

***Quelles interventions infirmières
permettraient de diminuer le taux de
réhospitalisation de patients atteints de
schizophrénie ?***

Travail de Bachelor

MORAIS DA SILVA Daniela N° 17593609

PRIETO Sara N° 17593203

Directrice : Pinto Coelho Teixeira Sara, Inf., MScSI

Genève, 17.08.2020

DÉCLARATION

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

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

Fait à Genève, le 17.08.2020

MORAIS DA SILVA Daniela

PRIETO Sara

REMERCIEMENTS

Nous tenons tout d'abord à remercier chaleureusement toutes les personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail de Bachelor, à commencer par Madame Pinto Coelho Teixeira Sara, infirmière spécialisée, maître d'enseignement et directrice de ce travail de Bachelor, qui nous a accompagnée, conseillée et soutenue tout au long de la rédaction du travail.

Nous remercions également Monsieur Boss Rachid, pour ses relectures et corrections apportées, qui auront permis d'améliorer la qualité de ce travail, ainsi que nos proches, pour leur soutien apporté tout au long de ce travail.

RÉSUMÉ

Problématique : La sortie d'hospitalisation est une période critique pour les patients atteints de schizophrénie, dû à la complexité de la maladie. C'est pourquoi les patients nécessitent un suivi régulier pendant et après l'hospitalisation. Il est démontré que sans intervention après la sortie, le taux de réhospitalisation est important.

Méthode : Une recherche d'articles scientifiques a été faite pour la rédaction de ce travail. Au total, quatre articles pertinents ont été sélectionnés via les bases de données PubMed et CINAHL et analysés selon les grilles correspondantes.

Résultats : Les quatre études analysées ont permis de faire ressortir quatre grands thèmes principaux : les caractéristiques liées au patient, liées au lieu de vie, c liées aux soins et liées à la réhospitalisation. Dans ces articles, il est démontré que plusieurs facteurs peuvent être significatifs à des hospitalisations répétées.

Discussion/Conclusion : Des recommandations pour la pratique ont été mises en avant selon l'Approche des soins fondée sur les forces (ASFF) de Gottlieb et Gottlieb (2014). Des interventions infirmières sont nécessaires pour diminuer le taux de réhospitalisation. Renforcer les soins ambulatoires à la suite d'une hospitalisation peut contribuer à éviter une nouvelle hospitalisation. Un concept qui est important du point de vue de Gottlieb et qui est prouvé dans plusieurs articles, est celui d'inclure la famille dans la prise en soins d'un patient atteint de schizophrénie.

Mots-clés : Schizophrénie – Réhospitalisation – Soins infirmiers – Ressources – Soins ambulatoires

Keywords : Schizophrenia – Rehospitalization – Nursing – Resources – Ambulatory care

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ASFF	Approche des soins fondée sur les forces
CAPPI	Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée
CHUV	Centre hospitalier universitaire vaudois
CMT	Case management de transition
HEdS	Haute École de Santé - Genève
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OR	Odd Ratio
PICO	Personne-Intervention-Contexte/Comparant-Outcome

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1. PICO	22
Tableau 2. Tableaux synoptique des études selon les thèmes communs.....	28
Tableau 3. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles.....	24
Figure 2. Niveaux d'interprétation de preuves	25

TABLE DES MATIÈRES

Déclaration.....	ii
Remerciements.....	iii
Résumé.....	iv
Liste des abréviations	v
Liste des tableaux	v
Liste des figures.....	v
Table des matières	6
Introduction	8
1. Problématique	9
1.1. Question de recherche initiale	11
2. État des connaissances	12
2.1. Définition de la schizophrénie.....	12
2.2. Physiopathologie	13
2.3. Soins ambulatoires.....	13
3. Modèle théorique	15
3.1. Modèle théorique retenu.....	15
3.2. École de pensée.....	15
3.3. Paradigme	15
3.4. Métaconcepts	16
3.4.1 La personne	16
3.4.2 Le soin.....	16
3.4.3 La santé.....	16
3.4.4 L'environnement.....	17
3.5 Niveau d'abstraction	17
3.6 Concepts et postulats.....	17
3.6.1 Santé et Guérison	18
3.6.2 Unicité de la personne.....	19
3.6.3 Holisme et indivisibilité	19
3.6.4 Réalité objective et subjective et significations créées.....	20
3.6.5 Autodétermination	20
3.6.6 La personne et l'environnement ne font qu'un	20
3.6.7 Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne	21
3.6.8 Apprentissage, dispositions et moments opportuns.....	21

3.7	Question de recherche finale.....	21
4	Méthode	22
4.4	Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	22
4.5	Diagramme de flux	24
5	Résultats	25
5.4	Analyse critique des articles retenus	25
5.5	Analyse critique des études retenues.....	27
5.5.1	Caractéristiques liées au patient	29
5.5.2	Caractéristiques liées au lieu de vie.....	29
5.5.3	Caractéristiques liées aux soins	30
5.5.4	Caractéristiques liées aux soins.....	31
6	Discussion.....	37
6.4	Caractéristiques liées au patient	37
6.5	Caractéristiques liées au lieu de vie	39
6.6	Caractéristiques liées aux soins	40
6.7	Caractéristiques liées à la réhospitalisation	41
7	Conclusion	42
7.4	Apports et limites du travail	43
7.5	Recommandations.....	43
7.5.1	Clinique	43
7.5.2	Recherche	44
7.5.3	Enseignement	44
8	Références.....	45
9	Annexes	50
9.4	Grille n°1	50
9.5	Grille n°2.....	55
9.6	Grille n°3.....	58
9.7	Grille n°4.....	66

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie chronique d'une très grande complexité, qui touche environ 23 millions de personnes dans le monde. En Suisse, environ 1 personne sur 100 est touchée par cette maladie. Le patient atteint de schizophrénie rencontre souvent de nombreuses difficultés : c'est la raison pour laquelle les professionnels de la santé devraient s'intéresser à la prise en soins globale de ce dernier. Il apparaît que les patients atteints de schizophrénie ont un taux de réhospitalisation significatif, qui peut être dû à une mauvaise préparation à la sortie ou à des soins ambulatoires insuffisants. Afin de mieux comprendre la problématique engendrée par cette pathologie auprès des patients, familles et professionnels, ce travail se divise en sept chapitres.

Le premier chapitre décrit la problématique de la schizophrénie. Au travers des données épidémiologiques et des données relevées dans la littérature, il est constaté que le taux de réhospitalisation de patients atteints de schizophrénie est important. C'est pourquoi la question de recherche s'oriente sur cette thématique.

Le second chapitre évoque l'état des connaissances. Il s'agit d'un chapitre qui permet par le biais de différentes définitions et de la physiopathologie, de comprendre le mécanisme de la schizophrénie.

Le troisième chapitre concerne le cadre théorique choisi pour le travail. Il se base sur l'ASFF de Laurie N. Gottlieb. Cette approche des soins infirmiers travaille en partenariat avec le patient sur la reconnaissance et l'utilisation de ses forces.

Ensuite, le quatrième chapitre aborde la méthode utilisée pour rechercher les quatre articles sélectionnés pour ce travail. La présence d'un diagramme de flux et d'un PICO (population, intervention, contexte, *outcome*) mettent en évidence les mots clés retenus ainsi que les critères d'exclusion et d'inclusion selon les deux équations de recherche utilisées.

Le cinquième chapitre décrit le niveau de preuve de chaque étude utilisée selon la pyramide d'interprétation des preuves de Polit et Beck (2017). De plus, les quatre thèmes principaux ressortis des études sont décrits et interprétés afin de pouvoir répondre à la question de recherche.

Le sixième chapitre concerne la discussion des quatre thèmes abordés et la mise en lien avec l'ancrage théorique. De plus, il démontre aussi le point de vue des deux auteurs de ce travail face aux articles.

Finalement, le septième chapitre est la conclusion du travail qui évoque les apports, mais aussi les limites du travail, ainsi que les recommandations pour la pratique infirmière en utilisant l'ASFF de Gottlieb.

1. PROBLÉMATIQUE

La sortie d'une hospitalisation en psychiatrie est une période critique pour les personnes soignées. La complexité des pathologies psychiatriques rend en effet plus difficile la sortie et engendre de graves conséquences pour la personne. C'est pourquoi il est nécessaire de trouver des solutions pour améliorer la préparation à la sortie des patients atteints de maladies psychiatriques (Bonsack, C., Ferrari, P., Gibellini, S., Gebel, S., Jaunin, P., Besse, C. et Morandi, S., 2013).

Selon l'Observatoire suisse de la santé (OBSAN, 2018), les pathologies mentales dans les milieux hospitaliers sont représentées par une prédominance importante de diagnostics effectués, soit 869 patients. Dans le canton de Genève, le taux d'hospitalisation en unité psychiatrique représente 7.69% de la population totale, soit 3874 personnes. La durée de séjour des patients atteints de psychoses est en moyenne de 37,2 jours par année (OBSAN, 2018).

Une étude du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) montre que sans intervention à la sortie de l'hôpital, le taux de réhospitalisation s'élève à 33%. Si les malades sont pris en charge à travers le Case Management Transition (CMT), c'est-à-dire un accompagnement de quelques semaines à la sortie de l'hôpital, ce taux tombe à 18% (*Le nouveau visage de la psychiatrie*, 2013).

Selon Coldefy et Nestrigue, (2011) :

Ses caractéristiques [de la schizophrénie] en font non seulement une des pathologies psychiatriques les plus lourdes en termes de souffrance pour les personnes qui en sont atteintes et leur entourage, mais aussi la plus coûteuse pour la société : apparition précoce, évolution souvent chronique, fréquence des hospitalisations, intensité des soins, taux élevé d'incapacité et maintien dans l'emploi difficile. On estime son coût à 1,1 % des dépenses nationales de santé (p.1).

Il serait intéressant de constater si une bonne préparation à la sortie pourrait faire en sorte de diminuer la durée de séjour, ainsi que le coût des hospitalisations. En Suisse, les coûts de la santé dans le domaine psychiatrique ont atteints 2075 millions de francs suisses en 2017. Ces chiffres sont principalement dépensés par les cabinets psychiatriques privés (916 millions de francs). Viennent ensuite les soins hospitaliers en psychiatrie (782 millions de francs) et enfin les suivis ambulatoires (377 millions de francs). Entre 2006 et 2017, ces dépenses sont en constante augmentation (OBSAN, 2017).

Le syndrome de la porte tournante est un événement qui a été défini depuis plus de trente ans. C'est aux États-Unis que ce syndrome a été abordé pour la première fois pour décrire des réhospitalisations répétées, la plupart du temps pour des patients atteints de schizophrénie. Pour expliquer ces réhospitalisations multiples, l'article de Castro et al. (2006) a démontré que plusieurs facteurs étaient significatifs à une réhospitalisation. Parmi eux, on retrouve notamment l'alcoolisme, l'usage de drogues ou encore la non-observance médicamenteuse. En effet, les habitudes que les patients avaient lors de l'hospitalisation, telles que les repas, la prise de traitement ou les levers/couchers à des heures fixes ne sont pas suivis lors de la sortie, car le rythme de vie est souvent décousu. Généralement, lors de la sortie du patient, un suivi ambulatoire est proposé. Cependant, une majorité des patients interrompent ce suivi au bout de quelques semaines parce qu'ils ressentent le besoin d'être hospitalisé ou doivent être hospitalisé suite à la demande d'un médecin. Ces prises en soins ambulatoires peuvent s'avérer nécessaires, les patients n'étant plus dans le confort du milieu hospitalier, et se retrouvant souvent isolés (Castro et al., 2006). Un manque de suivi extérieur général renforce significativement le syndrome de la porte tournante (Talbot, J.A, 1974).

Suite aux données épidémiologiques et aux constats relevés dans la littérature, il est observé que les patients atteints de schizophrénie ne sont que très peu, voire pas préparés à fonctionner en dehors d'une structure hospitalière. L'étude de Schmidt-Kraepelin et al. (2009), arrive à la conclusion que la préparation à la sortie s'avère importante. D'autant plus qu'elle peut avoir une influence sur la diminution du taux de réhospitalisation en unité psychiatrique (Schmidt-Kraepelin et al., 2009).

Au vu des nombreuses recherches et statistiques concernant les durées d'hospitalisation et l'impact de la maladie sur la qualité de vie du patient à sa sortie, il est important de se questionner sur les interventions infirmières, pour préparer au mieux la sortie d'un patient atteint de schizophrénie. Comme mentionne l'étude du CHUV, un accompagnement après la sortie diminuerait le taux de réhospitalisation (*Le nouveau visage de la psychiatrie*, 2013).

1.1. Question de recherche initiale

Quelles interventions infirmières permettraient d'améliorer la préparation à la sortie des patients atteints de schizophrénie ?

2. ÉTAT DES CONNAISSANCES

2.1. Définition de la schizophrénie

La schizophrénie est une maladie mentale appartenant aux troubles psychotiques, qui touche 23 millions de personnes dans le monde. Cette maladie a une prédominance plus élevée chez les hommes, qui sont 12 millions à être atteints de schizophrénie, contre 9 millions chez les femmes (OMS, 2019).

En Suisse, les personnes hospitalisées dans un milieu psychiatrique pour une psychose représentent 14.6%, soit 14'167 patients. A Genève, ces personnes représentent 18.6%, soit 910 personnes (OBSAN, 2018).

Cette pathologie est définie "par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs" (DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 2015, p.103). C'est une maladie chronique qui évolue de façon très variée selon les patients (Fondation Fondamental Suisse, s.d.).

Les symptômes négatifs sont classés en deux catégories : symptômes d'apathie et de diminution de l'expressivité. Les symptômes d'apathie sont l'anhédonie, qui représente la perte de plaisir, le retrait social et l'avolition (incapacité à initier et à continuer une activité). La diminution de l'expressivité comprend l'hypothymie, qui se traduit par une baisse de l'humeur, ainsi que l'alogie (perte de parole) (Klaus F., Dorsaz O., et Kaiser S. 2018).

Il est important de différencier les symptômes négatifs primaires des symptômes négatifs secondaires. Les symptômes négatifs secondaires sont une conséquence des symptômes positifs, tels que la dépression, les effets indésirables des traitements antipsychotiques, les abus de substances ou encore l'isolement. Les symptômes négatifs primaires font quant à eux partie intégrante de la physiopathologie de la schizophrénie (Klaus et al. 2018).

Le diagnostic des symptômes négatifs reste encore un défi à ce jour, contrairement aux symptômes positifs. En effet, ces derniers sont plus faciles à identifier, en raison de leur manifestation plus apparente et d'une réponse plus favorable aux traitements antipsychotiques. Les symptômes négatifs sont souvent sous diagnostiqués, car ils sont plus difficiles à observer (Klaus et al. 2018).

2.2. Physiopathologie

L'évolution de la schizophrénie se définit par des phases de rechute, caractérisées par des épisodes de psychose aiguë. Puis, avec l'avancée de la maladie et des adaptations de traitements, l'état des patients se stabilise et des symptômes résiduels apparaissent. Lors de phases aiguës, un état dépressif peut se manifester. Le risque de suicide augmente lors des périodes de phases aiguës, ce qui demande une surveillance accrue. En effet, 40% des patients atteints de schizophrénie tentent de se suicider et 10% mettent fin à leurs jours (Fondation Fondamental Suisse, s.d.).

Cependant, aucune recherche n'a permis de mettre en évidence un facteur comme cause de cette maladie. De plus, il n'existe aucun examen qui permettrait de mettre en évidence une anomalie provoquant la schizophrénie. Les hypothèses les plus discutées restent une interaction entre des gènes dues à des anomalies précoces du développement, une altération biochimique au niveau des neurotransmetteurs et des carences vitaminiques précoces, des facteurs psychosociaux et environnementaux, tels que la consommation de cannabis, la grippe saisonnière durant la grossesse ou des difficultés intrafamiliales (OMS, 2019).

2.3. Soins ambulatoires

Un suivi ambulatoire peut s'avérer nécessaire à la suite d'une hospitalisation. Ce dernier est généralement effectué dans un centre ambulatoire ou dans un cabinet psychiatrique. A Genève, il existe plusieurs centres ambulatoires de psychiatries et psychothérapies intégrées, appelés CAPPI. Les patients peuvent y être conduits par le médecin traitant, par les urgences psychiatriques ou par des médecins d'une unité psychiatrique. Ces centres proposent plusieurs encadrements, notamment au niveau des entretiens infirmiers, médico-infirmiers et des groupes de soutien. Les patients peuvent également bénéficier d'une contenance renforcée à la suite d'une décompensation psychiatrique, avec notamment des nuits ambulatoires.

Les CAPPI mettent en place une aide téléphonique 24h/24 pour les proches aidants lors de situations compliquées ou de pour de simples questions (Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), 2020).

En plus des centres ambulatoires et des cabinets de psychiatre, il existe dans le canton une équipe mobile, appelé le Case Management de Transition (CMT), équipe multidisciplinaire formée par des infirmiers et médecins. Le but du CMT est d'assurer un suivi intensif à la suite d'une hospitalisation, ainsi que d'accompagner les patients dans un "processus de réintégration dans la communauté" (HUG, 2020).

Les personnes ayant un suivi avec le CMT sont généralement des personnes "réfractaires aux soins" (HUG, 2011, p.2) ou "dont le suivi discontinu entraîne de fréquentes hospitalisations" (HUG, 2020).

Les différents professionnels faisant partie du CMT se rendent au domicile du patient et travaillent sur l'autonomie et leur aptitude à faire appel à des ressources en cas de besoin. Selon la Tribune de Genève (2010), la mise en place d'une équipe mobile a permis de diminuer le taux de réhospitalisation de 50%.

Plusieurs personnes ayant été hospitalisées dans un hôpital psychiatrique ont besoin de soins ambulatoires. Selon l'assurance obligatoire des soins (AOS), en 2017, 497'000 patients ont été soignés dans un cabinet ambulatoire. D'après l'OBSAN (2019), "rapporté à la population, cela correspond à un taux de 59 personnes pour 1000 assurés, à savoir 61 pour 1000 chez les adultes (19+ ans)" (p.2). En 2017, un total de 4.6 millions de consultations a été comptabilisé, ce qui correspond à une moyenne de 9.6 consultations par patients (OBSAN, 2019).

3. MODÈLE THÉORIQUE

3.1. Modèle théorique retenu

La théorie retenue pour ce travail est l'Approche des Soins Fondée sur les Forces (ASFF) de Gottlieb et Gottlieb (2014), car elle apporte une nouvelle manière de penser les soins.

3.2. École de pensée

L'approche de Gottlieb décrite par Pepin, Ducharme, et Kérouac (2017), appartient à l'école de l'apprentissage de la santé. Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), la prise en soins infirmière ainsi que les apprentissages du patient et de la famille mènent à la guérison, en utilisant leurs forces. L'infirmière fera ressortir les mécanismes innés que les personnes ont au fond d'elles-mêmes, afin de les utiliser pour créer un processus de guérison (Pepin et al., 2017).

L'infirmière s'attarde sur le partenariat collaboratif avec le patient et/ou sa famille, pour la prise en soins. Elle doit aussi faire preuve d'une présence authentique, d'une écoute active et d'une conversation thérapeutique (Pepin et al., 2017).

Elle amène sa conception à l'intersection de quatre approches : (i) les soins centrés sur la personne ou la famille, (ii) le mouvement d'empowerment de la personne, de la famille ou de la communauté, (iii) le partenariat collaboratif, ainsi que (iv) la promotion de la santé et la prévention de la maladie (Pepin et al., 2017).

3.3. Paradigme

L'approche de Gottlieb et Gottlieb (2014) appartient au paradigme de la transformation. Ce dernier s'intéresse à l'expérience unique de la personne, de la famille, de la communauté ou de la population, comme point de départ d'une action sur une réflexion critique. Les infirmières utilisent ce paradigme pour partager leurs connaissances et expériences touchant la santé et le soin, en partenariat avec la population. L'approche retenue sous ce paradigme est l'alliance avec les patients et leurs familles (Pepin et al., 2017).

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014)

Il s'agit d'une reconceptualisation de la notion de "*caring*", c'est-à-dire des soins donnés à un autre être humain dans une vision holistique. Ainsi, l'infirmière revient à la racine même du concept de soin d'un autre être humain puisqu'elle doit cibler la personne dans son intégralité et dans son humanité, ce qui signifie qu'elle doit reconnaître l'unicité de cette personne et pas seulement de sa maladie ou son problème (p.2).

3.4. Métaconcepts

3.4.1 La personne

La personne est un être unique avec ses forces et ses vulnérabilités, qui est capable de répondre aux menaces avec son être entier (Pepin et al., 2017). Dans la prise en soins d'un patient atteint de schizophrénie, les infirmières mettront en avant les forces et les ressources du patient, afin de trouver un juste milieu entre la vulnérabilité et les forces de ce dernier (Gottlieb et Gottlieb, 2014).

3.4.2 Le soin

Le soin représente le soutien à la personne et/ou à la famille dans l'utilisation de ses forces, qui peut mener à un changement transformatif (Pepin et al., 2017). Dans la prise en soins d'un patient atteint de schizophrénie, il est primordial de prendre en compte la famille.

3.4.3 La santé

La santé est définie comme l'intégralité ou *wholeness* de l'être. Cela inclut sa façon de vivre dans son environnement (Pepin et al., 2017), cet environnement permettant une meilleure santé et guérison (Gottlieb et Gottlieb, 2014).

3.4.4 L'environnement

L'environnement englobe l'histoire personnelle et la culture : ce sont les valeurs et croyances de la personne (Pepin et al., 2017). Pour Garnier et al. (2005), les infirmières doivent prendre en compte le patient atteint de schizophrénie dans son intégralité, ainsi que son entourage, pour créer un partenariat collaboratif.

3.5 Niveau d'abstraction

Fawcett (2013) classe le métaparadigme, les modèles conceptuels, les théories et les indicateurs empiriques du plus abstrait au plus concret. L'approche des soins infirmiers fondés sur les forces est une philosophie (Gottlieb et Gottlieb, 2014). La philosophie se trouvant entre les métaparadigmes et les modèles conceptuels appartient à un haut niveau d'abstraction.

3.6 Concepts et postulats

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), l'ASFF est une approche holistique qui se focalise sur les ressources et sur ce qui fonctionne bien chez le patient. Cette approche de soins permet de faire face aux différents événements de la vie. Lors d'une prise en soins, l'infirmière mise sur les forces du patient en incluant l'entourage, pour lui permettre de se développer, croître, s'épanouir et se transformer.

En d'autres termes, son approche reprend le "*caring*", ce qui signifie que les soins sont prodigués à une personne dans une vision globale. L'ASFF travaille sur les forces du patient afin de pouvoir surmonter ses faiblesses. Dans la prise en soins, l'infirmière se concentre également sur l'histoire de vie du patient, qui peut avoir un impact sur le déroulement de l'hospitalisation. Dans cette approche, il est important d'identifier les forces et les ressources du patient, de manière à optimiser sa préparation à la sortie.

D'après Garnier et al. (2005),

Le traitement est au long cours en raison de la dimension chronique de la maladie. Le cadre thérapeutique varie selon l'évolution de la maladie, l'autonomie du patient, le niveau économique et l'environnement familial (p. 159).

Les postulats sont représentés comme huit valeurs. Pour ce travail de Bachelor, les huit valeurs ont été analysées pour les mettre en lien avec la problématique.

3.6.1 Santé et Guérison

Pour Gottlieb, santé et guérison sont intimement liées, mais chaque professionnel a une manière différente de l'aborder.

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Santé : La santé vise à créer une plénitude, pendant que la personne développe ses capacités et les compétences qui lui sont nécessaires pour vivre et relève les défis qu'elle rencontre en chemin.

La santé représente aussi les nombreux aspects qui permettent à la personne de devenir une entité complète et unifiée, qui trouve un sens et un but à sa vie. La santé est présente et persiste tout le temps, même lorsque le corps est vaincu par une maladie, un accident ou une infirmité (p.71).

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Guérison : McElligott (2010), par le biais d'une analyse de concept contenue dans la littérature portant sur les soins infirmiers, a donné la définition théorique suivante de la guérison : "un processus positif, subjectif et imprévisible comportant une transformation menant à un nouveau sentiment de plénitude, de transcendance spirituelle et de réinterprétation de la vie" (p.257). Elle donne la définition opérationnelle suivante de la guérison d'un point de vue pratique : "l'expérience personnelle de la transcendance, de la souffrance et de transformation de la plénitude entraînant la sérénité, l'interconnexion et la découverte d'une nouvelle signification" (p.258). Pour guérir, une personne doit comprendre comment la guérison a lieu et ensuite s'investir activement dans sa propre guérison.

D'après Gottlieb et Gottlieb (2014), "La santé et la guérison sont axées toutes deux sur la plénitude. La santé cherche à créer la plénitude, alors que la guérison cherche à la rétablir et à la découvrir" (p.77).

3.6.2 Unicité de la personne

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Unicité de la personne : Chaque personne a ses propres qualités particulières et son esprit intérieur qui définit sa personnalité unique. Chaque personne occupe une niche particulière au sein de sa famille et sa communauté, que nul autre ne peut prendre. En d'autres mots, chaque personne est irremplaçable (p.78).

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Au niveau de la personne dans sa globalité, chaque individu vit des expériences unique et traverse des circonstances particulières qui modifient le cours de sa vie et, par conséquent, la façon dont il croît et se développe, et l'être humain qu'il devient (p.79).

3.6.3 Holisme et indivisibilité

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Holisme et indivisibilité : L'holisme découle de la prémisse que la personne est un tout unifié et indivisible et qu'elle est plus que la somme de ses parties et différente d'elles. L'indivisibilité signifie que le corps et l'esprit forment un tout et qu'ils fonctionnent de concert comme un ensemble interrelié et intégré. Holisme et indivisibilité se réfèrent à la plénitude et intégration, états qu'on atteint quand tous les aspects de la personne fonctionnent ensemble en harmonie. Les valeurs de l'holisme et de l'indivisibilité aident à voir comment un aspect de la vie d'une personne touche tous les autres aspects (p.83-85).

Pour Garnier et al. (2005), il faut considérer le patient comme un être unique avec son histoire de vie et les événements qui en découlent. Il ne faut pas se focaliser sur la schizophrénie, mais sur une personne à part entière, atteinte de cette pathologie. Pour diminuer le risque de réhospitalisation, l'infirmière pourrait, lors des entretiens infirmiers, poser des questions sur les activités extérieures du patient, afin de trouver une cohésion sur ce qui lui procure une satisfaction mentale et corporelle. Cette satisfaction permettra à la personne de se sentir en harmonie avec son corps et son esprit.

3.6.4 *Réalité objective et subjective et significations créées*

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), les données objectives correspondent à des résultats concrets, tels différents examens sanguins, des diagnostics médicaux, des radiographies ou encore des entretiens psychologiques. En joignant les données objectives aux réalités subjectives, les infirmiers peuvent avoir une dimension plus complète de la personne soignée.

La réalité subjective et les significations créées sont focalisées sur les pensées et croyances que la personne fait de l'expérience qu'elle est en train de vivre.

3.6.5 *Autodétermination*

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), l'autodétermination est une valeur décrivant que toute personne est capable de décider et d'agir selon ses pensées, besoins et sentiments. De plus, l'infirmière se doit de respecter la personne dans l'entièreté de ses choix et d'expliquer de façon claire et précise, pour que la personne puisse prendre une décision en ayant toutes les informations nécessaires.

3.6.6 *La personne et l'environnement ne font qu'un*

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

La personne et l'environnement ne font qu'un : Avec l'ASFF, les infirmières s'appuient sur les environnements interne, externe, social et culturel de la personne pour en découvrir et maximiser les forces et les ressources afin de l'aider à composer avec la maladie et d'autres atteintes physiques. Lorsque les patients connaissent leurs forces et peuvent les mobiliser, les développer et tabler sur elles, ils sont bien mieux placés pour se rétablir physiquement et mentalement, s'autoguérir et continuer à évoluer pour réaliser leur plein potentiel (p.106).

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), l'environnement peut également agir sur les infirmières, notamment leur forces, faiblesses et vulnérabilités. Les infirmières sont conscientes que l'environnement peut impacter sur leur prise en soins.

3.6.7 Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Partenariat de collaboration entre l'infirmière et la personne : La poursuite de buts centrés sur la personne par un processus dynamique qui demande la participation active et l'accord de tous les partenaires. Le partenariat de collaboration sous-entend l'idée d'être là avec la personne et non celle d'agir à la place de la personne (p.115).

Pour Garnier et al. (2005), un des rôles d'une infirmière est le soin relationnel, qui englobe la communication, l'écoute et le cadre thérapeutique mis en place par une équipe pluridisciplinaire. Tous ces éléments sont nécessaires au bon suivi du patient.

3.6.8 Apprentissage, dispositions et moments opportuns

Selon Gottlieb et Gottlieb (2014),

Apprentissage, dispositions et moments opportuns : La survie de l'être humain dépend de ce qu'il apprend et de l'utilisation qu'il fait de ses apprentissages pour s'adapter, croître et se développer. L'apprentissage commence à la conception et se poursuit tout au long de la vie. Il a lieu au niveau biologique ainsi que développemental et comportemental, pour créer une personne entière et intégrée (p.106).

Comme mentionné dans les concepts, le patient doit être capable d'identifier ses forces et ses ressources afin d'éviter des réhospitalisations. Pour Garnier et al. (2005), l'infirmière doit préparer la sortie dès le début de l'hospitalisation en incluant, par exemple, l'éducation thérapeutique pour favoriser une adhésion aux traitements et ainsi diminuer le taux de réhospitalisation. Les valeurs principales de L'ASFF sont le partenariat collaboratif et les soins fondés sur les forces du patient/famille (Gottlieb et Gottlieb, 2014). Une bonne préparation à la sortie nécessite une prise en soins infirmière complète.

3.7 Question de recherche finale

Quelles interventions infirmières permettraient de diminuer le taux de réhospitalisation de patients atteints de schizophrénie ?

4 MÉTHODE

Ce chapitre décrit la méthodologie de la recherche utilisée dans ce travail.

4.4 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Afin de sélectionner des articles pertinents pour répondre à la question de recherche, l'acronyme PICO a été utilisé. Cette méthode consiste à dissocier les quatre lettres de l'acronyme en mots-clés pour pouvoir cibler notre recherche sur les bases de données. De manière à pouvoir utiliser les mots-clés dans les bases de données, nous les avons traduits grâce à l'outil HeTOP. Nous avons ensuite cherché les *MeSH Terms* (*Medical Subject Headings*) et les *Headings* directement traduits sur les bases de données (PubMed et CINAHL). Le tableau ci-dessous, spécifie la démarche PICO.

Tableau 1. PICO

	Termes français	HeTOP	MeSH Terms	Headings
P	Patient atteint de schizophrénie	Schizophrénie	Schizophrenia	Schizophrenia
I	Sortie du patient OU Réhospitalisation	Sortie du patient OU Patient readmission	Patient discharge OU Readmission, patient	Readmission
C	Milieu hospitalier	Hôpital	Hospital	
O	soins infirmiers	soins infirmiers	care, nursing	

Plusieurs équations de recherche ont été insérées dans les bases de données, mais au final, deux d'entre elles ont été retenues et ont permis de trouver les quatre articles retenus. Des filtres ont été ajoutés pour ainsi affiner les recherches.

La première recherche d'articles a été faite le 8 décembre 2019 sur PubMed. L'équation retenue est la suivante.

- ((schizophrenia) AND patient discharge) AND nursing
 - Filtres : 10 years ; Humans
 - N = 2

La deuxième recherche d'articles a été faite le 15 janvier 2020 sur CINAHL. L'équation retenue est la suivante.

- schizophrenia AND readmission
 - Filtres : 2015-2020 ; Major Heading : Readmission
 - N = 2

Pour pouvoir choisir les quatre articles parmi les nombreux résultats, des critères d'éligibilité ont dû être dégagés.

Critères d'inclusion :

- Patient atteint de schizophrénie
- S'attarder sur les caractéristiques/facteurs de la réhospitalisation ou de la préparation à la sortie
- Articles rédigés en français ou en anglais

Critères d'exclusion :

- Étude avec un but d'analyse pharmacologique (Antipsychotiques)
- Langue autre que français et anglais
- Doublons
- Pas accès aux articles
- Articles de plus de 10 ans

4.5 Diagramme de flux

Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1 ci-dessous. Le diagramme de flux est un outil permettant de faciliter la visualisation de la méthodologie de sélection des articles pour notre question de recherche.

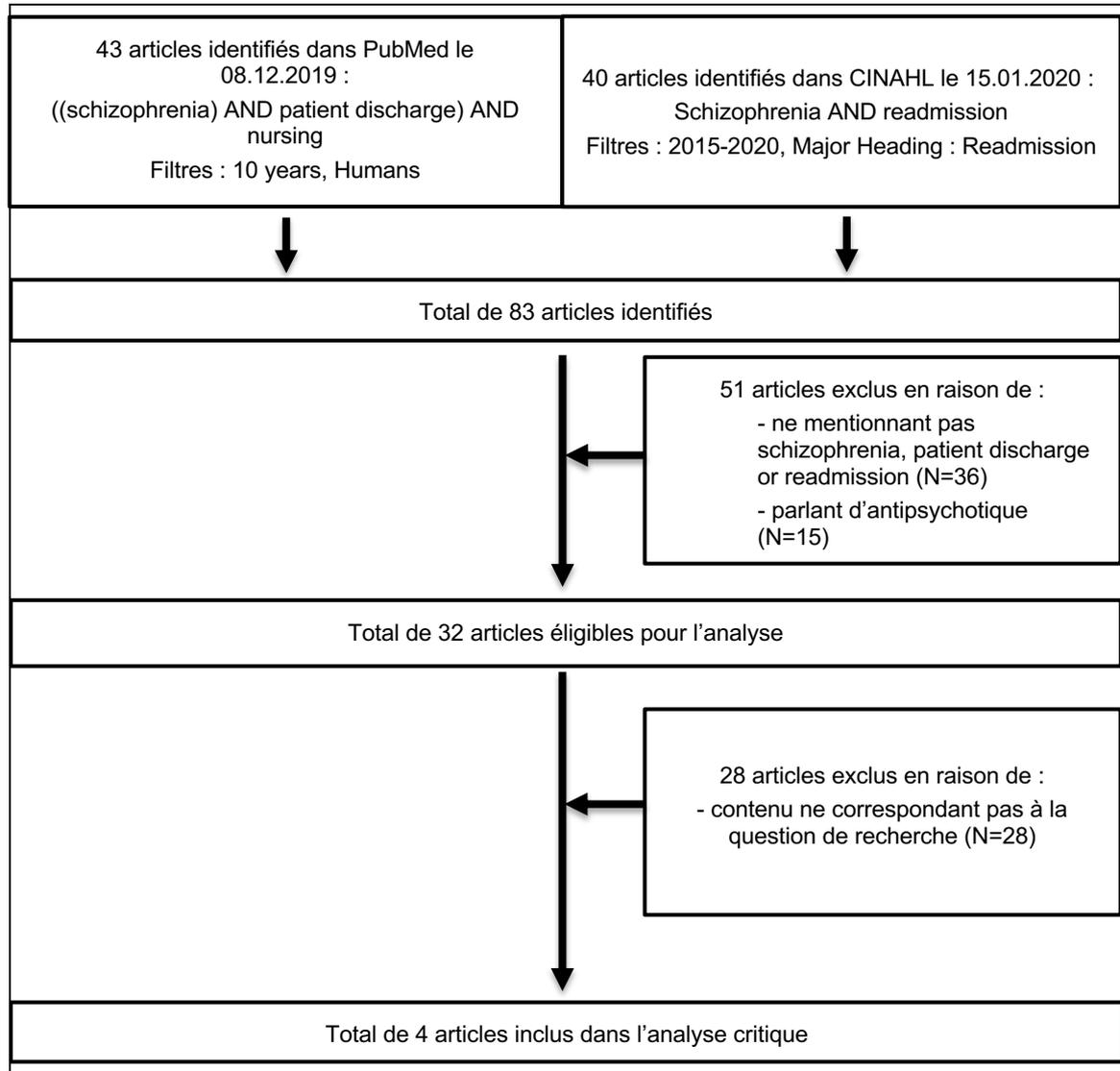


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

5 RÉSULTATS

5.4 Analyse critique des articles retenus

Pour la réalisation de ce travail, quatre études ont été sélectionnées et analysées. Une étude qualitative et trois études quantitatives ont été retenues. Le niveau de preuve de chaque étude a été déterminé selon la pyramide ci-dessous sélectionnée dans Polit et Beck (2017).

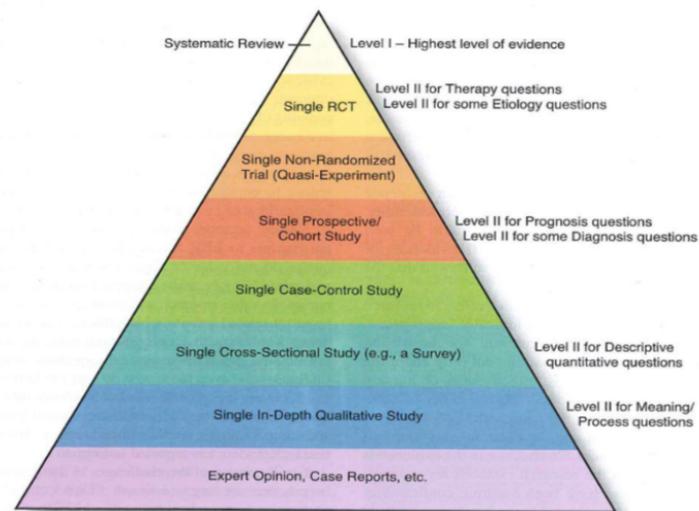


FIGURE 2.1 Evidence hierarchy: levels of evidence.

Tiré de Polit et Beck (2017, p.25)

Figure 2. Niveau d'interprétation de preuves

Selon Polit et Beck (2017), la qualité d'une étude n'est pas forcément liée à son haut niveau de preuve, mais elle peut être liée à une méthodologie rigoureuse, adéquate et cliniquement pertinente pour pouvoir répondre à la question de recherche. La pyramide permet néanmoins de retrouver toutes les études au même niveau, c'est-à-dire Level II. Les revues systématiques sont quant à elles au Level I. Toutefois, un classement par type de question de recherche pourrait être effectué à partir de la lecture de la pyramide. Les études du plus bas niveau de preuve soit de l'opinion d'un expert au plus haut niveau de preuve soit de la revue systématique (Level I) peuvent se retrouver dans cette pyramide. Chaque question de recherche peut contenir un ou plusieurs paliers qui ont eux-mêmes plusieurs classements par ordre croissant.

Les quatre études retenues pour répondre à la question de recherche appartiennent au Level II, mais se situent dans quatre paliers différents. L'étude de Niimura et al. (2016) est une question de perception, car elle correspond à une étude qualitative et se trouve au plus faible niveau de preuve. Ensuite, l'étude de Lorine et al. (2015) se situe dans le Level II pour une question descriptive. L'étude de Takeshi et al. (2016) se situe au Level II pour une question de diagnostic. Enfin, l'étude de Schmidt-Kraepelin et al. (2009) se situe également au Level II pour une question d'étiologie. Toutes les études sélectionnées se trouvent ainsi dans le Level II de leurs devis respectifs et n'ont donc pas atteint le plus haut niveau de preuves.

L'objectif de l'étude de Niimura et al. (2016) est d'élucider les difficultés rencontrées par les patients immédiatement après leur sortie d'hôpital à la suite de soins psychiatriques aigus, afin d'améliorer les soins durant une hospitalisation et le suivi après la sortie. Une analyse qualitative a été utilisée pour créer des codes et des catégories à partir des retranscriptions d'entretiens semi-structurés à l'aide des enregistrements audio. C'est une étude qualitative de type descriptive correspondant au Level II.

Le but de l'étude de Lorine et al. (2015) est d'identifier les facteurs de risques liés à une réhospitalisation en hôpital psychiatrique. Un modèle de régression multiple à but réducteur a été fait à l'aide des dossiers de patients qui avaient été hospitalisés dans les 15 jours, dans les 3 à 6 mois et non hospitalisés pendant au moins 12 mois après la sortie. C'est une étude de cohorte transversale et rétrospective correspondant au Level II pour une question descriptive.

L'étude de Takeshi et al. (2016) a pour but d'évaluer les facteurs influençant la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie sous forme d'enquêtes menées au moment de la sortie et un an après. Toutes les variables ont été examinées dans une analyse de régression logistique binomiale afin d'identifier les facteurs de réhospitalisation. C'est donc une étude longitudinale correspondant au Level II pour une question diagnostic.

L'étude de Schmidt-Kraeplin et al. (2009) a pour objectif d'empêcher les réhospitalisations et optimiser la satisfaction avec le traitement et la qualité de vie chez les patients atteints de schizophrénie. Les patients de cette étude ont été séparés en deux groupes : (i) un groupe contrôle (GC), qui a reçu des soins de base sans thérapies intensives et groupes thérapeutiques, et (ii) un groupe intervention (GI), qui a reçu des soins et participé à des thérapies intensives. Il s'agit d'une étude interventionnelle contrôlée non randomisée, de cas-contrôle, car dans l'étude, deux groupes sont distingués. Il s'agit d'une question d'étiologie.

5.5 Analyse critique des études retenues

Après l'analyse des articles, plusieurs thèmes et sous-thèmes sont ressortis. Les thèmes principaux englobent les caractéristiques liées au patient, au lieu de vie, aux soins et à la réhospitalisation. Ces différents thèmes sont présents dans les quatre articles sélectionnés pour la question de recherche : Quelles interventions infirmières permettraient de diminuer le taux de réhospitalisation ?

Ces sujets sont résumés dans le tableau synoptique ci-dessous.

Tableau 2. Tableau synoptique des études selon les thèmes communs

Thèmes liés à la problématique		N°1 Lorine et al. (2015)	N°2 Niimura et al. (2016)	N°3 Schmidt et al. (2009)	N°4 Takeshi et al. (2016)
Thèmes	Sous-thèmes				
Caractéristiques liées au patient	Diagnostic de schizophrénie	✓	✓	✓	✓
	ATCD d'incarcération	✓			
	ATCD de consommation de drogues	✓			
	ATCD de consommation d'alcool	✓			
Caractéristiques liées au lieu de vie	Vit seul	✓	✓		
	Vit avec famille	✓	✓	✓	
	SDF	✓			
	Établissement spécialisé	✓			
Caractéristiques liées aux soins	Traitement ambulatoire	✓	✓	✓	✓
	Soins à domicile	✓			✓
	Groupe thérapeutique			✓	✓
	Entretien individuel		✓	✓	✓
	Entretien avec enregistrement audio		✓		
	Insatisfaction des soins reçus lors de la dernière hospitalisation		✓		
	Satisfaction des soins reçus lors de la dernière hospitalisation			✓	
Caractéristiques liées à la réhospitalisation	Non observance médicamenteuse	✓	✓	✓	
	Hospitalisation volontaire	✓			
	Hospitalisation involontaire	✓	✓		
	Incapacité à la socialisation lors de la sortie		✓		
	Mauvaise connaissance de la maladie	✓	✓		
	Nombres d'hospitalisations antérieures	✓		✓	

5.5.1 Caractéristiques liées au patient

D'après Lorine et al. (2015), Niimura et al. (2016), Schmidt-Kraepelin et al. (2009), Takeshi et al. (2016), le diagnostic de schizophrénie est un facteur significatif à une réhospitalisation. En effet, le but principal des différents articles était de comprendre les besoins des patients atteints de schizophrénie en termes de prise en soins, afin de trouver des pistes réduisant le risque de réhospitalisation. Selon Schmidt-Kraepelin et al. (2009), dû à la chronicité de la pathologie, il est important que ces patients puissent bénéficier d'un suivi adéquat pour diminuer le taux de réhospitalisation.

De nombreux facteurs, tels que les antécédents de consommation de drogue et/ou d'alcool, sont liés à une réhospitalisation de patients en milieu psychiatrique. L'article de Lorine et al. (2015) montre de manière claire que des antécédents de consommation et d'incarcération lors d'une première hospitalisation sont des facteurs significatifs ayant une influence sur une réhospitalisation précoce. Dans l'étude, 56% des patients avaient des antécédents d'incarcérations, près de la moitié des patients avaient des antécédents d'abus d'alcool et 63% étaient toxicomanes. Cependant, dans les groupes avec un haut taux de réhospitalisation, les antécédents d'incarcération et de consommation de drogues n'étaient pas significatifs. Pour la consommation d'alcool, le risque d'être réhospitalisé était multiplié par 9 dans les 15 jours et par 4 dans les 3 à 9 mois. Toutefois, selon les auteurs (Lorine et al., 2015), des études avec des échantillons plus importants sont essentiels pour évaluer si le risque d'antécédents de consommation est un facteur significatif à la réhospitalisation.

5.5.2 Caractéristiques liées au lieu de vie

Selon Lorine et al. (2015), le type de résidence lors d'une hospitalisation est un facteur significatif. Dans l'étude, 31% des personnes vivaient dans un établissement spécialisé ou dans un centre de réinsertion, 24% étaient sans domicile fixe et le reste vivait seul ou entouré de sa famille ou d'un compagnon, dans un appartement ou une maison. Les personnes sans domicile fixe, vivant en établissement spécialisé ou dans un centre de réinsertion, avaient plus de risque de réhospitalisation (OR=29). Les personnes vivant seules en appartement avaient elles aussi un risque, qui reste cependant minime en comparaison à la catégorie précédente (OR=8).

Les personnes sans domicile fixe et ceux vivants en établissement spécialisé sembleraient plus malades que les personnes vivant avec leur famille, ces derniers bénéficiant d'un soutien venant des membres de la famille, qui pourrait éviter une réhospitalisation.

Concernant le lieu de résidence, des études se penchant sur le taux de réhospitalisation seraient nécessaires afin que cela soit généralisable à la population cible. (Lorine et al., 2015). Le lieu de vie a été une des caractéristiques pour l'étude de Niimura et al. (2016), ainsi que pour celle de Schmidt-Kraepelin et al. (2009). Cependant, ces deux études ne démontrent aucun effet sur le risque de réhospitalisation.

5.5.3 Caractéristiques liées aux soins

Selon Lorine et al. (2015), les patients susceptibles de rencontrer des problèmes liés à l'alcool ou aux drogues devraient pouvoir profiter d'un soutien dès leur sortie, avec des soins ambulatoires. Sans cela, le risque de réhospitalisation précoce pourrait se réaliser.

Selon l'étude de Niimura et al. (2016), cinq patients n'étaient pas satisfaits des soins reçus par le personnel soignant lors de la dernière hospitalisation et n'étaient pas convaincus de la nécessité de cette dernière. Six patients s'expriment au sujet des difficultés liées aux soins ambulatoires. Un changement fréquent de médecins et un long délai d'attente entre les consultations faisaient notamment partie des difficultés rencontrées. Trois des patients ont exprimé qu'il leur était difficile de faire appel et de demander des entretiens infirmiers externes, car ils ne les connaissaient pas. Ils n'ont pas réussi à utiliser le personnel soignant externe comme ressource. La majorité des patients évoque une difficulté à voir la vie de manière positive après l'hospitalisation. En effet, les patients se sentent comme catégorisés dû à l'hospitalisation en milieu psychiatrique. Pour favoriser un rétablissement des patients, il serait intéressant de se concentrer sur les soins ambulatoires et les besoins des patients.

Dans l'étude de Niimura et al. (2016), plusieurs facteurs sont ressortis : le sentiment d'insatisfaction est très présent, notamment à l'égard des soins hospitaliers reçus, du personnel et des soins fournis dans les services, du processus d'admission, des explications du nom de la maladie, du traitement dans les chambres fermées, ou encore du fait qu'il est difficile de parler correctement au personnel. Vient ensuite un sentiment d'incapacité, les patients étant par exemple incapables de trouver un sens à leur hospitalisation, ou encore de faire appel à des personnels soignants. (Niimura et al., 2016).

L'étude de Schmidt-Kraepelin et al. (2009) montre que les thérapies complexes utilisées, comme la psychoéducation, la thérapie de groupe, la thérapie psychologique intégrée, l'entraînement cognitif par ordinateur, l'entraînement à la capacité d'adaptation, la sociothérapie, les soins infirmiers, les visites à domicile, l'assistance aux membres de la famille et l'utilisation d'une ligne téléphonique d'urgence, ont un effet significatif sur la satisfaction à l'égard du traitement, puisqu'il a été observé que la satisfaction a augmenté pendant les 6 mois d'intervention et est restée stable pendant l'année qui a suivi.

L'étude de Takeshi et al. (2016) montre que le type de prise en soins pendant l'hospitalisation, l'adhésion aux traitements médicamenteux et ambulatoires sont des facteurs influençant une réhospitalisation. Dans cette étude, les chercheurs proposent une combinaison d'entretiens, d'auto-surveillances, de visites et de nombreuses activités artistiques en groupe ou individualisées, de séances de psychoéducation et une planification de la date de sortie. Cette méthode semble efficace à une diminution de la réhospitalisation, car cela favoriserait une bonne observance aux traitements.

5.5.4 Caractéristiques liées aux soins

L'étude de Niimura et al. (2016) montre que la plupart des patients avaient reçu des informations précises concernant la maladie. Cependant, certains n'arrivent pas à accepter cette maladie ou ne parviennent pas à être concentrés lors des explications faites par le personnel soignant. Selon Lorine et al. (2015), une mauvaise connaissance de la maladie est un facteur de risque de réhospitalisation, puisque les patients, moins conscients des symptômes de leur maladie, sont dans l'incapacité d'identifier qu'ils sont en pleine période plus compliquée.

Certains patients évoquent les effets secondaires des traitements psychotropes, comme la prise de poids, l'akathisie ou encore les troubles du sommeil. En effet, en observant des changements, cela perturbe leur vie quotidienne et ils ne sortent plus. Les patients se trouvent donc dans une situation où le bénéfice est d'arrêter toute consultation et traitement après la sortie. Les patients expriment une difficulté à revenir à leur vie avant l'hospitalisation, car ils n'arrivent pas à accepter qu'ils doivent maintenant vivre avec une maladie chronique et catégorisent l'épisode de l'hospitalisation comme traumatisant (Lorine et al. 2015).

Plusieurs patients se sont plaints de conflits familiaux après l'hospitalisation. Sept d'entre eux étaient des femmes, dont pour certaines, des mères de famille. Le rôle de mère devient plus compliqué après l'hospitalisation, car avec la prise de traitements, il devient difficile de se lever le matin ou d'aller faire les courses. Le rôle parental était difficile à assumer, les patients montrant une fragilité après la sortie de l'hospitalisation (Lorine et al. 2015).

L'isolement social après l'hospitalisation était un facteur significatif à un risque de réhospitalisation. En effet, le fait de se retrouver seul après l'hospitalisation et vivre avec soi-même, plongeait certains des patients dans une rumination de leurs symptômes négatifs. De plus, ils n'arrivaient pas à faire appel lors de ces moments de détresse (Lorine et al. 2015).

Pour conclure, cette étude montre que les patients étaient incapables de lier leur expérience de soins à leur vie quotidienne, ce qui a pour conséquence de perturber la stabilité déjà fragile de leur quotidien. Ce facteur comporte plusieurs sous-catégories, comme le mécontentement à l'égard du traitement hospitalier reçu, du fait de leur hospitalisation involontaire, et l'incapacité de coordonner les questions nécessaires à leur vie après leur sortie de l'hôpital (Niimura et al., 2016). D'après Lorine et al. (2015), l'admission involontaire des patients atteints de schizophrénie est un facteur de réhospitalisation comparable à celui des patients admis volontairement.

Selon Lorine et al. (2015) le nombre d'hospitalisations passées est un facteur significatif à une réhospitalisation précoce. L'étude propose de renforcer les ressources cliniques et de prévoir des soins ambulatoires à la sortie du patient. Contrairement à l'étude de Niimura et al. (2016), celle de Lorine et al. (2015) évoque que la non-observance médicamenteuse n'est pas un facteur significatif à la réhospitalisation.

L'étude de Schmidt-Kraepelin et al. (2009) évoque elle aussi la non-observance médicamenteuse comme facteur de risque à une réhospitalisation précoce. Les auteurs de cette étude s'intéressent aux patients avec des taux élevés de réhospitalisation. Ils préconisent un suivi plus intensif pour ces patients. L'accessibilité continue de l'équipe de traitement permettrait de répondre à leurs besoins, puisque ce groupe de patients est souvent réhospitalisé pendant les week-ends ou la nuit.

5.3 Tableaux comparatifs

Tableaux 3. Tableaux comparatifs des études retenues pour l'analyse critique

Article n°1 Unis	Auteurs : Kim Lorine, Haig Goenjian, Soeun Kim, Alan M. Steinberg, Kendall Schmidt et Armen K. Goenjian (2015)	Pays : États-
Population / Type d'étude / But de l'étude	<p>Population : 207 dossiers de patients réhospitalisés dans les 15 jours, 3 à 6 mois et 12 mois après leur dernière hospitalisation. Échantillon : L'échantillon retenu est de 207 patients. Type d'étude : Étude de cohorte transversale et rétrospective But de l'étude : Identifier les facteurs de risques liés à une réhospitalisation en hôpital psychiatrique.</p>	
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>Méthode : Pour effectuer cette étude, les chercheurs ont utilisé les dossiers de 207 patients et observé le taux de réhospitalisation. Les dossiers ont été examinés sur des réhospitalisations consécutives qui correspondaient à trois paramètres temporels : réhospitalisation dans les 15 jours (groupe 1, N=62), réhospitalisation dans les 3 à 6 mois (groupe 2, N=86) et non réhospitalisés pendant au moins 12 mois après la sortie (groupe 3, N=59). <u>Critères d'inclusion</u> : être majeur, avoir été hospitalisé une fois pour problème psychiatrique entre janvier à décembre 2010, être sorti stable de cette hospitalisation avec un traitement médicamenteux adapté et avoir un suivi chez un psychiatre. Instrument de mesure : modèle de régression multiple à but réducteur</p>	
Principaux résultats	<p>Les facteurs de risque qui différencient les patients réhospitalisés par la suite dans les 15 jours suivant leur sortie de l'hôpital de ceux qui n'avaient pas été réhospitalisés pendant au moins 12 mois comprenaient le diagnostic de schizophrénie, qui était associé à une forte probabilité d'être réhospitalisés dans 15 jours (OR=18). Le risque élevé de réhospitalisation chez les patients atteints de schizophrénie a peut-être pour cause une mauvaise connaissance de la maladie, car ces patients peuvent être moins conscients de la gravité de la situation et de la nécessité d'une prise en charge immédiate. Les antécédents d'abus d'alcool constituaient un autre facteur de risque pour la réhospitalisation précoce, multipliant par 9 les chances d'être réhospitalisé dans les 15 jours et par 4 les chances d'être réhospitalisé dans les 3 à 6 mois. Le lieu de résidence est un autre facteur significatif à la réhospitalisation précoce. Les chances de réhospitalisation étaient plus élevées pour les personnes SDF (OR=29), résidant dans une pension ou établissement de soins (OR=27) et pour les personnes résidant seules ou avec des personnes extérieures à la famille (OR=8). Le nombre d'hospitalisation antérieure est un facteur important à prendre en compte par les soignants, car c'est un indicateur important de réhospitalisation. Le sexe et la race ne permettent pas de prédire une réhospitalisation précoce, de même que les antécédents d'incarcération. Contrairement aux attentes, la non-observance du traitement n'a pas été un facteur prédictif pour une réhospitalisation précoce lors de cette étude.</p>	
Limites	<p>Selon les auteurs, l'étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'étude est limitée par la taille modeste de l'échantillon. Deuxièmement, la plupart des patients de cette étude étaient gravement malades et indigents ; par conséquent, les résultats peuvent ne pas être généralisés aux patients ayant une maladie moins grave et /ou un statut socio-économique plus élevé. Troisièmement, les évaluations initiales ont été effectuées par des évaluations cliniques sans l'utilisation d'évaluations standardisées ou de questions d'entrevue. Par conséquent, les résultats peuvent varier en raison des différents niveaux de connaissances et d'expérience clinique des cliniciens qui effectuent les évaluations.</p>	
Commentaires / Recommandations	<p>Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés aux patients ayant une maladie moins grave et /ou un statut socioéconomique plus élevé.</p>	

Article n°2	Auteurs J.Niimura, M. Tanoue et M. Nakanishi (2016)	Pays : Japon
Population / Type d'étude / But de l'étude	<p>Population : Patients qui sont sortis d'hospitalisation entre novembre 2010 et octobre 2011 et qui ont été admis involontairement à la suite d'un diagnostic de schizophrénie.</p> <p>Échantillon : L'échantillon est de 18 patients (8 hommes et 10 femmes).</p> <p>Type d'étude : Étude qualitative de type descriptive.</p> <p>But de l'étude : Éclaircir les difficultés rencontrées par les patients immédiatement après leur sortie d'hôpital à la suite de soins psychiatriques aigus afin d'améliorer les soins durant une hospitalisation et le suivi après la sortie.</p>	
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>Méthode : Une analyse qualitative a été utilisée pour créer des codes et des catégories à partir des retranscriptions des entretiens à l'aide des enregistrements audio. Au moment de l'étude, entre 1 et 6 mois s'étaient écoulés depuis leur sortie d'hôpital et ils recevaient tous un traitement ambulatoire. Les entretiens ont été menés par deux infirmières qui avaient l'expérience des entretiens psychiatrique. Les entretiens comprenaient une combinaison de questions sur la démographie et les caractéristiques cliniques des patients. Le temps pour chaque entretien était de 27,9 minutes.</p> <p>Instrument de mesure : entretiens semi-structurés</p>	
Principaux résultats	<p>Les résultats ont montré que les patients étaient incapables d'intégrer leur expérience de l'hospitalisation à leur vie quotidienne, ce qui leur donnait le sentiment que la continuité de leur vie avait été perturbée. Ce phénomène comporte plusieurs éléments, dont le mécontentement à l'égard du traitement hospitalier qu'ils ont reçu, parce que leur hospitalisation était involontaire, et l'incapacité de coordonner les questions nécessaires à leur vie après la sortie de l'hôpital. L'hospitalisation involontaire est un événement très significatif pour les patients. Ils ont ressenti une baisse de motivation à être en contact avec la société. Deux des participants ont exprimé que la recherche d'aide ne pouvait mener à aucune solution. La plupart des participants n'avaient pas d'endroit régulier où aller et étaient socialement isolés. Les patients de cette étude se sont sentis accablés par des symptômes résiduels et les effets indésirables de leurs médicaments, en plus des problèmes de coordination dans leur vie quotidienne. La plupart des participants avaient des difficultés à demander de l'aide et à améliorer leur vie de manière positive. Par conséquent, les patients ont perdu toute continuité dans leur vie avant et après leur hospitalisation. Cela a été fortement influencées par la façon dont ils ont accepté les expériences antérieures d'hospitalisation. Malgré la stigmatisation et la discrimination, certains patients ont qualifié de positif ou de significatif le fait d'être hospitalisé et de souffrir d'une maladie mentale. Nos recherches ont révélé que les patients se sentaient aliénés à cause de l'hospitalisation. Il y avait 78 codes et 12 sous-catégories extraits de toutes les transcriptions.</p>	
Limites	<p>Selon les auteurs, cette étude a été menée dans un seul hôpital privé au Japon et a eu un petit nombre de participants. Des entrevues ont été menées après un entretien clinique avec le médecin ; les participants peuvent être fatigués. Dans certains cas, les membres de la famille étaient présents pendant les entretiens. Leur présence peut avoir un impact sur la réponse du participant. Ils ne pouvaient pas confirmer l'exactitude des transcriptions ou analyse avec les patients parce que l'hôpital n'a pas permis un contact supplémentaire avec les patients. Par conséquent, il faut faire preuve de prudence lorsque l'on tente de généraliser les résultats de cette étude à tous les patients du Japon recevant des soins médicaux de courte durée.</p>	
Commentaires / Recommandations	<p>Cette étude suggère que pour améliorer la qualité du traitement hospitalier fourni pendant la phase aiguë d'un trouble psychiatrique et la qualité du traitement de suivi après la sortie, il est nécessaire de créer des opportunités pour les patients de réfléchir à leurs expériences afin qu'ils puissent les intégrer, qu'elles soient positives ou négatives. Il est également nécessaire de fournir aux patients des avocats qui ne sont pas affiliés au traitement en milieu hospitalier et aux soins communautaires.</p>	

Article n°3	Auteurs : Christian Schmidt-Kraepelin, Birgit Janssen et Wolfgang Gaebel (2009)	Pays : Allemagne
Population / Type d'étude / But de l'étude	<p>Population : Patients atteints de schizophrénie entre 18 et 65 ans. Échantillon : L'échantillon était composé d'un groupe cas (IG) N= 46 et d'un groupe témoin (CG) N= 47 Type d'étude : Étude interventionnelle contrôlée non randomisée But de l'étude : Empêcher des réhospitalisations et optimiser la satisfaction avec le traitement et la qualité de vie chez des patients atteints de schizophrénie</p>	
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>Méthode : La méthode était séparée en trois phases : (i) une évaluation de base des critères d'inclusion, (ii) une intervention pendant 6 mois, et (iii) des investigations de suivi à 6 et 12 mois après la date de sortie de l'hôpital. Le CG a été sélectionné à l'aide de la base de données électronique de l'hôpital (KIS) et contient 47 patients. Selon l'évaluation de routine de l'hôpital, les sujets du GC ont été appariés à ceux de l'IG selon les critères suivants : diagnostic, âge, sexe, situation familiale, éducation, nombre de traitements hospitaliers. Le taux de réhospitalisation de la GC a également été évalué à l'aide de la base de données électronique de l'hôpital. Le recrutement de l'IG a été effectué avant la sortie par des enquêteurs formés. L'évaluation de base comprenait la psychopathologie mesurée par l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), le fonctionnement global évalué par l'évaluation globale du fonctionnement (GAF), une évaluation de l'impression clinique globale (CGI), une liste de facteurs de charge (DSM IV), la qualité de vie subjective à l'aide du "Profil de la qualité de vie de Berlin", la satisfaction à l'égard du traitement et le nombre d'hospitalisations antérieures. Le choix des mesures de l'intervention dépend principalement de l'application du DCS. Le logiciel est basé sur la documentation des procédures diagnostics et thérapeutiques par le psychiatre traitant. L'équipe de traitement était composée de deux médecins, deux psychologues, un psychothérapeute, une infirmière spécialisée en psychiatrie et psychothérapie et un travailleur social. Les interventions suivantes ont été menées dans le cadre de cette enquête : psychoéducation, thérapie de groupe de compétence sociale, thérapie psychologique intégrée (IPT), entraînement cognitif par ordinateur, formation à l'adaptation, sociothérapie selon la loi sociale allemande, soins dispensés par un travailleur social, traitement en maison de repos, assistance aux membres de la famille, ligne d'appel d'urgence. <u>Critères d'inclusion :</u> diagnostic de schizophrénie, 18-65 ans, un état clinique justifiant des soins ambulatoires et la possibilité d'obtenir un consentement éclairé. Instrument de mesure : A l'aide de l'application du DCS, des entretiens ont eu lieu pour le groupe intervention.</p>	
Principaux résultats	<p>Le taux de réhospitalisation et la durée moyenne du traitement des patients hospitalisés ont été réduits dans l'IG. La réduction de 50% n'a pas été atteinte, mais en appliquant le programme d'intervention intégrée, la réduction était encore significative ($p < 0.001$). Le facteur le plus important pour tendre à une baisse du taux de réhospitalisation a été la participation à la formation aux techniques d'adaptation. Les chercheurs ont constaté une augmentation de la satisfaction des patients à l'égard du traitement tandis que la qualité de vie subjective est restée constante.</p>	
Limites	<p>Lors de la planification de l'étude, nous avons supposé une réduction des taux de réhospitalisation de 50 %. Cependant, l'échantillon de l'étude était composé de patients plus grièvement malades que prévu (76 % des patients ont été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédant le séjour de référence et une moyenne de 7,3 hospitalisations). La qualité de vie en tant que mesure à long terme n'a pas été affectée de manière significative par le programme d'intervention. Cela peut être dû à une période relativement courte de 6 mois d'intervention.</p>	
Commentaires / Recommandations	<p>L'étude n'est pas généralisable à toute la population, car l'échantillon est trop petit. Les taux de réhospitalisation à l'hôpital étaient significativement plus bas dans l'année suivant la sortie, pour les patients traités avec les interventions complexes recommandées par les directives pendant 6 mois, par rapport aux patients recevant un traitement habituel.</p>	

Article n°4	Auteurs : Takeshi Shimada, Ai Nishi, Tomotaka Yoshida, Sachie Tanaka et Masayoshi Kobayashi (2016)	Pays : Japon
Population / Type d'étude / But de l'étude	<p>Population : Patients atteints de schizophrénie. Échantillon : Patients ayant été réhospitalisé N=14 plus les patients non réhospitalisés n=30 Type d'étude : Étude longitudinale But de l'étude : Évaluer les facteurs influençant la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie.</p>	
Intervention / Méthode / Instrument de mesure	<p>Méthode : Les enquêtes ont été menées au moment de la sortie et un an plus tard. Les caractéristiques démographiques et cliniques comprenaient les éléments suivants : le type d'interventions de thérapie occupationnelle (OT) (en groupe et individualisée ou en groupe uniquement), les scores des échelles d'évaluation sur l'hospitalisation, les conditions de vie dans la communauté après la sortie de l'hôpital, et les composantes du traitement ambulatoire (OT ambulatoire, traitement de jour, soins infirmiers à domicile et respect du traitement ambulatoire et des médicaments). <u>Critères d'inclusion</u> : âge de 20 à 65 ans, récemment hospitalisé et être sortis dans un délai d'un an, diagnostic de schizophrénie. Instrument de mesure : Toutes les variables ont été examinées dans une analyse de régression logistique binomiale afin d'identifier les facteurs de réhospitalisation.</p>	
Principaux résultats	<p>La principale conclusion de cette étude est que le type OT intervention et l'adhésion au traitement ambulatoire et à la médication sont des facteurs qui influencent la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie dans l'année suivant leur sortie d'un hôpital psychiatrique. Cette étude apporte un soutien préliminaire à l'idée que l'IOT est utile pour la prévention de la réhospitalisation, en plus de soutenir le respect des traitements ambulatoires et des médicaments. À notre connaissance, c'est la première étude qui montre que l'IOT est utile pour prévenir la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie au Japon.</p>	
Limites	<p>Selon les auteurs, un certain nombre de limitations doit être pris en compte. Tout d'abord, les participants sont des patients atteints de schizophrénie qui ont été sortis d'hospitalisation dans un délai d'un an. Par conséquent, les patients hospitalisés à long terme n'ont pas été inclus. Les facteurs ayant une influence sur la réhospitalisation des patients hospitalisés à long terme doivent être étudiés plus en détail. En second lieu, il y a un besoin de plus de suivi à long terme dans les études futures, parce que la durée de suivi était seulement un an après la sortie dans cette étude. Troisièmement, il est nécessaire de mettre en place un plan d'essai contrôlé randomisé pour le groupe GOT-IOT par rapport au groupe GOT seul afin de réduire les biais de sélection et d'examiner plus vigoureusement la relation entre IOT et la réhospitalisation, car notre plan d'étude précédent était un essai contrôlé non randomisé dans lequel la répartition des groupes était basée sur une sélection volontaire en fonction des préférences des participants. Quatrièmement, le taux de réhospitalisation plus faible parmi ceux qui ont reçu une GOT β IOT pourrait être dû à l'effet cumulatif de la GOT et de l'IOT, et pas seulement de l'IOT, car ce plan d'étude ne prévoyait pas de mesures à un an après la sortie. Il est donc nécessaire d'étudier ces questions avec un plan d'étude qui exclut partiellement l'effet de l'IOT. Cinquièmement, sont les résultats de cette étude sont limités parce qu'elle a été faite dans un seul endroit et la taille de l'échantillon était petit. Par conséquent, il est nécessaire d'examiner d'autres facteurs de réhospitalisation, y compris les services de santé mentale communautaire, avec un plus grand nombre de patients atteints de schizophrénie dans une étude multicentrique.</p>	
Commentaires / Recommandations	<p>Dans cette étude, les interventions avec une psychoéducation individualisée et un plan de sortie peuvent améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement et prévenir efficacement la réhospitalisation.</p>	

6 DISCUSSION

Actuellement, le nombre de patients atteints de schizophrénie ne cesse d'augmenter, ce qui augmente également les hospitalisations de ces personnes en hôpital psychiatrique, et leur préparation à la sortie. Les résultats des quatre études analysées démontrent qu'une préparation à la sortie insuffisante augmente le risque de réhospitalisation chez les patients atteints de schizophrénie. En renforçant les soins ambulatoires à la sortie, il est observé une adhésion de manière plus régulière aux soins, de la part des patients. Il sied également de relever qu'une étroite collaboration avec la famille et les différents partenaires pourraient par la suite contribuer à éviter une réhospitalisation. A ce sujet, l'ASFF a mis en lumière l'importance de la collaboration, qu'elle soit avec le patient, la famille ou les professionnels.

La discussion prend en compte les quatre thèmes principaux, à savoir (i) les caractéristiques liées au patient, (ii) au lieu de vie, (iii) aux soins et (iv) celles liées à la réhospitalisation. Afin de mieux expliciter chacune des caractéristiques, un lien avec l'ASFF de Gottlieb et Gottlieb (2014) a été fait.

6.4 Caractéristiques liées au patient

La schizophrénie est une maladie chronique qui engendre, pour la plupart des patients, des hospitalisations en milieu psychiatrique répétées. Au vu de la chronicité de cette pathologie, il est important de s'intéresser aux besoins des patients, pour ainsi diminuer le nombre de réhospitalisation. Dans chaque article analysé pour ce travail, il a été constaté que le diagnostic de schizophrénie est un facteur significatif à des hospitalisations répétées (Lorine et al., 2015, Niimura et al., 2016, Schmidt-Kraepelin et al., 2009 et Takeshi et al., 2016).

L'étude de Lorine et al. (2015) mentionne les antécédents des patients comme événements significatifs à une réhospitalisation précoce. En effet, les antécédents de consommation de drogues et d'alcool peuvent entraver une bonne adhésion aux soins, car le fait de continuer à consommer ces substances après l'hospitalisation a pour effet une baisse d'adhésion et d'efficacité liées aux soins ambulatoires et aux traitements. L'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP, 2020) affirme que la substance la plus consommée est le cannabis. En plus de la drogue, l'OFSP (2020) évoque que 5% de la population consomme de l'alcool de façon chronique.

En conséquence, le risque de réhospitalisation augmente. De plus, lors de prise de traitements antipsychotiques et de consommation, il y a des risques d'augmentation des effets secondaires. Les patients atteints de schizophrénie et présentant une addiction devraient être pris en soins dans des services spécifiques. À Genève, il existe des services d'addictologie au sein même des milieux psychiatriques. Cela permettrait une prise en soin globale, en prenant en soins des patients chroniques, tout en traitant la dépendance à une substance. L'étude de Lorine et al (2015) évoque que les patients présentant une addiction nécessiteraient un soutien après la sortie d'hospitalisation. A Genève, les patients ayant une dépendance ont systématiquement un suivi avec le CMT.

L'étude de Lorine et al. (2015) cible un autre antécédent comme facteur de risque à la réhospitalisation : les antécédents d'incarcération. En effet, un patient ayant exécuté une peine privative de liberté peut éprouver des difficultés à retrouver une vie saine, ainsi qu'une vie sociale après la sortie, ce qui a pour conséquence une marginalisation. Du fait de cette marginalisation, il peut être difficile de trouver du travail, ce qui impacte les conditions de vie, qui deviennent précaires, ainsi que le risque de décompenser au niveau psychique, qui augmente. (Lorine et al., 2015).

L'article de Takeshi et al. (2016) démontre quant à lui que les patients ayant une activité rémunérée présenteraient moins de risque d'être réhospitalisés. En effet, le fait d'avoir un travail et des obligations permettent aux patients de se sentir responsable. De plus, il s'agit d'un moyen d'interagir socialement avec les autres, ce qui réduit le risque d'isolation.

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), il serait judicieux que l'infirmière connaisse le patient dans sa globalité afin de pouvoir identifier ses forces et ses ressources. Les infirmières travailleront ensuite sur l'intégration de la schizophrénie ou sur l'addiction, pour que le patient puisse l'accepter et vivre avec.

6.5 Caractéristiques liées au lieu de vie

D'après Lorine et al. (2015), Niimura et al. (2016) et Schmidt-Kraepelin et al. (2009), le lieu de vie d'une personne atteinte de schizophrénie peut être un facteur favorisant la réhospitalisation, mais peut également être un facteur qui diminue ce risque.

Selon Lorine et al. (2015), les personnes sans domicile fixe ou celles vivant en établissement spécialisé paraîtraient plus à risque de réhospitalisation que les personnes vivant avec des membres de leurs familles. Il est probable qu'un manque de soutien d'un proche puisse être la cause d'une réhospitalisation. Cependant, l'étude de Niimura et al. (2016) démontre que la famille peut également être une faiblesse, notamment dans le processus de décision concernant l'hospitalisation, qui peut être décidée et imposé par un membre de la famille. Des entretiens ont été menés lors de l'étude de Niimura et al. (2016), et les chercheurs ont remarqué que la présence de la famille peut influencer les réponses des patients. La décision étant prise par la famille, il se peut que le patient ne comprenne pas le sens et l'intérêt de l'hospitalisation. (Niimura et al., 2016).

Contrairement à l'étude de Lorine et al. (2015), qui évoque que les personnes en établissement spécialisé seraient plus à risque d'être réhospitalisés, il existe en Suisse des établissements spécialisés au sein desquels les patients atteints de déficience intellectuelle, de troubles psychiques ou d'alcool-dépendance, sont encadrés par des professionnels de santé et des travailleurs sociaux. Afin de favoriser une réinsertion sociale, et donc réduire le risque de réhospitalisation, ces différents professionnels peuvent également les aider à trouver un lieu de vie adapté à leurs besoins.

Dans l'ASFF, Gottlieb évoque l'importance d'inclure l'entourage dans la prise en soins du patient. En effet, selon son approche, créer un apprentissage de santé pour la famille pourrait renforcer le partenariat collaboratif entre l'infirmière, le patient et/ou la famille.

6.6 Caractéristiques liées aux soins

D'après Lorine et al. (2015), Niimura et al. (2016), Schmidt-Kraepelin et al. (2009) et Takeshi et al. (2016), les soins ambulatoires seraient à privilégier après une hospitalisation en psychiatrie, car c'est un facteur qui permettrait de diminuer le taux de réhospitalisation.

Cependant, dans l'étude de Niimura et al. (2016), les patients expriment de la difficulté à entreprendre des soins ambulatoires. Les raisons principales de cette réticence sont notamment dues au changement fréquent de personnel soignant et aux délais d'attente, ainsi qu'aux difficultés à faire appel aux personnels soignants.

En revanche, les études de Takeshi et al. (2016) et Schmidt-Kraepelin et al. (2009), proposent de lier plusieurs méthodes de prise en soins. Ces diverses études proposent ainsi des entretiens, des visites, des activités individuelles ou en groupe, des séances de psychoéducation et une planification de la sortie. D'après les études de Takeshi et al. (2016) et Schmidt-Kraepelin et al. (2009), le fait d'avoir utilisé les méthodes mentionnées ci-dessus semblent avoir été efficace pour que les patients aient une observance médicamenteuse adéquate, ce dernier étant un facteur significatif à une réhospitalisation.

L'étude de Schmidt-Kraepelin et al. (2009) renforce les soins ambulatoires avec des visites à domicile, un assistant social à domicile pour les membres de la famille, qui ont également une ligne téléphonique d'urgence à disposition. Cette méthode d'accompagnement a un effet significatif sur l'observance médicamenteuse.

Selon l'étude de Niimura et al. (2016), certains patients ne comprennent pas le sens de leur hospitalisation et n'éprouvaient aucune satisfaction à cette dernière. Pendant l'hospitalisation, les patients n'étaient pas persuadés que des soins étaient nécessaires pour leur rétablissement. En effet dans l'étude de Niimura et al. (2016), certains patients sortant d'hospitalisation évoquent que cette dernière est ressentie comme traumatisante.

Il semblerait important de prendre en compte la prise en soins d'une personne atteinte de schizophrénie après l'hospitalisation. La complexité de cette maladie doit être comprise de manière effective par le patient, pour ensuite avoir une bonne adhésion aux soins et traitements. Cet accompagnement externe pourrait éviter des hospitalisations.

Une des valeurs que prône Gottlieb est le partenariat collaboratif entre le patient et l'infirmière, qui met en place un lien de confiance entre ces deux personnes, ce qui permet de renforcer la relation (Gottlieb et Gottlieb, 2014). Cette manière de faire pourrait éviter un manque de confiance de la part du patient et un suivi plus optimal en soins ambulatoires. Cependant, il serait important que le patient soit suivi par les mêmes soignants, afin de s'habituer aux mêmes personnes

6.7 Caractéristiques liées à la réhospitalisation

Schmidt-Kraepelin et al. (2009) affirment que la non-observance médicamenteuse est un facteur de risque à des hospitalisations répétées. En effet, l'incompréhension de l'importance de la prise de traitement régulière a un impact dans la vie quotidienne d'un patient atteint de schizophrénie. C'est pourquoi il est indispensable que le personnel de santé prenne le temps d'expliquer la maladie et les différents traitements au patient. D'après Lorine et al. (2015) et Niimura et al. (2016), une mauvaise connaissance de leur pathologie par les patients peut engendrer des réhospitalisations. Les patients n'étant pas conscients de la gravité de leur maladie sont incapables d'identifier les symptômes précocement. Le fait de ne pas reconnaître les signes d'une rechute est un risque menant à hospitalisation prématurée. Suite à cela, il est possible d'imaginer qu'une hospitalisation involontaire soit liée à une mauvaise connaissance des symptômes ou de la maladie en général.

L'étude de Niimura et al. (2016) montre qu'il est difficile pour un patient d'intégrer son expérience de soins à sa vie, lorsqu'il est question d'une entrée involontaire. C'est pour cette raison que les patients mentionnent régulièrement qu'ils ne sont plus capables de mener leur vie de la même manière qu'avant l'hospitalisation. Lorine et al. (2015) précisent que le vécu de l'hospitalisation est traumatisant pour les personnes qui le subissent, ce qui mène, à terme, à un isolement des patients.

Enfin, Lorine et al. (2015) décrivent que le nombre d'hospitalisations antérieures est un facteur significatif à la réhospitalisation. Il serait judicieux pour le personnel soignant de prendre en compte ce nombre pour une prise en soins optimale. Une proposition de soins ambulatoires intensifs pourrait être envisagée et conseillée pour des patients ayant des hospitalisations récurrentes. Il semblerait nécessaire d'identifier la cause et de travailler de manière holistique avec les patients afin de diminuer les hospitalisations et d'augmenter leur bien-être.

Pour Gottlieb et Gottlieb (2014), le fait de connaître la maladie, les signes et les symptômes d'une rechute, permettent au patient de pouvoir faire appel de manière autonome pour ainsi éviter l'hospitalisation. Il est important de travailler sur l'autonomie du patient et de ne pas faire les choses pour lui, car ces patients sont souvent livrés à eux-mêmes dans leur vie de tous les jours. Lors d'une première hospitalisation, il serait judicieux d'informer le patient atteint de schizophrénie sur l'importance de la prise de traitement, de la chronicité de cette pathologie et de la possibilité d'épisodes aigus.

7 CONCLUSION

En guise de synthèse de ce travail, il en ressort que le risque de réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie est élevé. En effet, en reprenant les statistiques effectuées par le CHUV, il s'avère que sans préparation à la sortie, le taux de réhospitalisation s'élève à 33% (*Le nouveau visage de la psychiatrie*, 2013).

Dans la pratique infirmière, il devient donc primordial de s'interroger sur la prise en soins complexe pour les patients atteints de schizophrénie. Pour Garnier et al. (2005), s'agissant d'une pathologie chronique, il est important que le patient sache identifier précocement ses forces et ses ressources, ce qui permettra à terme de diminuer le taux de réhospitalisation tout en augmentant l'adhésion aux traitements, la compréhension de la maladie. Ainsi, les coûts de la santé diminueront.

L'ASFF de Gottlieb et Gottlieb (2014) aborde les soins d'une façon innovante en utilisant les forces de la personne soignée. En effet, en laissant de côté les problèmes directs et en misant en premier lieu sur les forces, le patient pourrait identifier ces dernières et reprendre confiance en lui pour la suite de la prise en soins.

Il est nécessaire de trouver d'autres stratégies afin d'améliorer le savoir de la personne soignée et de faciliter la prise en soins collaborative. Suivant le degré de compréhension de la maladie, il est important de travailler sur les forces du patient, tout en collaborant avec la famille. De plus, comme le mentionne Gottlieb et les études, la singularité de la prise en soins est primordiale.

7.4 Apports et limites du travail

En tant que futures soignantes, ce travail nous a permis de nous rendre compte qu'il est important de prendre la personne soignée dans son entièreté et de ne pas se focaliser uniquement sur sa maladie. De plus, cela nous a permis de répondre à certaines questions que nous avons à ce sujet. Les études analysées pour la rédaction de ce travail sont pertinentes malgré certaines limites rencontrées.

Il y a lieu de mentionner que sur les quatre études, trois ne sont pas européennes. Les différences de cultures, qui se reflètent dans la prise en soins, ne sont pas représentatives de la population européenne, et plus particulièrement suisse. Certaines études montraient un taux de réhospitalisation significatif lors de placements en établissement spécialisé. Or, au vu de certaines recherches, il s'est avéré qu'en Suisse, les patients vivant en établissement étaient moins à risque d'être réhospitalisés, car ils sont encadrés et ont un suivi régulier. Enfin, les études avaient des échantillons minimes : les résultats obtenus ne peuvent donc être comparés à la population. Ce qui ne pourrait pas être comparable à la population.

7.5 Recommandations

Après plusieurs recherches scientifiques et en questionnant des professionnels sur le terrain, les outils utilisés afin de détecter des symptômes précoces à une décompensation aiguë de la maladie, sont très pauvres voire inexistant en milieu hospitalier.

7.5.1 Clinique

Les articles analysés pour la rédaction de ce travail de Bachelor font ressortir l'importance d'avoir un bon suivi pendant et après l'hospitalisation pour ainsi diminuer le taux de réhospitalisation de patients atteints de schizophrénie. L'accompagnement du patient se fait dès son entrée à l'hôpital. Afin que ce dernier se passe de la meilleure façon possible, il est primordial d'établir une relation de confiance soignant-soigné. Gottlieb et Gottlieb (2014), évoque l'importance de travailler en collaboration avec le patient sur ses forces et ses ressources pour comprendre comment il peut gérer sa maladie et faire face à quelconque événements (interne et externe au patient). De plus, pour certains patients, il est fondamental d'intégrer la famille dans la prise en soins.

Il est important que le suivi infirmier soit individualisé pour chaque patient en se centrant sur les besoins et ressources de ce dernier. Le suivi d'un patient atteint de schizophrénie doit être régulier pendant et après son hospitalisation. Lors de la sortie d'hospitalisation, un suivi individualisé avec le CMT en mettant des infirmiers en référence, permettrait une meilleure adhésion aux soins et une meilleure compréhension de la maladie. Les interventions effectuées en ambulatoire peuvent être la clé pour diminuer le taux de réhospitalisation.

7.5.2 Recherche

Pour ce travail, il a été constaté que plusieurs personnes s'étaient intéressées au risque de réhospitalisations répétées de patients atteints de schizophrénie. Cependant, dans les articles analysés et dans des recherches supplémentaires qui ont été faites sur le sujet, il est constaté que peu d'études ont été menées à propos d'outils visant à diminuer le risque de réhospitalisations. Il serait pertinent pour le futur de créer des outils comme par exemple des échelles qui permettent d'évaluer les symptômes précocement afin d'optimiser la prise en soins de cette population cible.

Après analyse des articles scientifiques, il est constaté que certains profils de patients étaient plus à risque d'être réhospitalisés. Il serait intéressant de créer des outils permettant d'évaluer précocement certaines caractéristiques qui augmenteraient le risque de réhospitalisation.

7.5.3 Enseignement

Durant la formation en soins infirmiers, un seul cours portant sur la schizophrénie a été présenté. Pourtant, comme mentionné au début du travail, il s'agit d'une maladie qui touche 23 millions de personnes dans le monde. L'enseignement devrait s'intéresser au vécu d'un patient atteint de schizophrénie et les attentes de ce dernier face à une hospitalisation. Il serait judicieux d'inclure le côté relationnel et les manières de communication à favoriser avec des patients atteints de schizophrénie. Insérer les sujets importants liées à la schizophrénie tels que : la chronicité de la maladie et l'importance face à l'adhérence aux traitements semblent important pour se préparer au mieux à la période de formation pratique dans le champ psychiatrie.

8 RÉFÉRENCES

- Andreoli, A., Gaudry-Maire, D., Rubovszky, G., Ohlendorf, P. & Lorillard, S. (2009). Augmentation des admissions psychiatriques : un enjeu majeur de politique de soins. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-190/Augmentation-des-admissions-psychiatriques-un-enjeu-majeur-de-politique-de-soins>
- Besson J., Abudurehman A., Pelet A., Rihs-Middel M., Simon O., Grivel J., Luongo A., Gothuey I., Demartines N., Schwab M., & Méan M. (2009). *Dépendances*. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-185/Dependances>
- Beyeler Y., & Quartier F. (2004). *Au sujet de la schizophrénie, la psychiatrie du praticien*. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2474/1313>
- Bonsack C., Conus P., & Morandi S. (2019). *Alternatives à l'hospitalisation psychiatrique*. *Revue Médicale Suisse*. <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-658/Alternatives-a-l-hospitalisation-psychiatrique>
- Bonsack, C., Gibellini, S., Ferrari, P., Dorogi, Y., Morgan, C., Morandi, S. & Koch, N. (2009). Le case management de transition : une intervention à court terme dans la communauté après une hospitalisation psychiatrique. *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 160(6), 246-252.
- Bonsack, C., Haefliger, T., Cordier, S. & Conus, P. (2004). Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Revue médicale de la Suisse romande*, 124, 225-229.
- Castro, B., Bahadori, S., Tortelli, A., Ailam, L. & Skurnik, N. (2007). Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006. *Annales Médico-Psychologiques*, 165(4), 276-281.
- Centre hospitalier universitaire vaudois. (2013). *Le nouveau visage de la psychiatrie*. <https://www.chuv.ch/fileadmin/sites/dp/documents/dp-chuvmagazine-hiver2013.pdf>
- Coldefy, M. & Nestrigue, C. (2011). *La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011*. 8.

- Conus P., Bonsack C., Michaelis Conus K., & Bovet P. (2005). *Intervention précoce dans les troubles psychotiques : Quel rôle pour les praticiens de premier recours ?* Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-33/30628>
- Conus P., Preisig M., Bondolfi G., Kaiser S., Kramer U., Perroud N., & Euler Sebastian. (2019). *Psychiatrie : Recommandations thérapeutiques suisses*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2019/RMS-N-632-633/Psychiatrie-recommandations-therapeutiques-suisse>
- Conus P., Sticher L., Bonsack C., Besse C., Mall J-F., Von Gunten A. (2017). *Psychiatrie*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-544-545/Psychiatrie>
- Davaris,S., (2010). La psychiatrie mobile permet de diminuer les hospitalisations. <http://archives.tdg.ch/psychiatrie-mobile-permet-diminuer-hospitalisations-2010-06-07>
- Do K.Q. (2013). *Gènes, environnement et neurodéveloppement : Le cas de la schizophrénie*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2013/RMS-N-398/Genes-environnement-et-neurodeveloppement-le-cas-de-la-schizophrenie>
- DSM-5 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. (2015). Elsevier Health Sciences France.
- Établissement public pour l'intégration. (2019) *Carte d'identité des établissements publics pour l'intégration*. https://www.epi.ge.ch/fileadmin/user_upload/pdf_institution/Carte_Identite_EPI_2019_01.pdf
- Fawcett, J., & Desanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories* (3e ed). Philadelphia: F.A. Davis.
- Fondation Fondamental Suisse. (s.d.). *La schizophrénie*. <https://fondamental-suisse.org/la-recherche/focus-pathologies/la-schizophrenie/>
- Garnier, A.-M. (2005). *Psychiatrie et soins infirmiers : Adolescents, adultes* (2e éd.). Ed. Lamarre.
- Hôpitaux universitaires de Genève. (2018). *Case management de transition CMT*. <https://www.hug.ch/psychiatrie-adulte/case-management-transition-cmt>

- Hôpitaux Universitaires de Genève. (2020) *Prise en charge ambulatoire (CAPPI)*.
<https://www.hug.ch/psychiatrie-adulte/prise-charge-ambulatoire-cappi>
- Humair J-P. (2009). *Arrêt du tabac chez les patients avec un trouble psychiatrique*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2009/RMS-210/Arret-du-tabac-chez-les-patients-avec-un-trouble-psychiatrique>
- Hummel, C. & Preiswerk, F. (2011). Le seuil : sortir d'une unité psychiatrique. *TSANTSA*, 16, 100-117.
- Institutions psychiatriques du valais romand. (2012). *Gestion des émotions groupe thérapeutique*. [Brochure].
https://www.hopitalduvalais.ch/fileadmin/files/disciplines/psychiatrie/fr/Gestion_des_emotions.pdf
- John A. Talbott (1974). Stopping the Revolving Door - A study of readmissions To a State Hospital. *Psychiatric Quarterly*, 48(2), 159–168.
- Klaus F., Dorsaz O., & Kaiser S. (2018). Symptômes négatifs de la schizophrénie – états des lieux et implications pratiques. <https://www.revmed.ch/RMS/2018/RMS-N-619/Symptomes-negatifs-de-la-schizophrenie-etat-des-lieux-et-implications-pratiques>
- Laurie N. Gottlieb (2014). *Les soins infirmiers fondés sur les forces*. Québec : de boeck.
- Lequin P., Brisard M.A., Skyllakou I., Herrera F., Golay P., Herrgott J., & Conus P. (2017). *Restaurer la compétence à vivre hors de l'hôpital psychiatrique : Résultats d'un programme spécialisé*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2017/RMS-N-575/Restaurer-la-competence-a-vivre-hors-de-l-hopital-psychiatrique-resultats-d-un-programme-specialise>
- Nau J-Y. (2004). *Nouvelles lumières sur la nocivité du cannabis* Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2486/1398>
- Niimura, J., Tanoue, M., & Nakanishi, M. (2016). Challenges following discharge from acute psychiatric inpatient care in Japan: patients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(9-10), 576-584. <https://doi.org/10.1111/jpm.12341>

Morandi S., Silva B., Monnat M., & Bonsack C. (2016). *Suivi intensif dans la communauté pour faciliter l'accès aux soins des personnes avec des problèmes d'addiction*. Revue Médicale Suisse. <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-522/Suivi-intensif-dans-la-communaute-pour-faciliter-l-acces-aux-soins-des-personnes-avec-des-problemes-d-addiction>

Observatoire suisse de la santé. (2020). *Durée des séjours hospitaliers pour maladies mentales*. <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/duree-des-sejours-hospitaliers-pour-maladies-mentales>

Observatoire suisse de la santé. (2020). *Maladies mentales les plus fréquentes en traitement stationnaire*. <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/maladies-mentales-les-plus-frequentes-en-traitement-stationnaire>

Observatoire suisse de la santé. (2018). *Taux d'hospitalisation dans les cliniques psychiatriques*. <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-cliniques-psychiatriques>

Office fédéral de la santé publique. (2020). *Consommation d'alcool en Suisse : Faits et chiffres*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-zu-alkohol.html>

Office fédéral de la santé publique. (2020). *Consommation de cannabis : Faits et chiffres*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-sucht/zahlen-fakten-cannabis.html>

Office fédéral de la santé publique. (2019). *Maladies psychiques et santé*. <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/krankheiten/krankheiten-im-ueberblick/psychische-erkrankungen-und-gesundheit.html>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *Principaux repères sur la schizophrénie*. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

Organisation mondiale de la santé. (2019). *Schizophrénie*. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/>

Pepin, J. Ducharme, F. & Kérouac, S. (2017). *La pensée infirmière* (4e éd). Montréal : Chenelière éducation.

Schmidt-Kraepelin, C., Janssen, B., & Gaebel, W. (2009). Prevention of rehospitalization in schizophrenia: results of an integrated care project in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259 Suppl 2, S205-212. <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0056-7>

9 ANNEXES

9.4 Grille n°1

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Facteurs de risque associés à la réhospitalisation en psychiatrie.	425
		(b) L'étude essaye d'identifier les facteurs de risques de réhospitalisation dans un hôpital. Pour effectuer cette étude, les chercheurs ont utilisé les dossiers de 207 patients et observé le taux de réhospitalisation après 15 jours, après une période de 3 à 6 mois et le taux de patients non réhospitalisés après 12 mois. Il a été identifié que certains facteurs de risques, tels que les antécédents d'abus d'alcool, le nombre de séjours en psychiatrie, ainsi que le type de lieux de vie, avaient un effet significatif sur la réhospitalisation. Les facteurs de risque que sont les antécédents d'abus de substances à l'admission ou les antécédents juridiques ne montrent pas d'effets significatifs sur le risque de réhospitalisation. La réduction des facteurs de risque, associés aux réhospitalisations psychiatriques, peuvent mener à l'identification et à l'élaboration de stratégies d'intervention préventive, qui peuvent améliorer considérablement la sécurité des patients, la qualité des soins, le bien-être, tout en contenant les dépenses en soins de santé.	425
Introduction			
Background/rationale	2	Revue de littérature avec identification des facteurs de risques	425
Objectives	3	Identifier les facteurs de risques liés à une réhospitalisation	425
Methods			
Study design	4	Étude de cohorte transversale et rétrospective.	425
Setting	5	Les dossiers ont été récoltés à un temps X pour des patients hospitalisés durant la période de janvier à décembre 2010. Des patients ont été hospitalisés pour des maladies psychiatriques aiguës. Ces patients ont été référés par les salles d'urgence locales et privées du comté, les pensionnats et établissements de soins, les établissements résidentiels, les cliniques de santé mentale, la police et les praticiens privés.	425

Participants	6	<p>(a) Des patients ont été hospitalisés pour des maladies psychiatriques aiguës. Ces patients ont été référés par les salles d'urgence locales et privées du comté, les pensionnats et établissements de soins, les établissements résidentiels, les cliniques de santé mentale, la police et les praticiens privés.</p> <p>Pour être inclu dans l'étude il fallait : (i) être majeur et avoir été hospitalisé une fois pour problème psychiatrique dans la période de janvier à décembre 2010, (ii) être sorti stable de cette hospitalisation initiale sur ordre médicale avec un traitement médicamenteux adapté, (iii) avoir un suivi chez un psychiatre et (iv) ne pas être gravement handicapé.</p>	425-426
Variables	7	<p>Variables indépendantes : Facteurs de risque donnés dans la littérature</p> <p>Variables dépendantes : hospitalisation à 15 jours, de 3 à 6 mois et non hospitalisé à 12 mois.</p>	425
Data sources/ measurement	8*	<p>Mesure par rapport à un modèle de régression</p> <p>Toutes les variables insérées dans l'étude ont été examinées par rapport à la revue de littérature, afin de construire un modèle de régression. Les auteurs ont tout d'abord comparé les caractéristiques démographiques et les facteurs de risques potentiels de réhospitalisation dans les trois groupes. Une analyse du chi² a ensuite été utilisée pour examiner les différences entre chaque variable dichotomique. Nous avons commencé avec un modèle complet incluant toutes les variables significatives par un modèle analytique simple et nous avons éliminé les facteurs de risque non significatif, afin d'inclure ceux qui étaient prédicteurs d'une réhospitalisation. Les variables qui n'ont pas été statistiquement significatives ont été retirées du modèle. L'âge a été enlevé et a donné un mode de vision très hétérogène entre les groupes. Enfin, les auteurs ont estimé que l'âge ne montrait pas de bénéfice dans l'analyse finale. Même celles qui n'ont pas été statistiquement significatives, Au final, le modèle de régression avait 10 prédicteurs, des odd ratios (OR) et des intervalles de confiance de 95% ont été calculé.</p>	426
Bias	9	<p>Peut-être biais de sélection dans l'échantillonnage, du fait que les groupes ne sont pas homogènes entre moyenne âge et principal diagnostic psychiatrique</p>	
Study size	10	<p>Pas d'information ? Échantillon modeste fait à partir de dossiers de patients hospitalisés sur une période donnée</p>	
Quantitative variables	11	<p>Pas dans l'article</p>	
Statistical methods	12	<p>(a) Modèle de régression multiple à but réducteur</p> <p>(b) Le software utilisé pour l'analyse SAS/STAT</p>	

		(c) Pas dans l'article	
		(d) Pas dans l'article	
		(e) Les facteurs confondants ont été enlevés	
Results			
Participants	13*	<p>(a) 207 dossiers analysés avec un âge compris entre 18 et 60 ans (91% de l'échantillon). 60% d'hommes et 40% de femmes. Âge du GP 1 : âge compris entre 46 et 60 ans (34%) GP 2 : âge compris entre 46 et 60 ans (48%) GP 3 : âge entre 18 et 35 ans (36%) Dans deux groupes, la plupart étaient des hommes (gp1 69%, gp2 61%) et pour le gp3, la plupart sont des femmes Le diagnostic pour le gp1 et gp2 sont la schizophrénie et pour le gp3, MDD. Histoire d'abus d'alcool : le gp 1 OUI et le gp 2 et 3 NON Histoire d'abus de drogue : le gp 1 et 2 OUI e le gp 3 NON Assurance : le gp 1 2 et 3 à MediCal Admission : le gp 1 et 2 vivaient dans une résidence et pour le gp3, ils vivaient avec un membre de la famille. Départ de l'hôpital : le gp1 ses propres ressources, le gp2 retourne dans la résidence et le gp3 retourne habiter avec un membre de la famille. Longueur de l'hospitalisation : le gp 1 2 et 3 entre 6 à 10 jours. Précédente hospitalisation : le gp 1 et 2 entre 1à5, le gp3 0 Volontaire pour l'admission : le gp 1 2 et 3 NON</p>	426-427
		(b) Handicap grave, mineur, patient instable	
		(c) Impossible pour notre article	
Descriptive data	14*	<p>(a) Toutes les données socio démographiques des participant à l'étude (Marié, vit seul, lieu de vie, divorcé, origine, veuf, sexe, âge, emploi, diagnostic, histoire d'incarcération, histoire d'abus d'alcool ou de toxicomanie, assurance maladie, adhésion aux traitements, volontaire à l'hospitalisation, longueur du séjour hospitalisations précédentes)</p>	426
		(b) Étude rétrospective avec dossier donc pas de patient qui se retire de l'étude.	
Outcome data	15*	<p>Les facteurs de risque suivant : Diagnostic psychiatrique Histoire d'abus d'alcool Admission Le nombre de précédentes hospitalisations Longueur de l'hospitalisation</p>	
Main results	16	(a) Résultats principaux (tout ce qu'ils recherchent)	426

		Analyser même ceux qui ne sont pas significatifs. L'abus de drogue n'est pas significatif. Les antécédents d'incarcération et l'observance du traitement médicamenteux, même s'ils n'étaient pas statistiquement significatifs, ont été ajoutés au modèle final, car ils ont été jugés pertinents sur le plan clinique	
		(b) Pas dans l'article	
		(c) Risque liés au temps d'analyse (pas dans cette étude) car transversale	
Other analyses	17	Un autre type de support à l'extérieur	428
Discussion			
Key results	18	L'étude relève que parmi les maladies psychiatriques, la schizophrénie est celle amenant le plus de patients à effectuer une réhospitalisation (OR 18). Les antécédents d'abus d'alcool sont un facteur favorisant la réhospitalisation en multipliant, par 9 une réhospitalisation dans les 15 jours et par 4 dans le 3 à 9 mois. Il est probable que l'abus d'alcool a aggravé leur trouble psychiatrique primaire et a entraîné la réhospitalisation. Les résultats indiquent que les cliniciens pourraient devoir se concentrer sur la prévention des rechutes liées à l'alcool. Le lieu de résidence est un autre facteur associé de manière significative à la réhospitalisation précoce. Pour les personnes sans domicile fixe (OR = 29). Les personnes résidant dans des établissements de soins et d'hébergement (OR = 27) Celles qui résidaient seules ou avec des personnes non apparentées (OR = 8). Selon l'article, le soutien des proches ainsi que leur aide pourraient aider le patient et lui éviter un retour à l'hôpital.	426-430
Limitations	19	La présente étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'étude est limitée par la taille modeste de l'échantillon. Deuxièmement, la plupart des patients de cette étude étaient grièvement malades et indigents ; par conséquent, les résultats ne peuvent pas être généralisés aux patients ayant une maladie moins grave et/ou un statut socio-économique plus élevé. Troisièmement, les évaluations initiales ont été effectuées par des évaluations cliniques sans l'utilisation d'évaluations standardisées ou de questions d'entrevue. Par conséquent, les résultats peuvent varier en raison des différents niveaux de connaissances et d'expérience clinique des cliniciens qui effectuent les évaluations.	430
Interpretation	20	Les facteurs de risque associés à la réhospitalisation précoce des patients psychiatriques grièvement malades comprenaient le diagnostic de schizophrénie/SAD, les	430

antécédents d'abus d'alcool, le lieu de résidence à l'admission initiale et le nombre d'admissions antérieures en psychiatrie. Ces facteurs de risque peuvent aider les fournisseurs de soins de santé dans les hôpitaux psychiatriques et les services externes à adapter leur gestion des patients en conséquence. Ils peuvent également aider les décideurs à revoir les lignes directrices relatives au congé des patients et à réglementer l'affectation des ressources, afin d'améliorer les soins dispensés à ces patients en milieu hospitalier et en consultation externe. Le coût des soins supplémentaires peut être compensé par le coût de la réhospitalisation anticipée.

Generalisability	21	Les résultats obtenus ne peuvent pas être généralisés aux patients ayant une maladie moins grave et/ou un statut socioéconomique plus élevé.	
Other information			
Funding	22	Cette étude est subventionnée par Medicare, Medic-aid (MediCal en Californie).	

9.5 Grille n°2

No. Item	Guide questions/description	Reported on Page #
Domain 1: Research team and reflexivity		
<i>Personal Characteristics</i>		
1. Inter viewer/facilitator	J.Niimura, M. Tanoue, M. Nakanishi	576
2. Credentials	RN, PhD	576
3. Occupation	J. Niimura : Chercheur senior en santé mentale et équipe de recherche de soins à l'institut métropolitain de Tokyo des sciences médicales M. Tanoue : Professeur en santé mentale et soins psychiatriques diplômé de l'université médicale et dentaire de Tokyo. M. Nakanishi : Chercheur en santé mentale et équipe de recherche de soins à l'institut métropolitain de Tokyo des sciences médicales	576
4. Gender	Pas indiqué dans l'article	N/A
5. Experience and training	Chercheur et professeur ayant obtenu un doctorat	576
<i>Relationship with participants</i>		
6. Relationship established	Pas indiqué dans l'article	N/A
7. Participant knowledge of the interviewer	Une description de l'étude a été envoyée à chacun des patients qui ont satisfait aux exigences avec une demande de participation du chef du service de consultation externe, d'une infirmière en consultation externe, du médecin traitant de l'hôpital ou des chercheurs. Les patients qui ont donné leur consentement pour participer à l'étude ont été enregistrés comme participants. Lors du processus de sélection, l'accent a été mis sur les considérations éthiques et sur l'état des patients.	578
8. Interviewer characteristics	Les entretiens ont été menés par deux infirmières diplômées qui avaient l'expérience des entretiens psychiatriques. Afin de s'assurer que le contenu des entretiens était uniforme entre les chercheurs, ils ont comparé le contenu et les méthodes des entretiens avant et pendant l'étude. Les enquêteurs se sont rendus dans les hôpitaux les jours où les participants avaient des rendez-vous en consultation externe.	578

Domain 2: study design		
<i>Theoretical framework</i>		
9. Methodological orientation and Theory	Cette étude a utilisé une conception d'étude qualitative de type descriptive impliquant des entretiens semi-structurés.	577
<i>Participant selection</i>		
10. Sampling	Les participants ont été sélectionnés parmi les patients qui sont sortis d'hospitalisation entre novembre 2010 et octobre 2011. Ils avaient tous connu une admission involontaire dans un hôpital psychiatrique privé de Tokyo. Au moment de l'étude, il s'est écoulé entre 1 et 6 mois précédant la dernière hospitalisation. Les patients bénéficiaient d'un traitement ambulatoire.	578
11. Method of approach	Les participants ont reçu un courrier avec un descriptif de l'étude et ont dû donner leur consentement.	578
12. Sample size	18 participants, dont 8 hommes et 10 femmes.	578
13. Non-participation	Pas indiqué dans l'article	N/A
<i>Setting</i>		
14. Setting of data collection	Au sein d'un hôpital psychiatrique privé de Tokyo, dans des chambres privées afin de respecter l'anonymat des patients.	578
15. Presence of non-participants	6 des participants ont été accompagnés par un membre de la famille pendant les entretiens.	579
16. Description of sample	Sexe (44.4% des hommes) Âge : 10-19ans : 5.6% 20-29 ans : 0% 30-39 ans : 11.1% 40-49 ans : 50% 50-59 ans : 22.4% Plus de 60 ans : 11.1% Marié : 44.4% Vivant avec la famille : 94.4% Vivant seul : 5.6% Structure familiale Durée de la dernière hospitalisation + nombre d'hospitalisation Tous avaient été admis contre leur gré en raison d'un diagnostic de trouble du spectre de la schizophrénie selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième édition.	578
<i>Data collection</i>		
17. Interview guide	Les entretiens comprenaient une combinaison de questions sur la démographie, les caractéristiques cliniques des patients et de questions posées par les	578-579

	chercheurs sur le sujet principal de l'étude. Pour obtenir de la part des participants des remarques franches et concrètes sur la pratique psychiatrique et les soins qu'ils ont reçu, les chercheurs ont commencé en les interrogeant sur l'état de leur vie actuelle. Copier-coller les questions	
18. Repeat interviews	Non	N/A
19. Audio/visual recording	Enregistrement audio des entretiens	579
20. Field notes	Des notes ont été prise lors des retranscriptions après les entretiens par l'un des chercheurs.	579
21. Duration	27,9 minutes (médiane 28 min)	579
22. Data saturation	Pas dans l'article	Methods
23. Transcripts returned	Pas indiqué dans l'article	N/A
Domain 3 : analysis and findings		
<i>Data analysis</i>		
24. Number of data coders	3 chercheurs mais pas d'indication aux personnes qui ont codé les données Ils ont codé eux-mêmes les thèmes et selon une ancienne étude ils ont fait les questions.	Methods
25. Description of the coding tree	Ils ont pris les catégories et sous catégories d'une première étude.	N/A
26. Derivation of themes	Ils ont déterminé les thèmes avant l'étude.	579
27. Software	Pas indiqué dans l'article.	N/A
28. Participant checking	L'hôpital n'a pas permis aux chercheurs d'avoir des retours des participants.	583
<i>Reporting</i>		
29. Quotations presented	Oui avec la présence de numéro pour identifier le participant. (Tout écrire) le thème + réponse	580-582
30. Data and findings consistent	Oui	580-582
31. Clarity of major themes	Oui certaines catégories sont claires et comportent une définition.	582-583
32. Clarity of minor themes	Oui	580-583

9.6 Grille n°3

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of **case-control studies**

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	(a) Prévention des risques d'hospitalisation chez des patients atteints de schizophrénie : Résultat d'un projet de soins intégrés en Allemagne.	S205
		<p>(b) Le but de cette étude était d'empêcher des réhospitalisations et d'optimiser ainsi la satisfaction avec le traitement et la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie ou de désordre schizoaffectif. Une intervention avec une meilleure coopération entre les services hospitaliers et ambulatoires a été appliquée à 46 patients "à forte utilisation" après leur sortie de l'hôpital pendant une phase d'intervention de 6 mois. L'étude a été contrôlée par un groupe apparié de 47 patients recevant le traitement comme d'habitude. L'intervention a été basée sur un module d'aide à la décision automatisée. Huit psychiatres dans des cabinets privés ont été équipé d'un logiciel afin d'obtenir des recommandations basées sur des lignes directrices selon la psychopathologie et l'état clinique. Les interventions complexes suggérées par le logiciel ont inclus le psychoéducation, thérapie de groupe de compétence sociale, thérapie psychologique intégrée, formation cognitive automatisée, formation de qualifications, sociothérapie, soin infirmier, visites à domicile, aide sociale, aide aux membres de la famille, et l'utilisation d'une ligne téléphonique de secours. Une équipe de projet d'un hôpital local a organisé des interventions spécifiquement suggérées. Nous avons eu l'intention d'accomplir une réduction de cadences de réhospitalisation de 50% du groupe d'intervention dans une phase complémentaire de douze mois. La satisfaction à l'égard du traitement, la qualité de vie subjective et les coûts du traitement en termes de coûts quotidiens d'hospitalisation ont été comparés entre les deux groupes. Des variables de modérateur telles que des aspects ou des influences sociodémographiques ou les influences de certaines interventions sur le taux de réhospitalisation ont été analysées. L'échantillon comprenait des patients plus gravement malades que prévu initialement.</p> <p>Le groupe témoin (CG)était plus âgé (46 ans) que ces sujets dans le groupe d'intervention (IG)(40 ans). D'autres aspects socio-démographiques (sexe, situation de famille, niveau d'enseignement, et nombre d'anciennes hospitalisations) n'ont affiché</p>	S205

		<p>aucune différence entre les deux groupes. La cadence de réhospitalisation et la longueur moyenne du traitement d'hospitalisés ont été réduites presque à 50% dans le groupe d'intervention. La cadence des réhospitalisations a augmenté au groupe témoin, menant à une différence de 23% entre les deux groupes. Le facteur le plus important pour influencer favorablement le taux de réhospitalisation était la participation à une formation sur les capacités d'adaptation. La satisfaction des patients à l'égard du traitement a augmenté, tandis que la qualité de vie subjective est restée constante. Puisque ces améliorations ont été accomplies avec des coûts inférieurs (en termes de soins d'hospitalisés), la rentabilité était plus haute dans l'IG que dans le CG. Le facteur unique le plus important pour influencer favorablement les taux de réhospitalisation a été la participation à la formation aux techniques d'adaptation. Seules les thérapies complexes cohérentes avec les lignes directrices en tant qu'intervention courante ont permis d'obtenir un résultat global significatif. De ce fait, la satisfaction avec le traitement a augmenté considérablement pendant les 6 mois de l'intervention et est demeurée constante pendant 12 mois de suivi. Le projet modèle décrit est une étape importante pour acquérir des preuves et l'expérience avec soins intégrés pour des patients atteints de schizophrénie.</p>	
--	--	--	--

Introduction

Background/rationale	2	Étude avec proposition de suivi intensif thérapeutique (cas) et un groupe non suivi (témoin).	
Objectives	3	<p>L'objectif principal de ce projet est de réduire les taux de réhospitalisation chez les patients atteints de schizophrénie qui ont précédemment montré des altérations très fréquentes entre les soins hospitaliers et ambulatoires.</p> <p>Les patients qui reçoivent des interventions complexes respectant les lignes directrices dans un système de soins de traitement intégré (groupe d'intervention, IG) montreront une plus petite quantité de réhospitalisations à l'hôpital des soins aux patients hospitalisés (efficacité) que les patients sans cette participation (groupe témoin, CG). Un autre objectif est d'examiner si cette intervention complexe conduira à une réduction des coûts de traitement dans les soins ambulatoires (efficacité) car cela n'a pas été évalué dans notre enquête précédente</p>	

Methods

Study design	4	Étude interventionnelle contrôlée non randomisée.	S205
Setting	5	L'étude a été réalisée dans une étude interventionnelle décodée, contrôlée non randomisée. Les trois phases de l'étude comprenaient l'évaluation de base (i) des critères d'inclusion, (ii) d'intervention	

		<p>pour 6 mois, et (iii) des enquêtes de suivi à 6 et 12 mois après la date de sortie de l'hôpital d'index. Les réévaluations à 6 et 12 mois du paramètre de résultat primaire "réhospitalisation" chez tous les patients ont été assurées presque complètement grâce au mandat de soins de santé de la LVR-Klinikum Düsseldorf. La conception est mise en place pour tester l'effet principal de l'intervention, à savoir un taux de réadmission à l'hôpital réduit dans l'IG à 6 et 12 mois.</p>
Participants	6	<p>(a) Les participants à cette étude ont été recrutés au cours de leur traitement en milieu hospitalier (par la suite désigné comme « » séjour index « ») à l'hôpital psychiatrique de la LVR-Klinikum DÜSSELDORF. Les Conditions de participation étaient un diagnostic de schizophrénie, un âge compris entre 18-65 ans, un état clinique justifiant des soins ambulatoires, et la possibilité d'obtenir un consentement éclairé. Afin de limiter notre population cible aux patients "à forte consommation", seuls les patients ayant été hospitalisés 24 mois avant le séjour de référence ont été inclus dans l'échantillon de l'étude. En supposant une taille d'effet modérée sur le résultat cible « » de réduction du taux de réhospitalisation « » et un niveau significatif de 5% testé à sens unique, la taille de l'échantillon requis a été calculé à $n = 76$ (2 9 38). La taille de l'échantillon de notre étude a dépassé ces exigences car huit sujets ont été recrutés en plus dans IG en raison d'une acceptation positive par les patients du projet ($n = 46$). Le CG a été sélectionné à l'aide de la base de données électronique de l'hôpital (KIS) et contient 47 patients. Selon l'évaluation de routine à l'hôpital, les sujets de CG ont été comparés à ceux de l'IG par les critères suivants : le diagnostic, l'âge, le sexe, la situation familiale, l'éducation, le nombre de traitements aux patients hospitalisés. CG a reçu un traitement comme d'habitude par des spécialistes psychiatriques externes, ou par les unités de soins ambulatoires à l'hôpital. Le taux de réhospitalisation du CG a également été évalué avec la base de données électronique de l'hôpital.</p> <p>(b) Les critères d'exclusion étaient un manque de motivation à participer, sans-abri et le logement supervisé.</p>
Variables	7	<p>Âge (40,3 % IG et 46% CG), Sexe femme (48,9% IG et 61,1% CG), vivant en cohabitation (17% IG, 11,1 % CG), Non diplômé (4,3% IG, 16,3% CG), diplômé de l'université (30,4% IG, 21,3% CG), Séjours hospitaliers antérieurs (7,3% IG et CG), diagnostic F20.X (76% IG et CG) et diagnostic F25.X (24% IG et CG).</p>
Data sources/ measurement	8*	<p>L'hypothèse à confirmer était de montrer une diminution du taux de réhospitalisation des patients hospitalisés de 50% (31-15%) dans le groupe d'intervention par rapport au groupe de contrôle dans un délai de 12 mois. La réduction des</p>

réhospitalisations visait à égaler une taille d'effet modéré anticipé (0,44). La comparaison entre les taux de réhospitalisation de l'IG et du CG après 12 mois a été calculée à l'aide de tests du chi carré. Une différence de la durée des séjours de réhospitalisation entre les deux groupes a également été constatée à l'aide de ce test.

Afin d'éviter les biais dus à des différences cachées entre les deux groupes, un "modèle en miroir" a été appliqué : les patients de la GC, par exemple, peuvent avoir été plus grièvement malades au moment de leur sortie que ceux de l'IG, ce qui entraîne un besoin divergent de réhospitalisations entre les groupes. Par conséquent, le taux d'admission 12 mois avant et 12 mois après le séjour d'index a été examiné au sein des deux groupes à l'aide de tests du chi carré.

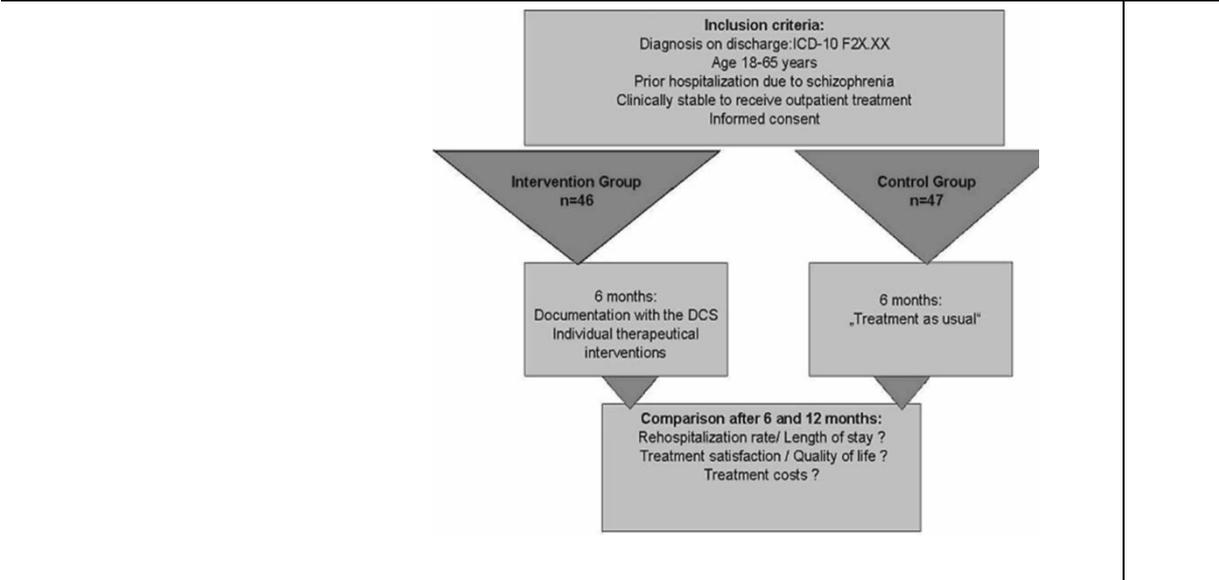
Les variables modératrices potentielles pour les taux de réhospitalisation ont été examinées en appliquant des analyses de régression et de corrélation. Pour une analyse exploratoire concernant une augmentation de la qualité de vie subjective et de la satisfaction à l'égard du traitement, une analyse d'un effet modérateur (demi-écart type) pour les différences de moyenne a été effectuée. Le profil des moyennes dans ce cas a été comparé à l'aide de tests t.

Étant donné que l'analyse portait sur deux valeurs indépendantes (taux de réhospitalisation par rapport à la satisfaction ou à la qualité de vie), un ajustement alpha n'était pas nécessaire. Les échelles mentionnées ont été analysées séparément.

Les abandons ont été traités différemment en ce qui concerne l'analyse spécifiée : la mesure du résultat dans l'analyse de confirmation était une réhospitalisation à l'hôpital dans les 12 mois suivant la sortie. En cas d'absence ou d'abandon du traitement, le résultat a été évalué en étudiant les dossiers de l'hôpital. Étant donné que l'hôpital qui mène cette enquête est responsable des soins de santé mentale obligatoires dans la région, le résultat de la "réhospitalisation" était très élevé. De ce fait, les cas mentionnés n'ont pas été considérés comme des abandons. Il n'y a pas eu de cas d'abandon dans lesquels les réhospitalisations potentielles n'ont pas pu être évaluées au moment de l'anamnèse (par exemple en raison d'un changement de résidence). Les abandons ont été inclus dans les analyses d'"intention de traiter" concernant la satisfaction à l'égard du traitement et de la qualité de vie. La procédure a semblé appropriée puisque les patients avec retrait du traitement représentent un problème grave dans les soins ambulatoires.

Bias	9	Biais de sélection face à l'âge et au sexe. En effet, les groupes ont différencié de manière significative dans l'âge et le sexe (féminin).
------	---	---

		Les IG ont été recrutés avant la sortie par des enquêteurs alors que les CG ont été sélectionnés à l'aide de la base électronique. Cela veut dire que les CG n'ont pas été rencontrés en personne et ne sortaient pas forcément d'une hospitalisation récente.	
Study size	10	Les conditions de participation sont : (i) un diagnostic de schizophrénie, (ii) avoir entre 18 et 65 ans, (iii) un état clinique qui justifie un suivi ambulatoire et (iv) un consentement éclairé. La taille de l'échantillon de l'étude a dépassé ses exigences car 8 patients ont été recrutés en plus dans le groupe intervention, en raison d'une acceptation positive par les patients. Les IG ont été recrutés avant la sortie par des enquêteurs alors que les CG ont été sélectionnés à l'aide de la base électronique.	
Quantitative variables	11	Pas dans l'article	
Statistical methods	12	(a) Le taux d'admission 12 mois avant et 12 mois après le séjour d'index a été examiné au sein des deux groupes à l'aide de tests du chi carré. Les variables modératrices potentielles pour les taux de réhospitalisation ont été examinées en appliquant des analyses de régression et de corrélation. Pour une analyse exploratoire concernant une augmentation de la qualité de vie subjective et de la satisfaction à l'égard du traitement, une analyse d'un effet modérateur (demi-écart type) pour les différences de moyenne a été effectuée. Le profil des moyennes dans ce cas a été comparé à l'aide de tests t.	
		(b) Pas dans l'article	
		(c) Pas dans l'article	
		(d) Les IG ont été recrutés avant la sortie par des enquêteurs alors que les CG ont été sélectionnés à l'aide de la base électronique.	
		(e) Pas dans l'article	
Results			
Participants	13*	(a) 11.1% des patients de l'IG ont arrêté le traitement dans un cas, cela étant dû à un changement de psychiatre qui ne participait pas au projet. La majorité des cas ont été causés par la perte de contact avec le patient (n=4). Ces patients ont été inclus dans le calcul final.	
		(b) changement de psychiatre, perte de contact	
		(c)	



Descriptive data	14*	(a) âge (40,3 % IG et 46% CG), Sexe femme (48,9% IG et 61,1% CG), situation familiale (17% IG, 11,1 % CG), Non diplômé (4,3% IG, 16,3% CG), diplômé de l'université (30,4% IG, 21,3% CG), Séjours hospitaliers antérieurs (7,3% IG et CG), diagnostic F20.X (76% IG et CG) et diagnostic F25.X (24% IG et CG). (b) Pas dans l'article
Outcome data	15*	IG : N= 46 CG N=47

Main results	16	<p>(a) Les patients ont reçu un total de 4 172 heures de thérapie. Chaque patient a eu accès à une moyenne de 88,7 h.</p> <p>Le taux de réhospitalisation après 12 mois était de 41% dans l'IG, tandis que 64% des patients de l'IG étaient réhospitalisés. Le nombre de réhospitalisations au cours de cette période était significativement plus faible dans l'IG que dans la GC (test v2, p = 0,018) (Fig. 2).</p> <p>Il n'y a pas eu de différence significative dans la durée des séjours à l'hôpital, bien qu'il y ait eu une tendance à des séjours plus courts dans l'IG (moyenne 24,6 jours) que dans la GC (moyenne 43,6 jours) (test v2, p = 0,070).</p> <p>Comme prévu, dans l'hypothèse d'un tarif journalier de 200 € par séjour en psychiatrie générale (taux de janvier 2007, LVR-Klinikum Düsseldorf), les coûts de traitement des patients de l'IG (moyenne de 4,916 €, n = 46) étaient inférieurs de 3,860 € à ceux des patients de la GC (moyenne de 8,720 €, n = 47).</p> <p>Au sein de l'IG, il y a eu significativement plus de réhospitalisations 12 mois avant le séjour de l'indice que pendant les 12 mois de suivi (p \ 0,001) (Fig. 3). Les patients de l'IG ont été hospitalisés plus fréquemment (moyenne 1,4) avant le séjour de référence que pendant le suivi (moyenne 0,92). La différence était très significative (test v2 ; p \ 0,001). Le nombre de</p>
--------------	----	--

		<p>réhospitalisations a diminué (50%) chez les patients qui n'ont été hospitalisés qu'une seule fois au cours des 12 mois précédant le séjour de référence (Fig. 4).</p> <p>La durée du séjour différait, mais pas de manière significative : 12 mois avant le séjour à l'hôpital de référence, la durée moyenne du séjour était de 43,8 jours. La durée moyenne est tombée à 24,5 jours (test t, p = 0,054). Cependant, en se basant sur notre hypothèse de coûts de traitements quotidiens de 200€, la diminution de la durée du séjour hospitalier a généré des économies de coûts de traitement de 3,860€ par patient dans l'IG.</p> <p>Afin de tester si le CG avait également amélioré les taux de réhospitalisation (par exemple, en raison d'une tendance à raccourcir la durée des hospitalisations ou à étendre les services de soins ambulatoires) au fil du temps, des analyses en image miroir ont également été effectuées sur les patients du CG : 42 % ont été hospitalisés 12 mois avant le séjour de référence (durée moyenne de 26 jours par séjour), tandis que 64 % ont été admis dans les 12 mois suivant le séjour de référence (moyenne de 43,6 jours de séjour).</p> <p>(b) Pas dans l'article</p> <p>(c) Pas dans l'article</p>
Other analyses	17	Pas dans l'article

Discussion

Key results	18	<p>Afin d'atteindre les objectifs de cette étude, 46 patients "à forte consommation" et souffrant de schizophrénie ou de troubles schizo-affectifs ont été examinés, avant d'être comparés à un groupe témoin apparié de 47 patients. Les taux de réhospitalisation à l'hôpital était significativement plus faible dans l'année suivant la sortie pour les patients traités avec les interventions complexes recommandées par les directives pendant 6 mois que pour les patients recevant un traitement habituel. En plus de la conception du groupe témoin, nous avons appliqué une "conception en miroir", en examinant les taux de réhospitalisation de tous les sujets des deux groupes 12 mois avant le séjour à l'hôpital psychiatrique de référence et 12 mois après ce séjour de référence.</p> <p>Dans l'ensemble, le projet a été bien accueilli par la population de patients et a donné des résultats positifs. Lors de la planification de l'étude, nous avons supposé une réduction des taux de réhospitalisation de 50 %. Cependant, l'échantillon de l'étude était composé de patients plus grièvement malades que prévu (76 % des patients ont été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédant le séjour de référence et une moyenne de 7,3 hospitalisations). Malgré cela, le taux de réhospitalisation a pu être réduit de 76 à 41 %. En revanche, le CG a montré une évolution contraire puisque 42% avaient été hospitalisés 12 mois avant le séjour de référence et même 64% ont été réhospitalisés en traitement hospitalier jusqu'à 1 an après le séjour de référence. Certains patients présentant des taux élevés d'hospitalisation n'ont pas participé à l'intervention ou ont interrompu leur traitement peu après leur</p>
-------------	----	---

		inclusion dans le projet. Nous pensons qu'il est nécessaire que ce groupe de patients reçoive des soins plus adéquats pour répondre à leurs besoins individuels (comme par exemple l'accessibilité continue de l'équipe de traitement, puisque ce groupe de patients est souvent réhospitalisé pendant les week-ends ou la nuit).	
Limitations	19	Lors de la planification de l'étude, nous avons supposé une réduction des taux de réhospitalisation de 50 %. Cependant, l'échantillon de l'étude était composé de patients plus grièvement malades que prévu (76 % des patients ont été hospitalisés au moins une fois dans les 12 mois précédant le séjour de référence et une moyenne de 7,3 hospitalisations). La qualité de vie en tant que mesure à long terme n'a pas été affectée de manière significative par le programme d'intervention. Cela peut être dû à une période relativement courte de 6 mois d'intervention.	
Interpretation	20	Le développement des capacités d'adaptation a été le seul facteur dans cette étude, qui a influencé positivement les taux de réhospitalisation. L'importance et l'efficacité de la formation aux capacités d'adaptation pour l'amélioration de la santé sont donc soulignées lorsqu'on considère sa relative facilité de mise en œuvre dans les soins ambulatoires. La variance expliquée du facteur "coping skills" sur les taux de réhospitalisation était plutôt faible. Nous pensons donc qu'il faut une combinaison d'interventions complexes dans leur ensemble pour améliorer de manière significative les soins ambulatoires en termes de taux de réhospitalisation. Contrairement aux études qui ont analysé différentes interventions séparément dans un modèle de contrôle [2, 19], l'étude en question propose de comparer ces interventions en ce qui concerne leur valeur positive par rapport aux taux de réhospitalisation.	
Generalisability	21	L'étude n'est pas généralisable à toute la population, car l'échantillon est trop petit.	
Other information			
Funding	22	Pas dans l'article.	

9.7 Grille n°4

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cohort studies*

	Item No	Recommendation	Page No
Title and abstract	1	<p>(a) Étude longitudinale</p> <p>(b) Les participants étaient des patients atteints de schizophrénie qui sont sorti d'hospitalisation. Les enquêtes ont été menées au moment de la sortie et un an plus tard. Les caractéristiques démographiques et cliniques comprenaient les éléments suivants : le type d'interventions de thérapie occupationnelle (OT) (en groupe et individualisée ou en groupe uniquement), les scores des échelles d'évaluation sur l'hospitalisation, les conditions de vie dans la communauté après la sortie de l'hôpital, et les composantes du traitement ambulatoire (OT ambulatoire, traitement de jour, soins infirmiers à domicile et respect du traitement ambulatoire et des médicaments). Toutes les variables ont été examinées dans une analyse de régression logistique binomiale afin d'identifier les facteurs de réhospitalisation. Le taux de réhospitalisation était de 31,8 %, car 14 des 44 participants ont été réhospitalisés dans l'année suivant leur sortie. Le type d'intervention en OT (OR Z 7,05, 95% CI Z 1,36 e36,69, p Z .020) et l'adhésion au traitement et aux médicaments en consultation externe (OR Z 9,48, 95% CI Z 1,82e49,33, p Z .008) ont été des facteurs significatifs de réhospitalisation. Conclusion : Cette étude a apporté un soutien préliminaire à la conclusion selon laquelle une thérapie occupationnelle individualisée et une bonne observance du traitement et des médicaments en consultation externe sont associées à la réduction de la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie au Japon.</p>	7
Introduction			
Background/rationale	2	Basée sur une ancienne étude essai contrôlé quasi-expérimental utilisant une conception non randomisée.	8
Objectives	3	Évaluer les facteurs influençant la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie.	8
Methods			
Study design	4	Les enquêtes ont été menées au moment de la sortie et un an plus tard. Les caractéristiques démographiques et cliniques comprenaient les éléments suivants : le type d'interventions de thérapie occupationnelle (OT) (en groupe et individualisée ou en groupe uniquement), les scores des échelles d'évaluation sur l'hospitalisation, les	9

		conditions de vie dans la communauté après la sortie de l'hôpital, et les composantes du traitement ambulatoire (OT ambulatoire, traitement de jour, soins infirmiers à domicile et respect du traitement ambulatoire et des médicaments). Toutes les variables ont été examinées dans une analyse de régression logistique binomiale afin d'identifier les facteurs de réhospitalisation.	
Setting	5	Cette étude a été menée entre janvier 2010 et novembre 2013 au Mental Support Soyokaze Hospital, Nagano, Japon. Cette étude a été approuvée par le comité d'éthique du Mental Support Soyokaze Hospital. Les participants à l'étude ont donné leur consentement éclairé par écrit pour toutes les procédures de l'étude.	9
Participants	6	(a) Les critères d'inclusion pour cette étude étaient les suivants : (i) être âgé de 20 à 65 ans, (ii) avoir été récemment hospitalisé dans un hôpital psychiatrique, (iii) être sorti de l'hôpital dans un délai d'un an, et (iv) avoir reçu un diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif selon les critères de l'entretien clinique structuré pour le DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Les critères d'exclusion comprennent : un diagnostic de retard mental, des antécédents actuels ou passés de désordres neurologiques, y compris des blessures à la tête, des troubles vasculaires cérébraux, l'épilepsie ou la démence, un diagnostic de désordres liés à l'alcool ou à la drogue (abus ou dépendance), et la nécessité d'une intervention individuelle pour un dysfonctionnement physique. (b) Pas dans l'article	9
Variables	7	<u>Pas de réhospitalisation :</u> Age : 39.93% Homme : 46.7% Femme : 53,3% Age au début : 21.93% Nombre d'hospitalisation : 3.3 Durée total hospitalisation : 24,49 Célibataire : 76.7% Marié : 13.3% Séparé ou divorcé : 6.7% Veuf : 3.3% Expérience de travail : Oui 20%, Non 80% Expérience OT : Oui 40%, Non 60% Commencé l'OT pendant l'hospitalisation : 6.64% Durée de la dernière hospitalisation : 96.74 Durée de l'intervention : 21.29 Type d'intervention : GOT + IOT 76.7, GOT 23.3% Conditions de vie : Personnes de soutien OUI 63.3% NON 36.7%, Revenus : OUI 90% NON 10%	11

	<p>Contenu des traitements ambulatoires : Soins ambulatoires OT OUI 60% NON 40%, Traitement de jour : OUI 26.7% NON 73.3%, Infirmière à domicile : OUI 26.7% NON 73.3%</p> <p>Adhérence aux soins ambulatoires et les médicaments : BIEN 90% PAUVRES 10%</p> <p>Antipsychotique : pré-OT intervention 212.12, post-OT 264.60</p> <p><u>Réhospitalisation :</u></p> <p>Age : 44.21</p> <p>Homme : 57.1%</p> <p>Femme : 42.9%</p> <p>Âge au début : 23.57%</p> <p>Nombre d'hospitalisation : 4.94</p> <p>Durée total hospitalisation : 33.96</p> <p>Célibataire : 71.4%</p> <p>Marié : 14.3%</p> <p>Séparé ou divorcé : 14.3%</p> <p>Veuf : 0%</p> <p>Expérience de travail : Oui 0%, Non 100%</p> <p>Expérience OT : Oui 64.3%, Non 35.7%</p> <p>Commencé l'OT pendant l'hospitalisation : 13,55%</p> <p>Durée de la dernière hospitalisation : 118.33</p> <p>Durée de l'intervention : 12.36</p> <p>Type d'intervention : GOT + IOT 28.6 , GOT 71.4</p> <p>Conditions de vie : Personnes de soutien : OUI 42.9% NON 57.1% , Revenus : OUI 85.7% NON 14.3%</p> <p>Contenu des traitements ambulatoires : Soins ambulatoires OT OUI 28.6% NON 71.4% , Traitement de jour : OUI 35,7% NON 64.3%, Infirmière à domicile : OUI 21.4% NON 78.6%</p> <p>Adhérence aux soins ambulatoires et les médicaments : BIEN 42.9% PAUVRES 57.1%</p> <p>Antipsychotique : pré-OT intervention 313.20, post-OT 309.85</p>	
<p>Data sources/ 8* measurement</p>	<p>Tout d'abord, nous avons effectué des comparaisons entre groupes des données démographiques, des scores des mesures BACS-J, PANSS et GAF de l'hospitalisation, des conditions de vie dans la communauté après la sortie, et du contenu du traitement ambulatoire en utilisant des tests t pour les variables continues et des analyses c2 pour les variables catégorielles. Les variables qui satisfaisaient à la condition de signification $p < 0,05$ ont été sélectionnées pour une analyse plus approfondie à l'aide d'une analyse de régression logistique. Nous avons ensuite calculé le coefficient de corrélation de Pearson entre chaque variable présentant des différences significatives dans les analyses univariées précédentes afin d'exclure l'influence de la multicolinéarité, pour les variables avec $r > 0,4$. Après cette étape, nous avons effectué une analyse de régression logistique binomiale pour déterminer les facteurs influençant la</p>	<p>10</p>

		réhospitalisation. Ensuite nous avons calculé le rapport de cotes (OR) et l'intervalle de confiance à 95% (IC à 95%). Après avoir contrôlé simultanément pour les facteurs de confusion potentiels, avec la réhospitalisation comme variable dépendante et les variables qui ont été sélectionnées dans les analyses précédentes comme variable indépendante. Les analyses statistiques ont été réalisées avec EkuserueToukei 2010 (Social Survey Research Information Co., Ltd., Tokyo, Japon). Le niveau de signification a été fixé à $p < 0,05$.	
Bias	9	Biais de sélection	13
Study size	10	Patients ayant été réhospitalisés : N=14 Patients non réhospitalisés : N=30	11
Quantitative variables	11	Pas dans l'article	
Statistical methods	12	(a) Premièrement, les variables qui satisfaisaient à la condition de signification $p < 0,05$ ont été sélectionnées pour une analyse plus approfondie à l'aide d'une analyse de régression logistique. Deuxièmement, nous avons calculé le coefficient de corrélation de Pearson entre chaque variable présentant des différences significatives dans les analyses univariées précédentes, afin d'exclure l'influence de la multicolinéarité, pour les variables avec $r > 0,4$. Troisièmement, nous avons effectué une analyse de régression logistique binomiale pour déterminer les facteurs influençant la réhospitalisation et pour calculer le rapport de cotes (OR) et l'intervalle de confiance à 95% (IC à 95%). Après avoir contrôlé simultanément pour les facteurs de confusion potentiels, avec la réhospitalisation comme variable dépendante et les variables qui ont été sélectionnées dans les analyses précédentes comme variable indépendante. (b) voir point a (c) pas dans l'article (d) pas dans l'article (e) Pas dans l'article	10
Results			
Participants	13*	(a) Le tableau 2 présente les données démographiques au moment de la décharge. Le nombre de patients schizophrènes récemment hospitalisés était de 72. Parmi eux, 51 répondaient aux critères d'inclusion et ont participé à notre étude précédente, et sept ont été exclus des analyses. Cinq patients ont été hospitalisés pendant plus d'un	10

		<p>an et deux patients ont émigré vers d'autres régions après leur sortie ; par conséquent, 44 patients ont été inclus dans les analyses finales.</p> <p>(b) 19 ne répondaient pas aux critères d'inclusion et 7 ont été exclus des analyses. Cinq ont été hospitalisé pendant plus d'un an et deux ont émigré vers d'autres régions.</p> <p>(c) pas dans l'article</p>	
Descriptive data	14*	<p>(a) Pas dans l'article</p> <p>(b) Pas dans l'article</p> <p>(c) Janvier 2010 à novembre 2013</p>	
Outcome data	15*	Pas dans l'article	
Main results	16	<p>(a) Les résultats d'une analyse de régression logistique binomiale avec la réhospitalisation comme variable dépendante et la durée du dernier séjour à l'hôpital, le type d'interventions en OT, l'adhésion au traitement et aux médicaments en ambulatoire et la fluidité verbale à la sortie comme variables indépendantes, sont présentés dans le tableau 5. Le type d'intervention en OT (OR Z 7,05, 95% CI Z 1,36, 36,69, p Z .020) et l'adhésion au traitement et aux médicaments en consultation externe (OR Z 9,48, 95% CI Z 1,82, 49,33, p Z .008) ont contribué de manière significative à la réhospitalisation plus d'un an après la sortie.</p> <p>(b) Pas dans l'article</p> <p>(c) Pas dans l'article</p>	10
Other analyses	17	Pas dans l'article	
Discussion			
Key results	18	La principale conclusion de cette étude est que le type d'intervention en salle d'opération et l'adhésion au traitement ambulatoire et à la médication sont des facteurs qui influencent la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie dans l'année suivant leur sortie d'un hôpital psychiatrique. Cette étude apporte un soutien préliminaire à l'idée que l'IOT est utile pour la prévention de la réhospitalisation, en plus de soutenir le	10

		respect des traitements ambulatoires et des médicaments. À notre connaissance, c'est la première étude qui montre que l'IOT est utile pour prévenir la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie au Japon.	
Limitations	19	<p>Selon les auteurs, un certain nombre de limitations est à noter. Tout d'abord, les participants ne comprenaient que les patients atteints de schizophrénie aient été congédiés à moins de 1 an après l'hospitalisation ; par conséquent, les patients hospitalisés à long terme n'ont pas été inclus. Les facteurs influençant la réhospitalisation des patients hospitalisés à long terme doivent être étudiés plus en détail. En second lieu, il y a un besoin de plus de suivi à long terme dans les études futures, parce que la durée de suivi était seulement de 1 an après la sortie dans cette étude. Troisièmement, il est nécessaire de mettre en place un plan d'essai contrôlé randomisé pour le groupe GOT - IOT par rapport au groupe GOT seul afin de réduire les biais de sélection et d'examiner plus vigoureusement la relation entre IOT et la réhospitalisation, car notre plan d'étude précédent était un essai contrôlé non randomisé dans lequel la répartition des groupes était basée sur une sélection volontaire en fonction des préférences des participants. Quatrièmement, le taux de réhospitalisation plus faible parmi ceux qui ont reçu une GOT þ IOT pourrait être dû à l'effet cumulatif de la GOT et de l'IOT, et pas seulement de l'IOT, car ce plan d'étude ne prévoyait pas de mesures à un an après la sortie. Il est donc nécessaire d'étudier ces questions avec un plan d'étude qui exclut partiellement l'effet de l'IOT. Cinquièmement, les résultats de cette étude sont limités parce qu'elle a été faite à un seul endroit et la taille de l'échantillon était petit. Par conséquent, il est nécessaire d'examiner d'autres facteurs de réhospitalisation, y compris les services de santé mentale communautaire, avec un plus grand nombre de patients atteints de schizophrénie dans une étude multicentrique.</p>	12
Interpretation	20	<p>Le taux de réhospitalisation actuel (31,8 %) est comparable à celui d'études publiées précédemment au Japon, utilisant des méthodologies similaires (33,4 %, Uchiyama et al., 2012 ; 28,9 %, Inagaki et al., 2010). Les participants qui n'ont pas été réhospitalisés ont démontré une durée de séjour à l'hôpital nettement plus courte et ont mieux respecté le traitement et les médicaments en consultation externe, et ont montré une meilleure maîtrise verbale du BACS-J à la sortie, par rapport à ceux qui ont été réhospitalisés.</p> <p>Une conclusion intrigante est que le type d'interventions en OT (GOT þ IOT ou GOT seulement), qui s'est avéré être un facteur important de réhospitalisation. Par conséquent, l'IOT peut être efficace pour prévenir la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie. L'IOT consiste en une combinaison d'entretiens de motivation, d'autosurveillance, de visites individualisées, d'activités artisanales, de psychoéducation individualisée et de planification des sorties. Il n'a pas été possible d'identifier clairement comment ou quelles</p>	12-13

	<p>composantes de l'IOT ont empêché la réhospitalisation dans cette conception d'étude. Toutefois, les conclusions générales peuvent fournir des pistes utiles pour les études futures et pour les implications cliniques.</p> <p>Nous avons déjà signalé que l'ITO était efficace pour améliorer les troubles cognitifs des patients atteints de schizophrénie (Shimada, Kobayashi et Tomioka, 2014). L'IOT pourrait avoir influencé de manière significative un meilleur score sur la fluidité verbale à la sortie chez les participants qui n'ont pas été réhospitalisés par rapport à ceux qui l'ont été. Le fonctionnement cognitif dans la schizophrénie est fortement associé au fonctionnement social et aux résultats fonctionnels (Green, 1996 ; Szöke et al., 2008), ce qui affecte la perspicacité (Aleman, Agrawal, Morgan, et David, 2006) et l'adhésion au traitement (Ascher-Svanum, Zhu, Faries, Lacro, et Dolder, 2006 ; El-Missiry et al., 2015). Cette étude a également apporté un soutien préliminaire à l'idée que l'amélioration des troubles cognitifs pendant l'IOT a contribué à réduire la réhospitalisation. Des études antérieures ont rapporté que la psychoéducation et la planification des sorties, qui font partie de l'IOT, sont utiles pour améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement et peuvent ainsi contribuer à prévenir la réhospitalisation des patients atteints de schizophrénie (Lincoln, Wilhelm, et Nestoriuc, 2007 ; Xia, Merinder, et Belgamwar, 2011). Les résultats de cette étude confirment ces conclusions antérieures. Dans cette étude, les interventions avec une psychoéducation individualisée et un plan de sortie peuvent améliorer la compréhension et l'adhésion au traitement et prévenir efficacement la réhospitalisation.</p>	
Generalisability 21	N'est pas généralisable à la population, car l'étude a été effectuée sur un seul site et la taille de l'échantillon était trop petite.	13
Other information		
Funding	22 Mental Support Soyokaze Hospital (peut-être un soutien financier)	13