes aux résultats d'analyses ?
-----------	--

	<p>Oui.</p> <ul style="list-style-type: none">• Les limites de l'étude ont-elles été définies ? <p>Oui. Les chercheurs indiquent qu'ils n'ont pas pu mesurer tous les aspects qu'ils avaient décidés au départ. Par exemple, en ce qui concerne les symptômes psychiatriques, ils n'ont pas pu tirer de conclusions car les études n'ont pas toutes utilisé la même échelle de mesure des symptômes psychiatriques et ne se basaient pas toutes sur le même nombre de séances d'éducation à l'auto-gestion. Le fonctionnement psychosocial n'a pas pu être évalué non plus car les chercheurs des différentes études analysées n'ont pas tous utilisé la même échelle de mesure. Ils n'ont donc pu conclure uniquement que l'éducation à l'auto-gestion a de meilleurs résultats sur les rechutes et les réhospitalisations lorsque les patients suivent 10 séances ou plus.</p> <p>Dans les différentes recherches analysées, il y avait également des différences entre le nombre de séances proposées aux patients et le temps de suivi de ces patients. Cela a pu influencer les résultats. De plus, les chercheurs ont analysé un petit nombre d'études.</p> <p>Finalement, ils estiment que la plupart des études ont utilisé des techniques subjectives pour évaluer la compliance au traitement médicamenteux. Pour être plus précis, ils recommandent d'utiliser des mesures objectives (comptage des pilules, analyses d'urine et de sang, monitoring, ...).</p> <p>Les auteurs soulignent également encore la présence d'un possible biais de langage puisqu'ils n'ont pris en compte que les recherches publiées en langue anglaise.</p>
--	---

	<ul style="list-style-type: none"> • Les conclusions découlent-elles logiquement des résultats ? Oui, absolument. • Soulève-t-on la question du caractère transférable des conclusions ? Non.
Conséquences et recommandations	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les conséquences des résultats de l'étude pour la discipline ou la pratique clinique ? L'auteur a-t-il précisé les conséquences des résultats ? Les auteurs estiment que le manque de données disponibles a entravé l'analyse statistique et n'a pas permis de donner une base pour l'avancée des connaissances sur les interventions d'éducation à l'auto-gestion. Les auteurs estiment que maintenant les infirmières devraient étudier comment améliorer les séances d'éducation à l'auto-gestion chez les patients schizophrènes pour encore améliorer les résultats. Ils font trois propositions : <ol style="list-style-type: none"> 1. Les infirmières devraient se mettre d'accord sur un contenu de base identique à aborder durant les séances en fonction du contexte culturel des patients. 2. Le programme d'éducation à l'auto-gestion devrait au moins contenir 10 séances. 3. Les séances pourraient prendre d'autres formes que les entretiens de groupe « face-à-face », notamment par exemple des conseils par internet ou par téléphone. • L'auteur fait-il des recommandations/applications pour la pratique et les recherches futures ? Oui. Les auteurs donnent des recommandations spécifiques pour la

	<p>pratique infirmière. Ils expliquent que l'éducation à l'auto-gestion, si elle dure au moins 10 séances a un impact sur le taux de rechutes et de réhospitalisation. Les participants aux séances avaient une meilleure compliance au traitement médicamenteux (2,57 fois meilleure).</p> <ul style="list-style-type: none">• Les données sont-elles suffisamment riches pour appuyer les conclusions ? Les auteurs précisent qu'ils se sont basés sur un petit nombre d'études.
--	---