

# ***L'autonomisation dans la prise en soins de personnes atteintes de schizophrénie***

## **Travail de Bachelor**

2021

Alexia Candolfi - N° matricule : 18544676

Diana Carneiro Torres - N° matricule : 18545517

Alexane Domine - N° matricule : 16348971

Directrice : Forestier Aline -

Membre du jury externe : Viala Anne – Infirmière spécialisée en santé mentale et  
psychiatrie

**Genève, le 16 juillet 2021**

## Table des matières

DÉCLARATION .....	IV
REMERCIEMENTS .....	III
RÉSUMÉ.....	V
LISTE DES ABRÉVIATIONS .....	VI
LISTE DES TABLEAUX .....	VI
LISTE DES FIGURES .....	VI
INTRODUCTION.....	7
<b>1. PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>8</b>
1.1. TROUBLES PSYCHIQUES .....	8
1.2. TROUBLES PSYCHOTIQUES .....	9
1.3. SCHIZOPHRÉNIE .....	11
1.3.1. <i>Épidémiologie</i> .....	11
1.3.2. <i>La rechute</i> .....	11
1.3.3. <i>Prise en soins ambulatoire</i> .....	17
1.4. QUESTION DE RECHERCHE INITIALE .....	18
<b>2. MODÈLE THÉORIQUE.....</b>	<b>20</b>
2.1. MODÈLE THÉORIQUE RETENU .....	20
2.2. ANCRAGE DISCIPLINAIRE.....	21
2.2.1. <i>Métaconcepts</i> .....	21
2.3. QUESTION DE RECHERCHE FINALE.....	23
<b>3. MÉTHODE .....</b>	<b>24</b>
3.1. DIAGRAMME DE FLUX .....	30
3.2. ARTICLES RETENUS À L'ISSU DE LA LECTURE .....	31
<b>4. RÉSULTATS .....</b>	<b>33</b>
4.1. SYNTHÈSE DES RÉSULTATS.....	33
4.2. TABLEAU COMPARATIF.....	35
4.3. TABLEAU 5 : TABLEAU SYNOPTIQUE DES THÈMES COMMUNS .....	44
4.4. ANALYSE CRITIQUE DES ARTICLES RETENUS.....	45
4.4.1. <i>Qualité de vie</i> .....	45
4.4.2. <i>Soutien social et familial</i> .....	45
4.4.3. <i>Attitudes faces aux traitements</i> .....	46

4.4.4.	<i>Connaissances sur la schizophrénie</i> .....	46
4.4.5.	<i>Fonctionnement personnel</i> .....	46
4.4.6.	<i>Sévérité des symptômes</i> .....	47
<b>5.</b>	<b>DISCUSSION</b> .....	<b>48</b>
5.1.	SOINS CENTRÉS SUR LA PERSONNE.....	48
5.2.	PROMOTION ET PRÉVENTION DE LA SANTÉ .....	48
5.3.	AUTONOMISATION.....	49
5.4.	PARTENARIAT DE COLLABORATION .....	50
5.5.	APPORTS ET LIMITES DU TRAVAIL .....	50
5.6.	RECOMMANDATIONS .....	51
5.6.1.	<i>Clinique</i> .....	51
5.6.2.	<i>Recherche</i> .....	52
5.6.3.	<i>Enseignement</i> .....	53
<b>6.</b>	<b>CONCLUSION</b> .....	<b>54</b>
<b>7.</b>	<b>RÉFÉRENCES</b> .....	<b>55</b>
<b>8.</b>	<b>ANNEXES</b> .....	<b>63</b>
8.1.	ANNEXE A : HASSAN, A., MUSLEH, M. (2017) – GRILLE CONSORT .....	63
8.2.	ANNEXE B : CHIEN, W. T., CHENG, H. Y., & AL. (2019) – GRILLE CONSORT.....	69
8.3.	ANNEXE C : HASAN, A.A., CALLAGHAN, P., LYMN, J.S. (2015) – GRILLE CONSORT .....	75
8.4.	ANNEXE D : SOUSA, S.A., CORRIVEAU, D., LEE, F.A., BIANCO, L.G., SOUSA, G.M. (2013) – GRILLE CONSORT .....	81
8.5.	ANNEXE E : SARIAH, A.E., OUTWATER, A.H. & MALIMA, K.I. (2014) – GRILLE COREQ .....	87
8.6.	ANNEXE F : CHOU, K.R., SHIH, Y.W., CHANG, C., CHOU, Y.Y., HU, W.H., CHENG, J.S., YANG, C.Y. & HSIEH, C.J. (2012) – GRILLE COREQ.....	93
8.7.	ANNEXE G : CHUANG, S.P., WU, J.Y.W., WANG, C.S., LIU, C.H. & PAN, L.H. (2016) – GRILLE COREQ....	98
8.8.	ANNEXE H : CHIEN, W.T., CHAN, S.W.C. (2013) – GRILLE CONSORT .....	103
8.9.	ANNEXE I : CHIEN, W.T., MUI, J., GRAY, R., CHEUNG, E. (2016) – GRILLE CONSORT .....	110
8.10.	ANNEXE J : GRADE DES RECOMMANDATIONS .....	116
8.11.	ANNEXE K : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU FONCTIONNEMENT FAMILIAL : SCORE 15.....	117
8.12.	ANNEXE L : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DU FARDEAU FAMILIAL : ÉCHELLE DE ZARIT .....	119
8.13.	ANNEXE M : ÉCHELLE D'ÉVALUATION DES SYMPTÔMES POSITIFS ET NÉGATIFS .....	120
8.14.	ANNEXE N : OUTIL ADA (CANDOLFI, A., CARNEIRO, T.D., DOMINE, A. (2021)) .....	122

## 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 de la directrice 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 16 juillet 2021

Alexia Candolfi, Diana Carneiro Torres & Alexane Domine



## **REMERCIEMENTS**

Nous avons à cœur de remercier chaque personne nous ayant épaulé durant cette année de production qui pour nous symbolise le point final de trois ans d'implication au sein de la Haute École de Santé de Genève.

Nous souhaitons remercier particulièrement notre directrice de travail de Bachelor, Madame Aline Forestier pour l'intérêt qu'elle a porté à notre travail et son regard d'expert qui nous a permis de mener à bien cet écrit. Nous sommes reconnaissantes de son soutien sans faille et de ses conseils précieux à chaque étape de notre projet. Elle a su trouver les mots afin de nous donner confiance et motivation.

Nous tenons à remercier également Madame Laurence Séchaud pour nous avoir aiguillé lorsque nous avons rencontré des difficultés. Grâce à son expertise dans la recherche et son regard critique, elle nous a guidé dans l'emploi des outils documentaires afin d'optimiser notre recherche scientifique.

## **RÉSUMÉ**

### **Problématique :**

La schizophrénie est une maladie mentale chronique qui nécessite un suivi sur le long terme. Différents facteurs sont à l'origine de la décompensation psychotique. Ces personnes sont alors sujettes à un fort taux de rechute engendrant la ré-hospitalisation. Les soins ambulatoires sont, de nos jours, de plus en plus présents dans le domaine de la psychiatrie. Le rôle infirmier est essentiel dans ce contexte. L'objectif du travail est de comprendre l'impact d'interventions d'autonomisation de ces personnes sur la gestion de leur maladie au quotidien et ainsi d'éviter les rechutes.

### **Méthode :**

Cette revue de littérature a été effectuée à partir de plusieurs bases de données : CINAHL, PubMed, Lissa et PsychInfo. Les recherches ont été réalisées entre le mois de janvier 2019 et février 2019. Le modèle théorique utilisé est l'Approche de Soins Fondé sur les Forces (ASFF) de L.N Gottlieb.

### **Résultats :**

Les équations de recherches ont permis de sélectionner neuf articles. L'analyse de ces derniers met en évidence différentes interventions infirmières favorisant l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie : la psychoéducation, la pleine conscience, les entretiens motivationnels, les entretiens exploratoires et les groupes de soutien mutuel. Par la suite, sept thèmes communs ont été identifiés : la qualité de vie, le soutien social et familial, l'attitude face aux traitements, la connaissance sur la schizophrénie, le fonctionnement personnel, l'amélioration des services de santé mentale et la sévérité des symptômes.

### **Discussion/conclusion :**

L'autonomisation de cette population est un élément essentiel dans la prise en soins. Cette revue de littérature offre des suggestions d'interventions permettant la prévention du risque de rechute en lien avec ce processus.

**Mots-clés :** schizophrénie, psychoses, troubles psychotiques, autonomisation, interventions infirmières, soins ambulatoires

**Keywords:** schizophrenia, psychosis, psychotic disorders, empowerment, nursing care, ambulatory care

Ils sont choisis par les auteurs du travail de Bachelor pour être au plus près du contenu du travail (il n'y a pas de thesaurus pour les mots-clés).

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

<b>HEdS</b>	Haute Ecole de Santé - Genève
<b>ASFF</b>	Approche de soins fondée sur les forces
<b>CD</b>	Communication déviante
<b>EE</b>	Émotions exprimées

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : PICO.....	24
Tableau 2 : PICO et mots-clés en fonction des bases de données.....	25
Tableau 3 : Équations de recherche.....	26
Tableau 4 : Tableaux de synthèse des résultats des articles retenus.....	35
Tableau 5 : Tableau synoptique des thèmes communs.....	44

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles .....	30
---	----

## INTRODUCTION

Ce travail de Bachelor, réalisé sous forme d'une revue de littérature, marque l'aboutissement de trois années d'études en soins infirmiers à la Haute École de Santé de Genève (HEdS). Elle permet de développer les compétences de démarche méthodologique : le questionnement sur une problématique de santé, la recherche scientifique, l'analyse d'articles et d'adopter un regard critique sur ceux-ci. À la fin de la formation, les étudiants infirmiers sont capables de baser leur pratique sur des données probantes (Evidence Based Nursing) (HES-SO, 2012).

Cette revue de littérature est un questionnement sur les interventions infirmières pouvant être apportées aux personnes atteintes de schizophrénie afin de favoriser l'empowerment et diminuer ainsi le risque de rechute. Tout d'abord, la maladie et ses répercussions sont présentées pour mieux comprendre le sujet. Le modèle théorique de L.N Gottlieb sur l'Approche de Soins Fondée sur les Forces (ASFF) est expliqué et mis en lien avec la problématique. Ensuite, la question de recherche et la méthodologie utilisée sont décrites pour identifier les articles pertinents. L'analyse critique des articles sélectionnés et les résultats sont par la suite détaillés. Il en découle la discussion permettant d'amener des éléments de réponse au questionnement initial. Pour finir, la conclusion expose les limites et apports du travail ainsi que les recommandations pour la pratique, l'enseignement et la recherche.



# **1. PROBLÉMATIQUE**

## **1.1. Troubles psychiques**

L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les troubles mentaux comme “un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes sont différents. Cependant, ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues” (OMS, 2020). En 2015, l'Office Fédéral de la Santé Publique (OFSP) décrit les troubles psychiques comme étant les maladies les plus handicapantes avec de nombreuses répercussions sociales. Il met en évidence que ces maladies sont en augmentation et qu'environ 17 % de la population Suisse en est atteinte. Selon un rapport de l'Observatoire Suisse de la Santé (Obsan), une personne sur deux aura des troubles psychiques dans une période de sa vie (Obsan, 2017). Entre 2006 et 2017, le pourcentage de personnes souffrant de maladies psychiatriques a augmenté de 53,9% (Obsan, 2019). Le rapport de “Promotion de la santé mentale” dit qu'à Genève une personne sur quatre serait touchée par des maladies psychiques et que 23 % de la population genevoise dit avoir été atteint de ces troubles.

Par ailleurs, les personnes souffrant de troubles psychiques représentent 46% des bénéficiaires de la rente Assurance Invalidité en 2015. Ainsi, elles sont les principales causes d'infirmités en Suisse. D'autre part, les femmes sont plus susceptibles de développer ce type de maladies (Obsan, 2016).

De nombreux facteurs influencent le bien-être mental d'une personne. Les caractéristiques psychiques, physiques, le contexte socio-économique et l'environnement dans lequel l'individu évolue, jouent un rôle important sur la santé mentale (État de Genève, 2016). De plus, le niveau de littératie a aussi une influence sur l'apparition des troubles psychiques. Une personne ayant fait peu d'études aura une plus grande probabilité de développer une maladie psychique (Trabichet & Sulliger, 2017).

Les maladies psychiques ont également un fort impact économique. Dans notre pays, sept milliards de francs par an sont dépensés pour la prise en charge de ces dernières (OFSP, 2015). Cependant, la Suisse n'est pas le seul pays à avoir des coûts aussi élevés en santé mentale : 800 milliards d'Euros en 2010 avaient été déboursés pour l'ensemble

de l'Union Européenne (Obsan, 2016). Toutes ces données démontrent que de nombreuses personnes dans la société actuelle sont atteintes de troubles psychiques et qu'il y a un enjeu de santé publique et socio- économique important. C'est pourquoi, de nombreuses politiques ont été mises en place afin d'améliorer la santé mentale de la population, comme par exemple le "Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030" (Trabichet & Sulliger, 2017).

Ainsi, les conséquences des maladies psychiques provoquent une restriction des capacités, un handicap important ainsi qu'une qualité de vie diminuée. Certains facteurs émotionnels tels que la souffrance, l'impuissance, le manque de projets, la stigmatisation et la discrimination diminuent la qualité de vie des personnes atteintes. Ainsi, les troubles mentaux impactent l'activité professionnelle, la situation financière, les relations sociales et la famille (Obsan, 2016).

De ce fait, il existe des interventions mises en œuvre dans plusieurs champs d'action afin d'améliorer la santé mentale et de diminuer les conséquences des troubles psychiques. Elles peuvent correspondre à "la sensibilisation, la déstigmatisation et l'information, la réalisation d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce, la sensibilisation et la diffusion des bases scientifiques ainsi que les structures et les ressources mises à disposition" (Obsan, 2016).

## **1.2. Troubles psychotiques**

Parmi les maladies psychiques, il existe les troubles psychotiques. Ceux-ci peuvent prendre plusieurs formes comme : la schizophrénie, les troubles schizo affectifs, les troubles délirants, les brefs épisodes psychotiques ou encore les troubles psychotiques secondaires à la consommation de substances (cannabis, alcool...). Ces pathologies engendrent un important handicap fonctionnel et durable pour un individu (Michel et al., 2017). Elles touchent autant les jeunes que les adultes (Gouvernement du Québec, 2018). Ces troubles impactent le fonctionnement du cerveau et engendrent des modifications au niveau de la pensée, des croyances et des perceptions. Ils peuvent être caractérisés par différents symptômes. Le DSM-V (2015) est un manuel de diagnostic et statistique en troubles mentaux. Il décrit les cinq symptômes suivants : idées délirantes, hallucinations, pensées désorganisées, comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé et des symptômes négatifs (diminution de l'expressivité et

apathie). Ces symptômes peuvent soit évoluer dans le temps ou apparaître de manière immédiate. Lors d'une "crise psychotique" ou un "épisode psychotique", la personne n'est plus en rapport avec le monde réel (Gouvernement du Québec, 2018).

Selon l'Institut universitaire en santé mentale (Douglas, 2020), bien que les causes de des troubles psychotiques ne soient pas distinctes, une part biologique entre en jeu dans l'apparition de ces derniers. En effet, un dysfonctionnement dans la neurotransmission de la dopamine et de la sérotonine peut engendrer ces maladies. Celles-ci peuvent être provoquées par la démence, un accident vasculaire cérébral, des tumeurs au cerveau, une consommation de drogues ou d'alcool ou des antécédents familiaux psychiatriques (Lejoyeux & al., 2013).

Par ailleurs, les traumatismes crâniens peuvent également amener à la présence de lésions au niveau du cerveau, dont le diagnostic pourra s'avérer être des troubles psychotiques. De plus, les symptômes post-traumatiques et les symptômes psychotiques sont étroitement corrélés et peuvent survenir instantanément suite à un choc psychologique. La co-présence de ces deux manifestations peut à long terme persister, se développer et ainsi entraîner une maladie psychotique telle que la schizophrénie (Auxémérya & Fidelle, 2011). Il existe également des facteurs de risque tels que l'hérédité, l'abus d'alcool et/ou la consommation de drogues ainsi que des événements stressants dans la vie et l'environnement de la personne (Gouvernement du Québec, 2018).

Lorsque les troubles psychotiques ne sont pas traités, ils peuvent engendrer des conséquences pour la personne et son entourage telles qu'une baisse de l'estime de soi, l'isolement et la perturbation des relations sociales. Aussi, la personne atteinte est plus à risque de consommation de drogues ou d'alcool de manière excessive et ainsi de développer une dépendance. En effet, les personnes psychotiques ont tendance à apaiser leurs émotions en ayant recours à l'utilisation de substances. Il existe également un risque important de suicide (Gouvernement du Québec, 2018). Effectivement, les troubles psychotiques sont des maladies très invalidantes pour cause de la chronicité et de la souffrance qu'elles peuvent engendrer pour les personnes atteintes ainsi que pour leur entourage. Dans les dix années après leur première hospitalisation, 50 % des patients ayant eu un premier épisode psychotique peuvent présenter des troubles du comportement et de l'adaptation (Krebs & Canceil, 2004). Le premier épisode psychotique correspond à la phase de la maladie où la personne

présente les premiers symptômes. Contrairement aux maladies mentales, les hommes sont plus à risque de développer celui-ci que les femmes (Centre RBC santé mentale, 2018). Les femmes sont en général atteintes 3 à 5 ans après les hommes (Forum Med Suisse, 2011).

### **1.3. Schizophrénie**

#### **1.3.1. Épidémiologie**

En ce qui concerne les troubles psychotiques, au niveau mondial, la schizophrénie constitue la cause la plus fréquente d'invalidité (Swiss medical forum, 2019). Les jeunes adultes, entre 15 et 25 ans sont les plus touchés (Rouillon, 2007). La schizophrénie est une maladie mentale qui se manifeste par une phase aiguë appelée psychose et par des symptômes chroniques (SQS, s.d.).

La prévalence des troubles schizophréniques se situent entre 0.5% et 1.5%. L'incidence annuelle moyenne de la maladie est de 15 nouvelles atteintes pour 100'000 personnes. Cet écart entre l'incidence et la prévalence démontre que le risque de chronicisation est élevé (Rouillon, 2007). En Suisse, 70'000 personnes souffrent de schizophrénie. Pour un malade, 3 à 4 personnes sont concernées. Cela représente 250'000 individus (ASF, 2019). En effet, 60 à 70% des malades vivent avec leurs familles. L'espérance de vie des schizophrènes est diminuée de 10% par rapport à la population générale (Forum Med Suisse, 2011). Il est à souligner que la principale cause de décès chez les schizophrènes est le suicide. Dix à treize pourcents de cette population sont décédés suite au passage à l'acte et environ 20 à 40 % tentent de mettre fin à leur jour (Conduites suicidaires, 2016).

#### **1.3.2. La rechute**

Dans la schizophrénie, la rechute est fréquente et concerne 7 patients sur 10 après un premier épisode psychotique engendrant une ré-hospitalisation (Thomas, 2013). Dès lors, elle se définit comme une aggravation de l'état de la personne malade (SQS, s.d.). Elle survient après une phase de rémission et se caractérise par une recrudescence de symptômes aigus (Thomas, 2013). Il existe de nombreuses causes de rechute. La plus fréquente chez les personnes atteintes de schizophrénie est la non-adhésion thérapeutique. Le risque est d'autant plus élevé chez les personnes qui arrêtent de

prendre leur traitement deux ans après le premier épisode psychotique (Thomas, 2013). Un an après la première hospitalisation, 40% des re-décompensations sont dues à la non-adhérence thérapeutique. Ces sujets ont un risque qui est de 3.7% plus élevé que les personnes qui adhèrent au traitement. En effet, l'étude corrélationnelle de Weiden & al. (2004) menée auprès de 4'325 patients schizophrènes sous traitement en Californie, a mis en évidence qu'une non-observance thérapeutique augmente significativement le risque de rechute. Les patients respectant leur traitement à hauteur d'au moins 70% ont un taux hospitalisation de 12,8% contre 24,5% pour les personnes prenant moins de 70% de leur traitement (Weiden & al., 2004). De ce fait, c'est aussi l'un des facteurs les plus importants concernant les ré-hospitalisations et le risque suicidaire.

### ***Facteurs favorisant la rechute***

Il existe plusieurs facteurs favorisant la rechute notamment la non-adhésion thérapeutique, la consommation de cannabis et les facteurs sociaux.

#### **Non-adhésion thérapeutique :**

Les causes de la non-adhésion thérapeutique sont multiples.

La non-adhésion thérapeutique de la part du patient peut être liée à la maladie elle-même. Ce sont les symptômes tels que le délire, la manie, la désorganisation ou encore le syndrome de persécution qui vont avoir un impact sur la prise du traitement médicamenteux. Les personnes atteintes de troubles psychotiques sont souvent sous traitement antipsychotique afin de diminuer les symptômes de la pathologie. Cependant, il arrive que le médicament soit la cause de cette mauvaise adhérence. Dans ce cas, cela est dû aux effets secondaires du traitement. Les effets indésirables liés à la sexualité sont ceux qui mènent la plupart des patients à stopper leur médication. Les symptômes extrapyramidaux, la prise de poids et la sédation sont des plaintes qui surviennent de manière récurrente de la part du patient et de l'entourage. De ce fait, lorsqu'un effet secondaire a un fort impact négatif dans les activités quotidiennes du patient ou dans son environnement, cela peut également diminuer l'adhésion thérapeutique. Aussi, la personne peut être dans une incompréhension de sa maladie ou de son traitement. Ceci le mène à l'arrêter et à refuser les soins. La culture de la personne, la langue ou encore les croyances du patient peuvent être la cause du refus. D'autre part, le lien entre le patient et le médecin peut influencer l'adhésion thérapeutique. La relation qu'entretiennent ces deux personnes est primordiale. C'est lorsqu'elle est entravée qu'elle peut pousser le patient à une non-adhérence de son

traitement (Charpentier, Goudemand & Thomas, 2009). De ce fait, l'adhésion thérapeutique a une place importante dans la prise en charge de la personne atteinte de troubles psychotiques. L'objectif de celle-ci est d'améliorer le suivi du patient afin de diminuer les symptômes au long cours et de prévenir les rechutes. Elle correspond à la capacité de la personne à suivre correctement son traitement qui est sous prescription médicale. Pour se faire, une alliance thérapeutique est primordiale. Cela se réfère à l'engagement de la part des professionnels soignants en alliance avec le patient (Charpentier, Goudemand & Thomas, 2009).

#### Consommation de cannabis :

La consommation de substances est l'une des autres causes de rechute chez les patients atteints de schizophrénie. En France, le cannabis représente la substance psychoactive interdite la plus utilisée. En 2017, 44,8% des adultes de 18 à 64 ans affirment avoir déjà fait usage du cannabis. Ce taux s'élevait à 42% en 2014. Cette consommation touche davantage les hommes et les jeunes adultes. En 2017, cela concerne 27% des 18-25 ans dont 35% d'hommes et 19% de femmes (OFDT, 2017).

La consommation élevée et prématurée de ces substances engendre des effets négatifs sur l'état de la santé mentale. Les personnes ayant eu un premier épisode psychotique ont plus fréquemment tendance à consommer du cannabis en quantité excessive que le reste de la population (Ameller & Gorwood, 2015). En effet, 47% des patients schizophrènes présentent une addiction durant leur vie contre 17% dans la population générale. Entre 15 à 40% des personnes institutionnalisées pour cette pathologie sont connues pour dépendance et abus d'usage du cannabis (Elghazouani & al., 2015).

Les symptômes chez les patients schizophrènes addictes sont plus importants. Cela engendre davantage de complications physiques, psychologiques et sociales (Ameller & Gorwood, 2015). Dès lors, la consommation de cannabis sur le long terme accroît la gravité de la schizophrénie. Cette addiction entraîne une péjoration de la maladie avec une augmentation du risque de rechute. Une diminution de l'adhésion aux soins et un pronostic défavorable est également observable. Ainsi, la détection précoce de cette comorbidité permet une prise en charge adéquate afin de bonifier le devenir des patients (Elghazouani & al., 2015).

#### Facteurs sociaux :

Les interactions familiales sont également des causes pouvant mener à une rechute. Afin de favoriser l'amélioration de l'état du malade et le suivi du traitement, le contexte

socio-familial détendu est essentiel. En effet, un meilleur pronostic des patients est observable lorsqu'ils sont entourés et soutenus par leur famille. Il existe plusieurs facteurs familiaux tels que la communication déviante (CD), les émotions exprimées (EE) et la tolérance de la famille. D'après Pirson (2012), la communication déviante s'agit d'une "communication vague, ambiguë, illogique et idiosyncratique, une incapacité mutuelle des partenaires de la communication à partager et de développer ensemble un focus d'attention" (p.5). Cela signifie que chaque interlocuteur ne prend pas en compte les points de vue de chacun.

Plusieurs études ont démontré que la schizophrénie est plus fréquente dans les familles où cette communication est observée. De plus, le niveau de la CD augmente par rapport à la sévérité de la maladie (Pirson & al., 2012).

De plus, la notion des émotions exprimées se présente dans l'interaction du patient et sa famille. Elle s'exprime dans la nature et l'intensité de la communication verbale ou non verbale. Elle est caractérisée par des critiques, une implication exagérée ainsi que par de l'agressivité. Le niveau d'EE a un fort impact dans la fréquence des rechutes. Il a été démontré que lorsque le niveau d'EE est élevé, le risque de rechute l'est aussi. Ainsi, un taux élevé de critiques est retrouvé dans les familles où le malade rechute. Cependant, le fait de concevoir que les symptômes du patient sont intentionnels peut créer un stress chez les parents. Cela peut amener un comportement intrusif et critique de leur part envers le malade. Par conséquent, le patient sera plus fragile et aura tendance à décompenser (Pirson & al., 2012).

La prise en soin des patients schizophrènes dépend de la tolérance de la famille. C'est-à-dire, la capacité de celle-ci à reconnaître le patient comme malade, les conséquences sociales et l'acceptation de la maladie. Pour favoriser le succès du traitement, il est primordial que la famille et le patient ne soient pas dans le déni. Ainsi, les proches ont un rôle important dans le rétablissement des patients et dans la prévention des rechutes (Pirson & al., 2012).

### ***Conséquence de la rechute***

Les conséquences de la rechute sont multiples. Elles ont un impact important sur la progression de la maladie au long court et altèrent les capacités de fonctionnement global de la personne malade. Après chaque rechute, la réponse aux traitements antipsychotiques se dégrade. De ce fait, les symptômes auront tendance à se chroniciser. Suite à une décompensation, la personne conserve des symptômes résiduels. Cela augmente le risque d'une autre rechute. Dès lors, le risque suicidaire est

élevé. Il existe également des conséquences psychologiques affectant l'estime, la confiance en soi ainsi que la stigmatisation. Certaines études évoquent un impact sur les fonctions cognitives et les habilités psychosociales du malade. Chez les patients qui décompensent, le coût de la santé est 4 fois plus élevés (Thomas, 2013).

Cet événement a également une conséquence sur les proches de la personne atteinte de schizophrénie. Les membres de la famille ont un risque de développer un état dépressif et des conflits conjugaux (Masson & al., 2002).

### ***Signes précurseurs de la rechute***

Il se trouve que la rechute est précédée de signes précurseurs.

Une modification progressive au niveau comportemental et émotionnel de la personne atteinte de schizophrénie à la fois psychotique et non-psychotique est observable. Selon plusieurs études, celles-ci suivent un schéma progressif s'étalant généralement sur une période de moins d'un mois. D'après Birchwood (1999), la rechute peut être précédée par des symptômes liés à la maladie mais aussi des symptômes liés au patient. Dans un premier temps, les symptômes non-psychotiques apparaissent suivi d'une augmentation des troubles émotionnels puis, surviennent les symptômes psychotiques. Plusieurs auteurs ont décrit 4 stades menant à la rechute. Lors du premier stade, le patient a un sentiment de perte de contrôle sur les processus cognitifs et perceptifs. Les symptômes sont l'augmentation de l'activité mentale, les sensations de déréalisation et de dépersonnalisation, l'impression de sur-stimulation et d'euphorie. Les symptômes dépressifs apparaissent au deuxième stade. Ceux-ci sont considérés comme une réaction psychologique engendrée par la détérioration des processus mentaux. Le troisième stade s'agit de l'impulsivité. Celui-ci est caractérisé par l'amplification des émotions normales et l'impossibilité à contrôler l'expression des pensées. Enfin, l'idéation prépsychotique est le quatrième stade. Les symptômes apparaissant sont l'illusion erronée, les explications délirantes et la perte de confiance en les autres. Selon Herz et Melville (1980), les signes psychotiques les plus courants sont les hallucinations auditives (60%), la désorganisation du discours (76%) et l'exacerbation des pensées religieuses (48%) (Masson & al., 2002).

### ***Prévention de la rechute***

La prévention peut se faire à différents niveaux de la population. Cependant, il n'existe pas forcément de prévention à chacun d'entre eux car cela dépend de la pathologie. Tout d'abord, il existe la prévention universelle. C'est lorsque l'on agit sur toute la



population. Ensuite, on pratique également la prévention sélective qui s'applique à des personnes ayant des comorbidités pour une pathologie. Enfin, il existe la prévention indiquée qui se réfère à un individu ayant des signes annonciateurs d'une maladie. Concernant les troubles psychotiques, il est uniquement possible d'appliquer la prévention indiquée car pour les deux autres, il n'y a pas assez d'incidence et de connaissance sur les étiologies de ce trouble au niveau mondial (Andreou, Bailey & Borgwardt, 2019).

D'après Llorca (2007), il est difficile de prévenir une décompensation uniquement avec les signes cliniques avant-coureurs tels que l'insomnie ou les troubles de la concentration car la plupart du temps ils sont difficiles à percevoir. Il faut ajouter à ceux-ci l'histoire de famille et les facteurs liés au patient. L'arrêt des activités de la vie quotidienne est l'un des signes d'alerte le plus visible des troubles du comportement.

Deux autres préventions peuvent être appliquées. Tout d'abord, la prévention primaire consiste à intervenir sur les facteurs de risque avant l'arrivée des premiers signes et ainsi de prédire la survenue de la psychose. De nombreuses techniques se sont montrées être efficace telles que des techniques sur la gestion du stress, la prise médicamenteuse ou encore des stratégies de prévention sur la consommation de cannabis. Ensuite, la prévention secondaire intervient lorsque la personne a déjà eu un ou plusieurs épisodes psychotiques. Elle va permettre de prévenir le risque de rechute. Les stratégies utilisées pour cette prévention sont portées sur la psychothérapie et les traitements médicamenteux (Llorca, 2007).

La prévention auprès de personnes atteintes de schizophrénie est complexe, car il existe de nombreuses interventions. En plus de cela, elles ne seront pas les mêmes selon la phase de la maladie. Lorsque le patient vient de rechuter, l'objectif des interventions va être de diminuer les agents stressants, de contrôler les symptômes et de trouver des moyens afin d'éviter que cela se reproduise. Une récupération sera possible avec une bonne adhésion thérapeutique et des interventions psychosociales. Dans ce type d'intervention, il est possible d'agir au niveau familial, communautaire et individuel. La famille joue un rôle important dans la réhabilitation du patient. C'est vers celle-ci que les professionnels vont se tourner afin de récolter des informations sur l'évolution des symptômes, l'adhérence et les effets secondaires des traitements. L'objectif des professionnels va être de proposer un soutien familial, de faire de la psychoéducation sur la maladie, de donner des techniques d'intervention en cas de crise et d'acquérir des aptitudes pour résoudre les problèmes. La psychoéducation consiste à accompagner le patient et sa famille d'un affaiblissement ou d'une colère envers la maladie à une

compréhension de celle-ci. La thérapie psychoéducative permet également de trouver des aptitudes pour contrer la maladie chaque jour et envisager l'avenir. Au niveau communautaire, il s'agit d'aider la personne à faire une formation ou trouver un emploi. Cela se concrétise avec l'accord du patient, l'aide d'un spécialiste d'emploi et l'accord de la famille. Quant aux interventions au niveau individuel, il existe la thérapie cognitivo-comportementale. Cette thérapie comporte différentes modalités telles que la thérapie individualisée. Elle a comme visée d'altérer les croyances que le patient atteint de schizophrénie se fait sur lui-même. Par cette thérapie, le patient aura de meilleures connaissances sur sa pathologie. Il réussira aussi à reconnaître et gérer les émotions dysfonctionnelles afin d'améliorer ses relations sociales. Il sera également en capacité d'identifier les éléments stressants et les éviter. Les indicateurs cognitifs, affectifs et somatiques de détresse pourront être atténués. Enfin, il sera apte à prendre les bonnes décisions afin de se ré-introduire dans la vie active. Cette modalité a dans de nombreuses études démontré son efficacité auprès de personnes atteintes de schizophrénie. Tout au long de la thérapie le patient développe plusieurs stratégies d'adaptations (coping). Cela lui permet de prendre conscience de ses faiblesses, de mieux identifier ses émotions et de mieux comprendre celles des autres (Blondeau, Nicole & Lalonde, 2007).

### **1.3.3. Prise en soins ambulatoire**

La prise en soins ambulatoire se définit comme "un traitement durant lequel les activités normales du malade ne sont pas interrompues" (Larousse, 2020). La prise en soins et le suivi d'un patient peut ainsi s'effectuer à domicile ou dans une institution de soins mais pour une durée ne pouvant dépasser une journée. Ce concept peut être opposé à celui de l'hospitalisation (Capdeveille & al., 2009). Dans le domaine de la santé mentale, une modification de prise en soins s'est développée ces dernières années : la mise en place de manière préférentielle, de soins ambulatoires à la place des hospitalisations (Obsan, 2015).

Les données de l'Observatoire suisse de la santé témoignent de l'amplification de ce phénomène ; le recours aux soins ambulatoires chez les personnes atteintes de troubles psychiques est en progression de 5.9% entre 2016 et 2017 (Obsan, 2019). De plus, au cours de cette dernière décennie, une nette augmentation des prises en soins en

psychiatrie ambulatoire a été observée (Obsan, 2019). Le nombre de personnes ayant recours aux soins ambulatoires est passé de 283'000 en 2006 à 447'000 en 2015 en Suisse (Obsan, 2016). L'objectif des politiques de santé vise à baisser les durées d'hospitalisation dans le but de privilégier les prises en soins ambulatoires de longue durée.

La visée du suivi des patients souffrant de troubles psychiques hors institution, demeure principalement sur leur autonomisation face à la maladie. Cela permet d'éviter une décompensation potentielle en cas de mauvaise adhérence thérapeutique et d'éviter au maximum les complications. Ainsi, le rôle des infirmiers dans le domaine ambulatoire est d'assurer aussi bien un suivi régulier permettant une amélioration de l'adhésion au traitement au long cours, qu'un accompagnement qui aura pour but de coordonner l'ensemble des ressources du soigné (famille, entourage, institution hospitalière...). Cela se fait via des entretiens médicaux et médico-infirmiers, des entretiens de réseau ou encore la mise en place d'activités quotidiennes (Bourgueil & al., 2008). Les objectifs sont de considérer la personne dans son entièreté, de garder son intégrité, de l'aider à identifier et saisir ses difficultés ainsi que de la guider pour qu'elle trouve ses propres moyens et ressources pour lui permettre d'améliorer sa qualité de vie (Serpsy, s.d ). De plus, ceux qui ont le plus recours à ce type de soins sont les patients atteints de schizophrénie (Capdevielle & al., 2009). Celle-ci est une maladie chronique engendrant des répercussions négatives tant sociales que professionnelles. Ce suivi ambulatoire permet ainsi au patient de bénéficier sur le long terme d'un accompagnement qui améliore la qualité de son cadre de vie. Enfin, les soins ambulatoires regroupent de nombreux avantages autant pour le soigné que pour les institutions et systèmes de santé. Elle donne l'occasion notamment de perfectionner les prises en soins et de réduire les coûts de la santé (Obsan, 2015).

#### **1.4. Question de recherche initiale**

Pour conclure, de nombreuses études démontrent que la schizophrénie représente un enjeu majeur dans la santé mentale au niveau mondial. Cette maladie amène à de nombreuses rechutes entraînant l'aggravation de l'état de la personne. Elles peuvent être entraînées par différentes causes telles que la non-adhésion thérapeutique, la consommation de substances et l'environnement familial. Ces dernières engendrent ainsi un taux d'hospitalisation élevé et d'importantes répercussions économiques, familiales et sociales. D'autre part, l'apparition des soins ambulatoires psychiatriques ainsi que les interventions de prévention soulèvent la possibilité d'éviter les rechutes et

d'améliorer la qualité de vie des patients. C'est pourquoi, il est nécessaire d'identifier les actions infirmières en ambulatoire afin de favoriser le maintien à domicile d'une personne souffrant de schizophrénie. Cela a mené à la question de recherche initiale suivante :

**Dans le milieu ambulatoire, quelles sont les interventions infirmières pouvant être mise en place afin de prévenir les rechutes chez les patients souffrant de troubles schizophréniques ?**

## **2. MODÈLE THÉORIQUE**

### **2.1. Modèle théorique retenu**

Le cadre théorique que nous avons choisi pour soutenir la problématique de recherche est l'approche fondée sur les forces (ASFF) de Laurie Gottlieb. Cette approche met en avant les ressources et les valeurs de la personne en prenant en compte sa famille ainsi que ses proches. Elle se focalise sur les moyens efficaces de la personne pour faire face aux situations de la vie ainsi qu'aux problématiques de santé. Grâce à cette approche, l'infirmière se penche sur ce qui est positif chez la personne et son entourage afin de la guider dans son processus de bien-être de manière optimale (Gottlieb, 2014). Ainsi, le soignant doit considérer la personne dans son intégrité, reconnaître son unicité et ne pas se focaliser uniquement sur le problème de santé.

L'infirmière qui se situe dans cette approche fait connaissance avec la personne et sa famille. Elle connaît leurs liens, leurs histoires, leurs besoins et leurs ressources afin de les accompagner dans le processus de soin, la prise de décisions et l'atteinte des objectifs personnels. Cela permet également de mettre en place une relation de confiance entre soigné et soignant (Gottlieb, 2014).

Les principaux concepts qui forgent le modèle de l'ASFF sont les soins centrés sur la personne, le mouvement d'autonomisation, la promotion et la prévention de la santé ainsi que le partenariat de collaboration (Gottlieb, 2014).

Les soins centrés sur la personne sont des soins qui exigent que l'infirmière prenne en considération et comprenne que le patient est un être humain unique afin d'améliorer la prise en soins et de l'aider à atteindre un meilleur état de santé (Gottlieb, 2014).

D'après Gottlieb (2014), le mouvement d'autonomisation est « un processus qui aide les gens à s'aider eux-mêmes, à exercer un contrôle sur ce qu'ils jugent important et qui a une incidence sur leur santé » (p.20). Cela est un processus central dans la prise en soins. Cette idée se fonde sur les certitudes que tout être humain est capable de gérer sa propre santé et d'agir pour avoir un contrôle sur sa vie grâce à une focalisation de la part de l'infirmière sur les forces innées et acquises du soigné mais aussi de sa famille (Gottlieb, 2014).

La promotion de la santé et la prévention des maladies permettent aux individus de contrôler davantage leur propre santé, grâce aux actions des professionnels soignants

(OMS, 2020). La culture des auto-soins est un concept central dans cette approche et les mesures que les individus prennent dans l'intérêt de leur propre santé, en considérant que l'infirmière joue un rôle majeur dans la promotion de la santé (Gottlieb, 2014).

Le partenariat de collaboration représente l'idée que le patient a un pouvoir décisionnel sur sa santé grâce à une étroite collaboration entre le soignant, le soigné et l'ensemble de ses forces (Gottlieb, 2014).

## **2.2. Ancrage disciplinaire**

Le choix du modèle des Soins Fondés sur les Forces (ASFF) a été jugé pertinent pour ce sujet. Cette approche se focalise sur la personne dans son entièreté et met en avant ses ressources et ses valeurs. Elle prend également en compte la famille et les proches du malade. Celle-ci est fondamentale dans une prise en soins en ambulatoire d'une personne souffrant de schizophrénie.

### **2.2.1. Métaconcepts**

Selon Gottlieb (2014), le degré d'abstraction de l'ASFF peut être envisagé au niveau du "modèle conceptuel". Quant à l'école de pensée, cette approche est située dans "l'école de l'apprentissage de la santé" (Pépin, Kerouac, Ducharme, 2017). Dans cette école de pensée, la relation entre la personne soignée, la famille et le soignant est importante afin de permettre l'apprentissage et le bien-être de tous (Document non publié {support de cours}, 19 février 2019). Cette approche s'inscrit dans le paradigme de la transformation. L'infirmière qui se situe dans ce paradigme a une vision holistique des soins. Elle prend la personne dans son entièreté, comme étant un être unique qui peut prendre ses propres décisions pour son propre bien-être. L'infirmière est dans l'"être-avec" ce qui consiste à accompagner le patient et sa famille dans les décisions qu'ils prennent (Pépin & al., 2010).

#### **2.2.1.1. La personne**

La personne est considérée comme un être à part entière, formant un tout étant capable de croître, de se transformer et de s'auto-guérir. Ses forces l'aide à s'adapter à son environnement et aux problématiques de santé afin de guérir et/ou s'auto-guérir (Gottlieb, 2014). Quant à la personne psychotique, elle pourra puiser dans ses

nombreuses ressources et aura ainsi la capacité de s'auto-guérir, de s'adapter à son environnement et d'améliorer ses interactions sociales.

#### **2.2.1.2. Le soin**

Les soins infirmiers ont pour but d'accompagner, d'aider la personne, sa famille et son entourage à rester en bonne santé, à faire avec leurs problèmes et ainsi à réduire leurs souffrances. Ils permettent à la personne et à ses proches de développer des forces afin de faire face à la situation de santé (Gottlieb, 2014). Lors d'un accompagnement en ambulatoire, l'infirmière est particulièrement proche des personnes atteintes dans leur santé mentale, de leurs familles et de leurs environnements respectifs. Cela permet d'offrir un meilleur suivi de la personne face à sa maladie.

#### **2.2.1.3. La santé**

La santé est dynamique et évolutive. Elle est présente tout au long de la vie et elle se manifeste en particulier lorsque la situation devient difficile. Elle subsiste au sein de la maladie et celle-ci sculpte la santé de la personne. Elle est la capacité d'une personne à s'adapter et à rebondir après un traumatisme (Gottlieb, 2014). Une personne atteinte de troubles psychotiques est sujette à mener des conduites à risque pour sa santé. Ainsi, l'accompagnement infirmier permet de prévenir les complications suite à ses actions. L'ASFF est donc une approche fondée sur les forces favorisant l'apprentissage, l'accompagnement et le soutien de la personne afin qu'elle identifie et puise les ressources dont elle a besoin pour s'auto-guérir.

#### **2.2.1.4. L'environnement**

L'environnement est composé d'énergies qui ont une influence sur les forces ou les déficits et ceux-ci incitent l'adaptation de la personne dans un environnement donné. La famille, la communauté, les relations sociales et même l'infirmière font partie de l'environnement de la personne soignée. Ainsi, une personne atteinte de schizophrénie peut avoir des relations sociales entravées à cause de son trouble. La personne peut également ne plus réussir à s'adapter à son propre environnement. Selon l'ASFF, l'infirmière guide la personne à trouver ses propres ressources pour s'adapter à son environnement (Gottlieb, 2014).

### **2.3. Question de recherche finale**

Le choix du modèle théorique choisi est jugé pertinent et est adapté à la question de recherche.

La problématique développée précédemment peut se spécifier par la question suivante :

**Dans le milieu ambulatoire, quelles sont les interventions infirmières permettant de favoriser l'autonomisation chez les personnes souffrant de schizophrénie et de diminuer le risque de rechute ?**



### 3. MÉTHODE

Afin de répondre à la question de recherche finale, une méthodologie de recherche est essentielle. Tout d'abord, l'utilisation de l'outil PICO permet d'identifier chaque élément dans la question de recherche. Le P signifie la *population ciblée* par la question, le I correspond à l'*intervention* choisie, le C correspond au *contexte* ou à la *comparaison*. Enfin, le O est l'*outcome*. Il signifie le résultat attendu par la question de recherche. (Tableau 1)

Tableau 1 : PICO

Population	Personnes souffrant de schizophrénie
Intervention	Interventions infirmières utilisant les forces et les ressources de la personne ; participation des patients ; autonomisation ; empowerment
Contexte	Milieu ambulatoire
Outcome	Prévention des rechutes

Ensuite, une recherche de mots-clés correspondants au PICO permet de créer l'équation de recherche en fonction des MeshTerms. Ceux-ci sont des mots de dictionnaires utilisés dans les différentes bases de données. La plupart de celles-ci sont en anglais, ce qui nécessite une traduction des mots clés du PICO en anglais afin de trouver les MeshTerms correspondants. La traduction des mots-clés est faite à l'aide de l'outil HeTop. Ces derniers mènent à l'élaboration de l'équation de recherche. Dès lors, les différentes bases utilisées sont notamment PubMed, CINAHL, Lissa et PsychInfo. Elles regroupent un ensemble d'articles scientifiques. PubMed est principalement axé sur les articles médicaux, CINAHL regroupe des études sur les sciences paramédicales et infirmières. PsychInfo recense des articles scientifiques orientés sur la psychiatrie. Ces dernières sont anglophones. Lissa est une base de données francophone qui répertorie des articles sur les soins en général.

Pour cibler l'équation de recherche, les mots clés sont recherchés dans un thésaurus regroupant tous les MeshTerms propres à chaque base de données utilisée.

Ainsi, les équations de recherche dépendent des mots clés présent dans le thésaurus (tableau 2).

Tableau 2 : PICO et mots clés en fonctions des bases de données

PICO	Mots clés en anglais	PubMed	CINAHL	PSYCHINFO	LISSA
<b>Population</b>	Schizophrenia OR psychosis OR psychotic disorders	Shizophrenia OR psychotic disorders OR Psychosis	Schizophrenia OR Psychotic disorders	Schizophrenia OR psychosis	Patients schizophrène OU Schizophrénie OU troubles psychotiques
<b>Intervention</b>	Nursing Caree OR nursing intervention OR Empowerment OR health promotion	Nursing Care OR empowerment OR health promotion OR nursing intervention	Nursing care OR empowerment OR Health promotion OR Nursing intervention	empowerment OR Health promotion	Interventions infirmières d'autonomisation
<b>Contexte</b>	Ambulatory OR aftercare OR outpatient OR outpatient treatment	Ambulatory care OR outpatients	Ambulatory care nursing OR ambulatory care OR outpatients	Ambulatory care OR continuum of care OR Outpatient treatment	Milieu ambulatoire OU soins de suite OU soins ambulatoires OU établissements de soins ambulatoires
<b>Outcome</b>	Relapse prevention OR recurrence OR secondary prevention	secondary prevention OR preventive medicine OR recurrence OR Relapse prevention	Reccurence OR preventive health care	Recurrence OR Relapse prevention OR Preventive Mental health services	Prévention de rechutes OU Prévention secondaires OU récides OU médecine préventive

Pour les recherches documentaires, les critères d'inclusions ou d'éligibilités ont été choisis au début afin de limiter les résultats obtenus et de trouver des articles en corrélation avec la question de recherche.

Les articles datant de moins de 10 ans sont retenus afin que cette revue de littérature soit d'actualité. De plus, l'anglais et le français sont les langues de choix permettant la compréhension des articles. Finalement, afin d'étudier les articles en entier, il est important d'accéder au « full text ».

Les recherches effectuées sur chaque base contiennent les mêmes combinaisons des MeshTerms du PICO.

Tableau 3 : Équations de recherches

Dates	Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
19.01.21	PubMed	<p>(((((schizophrenia) OR (psychosis)) OR (psychotic disorders) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((Nursing care) OR (empowerment)) OR (health promotion)) OR (nursing intervention) AND (english[Filter] OR french[Filter]))) AND (((ambulatory care) OR (ambulatory care nursing)) OR (continuum of care)) OR (outpatients)) OR (outpatient treatment) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((secondary prevention) OR (preventive health care)) OR (recurrence)) OR (relapse prevention)) OR (preventive mental health services) AND (english[Filter] OR french[Filter]))</p> <p>(((((schizophrenia) OR (psychosis)) OR (psychotic disorders) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((Nursing care) OR (empowerment)) OR (health promotion)) OR (nursing intervention) AND (english[Filter] OR french[Filter]))) AND (((ambulatory care) OR (ambulatory care nursing)) OR (continuum of care)) OR (outpatients)) OR (outpatient treatment) AND (english[Filter] OR french[Filter]))</p> <p>((((schizophrenia) OR (psychosis)) OR (psychotic disorders) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((Nursing care) OR (empowerment)) OR (health promotion)) OR (nursing intervention) AND (english[Filter] OR french[Filter]))) AND (((secondary prevention) OR (preventive health care)) OR (recurrence)) OR (relapse prevention)) OR (preventive mental health services) AND (english[Filter] OR french[Filter]))</p> <p>(((((schizophrenia) OR (psychosis)) OR (psychotic disorders) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((ambulatory care) OR (ambulatory care nursing)) OR (continuum of care)) OR (outpatients)) OR (outpatient treatment) AND (english[Filter] OR french[Filter])) AND (((secondary prevention) OR (preventive health care)) OR (recurrence)) OR (relapse prevention)) OR (preventive mental health services) AND (english[Filter] OR french[Filter]))</p>	<p>&lt; 10 ans</p> <p>Langues : anglais / français</p>	<p>72 résultats 11 articles retenus</p> <p>401 résultats 0 article retenu</p> <p>408 résultats 0 article retenu</p> <p>476 résultats 0 article retenu</p>

Dates	Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
19.01.21	CINAHL	<p>((MH "schizophrenia") OR "psychosis" OR (MH "psychotic disorders") AND (MH "empowerment") OR (MH "health promotion") OR (MH "nursing interventions") OR (MH "nursing care") AND (MH "ambulatory care") OR (MH "ambulatory care nursing") OR "continuum of care" OR (MH "outpatients") OR "outpatient treatment" AND "secondary prevention" OR (MH "preventive health care") OR (MH "recurrence") OR "relapse prevention" OR "preventive mental health services")</p> <p>((MH "schizophrenia") OR "psychosis" OR (MH "psychotic disorders") AND (MH "empowerment") OR (MH "health promotion") OR (MH "nursing interventions") OR (MH "nursing care") AND (MH "ambulatory care") OR (MH "ambulatory care nursing") OR "continuum of care" OR (MH "outpatients") OR "outpatient treatment")</p> <p>((MH "schizophrenia") OR "psychosis" OR (MH "psychotic disorders") AND (MH "empowerment") OR (MH "health promotion") OR (MH "nursing interventions") OR (MH "nursing care") AND "secondary prevention" OR (MH "preventive health care") OR (MH "recurrence") OR "relapse prevention" OR "preventive mental health services"</p> <p>((MH "schizophrenia") OR "psychosis" OR (MH "psychotic disorders") AND (MH "ambulatory care") OR (MH "ambulatory care nursing") OR "continuum of care" OR (MH "outpatients") OR "outpatient treatment") AND "secondary prevention" OR (MH "preventive health care") OR (MH "recurrence") OR "relapse prevention" OR "preventive mental health services")</p>	<p>&lt; 10 ans</p> <p>Langues : anglais / français</p>	<p>1 résultat 1 article retenu</p> <p>8 résultats 3 articles retenus</p> <p>2 résultats 1 article retenu</p> <p>13 résultats 4 articles retenus</p>

Dates	Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
21.02.21	PsychInfo	<p>(Schizophrenia or Psychosis or Psychotic disorders) AND (Nursing care or Empowerment or Health promotion or Nursing intervention) AND (ambulatory care or ambulatory care nursing or continuum of care or outpatients or outpatient Treatment) AND (Preventive health care or recurrence or secondary prevention or relapse prevention or Preventive Mental health services)</p> <p>(Schizophrenia or Psychosis or Psychotic disorders) AND (Nursing care or Empowerment or Health promotion or Nursing intervention) AND (ambulatory care or ambulatory care nursing or continuum of care or outpatients or outpatient Treatment)</p> <p>(Schizophrenia or Psychosis or Psychotic disorders) AND (Nursing care or Empowerment or Health promotion or Nursing intervention) AND (Preventive health care or recurrence or secondary prevention or relapse prevention or Preventive Mental health services)</p> <p>(Schizophrenia or Psychosis or Psychotic disorders) AND (ambulatory care or ambulatory care nursing or continuum of care or outpatients Treatment) AND (Preventive health care or recurrence or secondary prevention or relapse prevention or Preventive Mental health services)</p>	< 10 ans fulltext	<p>31 résultats 4 articles retenus</p> <p>381 résultats 24 articles retenus</p> <p>206 résultats 7 articles retenus</p> <p>1'143 résultats 0 article retenu</p>
19.02.21	Lissa	((troubles psychotiques.tl) OU (troubles psychotiques.mc) OU (schizophrénie.tl) OU (schizophrénie.mc)) ET ((soins de suite.tl) OU (soins de suite.mc) OU (soins ambulatoires.tl) OU (soins ambulatoires.mc) OU (établissements de soins ambulatoires.tl) OU (établissements de soins ambulatoires.mc)) ET ((prévention secondaire.tl) OU (prévention secondaire.mc) OU (récidive.tl) OU (récidive.mc) OU (médecine préventive.tl) OU (médecine préventive.mc)) ET ((promotion de la santé.tl) OU (promotion de la santé.mc) OU (Participation des patients.tl) OU (Participation des	15 ans Full text	0 résultat

Dates	Bases de données	Equations	Filtres	Résultats
		patients.mc) OU (soins infirmiers.tl) OU (soins infirmiers.mc))		
19.02.21	Lissa	<p>((troubles psychotiques.tl) OU (troubles psychotiques.mc) OU (schizophrénie.tl) OU (schizophrénie.mc)) ET ((soins infirmiers.tl) OU (soins infirmiers.mc) OU (promotion de la santé.tl) OU (promotion de la santé.mc) OU (Participation des patients.tl) OU (Participation des patients.mc)) ET ((soins de suite.tl) OU (soins de suite.mc) OU (soins ambulatoires.tl) OU (soins ambulatoires.mc) OU (établissements de soins ambulatoires.tl) OU (établissements de soins ambulatoires.mc))</p> <p>((troubles psychotiques.tl) OU (troubles psychotiques.mc) OU (schizophrénie.tl) OU (schizophrénie.mc)) ET ((soins infirmiers.tl) OU (soins infirmiers.mc) OU (promotion de la santé.tl) OU (promotion de la santé.mc) OU (Participation des patients.tl) OU (Participation des patients.mc)) ET ((prévention secondaire.tl) OU (prévention secondaire.mc) OU (récidive.tl) OU (récidive.mc) OU (médecine préventive.tl) OU (médecine préventive.mc))</p> <p>((troubles psychotiques.tl) OU (troubles psychotiques.mc) OU (schizophrénie.tl) OU (schizophrénie.mc)) ET ((soins infirmiers.tl) OU (soins infirmiers.mc) OU (promotion de la santé.tl) OU (promotion de la santé.mc) OU (Participation des patients.tl) OU (Participation des patients.mc)) ET ((soins de suite.tl) OU (soins de suite.mc) OU (soins ambulatoires.tl) OU (soins ambulatoires.mc) OU (établissements de soins ambulatoires.tl) OU (établissements de soins ambulatoires.mc))</p>	<p>15 ans</p> <p>Full text</p>	<p>1 résultat 0 article retenu</p> <p>1 résultat 0 article retenu</p> <p>1 résultat 0 article retenu</p>

### 3.1. Diagramme de flux

Lors de la recherche documentaire sur les bases de données PubMed, CINAHL, PsychInfo et Lissa 3'145 articles ont été identifiés sur la base du titre en lien avec les équations de recherche et aux filtres utilisés (<10 et accès FullText) ainsi que 3 articles hors base de données. Une première lecture des titres et des résumés a permis d'exclure 3'038 articles. Parmi ces derniers, 34 doublons et 3'004 hors sujet ont été exclus. Cette lecture a donc permis de retenir 110 articles. La lecture du texte intégral a par la suite mené à l'exclusion de 101 articles, dont 19 en raison de la méthodologie non exposée et 82 hors sujet. Ainsi, 9 études ont été retenues sur la lecture en diagonale. Le processus d'identification des articles est fourni dans le diagramme de flux présenté dans la Figure 1.

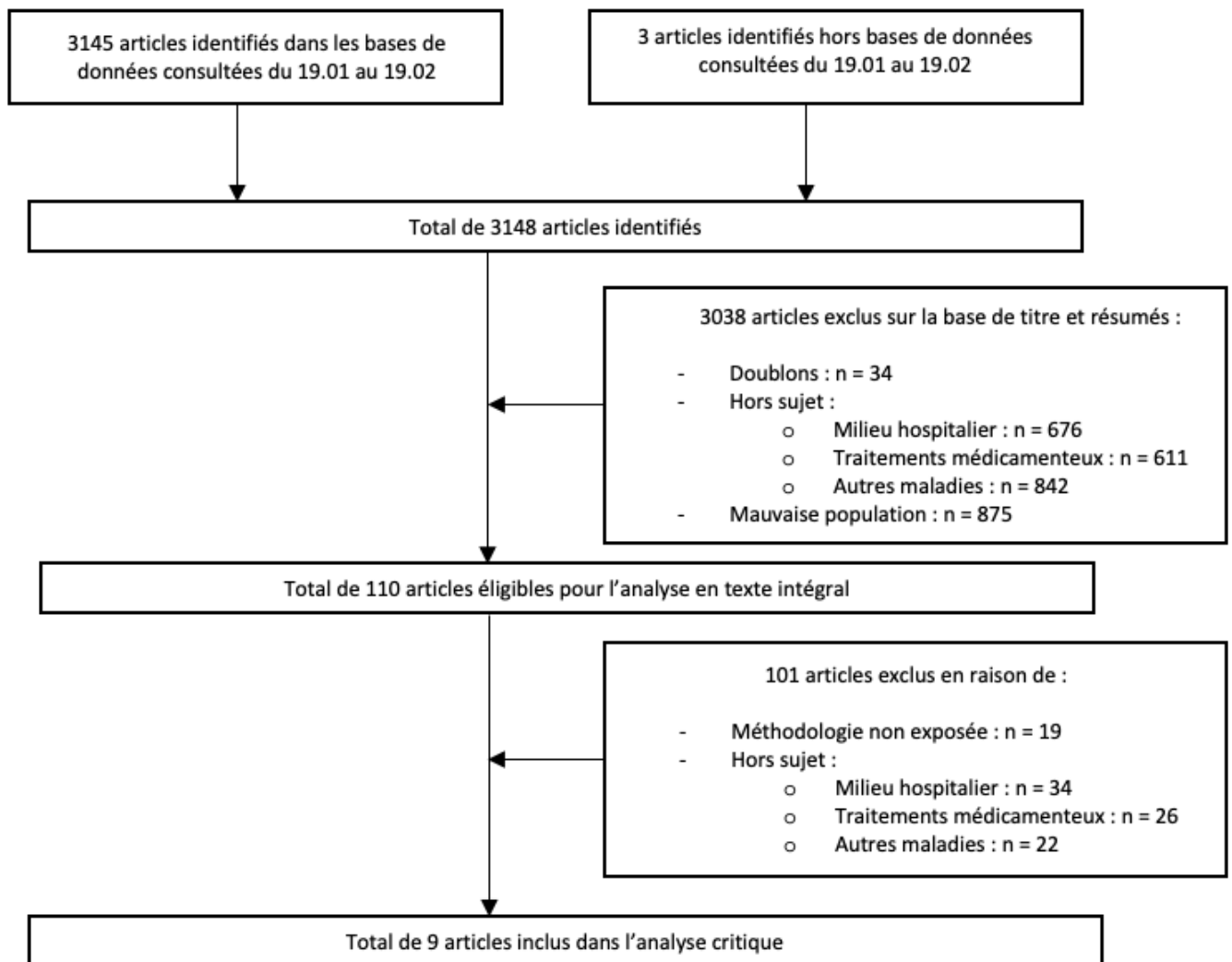


Figure 1. Diagramme de flux décrivant le processus d'identification des articles

### 3.2. Articles retenus à l'issu de la lecture

La méthode de recherche a permis de retenir les 9 articles suivant :

Chien, W.T. & Chan, S.W.C. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia : a randomized controlled trial with 24-month follow-up. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 1326-1340. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.004>

Chien, W.T., Cheng, H.Y., McMaster, T.W., Yip, A. L. K., & Wong, J.C.L. (2019). Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia : An 18-month randomized controlled trial. *Schizophrenia Research*, 212, 140-149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.053>

Chien, W.T., Mui, J., Gray, R., & Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for People with schizophrenia spectrum disorders : a randomised controlled trial. *BioMed Central Psychiatry*, 16 (42).

Chou, K.R., Shih, Y.W., Chang, C., Chou, Y.Y., Hu, W.H., Cheng, J.S., Yang, C.Y., & Hsieh, C.J. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and Quality of Community-Based Life for People With Schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*, 26 (4), 285-294. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.04.003>

Chuang, S.P., Wu, J.Y.W., Wang, C.S., Liu, C.H. & Pan, L.H. (2016). Self concepts, health locus of Control and cognitive functioning associated with health promoting lifestyles in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 70, 82-89.

Hasan, A.A., Callaghan, P., Lymn, J.S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho- educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan : a randomized cotrolled trial. *BMC Psychiatry*, 15 (72), 1-10. DOI 10.1186/s12888-015-0444-7

Hasan, A. & Musleh, M. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia : Results of an randomized controlled trial. *International Journal of Social Psychiatry*, 63 (3), 212-223.



DOI: 10.1177/0020764017693652

Sariah, A.E., Outwater, A.H. & Malima, K.I. (2014). Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia : A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. *BioMed Central Psychiatry*, 14 (240).

Sousa, S.A., Corriveau, D., Lee, F.A., Bianco, L.G., & Sousa, G.M. (2013). The LORS- Enabled Dialogue : A Collaborative Intervention to Promote Recovery From Psychotic Disorders. *Psychiatric Services*, 64 (1), 58-64.

doi: 10.1176/appi.ps.201100421

## **4. RÉSULTATS**

Il est essentiel de faire une synthèse des résultats relever dans la recherche d'articles afin de répondre à la question suivante : Dans le milieu ambulatoire, quelles sont les interventions infirmières permettant de favoriser l'empowerment chez les personnes souffrant de schizophrénie et de diminuer le risque de rechute ?

### **4.1. Synthèse des résultats**

La synthèse des résultats est issue de la revue de littérature. Chaque article a été résumé dans le tableau 4 et analysé selon une grille d'analyse adaptée au type de l'essai afin de juger de la qualité scientifique des articles. La grille CONSORT est utilisée pour les études quantitatives (Chien & al., 2013 ; Chien & al., 2019 ; Chien & al., 2016 ; Hasan & al., 2015 ; Hasan & al., 2017 ; Sousa & al., (2013)) et la grille COREQ pour les études qualitatives (Chou & al., 2012 ; Chuang & al., 2016 ; Sariah & al., 2014) (Annexes A à I).

La date de publication des articles retenus se situe entre 2012 et 2019.

Les principaux auteurs ont un doctorat et ont une activité dans une université ou dans un hôpital.

Trois des neuf articles sélectionnés (Chou & al., 2012 ; Chuang & al., 2016 ; Sariah & al., 2014) adoptent une approche qualitative. Selon le grade de recommandation (annexe J), ils sont de faible niveau de preuve scientifique (HAS, 2013).

Les 6 autres articles (Chien & al., 2013 ; Chien & al., 2019 ; Chien & al., 2016 ; Hasan & al., 2015 ; Hasan & al., 2017 ; Sousa & al., 2013) sont des essais randomisés contrôlés. Ceux-ci sont de preuve scientifique établie selon le grade de recommandation (HAS, 2013) et ont une approche adaptée afin de répondre à la question de recherche.

Les études des articles retenus sont effectuées en Asie (Chien & al., 2013 ; Chien & al., 2019 ; Chien & al., 2016 ; Chou & al., 2012 ; Chuang & al., 2016 ; Hasan & al., 2015 ; Hasan & al., 2017), en Afrique (Sariah & al., 2014) et aux Etats-Unis (Sousa & al., 2013).

Les articles qualitatifs abordent les expériences vécues et les perceptions des personnes atteintes de schizophrénie face aux services de soins psychiatriques ambulatoires. Les répercussions des expériences vécues sur la qualité de vie sont également prises en compte dans les études afin de prévenir les rechutes et d'améliorer la qualité des soins.

Quant aux articles quantitatifs principalement randomisés contrôlés, il s'agit d'interventions expérimentales permettant d'améliorer le soutien et les compétences sociales, la qualité de vie, l'attitude face aux traitements et l'éducation thérapeutique face à la maladie afin d'augmenter l'empowerment des participants. Elles permettent ainsi de réduire les symptômes psychotiques et le risque de rechutes.

Les méthodes de récoltes de données ont été effectuée lors d'entretiens dans des cliniques psychiatriques ambulatoires ou à domicile par des psychiatres et par des infirmières spécialisées. Les résultats ont été recueillis par les chercheurs eux-mêmes ou par des assistants de recherche qualifiés.

Les principaux résultats sont :

- Amélioration de l'autonomie par une psychoéducation (Chou & al., 2012).
- Diminution du sentiment d'impuissance et réduction des symptômes psychotiques par une intervention d'empowerment (Chuang & al., 2016 ; Hasan & al., 2017).
- La pleine conscience améliore les symptômes psychotiques, le fonctionnement psychosocial et diminue le taux d'hospitalisation (Chien & al., 2019).
- Diminution des symptômes, du taux de rechute et amélioration des connaissances sur la maladie par une intervention de psychoéducation (Hasan & al., 2015).
- Amélioration de l'adhérence thérapeutique, des symptômes psychotiques par une intervention d'entretien motivationnel (Chien & al., 2016).
- Amélioration des symptômes, de la perception de la maladie et du traitement, du fonctionnement social et diminution du taux d'hospitalisation par un entretien motivationnel basé sur l'adhérence (Chien & al., 2016 ; Sousa & al., 2013).
- Des entretiens exploratoires sur les expériences vécues montrent des facteurs protecteur (qualité de vie, soutien familial et social, bonne adhérence au médicament, soutien d'un service de santé) et influençant la rechute (consommation cannabis, la non-adhérence, colère) (Sariah, & al., 2014).
- Des groupes de soutien permettent une amélioration du fonctionnement familial, de la personne, du soutien social perçu par les personnes atteintes de schizophrénie (Chien & al., 2013).
- Les entretiens structurés sur les explorations des modes de vie bénéfique à la santé permettent d'améliorer l'empowerment (l'estime de soi, l'auto-détermination, locus de contrôle de santé) (Chuang & al., 2016).

## 4.2. Tableau comparatif

Tableau 4. Tableaux de synthèse pour l'analyse critique des articles retenus

Auteur, année, pays, titre		Chien, W.T., Chan, S.W.C. (2013). The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia : a randomized controlled trial with 24-month follow-up. Chine.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : quantitative expérimentale</p> <p>Devis : randomisé contrôlé</p> <p>But : Observer l'effet d'une intervention de support de groupe mutuel composé de la famille pour des personnes atteintes de schizophrénie.</p> <p>Niveau de preuve selon le grade de recommandation : A = Niveau de preuve établi</p>	<p>Critères d'éligibilité : être âgé de 18 ans ou plus, parler Mandarin ou Cantonais, être diagnostiqué schizophrène selon le DSM-IV, ne pas avoir de comorbidités concernant des maladies mentales, être le proche-aidant principal et vivant avec la personne atteinte de schizophrénie</p> <p>Échantillons : 135 personnes en ambulatoire qui sont suivis par deux cliniques à Hong Kong. .</p> <p>Groupe soutien mutuel : N=45 Groupe psychothérapie : N=45 Groupe témoin :N=45</p> <p>N. éligibles : 1'100 N exclus : 105 N non éligibles : 475</p>	<p>Étude réalisée entre Décembre 2008 et Janvier 2012.</p> <p>Groupe de soutien mutuel : 14 séances de soutien mutuel de 2h pendant 9 mois et reçoit des soins psychiatriques de routine. Le groupe est animé par un pair formé.</p> <p>Groupe de psychoéducation : 14 séances de psychoéducation de 2h toutes les 2 semaines.</p> <p>Programme : soutien psychologique, éducation thérapeutique et soins psychiatrique de base dispensé par un infirmier spécialisé en psychiatrie</p> <p>Groupe témoin : reçoit uniquement les soins psychiatriques habituels une fois par mois (consultations psychiatriques, traitement médicamenteux, une séance d'éducation thérapeutique, une formation à l'emploi effectuée par un ergothérapeute et des services d'aide sociale)</p> <p>Échelles utilisées :</p> <p>Family assesment device (FAD) = échelle d'évaluation du fonctionnement familial, Social support questionnaire (SSQ6) = échelle d'évaluation de la satisfaction du soutien social, Brief psychiatry rating scale (BPRS) = échelle d'évaluation de l'état mental des participants, family stress and support inventory (FSSI) = échelle d'évaluation des besoins de santé communautaire, specific level of functioning care (SLOF) = échelle d'évaluation du fonctionnement psychosocial</p> <p>Méthode statistique utilisée : SPSS version 19, test ANOVA et MANOVA</p> <p>Test de Helmert</p>	<p>Les résultats ont été observer en 4 temps : T1 = avant assignation des participants, T2 = après 1 semaine de traitement, T3 = 12 mois après l'intervention, T4 = 24 mois après l'intervention</p> <p>Le groupe de soutien mutuel a montré une amélioration du fonctionnement familial et du soutien perçu au temps 3 par rapport au groupe de soins psychiatrique de base et au temps 4 par rapport au groupe de psychoéducation.</p> <p>Le fonctionnement personnel et l'état mental des participants sont améliorés au temps 3 et 4 par rapport au groupe de psychoéducation et au groupe témoin.</p>	<p>Pas de résultats pour le FSSI</p> <p>Généralisable à la population européenne ?</p>

Auteur, année, pays, titre		Chien, W. T., Cheng, H. Y., & al. (2019). Effectiveness of a Mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia : An 18-Month randomized controlled trial. Chine.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : quantitatif expérimental</p> <p>Devis : randomisé contrôlé</p> <p>But : observé les effets d'une intervention psycho-éducative de groupe basée sur la pleine conscience chez des patients souffrant de schizophrénie à un stade précoce</p> <p>Niveau de preuve selon le GRADE de recommandation : A = niveau de preuve établie</p>	<p>Critères d'éligibilité : Patients atteint de schizophrénie à un stade précoce / résidant chinois / âgé de 18 à 60 ans / souffrant de la maladie depuis 5 ans / capable de lire et communiquer en chinois</p> <p>600 patients dont 593 dans 2 villes ont accepté de participer à l'étude.</p> <p>90 patients ont été contacté dans chaque ville. N=180</p> <p>Échantillon : 180 participants</p> <p>3 groupes de 60 participants</p>	<p>Étude faite sur 18 mois entre Janvier 2014 et Février 2016</p> <p>Les participants sont divisés en 3 groupes :</p> <p>Groupe de psychoéducation basé sur la pleine conscience : 12 séances de 2h toutes les 2 semaines avec une infirmière spécialisée en mindfulness. Le programme est réparti en sept catégories.</p> <p>Groupe de psychoéducation : 12 séances de 2h toutes les 2 semaines. Se compose de 4 phases : présentation, engagement et fixation d'objectif / éducation à la santé mentale, survie et gestion du stress / prévention des rechutes et promotion de la résilience par la résolution de problèmes et la formation aux compétences interpersonnelles et de vie / l'évaluation des connaissances et des compétences acquises et des plans d'avenir</p> <p>Groupe de soins psychiatriques de routine : toutes les 4 à 6 semaines. Comprenant une éducation à la santé mentale, des conseils sur les services communautaires et services sociaux et des visites à domicile par des infirmiers toutes 3 à 5 semaines.</p> <p>Échelles utilisées : échelles du niveau de fonctionnement psychosocial (SLOF), Positive and negative syndrome scale (PANSS) = échelle des symptômes positifs et négatifs, Insight and treatment attitudes questionnaire (ITAQ) = questionnaire d'insight et attitudes face au traitement, Five Facets Mindfulness questionnaire (FFMQ) = questionnaire des 5 facettes de la pleine conscience.</p> <p>Méthode : SPSS windows version 22 test MANOVA, ANOVA</p>	<p>Dans le groupe intervention (psychoéducation basée sur la pleine conscience), le fonctionnement psychosocial, la durée de ré hospitalisation, la sévérité des symptômes et l'insight sur la maladie et le traitement sont améliorés par rapport au groupe de psychoéducation et au groupe témoin.</p> <p>Les imageries démontrent une amélioration de la concentration de matière grise dans quatre régions cérébrales.</p>	<p>Les personnes asiatiques sont moins ouvertes à l'expérience que les occidentaux.</p> <p>Il n'est pas mentionné qui a analysé les résultats de l'étude.</p> <p>Difficilement généralisable au vu de la culture.</p>

Auteur, année, pays, titre		Chien, W.T., Mui, J., Gray, R., Cheung, E. (2016). Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders : a randomized controlled trial. Chine (Hong-Kong).		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : quantitative expérimentale</p> <p>Devis : randomisé contrôlée en simple aveugle</p> <p>But : évaluer l'effet d'un entretien motivationnel basé sur l'adhérence des personnes souffrant de schizophrénie</p> <p>Niveau de preuve selon GRADE des recommandations : A = niveau de preuve établie</p>	<p>Critères d'éligibilité : Âgés entre 18 et 64 ans, résidant à Hong-Kong, parle le cantonais ou le mandarin, minimum 3 ans avec la maladie, avec peu d'adhérence au traitement selon le Drug, attitude inventory score ou avec un arrêt de traitement provoquant une hospitalisation de plus d'1 mois ou avec minimum 3 oubli de traitement en 3 mois</p> <p>2 cliniques de psychiatrie en ambulatoire à Hong-Kong N= 3'000 personnes avec schizophrénie N= 1'200 participants éligibles N participants à l'étude = 134 Groupe intervention = 67 participants Groupe témoin = 67 participants .</p>	<p>Etude réalisée entre décembre 2012 et mai 2015. Résultats sur 18 mois d'intervention.</p> <p>Groupe intervention : Reçoit 6 séances d'entretien motivationnel de 2h en une semaine toutes les 2 semaines pendant 3 mois menées par des infirmières formées au programme d'adhérence thérapeutique + soins psychiatriques de routine.</p> <p>Phase 1 (séance 1) = identifier les besoins des participants + établir des objectifs Phase 2 (séances 2-3) = éducation thérapeutique sur la maladie et le traitement + identifier les forces et les faiblesses Phase 3 (séances 4-5-6) = stratégies d'intervention</p> <p>Groupe témoin : Reçoit uniquement des soins psychiatriques de routine : consultation psychiatrique et traitement par un psychiatre ; visites à domicile ; évaluation de l'état mental + éducation thérapeutique concernant le traitement par un infirmier spécialisé en psychiatrie toutes les 4 à 6 semaines ; soins de santé ; aides sociales et aides financière par un assistant social ; consultation avec un psychologue clinique.</p> <p>Échelles utilisées : Adherence rating scale (ARS) = échelle d'évaluation de l'observance ; Positive and negative syndrome scale (PANSS) = échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs ; Insight and treatment attitudes questionnaire (ITAQ) = questionnaire d'évaluation de l'insight et de l'attitude de traitement ; specific level of functioning scale (SLOF) = échelle d'évaluation du niveau de fonctionnement</p> <p>Méthode statistique : SPSS version 20.0</p>	<p>Evaluation des résultats à T0 lors du recrutement, T1 après 2 semaines, T2 après 6 mois, T3 après 18 mois.</p> <p>Pour le groupe d'intervention l'étude montre une amélioration de la perception de la maladie, une amélioration du fonctionnement, une réduction de la sévérité des symptômes.</p> <p>Le nombre d'hospitalisations du groupe interventionnel est le même comparé au groupe témoin. A T2 et à T3, le temps d'hospitalisation est diminué pour le groupe intervention.</p>	<p>Généralisable à la population européenne ?</p>

Auteur, année, pays, titre		Chou, K.R., Shih, Y.W., Chang, C., Chou, Y.Y., Hu, W.H., Cheng, J.S., Yang, C.Y. & Hsieh, C.J. (2012). Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and quality of Community-based Life for People with schizophrenia. Chine.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : qualitative transversale exploratoire</p> <p>Devis : randomisé</p> <p>But : Tester l'hypothèse selon laquelle l'Empowerment et les activités de réhabilitation psychosociale ont un impact direct sur l'augmentation de la qualité de vie et donc de de réduction des symptômes psychotique des patients schizophrènes en ambulatoire.</p> <p>Niveau de preuve selon le grade des recommandations : C = faible niveau de preuve</p>	<p>Critères d'éligibilité : Diagnostiqué schizophrènes, traitement en ambulatoire et prise de médicaments dans un centre de réadaptation communautaire, être majeur, stabilité clinique objectivé par un soignant, connaissance de langue le chinoise ou taïwanaise, capacité de discernement.</p> <p>Échantillon : 190 patients ambulatoire atteints de schizophrénie dans 10 centres de réhabilitation communautaire du Nord de Taiwan (Taipei)</p> <p>N. éligibles : 237</p> <p>N. exclus : 47</p> <p>Groupe intervention = participants de l'échantillon : N=10</p> <p>Groupe témoin = Étude pilote pour conception de l'étude : N = 31</p>	<p>Les données ont été collectées entre juillet et septembre 2007.</p> <p>Groupe témoin : 31 participants qui auraient pu être éligible dans l'échantillon ont effectués et utilisés les différents instruments de l'étude avant le début de celle-ci afin de les adapter aux mieux (Retour, avis, difficultés) En effet, cela a pour but de simplifier la compréhension du déroulement et des instruments de l'étude pour les participants de l'échantillon d'intervention.</p> <p>Groupe d'intervention : Distribution des instruments lors d'un entretien semi-structuré.</p> <p>Instruments utilisés : Questionnaire de recueil de données (démographie/maladie), Empowerment scale (ES) = échelle d'autonomisation, Psychiatric Symptoms Scale (PSS) = l'échelle des symptômes psychiatriques, The Psychosocial Rehabilitation Activity Scale (PRA) = échelle d'activité de réhabilitation psychosociale, Quality of Life Scale for Psychiatric Patients (QOLS) = l'échelle de qualité de vie des patients psychiatrique.</p> <p>Méthode statistique : SPSS version 16.0</p>	<p>Les résultats démontrent que l'empowerment et les activités de réhabilitation favorise et sont nécessaires pour améliorer la qualité de vie des patients ambulatoires atteints de schizophrénie. D'autres part la présence de symptômes psychotiques aurait un impact direct sur la baisse de la qualité de vie des participant.</p>	<p>Généralisable à la population européenne ?</p> <p>Collecte de donnée 2007</p>

Auteur, année, pays, titre		Chuang, S.P., Wu, J.Y.W., Wang, C.S., Liu, C.H. & Pan, L.H. (2016). Self concepts, health locus of Control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : Qualitative</p> <p>Devis : Descriptive</p> <p>But : Comprendre l'impact de l'empowerment (estime de soi, auto-efficacité et le locus de contrôle de la santé) sur les modes de vie bénéfique pour la santé chez les schizophrènes</p> <p>Niveau de preuve selon le grade de recommandation = c = faible niveau de preuve</p>	<p>Critères d'éligibilité : Bonne observance aux Traitements, stabilité clinique, Pas de modification de traitement le mois précédent l'étude, mode de vie sain (pas abus substances 6 mois précédent l'étude)</p> <p>N. éligibles : 76 N. exclus : 10 N. refus 10</p> <p>N. total = 56 patients ambulatoires atteints de schizophrénie interrogés au cours d'entretiens cliniques structurés</p>	<p>Cinquante-six personnes atteintes de schizophrénie ont été recrutées dans le groupe d'étude. L'ensemble des participant lors d'entretien structuré ont participé aux tests et échelles d'évaluation.</p> <p>Instruments utilisés lors de l'entretien structuré Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) = échelle d'évaluation de l'estime de soi, General Self-Efficacy Scale (GSE) = échelle de l'auto-efficacité , The Multidimensional Health Locus of Control Scales (MHLC) = échelle du locus de contrôle de la santé , Health Promotion Life-style Profile-II (HPLP II) = les modes de vie favorables à la santé et une série de mesures neurocognitives.</p> <p>Le protocole de l'étude a été revu et approuvé par Institut de l'Hôpital Général des Forces Armées de Kaohsiung à Taiwan selon DSM 5</p> <p>Méthode statistique : SPSS version 16</p>	<p>Les résultats de l'étude peuvent aider les professionnels de la santé mentale à maintenir et à améliorer les comportements favorables à la santé par une meilleure compréhension de l'estime de soi, de l'auto-efficacité, du locus de contrôle de la santé et du fonctionnement neurocognitif chez les personnes atteintes de schizophrénie en lien avec la corrélation de ses sujets,</p>	<p>Généralisable et représentatif ?</p> <p>Effectuer sur patient stable et chronique</p>



Auteur, année, pays, titre		Hasan, A.A., Callaghan, P., Lymn, J.S. (2015). Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan : a randomized cotrolled trial. Jordanie		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : quantitatif expérimental</p> <p>Devis : Randomisé contrôlé en simple aveugle</p> <p>But : Observé l'impact d'une intervention psycho-éducative sur des patients atteints de schizophrénie lors des premiers soins</p> <p>Niveau de preuve selon le grade de recommandation = A = niveau de preuve établie</p>	<p>Critères d'éligibilité : Patients diagnostiqué schizophrène avec le DSM-IV, diagnostic réalisé par un interview avec un psychiatre et avec la présence des proches aidants, proviennent d'une des 4 cliniques, avoir minimum 18 ans, lire et écrire en anglais ou arabe et pouvoir consentir</p> <p>N éligible : 271 N exclu : 170 (n =90 pas dans les critères d'inclusion, n =50 retraits, n=10 autres raisons) N Total : 121 Groupe contrôle : 63 Groupe intervention : 58</p>	<p>Étude menée de septembre 2012 à Juillet 2013.</p> <p>Groupe Contrôle : continu de recevoir leur traitement habituelle (médicament et examens)</p> <p>Groupe Intervention : Continue de recevoir leur traitement habituelle (médicament et examens) en plus de brochures psycho-éducative tous les 15 jours pendant 12 semaines. Des entretiens téléphoniques sont réalisés pour s'assurer qu'ils ont lu et compris la brochure</p> <p>Échelles utilisées : Questionnaire sur les connaissances de la schizophrénie (KASQ) Échelle des symptômes positif et négatifs (PANSS), Échelle sur le fardeau familial (FBIS), échelle sur la qualité de vie de personne schizophrènes (S-CQoL), Méthode : Test ANOVA + Test McNemar (identifier la différence de rechute entre les groupes, post-traitement et trois mois plus tard)</p>	<p>Le groupe intervention a montré une amélioration des connaissances sur la maladie (échelle KASQ) chez les personnes atteintes de schizophrénie et chez leurs proche-aidant et une diminution de la sévérité des symptômes (échelle PANSS) après le traitement et le suivis à 3 mois. Le fardeau familial est diminué et la qualité de vie des proches-aidants est améliorée dans le groupe intervention.</p> <p>Le test McNemar montre une diminution du taux de rechute dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin.</p>	<p>Le Temps des outcomes n'est pas décrit dans les mesures</p> <p>Pas de précision sur le nombre et le temps de l'entretien téléphonique</p> <p>Pas d'hypothèse formulée</p> <p>Difficilement généralisable en vu de la population</p>

Auteur, année, pays, titre		Hasan, A. & Musleh, A. (2017). The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: Results of a randomized controlled trial. Jordanie,		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : Quantitatif expérimental</p> <p>Devis : randomisé contrôlé</p> <p>But : Évaluer les effets de l'autonomisation des patients souffrants de schizophrénie</p> <p>Niveau de preuve selon l'échelle GRADE des recommandations : A = niveau de preuve établie</p>	<p>Critères d'éligibilité : Patients provenant de plusieurs cliniques, âgé &gt; 18 ans, atteint de schizophrénie ou de troubles socioaffectif, doivent parler et écrire l'anglais et l'arabe, capable de discernement</p> <p>N. Total début : 179 N. exclus : 67 N..avec critère d'inclusions : 112</p> <p>Échantillon : 56 participants groupe control 56 participants groupe intervention</p>	<p>Étude faite entre Novembre 2015 et Mai 2016. Au début de l'expérience un livret a été donné aux deux groupes. Ce livret est composé de six sujets classés en trois catégories : "comprendre la guérison d'une maladie", "Faire et défaire : les efforts déployés pour la guérison", "la voie vers la meilleure guérison"</p> <p>Le groupe intervention reçoit une séance (entretien face à face) entre 20 à 30min par semaine durant six semaines en prenant leur traitement habituel. Durant ces séances les sujets du livret étaient abordés.</p> <p>Groupe contrôle n'a pas d'entretien, ils recevaient uniquement le livret en continuant leur traitement habituel.</p> <p>Échelles utilisées : Échelle d'impuissance modifié (MLHS), échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), échelle d'évaluation de la guérison (RAS), échelle sur la qualité de vie (S-QoL-18) et échelle d'autonomisation (Empowerment scale)</p> <p>Méthode d'analyse : SPSS version 23, test ANOVA</p>	<p>Les effets de l'intervention ont été évalué par une infirmière spécialisée en psychiatrie après les six semaines (première outcome) et 3 mois après l'intervention (deuxième outcome). Une comparaison a été faite entre les deux groupes. Le groupe d'intervention montre une amélioration du sentiment d'impuissance qui est corrélé à une amélioration du taux de guérison et une amélioration de l'autonomisation.</p> <p>L'intervention permet de diminuer la sévérité des symptômes et le taux de guérison.</p> <p>L'intervention d'autonomisation n'a pas montrer d'amélioration de la qualité de vie entre les 2 groupes.</p> <p>L'intervention d'empowerment améliore l'autonomisation des participants</p>	<p>La fonction du livret n'est pas exprimée. Pas de date précise : recrutement, début de l'étude, fin et durée de l'étude</p> <p>Intervention de recherche mal expliqué</p> <p>Pas d'information sur la médication prise par les participants :</p> <p>Nous ne savons pas depuis quand ils sont atteints de schizophrénie (chronique ou aigue)</p>

Auteur, année, pays, titre		Sariah, A.E., Outwater, A.H. & Malima, K.I.(2014). Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia : A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania. Tanzanie.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : Qualitative</p> <p>Devis : Descriptive</p> <p>But : Exploration des risques et facteurs de protection contre la rechute afin de réduire le nombre de hospitalisation</p> <p>Niveau de preuve selon le grade de recommandation = c = faible niveau de preuve scientifique</p>	<p>Critères d'éligibilité patients : Personnes atteintes de schizophrénie depuis plus de 6 mois, au moins 2 antécédents d'hospitalisation</p> <p>Critères d'éligibilité proches aidants : Avoir 18 ans et plus, être dans le même ménage que le patient depuis plus de 6 mois, la sélection des proches aidants a été effectué parmi ceux ayant accompagné les patients au service ambulatoire de psychiatrie.</p> <p>N. éligibles = 7 patients atteints de schizophrénie externe au Muhimbili National Hospital, et leur 7 aidant familiaux respectif</p> <p>Échantillon : Sélectionné avec l'aide d'une infirmière spécialisée en santé mental par échantillonnage dirigé : Les participants ont été sélectionnés en parcourant les dossiers des patients ayant un RDV ce jour-là.</p>	<p>Les participants ont été informé du but et de l'importance de l'étude. 14 entretiens approfondis enregistrés ont été réalisés en swahili : 30 à 45 minutes par patient et par proche.</p> <p>Pour la préparation des entretiens 7 questions guide thématique ont été préparés à l'avance pour les patients schizophrènes et 7 autres questions guide thématique pour les proches aidants. Ainsi, les entretiens ont abordé les différentes questions de ces deux guides et ont laissé la place pour les éléments directs ajoutées par les participants.</p> <p>Pour récolter un maximum d'informations, l'ensemble des participants ont effectué leur entretien de manière individuelle et ont été incité à compter de manière précise leur expériences et histoire personnel.</p> <p>Lors des entretiens des notes de terrain ont été prise.</p> <p>Méthode statistique : « Nvivo 9 computer assisted qualitative data analysis software</p>	<p>Les résultats de cette étude mettent évidences deux grands facteurs de risque et de protection de la rechute faisant émerger des suggestions et sous thème en lien avec chacun des facteurs : le facteur personnel et environnemental</p> <p>L'ensemble des participants ont suggérés différentes propositions d'interventions afin de réduire le nombre de rechute et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteints de schizophrénie.</p> <p>La suggestion principale correspond à l'évolution des services de santé mental. Notamment en renforçant la relation thérapeutique soignant soigné, accentuant les visites communautaires par des infirmière à domicile, augmentant et améliorant les séances de psychoéducation en santé mentale pour les patients mais aussi pour la famille et les proches.</p>	<p>Généralisable à la population européenne ?</p>

Auteur, année, pays, titre		Sousa, S.A., Corriveau, D., Lee, F.A., Bianco, L.G., Sousa, G.M. (2013). The LORS-Enabled Dialogue : A Collaborative Intervention to Promote Recovery From Psychotic Disorders. USA.		
Devis et objectif	Population	Méthode/ intervention (si présent)	Résultats	Commentaires
<p>Type d'étude : quantitative expérimentale</p> <p>Devis : randomisé contrôlé</p> <p>But : observer l'effet d'un entretien (LED) dans la diminution des différences de perception entre les évaluations des professionnels et des participants sur l'importance des symptômes psychotiques, l'amélioration de l'adhérence aux traitements et de fonctionnement.</p> <p>Niveau de preuve selon le grade des recommandations : A = preuve établie</p>	<p>Critères d'éligibilité : Patient diagnostiqué atteint de schizophrénie, trouble bipolaire ou dépression majeure avec symptômes psychotiques / capable de communiquer en anglais / sans déficience intellectuelle, toxicomanie et maladie du système nerveux central</p> <p>Échantillon : 90 participants provenant de milieu hospitalier et ambulatoire</p> <p>N. Total = 90</p> <p>Groupe intervention : N= 50</p> <p>Groupe témoin : N=40</p>	<p>Étude réalisée sur 4 mois</p> <p>Groupe intervention : Intervention LED par entretien motivationnel. Discussion sur les objectifs du participant et des actions à entreprendre pour les réalisés.</p> <p>Groupe témoin : intervention placebo de contrôle de l'attention = discussion sur les aspects généraux du traitement</p> <p>Pour les participants hospitalisés (groupe intervention et témoin) : 1 séance entre 30 et 45 minutes / semaines</p> <p>Pour les patients externes (groupe intervention et témoin): 1 séance entre 30 et 45 minutes / mois</p> <p>Échelles utilisées :</p> <p>Échelle de la mesure de la conscience des symptômes (LORS-discrepancy)/ échelle de la mesure de la psychopathologie (LORS-clinician-LORS-patient) / échelle du syndrome positif et négatif (PANSS) / échelle de l'adhésion à la médication (Kemp compliance tool- KCT)</p> <p>Méthode analyse statistique : SAS version 9.1</p>	<p>Le groupe d'intervention montre une amélioration significative dans le temps concernant l'évaluation fonctionnelle. Pour ce groupe une amélioration de l'adhérence thérapeutique est observable à 2 mois. La gravité des symptômes positifs et négatifs est diminuée dans le groupe d'intervention</p> <p>Il est observable pour le groupe contrôle une amélioration de l'adhérence thérapeutique à 4 mois. Pour ce groupe les symptômes positifs et négatifs ne sont pas diminués.</p>	<p>L'objectif de l'étude n'est pas mentionné dans le résumé.</p> <p>Il n'est pas précisé combien de participant sont externe ou en milieu hospitalier dans chaque groupe dans la partie échantillon.</p> <p>La randomisation n'est pas explicitée.</p> <p>L'intervention du groupe témoin n'est pas expliquée.</p>

#### 4.3. Tableau 5 : tableau synoptique des thèmes communs

Articles	Thèmes					
	Qualité de vie	Soutien social et familial	Attitudes face aux traitements	Connaissances sur la schizophrénie	Fonctionnement de la personne	Sévérité des symptômes
Chien & al., (2013)	X	X		X	X	
Chien & al., (2016)			X			X
Chien & al., (2019)			X			X
Chou & al., (2012)	X	X	X	X	X	X
Chuang & al., (2016)	X	X				
Hasan & al., (2015)	X	X		X	X	X
Hasan & al., (2017)	X			X	X	X
Sariah & al., (2014)	X	X	X	X	X	
Sousa & al., (2013)			X			X

#### **4.4. Analyse critique des articles retenus**

L'analyse critique des articles retenus a permis d'identifier 7 thèmes communs : la qualité de vie, le soutien social et familial, l'attitude face aux traitements, les connaissances sur la schizophrénie, le fonctionnement personnel, l'amélioration des services de santé mentale et la sévérité des symptômes.

##### **4.4.1. Qualité de vie**

La qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie est un thème abordé dans 6 des articles retenus. Il existe plusieurs éléments permettant d'améliorer cette dernière notamment les activités de réhabilitations psychiatriques et l'empowerment (Chou & al., 2012). Selon Chien (2016), ce dernier se définit au travers de l'auto-efficacité, l'estime de soi et le contrôle de la santé. Pour Hasan (2017) et Chou (2012), l'empowerment permet la réduction de la sévérité des symptômes psychotiques et ainsi d'améliorer la qualité de vie.

D'après Sariah (2014), un emploi stable, une activité religieuse, une bonne adhérence au traitement, une présence de soutien familial et des services de santé sont également des critères environnementaux et personnels d'une bonne qualité de vie permettant aux personnes atteintes de schizophrénie d'éviter les rechutes.

La psychoéducation permet l'amélioration de la qualité de vie en lien avec le soutien des services santé et les séances d'éducation thérapeutique (Chien & al., 2013).

##### **4.4.2. Soutien social et familial**

Ce thème est évoqué dans 5 des articles retenus. D'après Chuang (2016), la famille et les professionnels de santé sont des ressources puissantes influençant favorablement l'état mental des personnes atteintes de schizophrénie. Cependant, cette maladie peut également impacter la famille et engendrer une diminution du soutien familial lié au fardeau des proches. Le manque de soutien, les problèmes familiaux et le stress sont des éléments déclencheurs d'une rechute (Hasan & al., 2015).

Selon Chien (2013), le soutien familial permet aux personnes de se sentir soutenues et d'améliorer leur état mental. Cela permet également d'améliorer le fonctionnement familial et la qualité de vie. Il est alors, un facteur environnemental primordial entraînant un cadre de vie sain et fiable propice à la stabilisation clinique. Ainsi, le soutien permet

l'adhésion thérapeutique et l'empowerment afin de prévenir une éventuelle décompensation (Sariah & al., 2014).

#### **4.4.3. Attitudes faces aux traitements**

L'attitude face aux traitements est un thème abordé dans plusieurs articles. Il dépend des connaissances sur la maladie, sur l'importance du traitement et dépend également de la qualité de vie. L'adhérence thérapeutique permet ainsi la diminution du risque de rechute (Sariah & al., 2014).

D'après l'étude de Chien (2016) sur l'adhérence thérapeutique, les entretiens motivationnels et l'éducation thérapeutique sont des interventions permettant l'acquisition des connaissances sur la maladie et la sensibilisation aux risques liés à la non-prise médicamenteuse. Celles-ci impactent significativement l'adhésion des personnes face à la schizophrénie et renforce l'autonomie quant à la gestion de la maladie. Cette étude démontre également, une diminution du temps de réhospitalisation. Aussi, l'étude de Sousa (2013), démontre une efficacité de l'entretien motivationnel sur l'adhésion thérapeutique.

#### **4.4.4. Connaissances sur la schizophrénie**

Selon Hasan (2015), les entretiens téléphoniques sur la compréhension d'une brochure explicative permettent d'améliorer les connaissances sur la schizophrénie. De plus, des entretiens d'éducation thérapeutique abordant des sujets sur le processus de guérison de la maladie ont permis de diminuer la sévérité des symptômes (Hasan & al., 2017). D'après l'étude de Sariah (2014), les personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches suggèrent que la psychoéducation permettrait d'améliorer les connaissances sur la maladie et les traitements et ainsi de diminuer les risques de rechute.

#### **4.4.5. Fonctionnement personnel**

L'étude expérimentale de Chien (2019), a permis d'explorer l'impact d'une intervention de groupe basée sur la pleine conscience, pour les personnes atteintes de schizophrénie précoce. Les résultats de cette étude démontrent une amélioration de la pleine conscience dans le temps (18 mois). L'attitude face aux traitements est également améliorée. Au niveau du fonctionnement psychosocial, le groupe expérimental montre de meilleurs résultats dans les différents temps de mesures, face aux deux autres

groupes. La pleine conscience améliore le fonctionnement psychosocial et réduit les symptômes et le taux d'hospitalisation dans le groupe intervention.

L'étude de Chien (2016), démontre l'efficacité d'un entretien motivationnel sur l'amélioration du fonctionnement personnel.

#### **4.4.6. Sévérité des symptômes**

Ce thème fait partie des éléments évalués dans les articles retenus.

Dans l'étude de Chien (2016), les entretiens motivationnels permettent de diminuer la sévérité des symptômes et donc le risque de rechute. La diminution du taux de réhospitalisation a été observée au cours de l'étude de Chien (2019).

Selon l'étude de Chou (2012), la présence de symptômes psychotiques réduit la qualité de vie.



## **5. DISCUSSION**

Dans la discussion, les résultats sont mis en lien avec l'ancrage disciplinaire afin de répondre à la question de recherche suivante : Dans le milieu ambulatoire, quelles sont les interventions infirmières favorisant l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie ? Pour l'élaboration de cette partie les principaux concepts du modèle de l'ASFF selon Gottlieb sont utilisés : les soins centrés sur la personne, la promotion et prévention de la santé, l'autonomisation et le partenariat de collaboration. Les forces, les limites et les recommandations sont également détaillées.

### **5.1. Soins centrés sur la personne**

Lors d'une prise en soin, il est important que l'infirmière considère la personne comme un être à part entière et qu'elle l'implique ainsi que sa famille dans la prise en charge de sa santé en la mettant au centre des soins. C'est-à-dire, mettre la personne au centre des décisions en prenant en compte ses valeurs et ses croyances (Gottlieb, 2014). Pour se faire une alliance thérapeutique est primordiale. Cela se réfère à l'engagement de la part des professionnels soignants en alliance avec le patient (Charpentier, Goudemand & Thomas, 2009). En effet, le soignant est donc considéré comme étant une force pour la personne soignée. Les forces l'aide à s'adapter à son environnement et aux problématiques de santé afin de guérir et/ou s'auto-guérir (Gottlieb, 2014). Selon l'étude de Sariah (2014), des entretiens exploratoires sur les expériences vécues montrent l'existence de facteurs protecteurs contre la rechute notamment le soutien de service de santé. Les résultats de cette étude qualitative centrée sur les personnes atteintes de schizophrénie ont permis de faire émerger leurs besoins. Une augmentation du suivi à domicile, un renforcement de la relation thérapeutique entre le soignant et soigné en font partie et permettent de diminuer le risque de rechute. Le soutien et le suivi place ainsi la personne au centre en favorisant l'adhésion thérapeutique et l'autonomisation afin de prévenir une éventuelle décompensation.

### **5.2. Promotion et prévention de la santé**

Les interventions infirmières se doivent d'être centrées sur les individus et leur famille afin de les accompagner et les soutenir tout au long de la prise en soins. L'infirmière a un rôle d'aidant dans la diminution de la souffrance et dans la résolution de problèmes (Gottlieb, 2014).

Les forces ou les déficits sont impactés par l'environnement et déterminent ainsi le fonctionnement de la personne. De plus, les professionnels de la santé ont pour objectif de mettre en lumière les forces des personnes soignées et aider ses dernières à les amplifier afin de promouvoir davantage leur santé (Gottlieb, 2014).

Blondeau (2007), explique que différentes interventions telles que la psychoéducation, le soutien familial et l'éducation thérapeutique font partie intégrante des objectifs infirmiers. Ils permettent à la personne de trouver les ressources nécessaires à leur bien-être.

De plus, quatre des articles scientifiques retenus font émerger plusieurs interventions en lien avec la promotion et la prévention de la santé telles que la psychoéducation, les entretiens motivationnels et les entretiens structurés (Hasan & al., 2015 ; Chou & al., 2012 ; Chien & al., 2016 ; Chuang & al., 2016). Tout d'abord, la psychoéducation est une intervention qui permet la diminution des symptômes, la diminution du taux de rechute et l'amélioration des connaissances sur la schizophrénie (Hasan & al., 2015). Elle permet aussi l'amélioration de l'autonomie (Chou & al., 2012). Ensuite, les entretiens structurés sur les explorations des modes de vie bénéfiques à la santé permettent d'améliorer l'empowerment (Chuang & al., 2016). Pour finir, l'éducation thérapeutique réalisée au travers d'entretiens motivationnels montre une amélioration au niveau de l'adhérence thérapeutique et sur la réduction des symptômes psychotiques chez les personnes atteintes de schizophrénie (Chien & al., 2016).

### **5.3. Autonomisation**

L'étude de Parron (2010) sur les enjeux de l'autonomisation des jeunes adultes confrontés à des troubles psychiques, a mis en lumière que la maladie interrompt le processus d'autonomisation du jeune vis-à-vis de ses parents. Les parents associent la maladie à la capacité de l'enfant à gérer sa vie, ses finances ainsi que ses relations sociales, c'est-à-dire, la capacité d'agir et d'être dans l'action. De ce fait, cette perception amène les parents à contrôler les choix et les décisions de leurs enfants (choix professionnel ou traitement de la maladie). Cependant, les jeunes ont tendance à définir leur autonomie sous une forme subjective comprenant une dimension identitaire. Or, l'interdépendance des relations parents-enfants influence la perception du jeune sur sa propre autonomie (Parron, 2010). De plus, l'adhésion thérapeutique est également un facteur central pour l'autonomisation de la personne (Thomas, 2013). Selon Gottlieb (2014) : "chaque personne a la capacité de croître, de se transformer et de s'auto-guérir". L'étude de Chuang (2016) basée sur des entretiens structurés pour améliorer l'autonomisation ont démontré une diminution du sentiment d'impuissance et une

réduction des symptômes psychotiques. La psychoéducation basée sur la pleine conscience permet également de favoriser l'autonomisation et ainsi d'améliorer les symptômes psychotiques, le fonctionnement psychosocial et diminuer le taux d'hospitalisation (Chien & al., 2019). Cette intervention en lien avec l'ASFF permet d'améliorer la qualité de vie en diminuant le stress et en améliorant le bien-être (Gottlieb, 2014).

#### **5.4. Partenariat de collaboration**

La famille, l'entourage, le patient ainsi que les professionnels de santé forment ensemble un partenariat de collaboration permettant la promotion du processus de guérison (Gottlieb, 2014). La famille peut avoir un impact sur le bien-être d'une personne atteinte de troubles psychiques. Christian Réveillère, chercheur et enseignant en psychologie a mené une étude qualitative auprès de 23 sujets (14 femmes et 9 hommes), concernant les répercussions dans la vie de famille lorsque l'un des membres adultes est atteint de schizophrénie. Les participants ont dû répondre à un questionnaire composé de questions ouvertes sur "les *situations-problèmes* de la vie quotidienne et les adaptations psychologiques dans la schizophrénie". Les résultats de cette étude ont mis en évidence que les membres de la famille de la personne malade ont leur état de santé qui se détériore et que celui-ci peut péjorer l'état clinique de la personne schizophrène jusqu'au risque de provoquer une décompensation (Réveillère, C., et al., 2001). D'après Sariah (2014), la perception des personnes atteintes de schizophrénie suggère que l'amélioration des services de santé par l'augmentation des visites infirmières à domicile permettra de renforcer la relation thérapeutique entre le soignant, le soigné et les proches.

#### **5.5. Apports et limites du travail**

##### Apports

La problématique de ce travail évoque un sujet actuel de par l'augmentation de la désinstitutionalisation des personnes atteintes de maladies chroniques et du risque de rechute que cela engendre. Ce phénomène met en évidence l'importance des interventions infirmières en lien avec l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie. Le niveau de preuve des essais randomisés de l'analyse permet d'obtenir des résultats probants. En effet, 6 des articles retenus sont des essais randomisés contrôlés et ont donc un niveau de preuve scientifique établi selon le grade des recommandations (HAS, 2013). Ainsi, ce travail permet de recenser les interventions

efficaces auprès des personnes souffrant de schizophrénie afin de mieux gérer leur maladie au quotidien et d'éviter les rechutes.

### Limites

L'ensemble des articles sélectionnés contiennent des limites à prendre en compte. La plupart des études réalisées sur les interventions permettant l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie ont été menées en Asie et en Afrique. Ces continents ont une culture distincte des pays occidentaux. De ce fait, la généralisation des résultats des études à la population européenne est difficile de par la différence de culture. Ainsi, cela entraîne une possible différence des systèmes de santé et des prises en soins des individus. Cependant, en Suisse, les services de santé mentale ambulatoire proposent des interventions de suivi des personnes atteintes de schizophrénie similaires à celles utilisées dans les articles retenus de cette revue de littérature.

Parmi les articles analysés dans ce travail, une seule est une étude qualitative permettant de prendre en considération l'expérience et les perceptions des personnes autour de la problématique des rechutes. Or, leur avis est essentiel à l'adaptation des interventions visant à l'amélioration de l'empowerment.

## **5.6. Recommandations**

Ce travail permet d'émettre des recommandations pour la clinique, la recherche et l'enseignement. Le but est d'améliorer l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie afin de diminuer le risque de rechute et d'améliorer la qualité de vie.

### **5.6.1. Clinique**

Dans la pratique, il serait judicieux d'améliorer les services de soins psychiatriques en ambulatoires afin de permettre un meilleur suivi à long terme aux personnes souffrant de schizophrénie (Sariah & al., (2014). Les résultats de l'analyse des articles démontrent l'efficacité de la psychoéducation sur la diminution du taux de rechute (Hasan & al., 2015). Pour cela, l'infirmière doit identifier les besoins et les connaissances de la personne soignée afin d'ajuster ou d'ajouter des éléments essentiels à la gestion de la maladie. Elle peut alors utiliser des échelles d'auto et d'hétéro évaluation telles que l'échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes PANSS (Kay & al., 1986), l'échelle d'évaluation des connaissances sur la schizophrénie KASQ (Ascher-Svanum et

al.,1991), l'échelle d'évaluation du fonctionnement familial SCORE 15 (Stratten & al., 2014) ainsi que l'échelle d'évaluation du fardeau familial Zarit (Zarit, S.H. & Zarit, J.M., 1987). Les professionnels de la santé peuvent aussi utiliser l'outil ADA (annexe N) conçu sur la base de la méthodologie de la pratique du modèle théorique de Gottlieb. Celui-ci est un outil de poche composé de deux parties (recto-verso). Dans la première, un processus d'entretien est présenté. Celui-ci peut être un guide pour les professionnels menant des entretiens auprès de personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches. La deuxième partie propose différentes échelles d'évaluation et leurs fonctionnements. Elles peuvent être utilisées tout au long du processus d'entretiens.

A Genève, il existe plusieurs services ambulatoires pour ces personnes tels que le CAPPI qui concerne les sujets âgés entre 18 et 65 ans. Ils proposent des consultations psychiatriques avec des psychologues, médecins et infirmiers et des activités de groupes basé sur la psychoéducation, la créativité, le bien-être physique type relaxation et activité sportive (HUG, 2021). Cependant, des interventions avec l'entourage de la personne soignée sont peu réalisées. Il serait pertinent d'intégrer davantage les proches dans la prise en soins. D'autant plus que la littérature tant a démontré que l'environnement familial est un facteur influençant la qualité de vie de la personne souffrant de schizophrénie (Sariah & al., 2014). Ainsi, le rôle infirmier est de s'intéresser aussi bien à la famille qu'à la personne malade afin de prendre en soins la personne dans sa globalité. Pour cela, elle peut donc mettre en place des interventions adaptées aux besoins des proches tels que des entretiens individuels réguliers basés sur la psychoéducation ou proposer des groupes de soutien.

### **5.6.2. Recherche**

Il serait intéressant d'effectuer des études sur l'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie en Europe et en Suisse. Cela permettrait de vérifier l'efficacité des interventions citées et de généraliser les résultats. Il serait également pertinent de faire des études interventionnelles randomisées contrôlées longitudinales dans lesquelles les critères d'éligibilités prendraient en compte le stade de la maladie ainsi que les traitements médicamenteux administrés. Ainsi les différents biais possibles concernant les caractéristiques des participants seraient diminués. Les interventions et les objectifs des études pourraient être les mêmes que celles qui ont été menées.

Les perceptions des participants sur l'adhérence thérapeutique en lien avec un suivi régulier en ambulatoire sont peu explorées dans la revue de littérature. Il serait essentiel

de faire plus d'études qualitatives afin d'avoir un aperçu sur celles-ci. Cela permettrait d'observer l'attitude des personnes atteintes de schizophrénie et d'adapter l'intervention à mettre en place par l'infirmière. Aussi, l'infirmière prend en soins la personne de manière globale, cela inclus les proches et la famille.

Il serait donc adéquat d'effectuer cette étude également sur les proches aidants car ils font partie de l'environnement de la personne soignée et ont un impact direct sur la qualité de vie. De plus, il serait pertinent d'entreprendre des études observationnelles en Europe et en Suisse, sur l'utilisation des échelles par les professionnels de santé. Cela permettrait ainsi de faire un état des lieux à ce sujet et de faire avancer la pratique.

Il serait possible par la suite de réaliser une étude interventionnelle avec des interventions basées sur les résultats obtenus. Par exemple, faire une étude randomisée contrôlée ayant pour but d'observer l'efficacité de l'utilisation des échelles par les infirmières sur la diminution du taux de rechute chez les patients schizophrènes. Elle comprendrait un groupe d'intervention où les infirmières utilisent les échelles d'évaluation durant leurs entretiens et un groupe témoin dans lequel les infirmières ne les utilisent pas.

### **5.6.3. Enseignement**

Durant les trois années de Bachelor à la Haute École de Santé de Genève, des cours sur la schizophrénie sont donnés. Les éléments physiopathologiques, les causes et les traitements sont détaillés. Plusieurs interventions infirmières sont évoquées à travers le milieu hospitalier. Cependant, le risque de rechute et les interventions ambulatoires sont peu abordées et l'importance d'un suivi régulier ainsi que les techniques d'entretiens motivationnels ne sont pas présentés. Il serait intéressant d'ajouter ces éléments dans le cursus de la filière soins infirmiers, sous la forme de simulations ou de cours magistraux. Dès lors, les professionnels seront capables d'accompagner une personne atteinte de schizophrénie en milieu ambulatoire.

Au niveau des professionnels des santé à Genève, il serait judicieux de mettre en place des formations continues sur la pratique de ces entretiens et s'assurer de leur connaissance des bienfaits d'un suivi ambulatoire et l'existence d'activités de groupe.

Aussi, les échelles d'évaluations telles que la PANSS, le SCORE15, KASQ et Zarit, ne sont pas enseignées. Toutefois, il serait pertinent d'incorporer ces dernières lors de cours afin de pouvoir les utiliser dans la pratique. L'outil ADA (annexe N) peut être présenté aux étudiants lors des cours sur les entretiens.

## 6. CONCLUSION

La schizophrénie est une maladie chronique entraînant une diminution de la qualité de vie par la présence de symptômes et de nombreuses hospitalisations qu'elle engendre. Plusieurs facteurs sont à l'origine des rechutes tels que la non-adhérence, la consommation de substances, les facteurs sociaux et environnementaux. Elles concernent 7 patients sur 10 (Thomas, 2013).

L'analyse des articles de recherche retenus ont permis de mettre en lumière l'importance de l'autonomisation des patients atteints de schizophrénie. Elle permet une meilleure gestion de la maladie au quotidien ainsi qu'une diminution du taux de ré hospitalisation. De plus, elle améliore le fonctionnement personnel, l'adhérence aux traitements et diminue les symptômes invalidants.

L'infirmier en ambulatoire a une place importante auprès des personnes atteintes de schizophrénie. Il fait partie intégrante de leur environnement. Son rôle se caractérise par un accompagnement régulier via des interventions de promotion et prévention de la santé. Ces interventions sont des entretiens motivationnels ou structurés et de l'éducation thérapeutique concernant les connaissances sur la maladie, les traitements et la sensibilisation au risque de rechute important.

L'ASFF est un modèle théorique permettant de valoriser les forces des patients tout en impliquant les proches dans la prise en soins. L'infirmière qui se situe dans ce modèle établit une relation de confiance avec la personne soignée en le plaçant au centre des décisions. Elle la considère comme un être unique. Cela consiste à prendre en compte les croyances, les valeurs et l'histoire de vie de celle-ci. Ainsi, l'infirmière identifie les besoins de la personne afin d'établir un plan de soin adapté.

## 7. RÉFÉRENCES

Ameller, A. & Gorwood, P. (2015). Poids de la comorbidité addictive dans le risque d'observance partielle au traitement médicamenteux et de rechute dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 41(2), 174-183.

<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.02.002>

American psychiatric association, Crocq, M.-A., Guelfi, J.-D., Boyer, P., Pull, C.-B., & Pull-Erpelding, M.-C. (2015). *DSM-5 : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Issy- les-Moulineaux : Elsevier Masson.

Andreou, C., Bailey, B., Borgwardt, S. (2019). Troubles psychotiques : dépistage et interventions précoces. *Forum Med Suisse*. 19(0708), 117-123. <https://medicalforum.ch/fr/article/doi/smf.2019.08040/>

Association de familles et amis de personnes souffrant de schizophrénie. (2019). <http://www.afs-schizo.ch/>

Association Fondamental. (2020). *Chiffres clés*. <https://www.fondation-fondamental.org/les-maladies-mentales/idees-recues/chiffres-cles/15-25-ans>

Auxémérya, Y., Fidelle, G. (2011) Psychose et traumatisme psychique. Pour une articulation théorique des symptômes psycho-traumatiques et psychotiques chroniques, 37, 433—438.

Aquaportail (2020). <https://www.aquaportail.com/definition-3732-adulte.htm>

Bergeret, J., Bécache, A. (2012). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Issy-les-moulineaux : Elsevier Masson.

Birchwood, M. (1999). Psychological and social treatments: course and outcome. *Current Opinion in Psychiatry*, 12(1), 61-66.

Blondeau C., Nicole L., & Lalonde P., (2006). Schizophrénie et réadaptation. Interventions spécifiques selon les phases de la maladie. *Annales Médico-psychologiques*, 164 (10), 869-876. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2006.10.004>.



Bourgueil, Y., Marek, A. & Mousques, J. (2008). Pratiques, rôles et place des infirmières e soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec. *Recherche en soins infirmiers*, 93(2), 94-105. doi:10.3917/rsi.093.0094.

Mangel, C. (2019). Intérêt de la pratique d'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de schizophrénie, revue de la littérature. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02492623/document>

Capdevielle, D. Boulenger, J-P. Villebrun, D. Ritchie, K. (2009). Durées d'hospitalisation des patients souffrant de schizophrénie : implication des systèmes de soin et conséquences médico économiques. *L'Encéphale*. 35(4).394-399.

Centre d'information AVS/AI. (2020). Assurance-invalidité. <https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Assurance-invalidit%C3%A9-AI>

Chalverat, J., Conde-Magalhaes, L., Ghansi, C. (2017). *Comment la psychoéducation influence, d'un point de vue qualitatif et quantitatif le sentiment de fardeau des proches aidants d'un adulte atteint de schizophrénie paranoïde face à des proches et n'ayant pas reçu de formation*. [Travail de Bachelor en soins infirmiers, Haute Ecole ARC- Delemont]. RERO doc. [http://doc.rero.ch/record/305893/files/Comment\\_la\\_psycho\\_ducation\\_influence\\_J.Chalverat\\_L.Conde\\_Magalhaes\\_C.Ghansi.pdf](http://doc.rero.ch/record/305893/files/Comment_la_psycho_ducation_influence_J.Chalverat_L.Conde_Magalhaes_C.Ghansi.pdf)

Conduites suicidaires. (2016). *Maladies Psychiatriques*. <https://www.conduites-suicidaires.com/facteurs-de-risque/maladies-psychiatriques/>

Cook-Darzens, S., Pauzé, R. (2014). Utilité des mesures standardisées dans la recherche et la clinique familiales : les échelles d'auto-évaluation familiale. *Médecine et hygiène*, 35 (4), 409-428. [https://www.cairn.info/load\\_pdf.php?ID\\_ARTICLE=TF\\_144\\_0409&download=1](https://www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=TF_144_0409&download=1)

Centre RBC santé mentale. (2018). Définition du premier épisode psychotique (PEP), prévalences, recension des écrits sur les facteurs de risque associés et les conséquences possible sur les patients et leur famille. <https://sante-mentale-jeunesse.usherbrooke.ca/wp-content/uploads/2018/04/5-Rencension-PEP-corrigée-7-avril-MP.pdf>

Dammak, A., Sitti, M., Vacheron, M.N. (2014). Stabilisation des patients schizophrènes en post-aigu. *L'Encéphale*, 40(5), 401-407.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700614001778>

Danvers, F. (2009). *S'orienter dans la vie : une valeur suprême*. Septentrion  
[https://books.google.ch/books?id=qR4Eq\\_Pp\\_3MC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=etre+adulte+c%27est+avoir+de+l%27exp%C3%A9rience&source=bl&ots=RfdDhw-Txg&sig=ACfU3U1BV5U5jULL2IX\\_7Bi34i14kFpj-Q&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjduB2ifznAhV8RRUIHRDIBLMQ6AEwAXoECAwQAQ#v=onepage&q=etre%20adulte%20c'est%20avoir%20de%20l'exp%C3%A9rience&f=false](https://books.google.ch/books?id=qR4Eq_Pp_3MC&pg=PA28&lpg=PA28&dq=etre+adulte+c%27est+avoir+de+l%27exp%C3%A9rience&source=bl&ots=RfdDhw-Txg&sig=ACfU3U1BV5U5jULL2IX_7Bi34i14kFpj-Q&hl=fr&sa=X&ved=2ahUKEwjduB2ifznAhV8RRUIHRDIBLMQ6AEwAXoECAwQAQ#v=onepage&q=etre%20adulte%20c'est%20avoir%20de%20l'exp%C3%A9rience&f=false)

Davtian, H. Scelles, R. (2013). La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable. *L'information psychiatrique*, Volume 89 (1), pages 73 à 82. <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-73.htm>

Etat de Genève. (2016). *Plan cantonal de promotion de la santé et de promotion 2019-2023*. <https://www.ge.ch/document/plan-cantonal-promotion-sante-prevention-2019-2023/telecharger>

Etat de Genève. (2016). *Concept cantonal de promotion de la santé et de prévention 2030*. <https://www.ge.ch/document/concept-cantonal-promotion-sante-prevention-2030/telecharger>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. *Kinesither Rev*, 15 (157), 28-33.  
<http://rees-france.com/wp-content/uploads/2016/09/2015-KINE-Consort.pdf>

Gedda, M. (2015). Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinesither Rev*, 15 (157), 50-54. <http://dx.doi.org/10.1016/j.kine.2014.11.005>

Gottlieb, L., N. (2014). Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille. De Boeck : Québec.

Gouvernement du Québec. (2018). *Troubles psychotiques*.  
<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/sante-mentale-maladie-mentale/troubles- psychotiques/>

Haute Autorité de Santé. (2013). Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique.  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat\\_des\\_lieux\\_niveau\\_preuve\\_gradation.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/201306/etat_des_lieux_niveau_preuve_gradation.pdf)

Haute École Spécialisée de Suisse Occidentale [HES-SO]. (2012). Plan d'étude cadre Bachelor 2012.  
[https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/SI/Reglement\\_s/1\\_plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf](https://www.hesge.ch/heds/sites/default/files/documents/FormationBase/SI/Reglement_s/1_plan-etudes-bachelor-soins-infirmiers-878.pdf)

HUG. (2021). Prise en charge ambulatoire (CAPPI).  
<https://www.hug.ch/psychiatrie-adulte/prise-charge-ambulatoire>

Institut universitaire en santé mentale Douglas, (2020). *Psychose : causes, symptômes et traitements*. <http://www.douglas.qc.ca/info/psychose>

Krebs, M.O., Canceil, O. (2004). Détection précoce des troubles psychotiques: enjeux de la mise en place d'un réseau de soin. *Revue française des affaires sociales*, Vo1, 91-102. <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-91.htm?contenu=article>

La Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale de la Province du Luxembourg (s.d). *Décompensation psychique*.  
<http://www.platformepsylux.be/glossary/decompensation-psychique/>

Leff, J., Vaughn, C. (1987). Expressed Emotions in Families. *Psychological Medicine*, 17(3), s.,d.

Lejoyeux, M., Adès, J. et al. (2013). *Addictologie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson [http://www.antonioacasella.eu/archipsy/lejoyeux\\_embouazza\\_2013.pdf](http://www.antonioacasella.eu/archipsy/lejoyeux_embouazza_2013.pdf)

Lépine, J.P. (s.d). Positive and Negative Syndrome Scale. [https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/dsi\\_panss.pdf](https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/d8/files/docs/ProfSante/Infirmier/dsi_panss.pdf)

Le Larousse (2020).  
<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/ambulatoire/2758>

Le Larousse (2020). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/adulte/1229>

Le Relais. (2012). *La schizophrénie*. <http://lerelais.ch/wp-content/uploads/2012/08/dépliant-schizophrenie.pdf>

Llorca, P.M. (2004). La schizophrénie. *Encyclopédie Orphanet*.  
[http://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20SCHIZOPHRENIE%20-%20ARTICLE%20ORPHANET%202004%20\(10%20pages%20-%20172%20ko\).pdf](http://www.psychanalyse.com/pdf/LA%20SCHIZOPHRENIE%20-%20ARTICLE%20ORPHANET%202004%20(10%20pages%20-%20172%20ko).pdf)

Llorca, P. (2007). Schizophrénie et prévention. *VST - Vie sociale et traitements, revue des CEMEA*, 94(2), 47-52. <https://doi.org/10.3917/vst.094.0047>

Lois sur le réseau de soins et le maintien à domicile (2008).  
[https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg\\_k1\\_06.html](https://www.ge.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_06.html)

Masson, A & al. (2002). Les rechutes psychotiques dans la schizophrénie. *Supplément a neurone*, 7 (6), 1-12.  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:IDS-auD-EnkJ:www.medtunes.org/documents/get/d2f9c1bd18bf60bb3f4aa3450c7ad8b2.pdf+&c d=3&hl=fr&ct=clnk&gl=ch&client=safari>

Michel, C., Toffel, E., Schmidt, S. J., Eliez, S., Armando, M., Solida-Tozzi, A., ... Debanné, M. (2017). Détection et traitement précoce des sujets à haut risque clinique de psychose : définitions et recommandations. *L'Encéphale*, (43).

Observatoire suisse de la Santé. (2015). *Virage ambulatoire. Transfert ou expansion de l'offre de soins?*  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan\\_68\\_rapport.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/obsan_68_rapport.pdf)

Observatoire suisse de la santé. (2016). *La santé psychique en suisse*.  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan\\_72\\_rapport\\_0.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2016/obsan_72_rapport_0.pdf)

Observatoire suisse de la Santé. (2019). *Santé psychique*.  
[https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/filefield\\_paths/obsan\\_bulletin\\_2019-08\\_f.pdf](https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/filefield_paths/obsan_bulletin_2019-08_f.pdf)

Office Fédéral des Assurances Sociales. (2019). *Statistique de l'AI 2018*.  
<https://www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/statistik.html>

Office fédéral de la statistique. (2019). *Statistique de Santé*.  
<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiken/kataloge-datenbanken/publikationen.assetdetail.1291-1900.html>

Office Fédéral de la santé publique. (2018). *Journée de la santé psychique*.  
<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/news/news-10-10-2017.html>

Observatoire suisse de la santé. (2020). *Prévalence sur la vie des maladies psychiques*.  
<https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/prevalence-sur-la-vie-des-maladies-psychiques>

Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*.  
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020\\_fre.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf?sequence=1)

Organisation Mondiale de la Santé. (2019). *Troubles mentaux*.  
<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organisation Mondiale de la Santé. (2020). *Troubles mentaux*.  
[https://www.who.int/topics/mental\\_disorders/fr/](https://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/)

Organisation Mondiale de la santé. (2020). *Promotion de la sante*.  
<https://www.who.int/healthpromotion/fr/>

Pachoud, B. (2009). Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses : quels déterminants ? . *Recherches en psychanalyse*, 7(1), 52-61. <https://www.cairn.info/revue-recherches-en-psychanalyse-2009-1-page-52.htm>

Parron, A. (2010). L'autonomisation des jeunes souffrant de troubles psychiques: Définir les relations d'interdépendance familiales. 54(1), 27-40.  
doi:10.3917/agora.054.0027.

Pépin, J., Ducharme, F. & Kérouac, S. (2010). *La pensée infirmière*. 2010. Montréal : Chenelière éducation.

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

Pirson, O., Delatte, B., Masson, A.-M., De Nayer, A.-R., Domken, M.-A., Dubois, V., Gillain, B., Floris, M., Mallet, L., Stillemans, E., Detraux, J. (2012). La schizophrénie dans la famille. *Supplément à neurones*, 17 (6), 3-10.  
<http://medtunes.org/documents/get/36bd99f9e7f36a82829329db25e0eecd.pdf>.

Réveillère, C., Dutoit, D. et al. (2001). Schizophrénie et famille. Contribution à l'étude et à la prévention de l'état de surcharge. *Annales Médico-psychologiques*, 159,455-60.

Rossler, W. (2011). Epidémiologie de la schizophrénie. *Forum Med Suisse*, 11(48), 885-888.  
[https://medicalforum.ch/fr/journalfile/view/article/ezm\\_smf/fr/fms.2011.07694/7a1949d336765d5a409e40ada7ca94f8af5c12e4/fms\\_2011\\_07694.pdf/rsrc/jf](https://medicalforum.ch/fr/journalfile/view/article/ezm_smf/fr/fms.2011.07694/7a1949d336765d5a409e40ada7ca94f8af5c12e4/fms_2011_07694.pdf/rsrc/jf)

Rouillon, F. (2007). Epidémiologie des troubles psychiatriques. *Annales Médico-psychologiques*, 166, 63-70. doi:10.1016/j.amp.2007.11.010

Service intercantonal de soins psychiatriques mobiles {Psydom}. (2013). *Soins à domicile et psychiatrie*.  
<http://www.psydom.ch/presentation.htm#Soins%20à%20dom%20et%20psy>

Soins Etudes et Recherches en Psychiatrie. (s.d). *Référentiel des soins infirmiers en santé mentale*. [http://ancien.serpsy.org/formation\\_debat/REFERENTIEL.html](http://ancien.serpsy.org/formation_debat/REFERENTIEL.html)

Société Québécoise de la schizophrénie

Thomas, P. (2013). Les rechutes : causes et conséquences. *L'encéphale*, 39 (2), 79-82. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70100-3](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70100-3)

Van Amerongen, A.P. (2011). Schizophrénie et société. *Annales médico-psychologiques*, 169(3), 168-170.  
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0003448711000308>

Weiden, P.J., Kozma, C., Grogg, A., Locklear, J. (2004). Partial Compliance and Risk of Rehospitalization Among California Medicaid Patients With Schizophrenia. *Psychiatric services*, vol 55, No 8, 886-891.

## **8. ANNEXES**

### **8.1. Annexe A : Hassan, A., Musleh, M. (2017) – Grille CONSORT**

Titre : The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia : Results of a randomized controlled trial.

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

#### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre :

"Results of a randomized controlled trial" (p. 212)

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Le plan d'essai, la méthode, les résultats et la conclusion sont présent dans le résumé de l'article. L'objectif de l'étude vise à observer les effets d'une intervention d'autonomisation sur des personnes atteintes de schizophrénie. (p.212)

#### **Section 2 : Introduction (contexte et objectifs)**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

La schizophrénie est une maladie mentale chronique qui affecte la vie quotidienne des personnes souffrants de cette pathologie et leurs proches. Le rétablissement se traduit par une amélioration des symptômes, du fonctionnement personnel, de l'autonomie et des relations sociales. Les études montrent qu'il est primordial d'identifier des interventions permettant d'améliorer le bien-être des personnes atteintes de schizophrénie. Il existe plusieurs facteurs qui entrave le processus de guérison selon certaines études comme par exemple la stigmatisation des personnes souffrants de schizophrénie et les effets secondaires des traitements. Le sentiment d'impuissance de ces personnes face à la maladie entrave le processus de rétablissement. Cela est un point important à considérer afin qu'elles se sentent intégrée dans la communauté. L'autonomisation des personnes atteintes de schizophrénie a été conçue afin qu'elles se sentent intégrées dans la prise en soins. Cette intervention permet d'améliorer le sentiment d'aptitude d'une personne à participer à la gestion de sa maladie. Cependant,



il existe peu d'écrit sur l'autonomisation des personnes atteinte de schizophrénie en ambulatoire. (p. 213-214)

L'objectif de cette étude est d'identifier comment les interventions d'autonomisation peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie (page 214). Il n'y a pas d'hypothèses formulées.

### **Section 3 : Méthodes**

1. Description du plan de l'essai en incluant les ratios d'allocation :

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en simple aveugle effectué dans un service ambulatoire de santé mentale à Amman en Jordanie. Les participants ont été choisis par un médecin et un assistant de recherche. Ils ont été contactés afin d'obtenir leur consentement. Une fois le consentement obtenu, ils ont procédé à une évaluation comprenant les données sociodémographiques de chaque participant. (p. 215)

Le ratio d'allocation est de 1:1. (p. 215)

2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Pas de changement de méthodes.

3. Critères d'éligibilités des participants :

Il s'agit de personnes âgées de 18 et plus, avec un diagnostic de schizophrénie sans trouble de l'apprentissage et trouble mental organique, capable de lire et écrire en anglais et arabe et étant capable de discernement. (p.215)

4. Structures et lieu de recueil des données :

Service ambulatoire de santé mentale Amman en Jordanie. (p.215)

5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites :  
Le groupe témoin reçoit le traitement habituel comprenant la prescription de médicament ainsi que des examens de santé.

Le groupe intervention reçoit l'intervention "d'autonomisation du patient pour la schizophrénie (PEPS)" révisée par un psychiatre et deux infirmières spécialistes en psychiatrie. Celle-ci consiste en l'acquisition d'un livret explicatif de la maladie, des traitements et des stratégies de comment vivre avec ainsi que des entretiens d'une durée de 20 à 30 minutes par participants. Ils dispensent d'une séance par semaines pendant 6 semaines. Les thèmes abordés sont "comprendre le rétablissement après une

maladie, faire et défaire : les efforts déployés pour le rétablissement et la voie vers le meilleur rétablissement”. L’intervention a lieu après la collecte des traitements. (pages 215-216)

6. Critères “a priori” de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués :

Le sentiment d’impuissance a été évalué à l’aide de l’échelle modifiée de l’impuissance apprise (MHLS ; LHS). Le LHS est un questionnaire d’auto-évaluation. Un score élevé reflète que les participants ressentent un niveau élevé d’impuissance.

Les symptômes psychiatriques ont été évalués à l’aide de l’échelle de syndrome positif et négatif (PANSS). Le taux de rétablissement a été évalué au travers de l’échelle d’évaluation du rétablissement (RAS). Le questionnaire d’évaluation de la qualité de vie (SQOL) a permis d’évaluer la qualité de vie des participants et l’échelle de l’autonomisation a permis d’évaluer l’autonomisation des participants face à leur maladie. (page 216).

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l’essai, en expliquant la raison :

Cela n’est pas mentionné.

8. Comment la taille de l’échantillon a-t-elle été déterminée :

Une autre étude a permis aux chercheurs d’estimer que 112 participants étaient nécessaires. (page 217)

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d’arrêt :

Pas applicable.

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d’allocation par tirage au sort Un chercheur a assigné un numéro à chaque participant. Un autre chercheur n’ayant eu aucun contact avec les participants, les a assignés à un groupe de manière aléatoire à l’aide d’un ordinateur. (Page 215)

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :

Cela n’est pas décrit dans l’article.

3. Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

Un chercheur a assigné un numéro à chaque participant aléatoirement. Un autre chercheur n'ayant eu aucun contact avec les participants, les a assigné à un groupe de manière aléatoire. A l'aide d'un ordinateur, une liste de numéros a été générée afin de créer 2 groupes d'interventions selon un ratio de 1/1. Un troisième système d'allocation a été effectué à distance. La liste des numéros a été envoyée au chercheur de l'étude puis l'assistant de recherche a contacté le chercheur pour envoyer aux participants leurs allocations. (Page 215)

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

Un chercheur qui n'a pas eu de contact avec les participants à l'étude. (page 215)

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

Les participants sont mis au courant de l'intervention qu'ils reçoivent après l'assignation. (page 215)

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Tous les participants ont reçu leur traitement médicamenteux habituel et des examens de laboratoires. Ils ont également tous reçu une enveloppe avec le livret d'information. (page 215)

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

La méthode utilisée est ANOVA (page 217)

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

Cela n'est pas décrit dans l'article

## **Section 5 : Résultats**

6. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assignés par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal :

Il y a 56 participants assigné par tirage au sort dans chacun des groupes, qui ont reçu le traitement et qui sont analysés. (page 218)

7. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Pour le groupe intervention, 2 participants n'ont pas reçu la totalité du traitement car ils ont refusé de continuer à participer à l'étude et une personne a été hospitalisée. Pour le groupe témoin, 4 participants n'ont pas reçu la totalité du traitement car 3 n'étaient plus intéressés par l'étude et 1 pour une raison inconnue. (page 218)

8. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

Pas écrites. L'intervention a duré 6 semaines. Le suivi s'est effectué 3 mois après l'intervention. (page 215)

9. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

Cela n'est pas décrit.

10. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

Table 2, page 219.

11. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

L'analyse a été faite avec les groupes d'origine de 56 participants chacun (page 218)

12. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

Le niveau d'impuissance (LHS) est significatif chez le groupe intervention  $p < .001$ . Cela indique que le niveau de sentiment d'impuissance a diminué chez le groupe intervention. Dans le groupe contrôle une dégradation négative a pu être observée.

L'échelle PANS est significative chez le groupe intervention à  $p < .001$ . Cela signifie qu'une diminution de la sévérité des symptômes a été observée.

L'échelle de guérison (RAS) est significative pour le groupe intervention à  $p < .001$ . Il en ressort que le taux de guérison est amélioré par rapport au groupe témoin.

L'échelle de qualité de vie n'a pas montré d'effet entre le groupe d'intervention et le groupe contrôle.

(Pages 218-219)

13. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée :

Cela n'est pas mentionné dans l'article.

14. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :

Il n'y a pas d'analyses supplémentaires décrites.

15. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe :  
Cela n'est pas décrit.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Il n'y a pas d'information sur la médication des participants.

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Oui car peu de biais. Mais est-il possible de généraliser à la population européenne ?

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

Les résultats sont cohérents par rapport à d'autres études effectuées. Page 220

## **Section 7 : Informations supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

NCT02968667 (page 221)

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Cela n'est pas mentionné.

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

Cette étude n'a pas été financée (page 221)

## **8.2. Annexe B : Chien, W. T., Cheng, H. Y., & al. (2019) – Grille CONSORT**

Titre : Effectiveness of a mindfulness-based psychoeducation group programme for early-stage schizophrenia : An 18month-randomized controlled trial.

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre :

"An 18-month-randomized controlled trial" (page 140)

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Présence du résumé non structuré de l'étude comprenant le but, la méthode, les résultats et la conclusion. (page 140)

### **Section 2 : Introduction (contexte et objectifs)**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

Peu d'écrit prennent en compte l'insight des personnes dans la gestion de la schizophrénie. Les chercheurs estiment qu'une intervention favorisant l'insight et l'autonomie des personnes atteintes de schizophrénie doit être étendu. Des études ont démontré l'efficacité de la pleine conscience sur "l'insight, la détresse psychologique et le handicap". D'autres études sur la psychoéducation ont permis de démontrer l'effet sur l'amélioration des connaissances, l'adhésion aux traitements et également l'amélioration des capacités à faire face aux situations de stress ainsi que des capacités de résolution de problèmes. L'étude de Chien & al. (2017), démontre que l'intégration de la psychoéducation dans la pleine conscience peut avoir des effets complémentaires dans le contrôle des symptômes psychotiques. C'est pourquoi cette étude est menée. (pages 140-141)

2. Objectifs spécifiques et hypothèses :

L'hypothèse de l'étude est que le programme sur la pleine conscience montrerait des résultats significatifs avec une amélioration du fonctionnement psychosocial, de la perception de la maladie, la diminution des symptômes psychotiques et la diminution

des ré-hospitalisations. L'objectif de l'étude est d'observer les effets du programme de la pleine conscience sur des patients atteints de schizophrénie précoce. (page 141)

### **Section 3 : Méthodes**

1. Description du plan de l'essai en incluant les ratio d'allocation :

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé d'une durée de 18 mois mené dans 4 cliniques psychiatriques externes dont 2 à Hong-Kong et 2 à Jilin en Chine. Cette étude est effectuée en comparant 3 groupes d'interventions de 60 participants. Les ratio d'allocation ne sont pas mentionnés. (Page 141)

2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison : Il n'y a pas de changements de méthodes.

3. Critères d'éligibilités des participants :

Les critères d'éligibilités des participants s'agit d'être diagnostiqué de schizophrène précoce, être atteint de la maladie depuis 5 ans, avoir entre 18 et 60 ans, être résident chinois, être capable de lire et écrire en chinois. (page 141)

4. Structures et lieu de recueil des données :

Cela s'est fait dans 2 cliniques au Hong Kong et 2 cliniques a Jilin. Le recueil des données a été fait par un entretien structuré. (page 141)

5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites : Les différentes Interventions pour les trois groupes sont précises et détaillées. Elles comprennent les différents programmes utilisés, le nombre de séance par semaine et la durée.

Le groupe témoin reçoit des soins de routine comprenant des consultations avec un psychiatre, des traitements médicamenteux et une orientation de soins spécialisés toutes les quatre à six semaines. Ils peuvent également être orienté si besoin vers des services sociaux et recevoir des visites à domiciles par des infirmiers communautaires toutes les 3 à 5 semaines.

Le groupe de psychoéducation reçoit en plus des soins habituels, 12 séances de 2 heures en groupe entre 13 à 16 participants, toutes les deux semaines une psychoéducation donné par une infirmière spécialisée en psychiatrie. Le programme PORT est en 4 phases : 1 présentation, objectifs (2séances) / 2 éducation thérapeutique, gestion du stress (4 séances) / 3 prévention des rechutes, résolution de problèmes et

formation aux compétence sociales (4 séances) / 4 évaluation des connaissances et compétences acquises et futur projets (2 séances)

Groupe de pleine conscience plus psychoéducation reçoit en plus des soins habituels, 12 séances de pleine conscience basée sur la psychoéducation de 2 heures toutes les deux semaines pendant 6 mois données par des infirmières psychiatriques formées à la pleine conscience, avec plus de 3 ans d'expérience. Les séances comprennent entre 14 et 16 participants. Le programme MBSR est constitué en 7 parties. (page 142)

6. Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évaluer :

Les critères de jugement sont le niveau de fonctionnement qui a été évaluer avec l'échelle d'évaluation du niveau de fonctionnement (SLOF) et le questionnaire sur les attitudes face aux traitements (ITAQ). La gravité des symptômes a été évaluer avec l'échelle d'évaluation du syndrome négatif et positif (PANSS) et le Five Facette Manuel Questionnaire (FFMQ). (page 142)

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Il n'y a pas de changements.

8. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminer :

L'estimation de la taille de l'échantillon a été basée sur d'autres études. (page 141)

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt :

Cela n'est pas mentionné.

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort

Après avoir obtenu le consentement des participants éligibles, un statisticien a sélectionné 90 participants par ville en utilisant deux listes de numéros générées par un ordinateur. (page 141)

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :

Il s'agit d'une randomisation stratifiée en fonction du sexe et de la sévérité des symptômes répartis au hasard dans les trois groupes. (page 141)



3. Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

La séquence d'allocation s'est effectuée par une liste de numéros informatisés. La liste de répartition des groupes ont été cachée aux chercheurs, aux personnels cliniques et aux évaluateurs des résultats. (page 141)

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

Un statisticien (page 141)

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

Les chercheurs, le personnel de clinique et les évaluateurs des résultats. (page 141)

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Les trois groupes ont reçus le traitement psychiatrique habituel.

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

MANOVA, ANOVA, Helmert et SPSS pour windows version 22 (page 142-143)

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

L'analyse Ana Navarrete a été effectuée afin de mesurer les résultats des IRM. Un test ANCOVA a été effectuée pour comparer les données des IRM

## **Section 5 : Résultats**

1. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critères de jugement principal :

Pour chaque groupe 60 participants ont été assigné par tirage au sort. Pour les groupes de pleine conscience plus psychoéducation et le groupe de psychoéducation 54 participants ont reçu l'intervention et ont été analysé pour les critères de jugements. Pour le groupe témoin 52 participants ont reçu l'intervention et ont été analysés pour les critères de jugements. (page 144)

2. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Pour le groupe de pleine conscience plus psychoéducation et le groupe psychoéducation il y a eu une perte de 6 personnes dont 3 personnes ont loupé 5 séances et 3 personnes dont le contact a été perdu durant l'intervention et lors du premier test (Time2). Pour le groupe témoin, il y a eu 2 abandons et 1 perte de contact. (page 144)

3. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

L'étude est effectuée entre Janvier 2014 et février 2016. La fin du recrutement était en Mai 2014. (page 143)

4. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

Cela n'est pas décrit.

5. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

Le tableau n°2 décrit les caractéristiques cliniques et socio-démographiques de chaque groupe. (page 145)

6. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

160 participants sont inclus dans l'analyse et celle-ci a été faite avec les groupes d'origine. (page 144)

7. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

Dans le groupe intervention (psychoéducation basée sur la pleine conscience), le fonctionnement psychosocial, la durée de réhospitalisation et la sévérité des symptômes sont améliorés par rapport au groupe de psychoéducation et au groupe témoin. Les résultats de chaque critère de jugements pour chaque groupe sont représentés dans le tableau n°3. Les résultats et la taille estimée de l'effet est présentée et comparée entre chaque groupe. (pages 143-144)

8. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée :

9. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :

Ils ont effectué des IRM afin d'observer des changements biologiques après l'intervention (page 145)

10. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe :  
Les risques et les effets secondaires inattendus ne sont pas décrits.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Les biais sont mentionnés à la page 148.

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Il est abordé que l'étude est difficilement généralisable (page 148)

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

L'interprétation est cohérente avec les résultats de l'étude (147)

## **Section 7 : Informations supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

Le numéro d'enregistrement n'est pas mentionné.

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Il est disponible sur : <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.07.053> (page 148)

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

L'étude a été financée par le Général Research Fund de l'université du Grant Council à Hong Kong en Chine (page 148).

### **8.3. Annexe C : Hasan, A.A., Callaghan, P., Lymn, J.S. (2015) – Grille CONSORT**

Titre : Evaluation of the impact of a psycho-educational intervention for people diagnosed with schizophrenia and their primary caregivers in Jordan : a randomized controlled trial.

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

#### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'"essai randomisé" dans le titre :

"a randomized controlled trial" est écrit dans le titre (page 1)

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Le plan d'essai, les méthodes, les résultats et la conclusion sont présence dans le résumé structuré. (page 1)

#### **Section 2 : Introduction (contexte et objectifs)**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

Plusieurs études ont été effectuées sur la psychoéducation avec peu d'interaction c'est-à-dire avec des entretiens téléphoniques ou en ligne. Celles-ci ont révélées un meilleur taux de participation quant à la disponibilité des participants et à l'investissement que cela demande. Cependant, les chercheurs estiment que les résultats de ces études ne sont pas concluants pour cause des différentes lacunes méthodologiques notamment sur l'absence d'aveuglement, le nombre de participants. C'est pourquoi cette étude est menée. (page 2)

2. Objectifs spécifiques et hypothèses :

L'objectif de cette étude est d'observer l'efficacité d'une psychoéducation donnée au travers de livrets explicatifs aux participants atteints de schizophrénie et leur proche. (page 2)

#### **Section 3 : Méthodes**

1. Description du plan de l'essai en incluant les ratios d'allocation :

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé en simple aveugle qui compare une intervention de psychoéducation destiné à des personnes souffrant de schizophrénie et leur proche aidant principal. Cette étude est menée dans 4 cliniques psychiatriques ambulatoires en Jordanie. (page 2)

2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Il n'y a pas de changement de méthode dans cet article.

3. Critères d'éligibilités des participants :

Les critères d'éligibilités sont participants âgés de plus de 18 ans, avec un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif, être capable de lire et écrire en anglais et arabe, être capable de discernement. (page 3)

4. Structures et lieu de recueil des données :

Les recueils de données sont effectués dans 4 cliniques psychiatriques ambulatoires en Jordanie. (page 3)

5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites :  
Le groupe témoin reçoit des soins psychiatriques habituels comprenant un traitement médicamenteux et des examens de laboratoire.

Le groupe intervention reçoit des livrets psychoéducatifs créer par l'équipe de recherche toutes les 2 semaines pendant 12 semaines ainsi que des appels téléphoniques de suivi permettant de vérifier la compréhension de ces livrets et de poser des questions si nécessaire en plus des soins habituels. Une fois les carnets approuvés par un psychiatre et vérifiés par des psychiatres, infirmières spécialisées et des participants, ils ont été imprimés. Ces livrets comprennent des informations sur la maladie, les mythes, les symptômes, les traitements et sur la gestion de la schizophrénie. (page 3)

6. Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évaluer :

Le critère de jugement principal est les connaissances sur la maladie. Elles ont été évaluées à l'aide du questionnaire KASQ (Knowledge About Schizophrenia Questionnaire). La sévérité des symptômes évalué à l'aide de l'échelle des symptômes positifs et négatifs (PANSS), le fardeau familial des soins évalué avec l'échelle

d'entretien du fradeau familial (FBIS) et la qualité de vie mesurée au travers de l'échelle de qualité de vie des proches-aidants (S-CQoL) (pages 4-5).

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Il n'y a pas de changement de critères.

8. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminer :

La taille de l'échantillon a été déterminé selon des études faites précédemment qui démontrent une amélioration des connaissances après le traitement. (page 5)

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt :

Cela n'est pas mentionné dans l'article.

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort

Un chercheur n'ayant pas eu de contact avec les participants a généré une liste de numéros aléatoires et une liste des participants pour chaque groupe a été généré par un ordinateur. (page 3)

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :

Il s'agit d'une randomisation en simple aveugle. Les résultats ont été évaluer par un chercheur à l'aveugle quant à l'assignation des participants. (page 3)

3. Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

Un chercheur a assigné un numéro à chaque participant. Suite à cela, un ordinateur a généré l'allocation des participants aléatoirement dans un des groupes de l'étude.

Les chercheurs et les participants sont en aveugle jusqu'à l'assignation. Les livrets ont été conservé par le chercheur principal afin de ne pas les divulguer à d'autres cliniques ou aux participants du groupe témoin. Les participants et les proches du groupe intervention ont été informé de ne pas partager les informations reçues avec les autres participants. (Page 3)

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

Une tierce personne a généré la séquence d'allocation puis un autre chercheur a enrôlé et assigné les participants. (page 3)

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

Ni les participants ni les chercheurs étaient en aveugle après l'assignation des interventions. Seul le chercheur principal qui évalue les résultats est en aveugle tout le long de l'étude. (page 3)

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Chaque groupe de l'étude reçoit les traitements psychiatriques habituels. (page 3)

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

Utilisation du logiciel SPSS version 21. Le test du Chi Carré et t test des échantillons indépendants ont été utilisés. L'ajustement de Bonferroni a été utilisé pour le contrôle des erreurs. Le test de McNamar a été également utilisé afin d'identifier la différence de taux de rechute entre les groupes. (page 5-6)

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

Cela n'est décrit dans l'article.

## **Section 5 : Résultats**

1. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal :

58 participants ont été assigné au groupe intervention et 63 participants au groupe témoin. Dans le groupe intervention, 55 personnes ont reçu le traitement et 58 ont été analysés. Dans le groupe témoin, 58 personnes ont reçu le traitement et 63 ont été analysés. (page 6)

2. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Dans le groupe intervention, 3 participants n'ont pas été au bout de l'intervention car 2 personnes ont refusé de continuer et une pour raison inconnue. Dans le groupe témoin,

2 personnes n'ont pas été au bout de l'intervention pour cause de désistement et de déménagement et 3 personnes ont été perdues lors du suivi pour cause de refus de continuer de la part d'un participant et raison inconnue. (page 6)

3. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

Le recrutement s'est fait entre septembre 2012 et juillet 2013. Les dates de suivis ne sont pas mentionnées. (page 2)

4. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

Cela n'est pas mentionné dans l'article.

5. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

La table décrivant les caractéristiques des participants est à la page 7.

6. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

Le nombre de participants inclus est représenté dans la figure 1 à la page 6 de l'article. L'analyse a été faite avec les groupes d'origine.

7. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

Le groupe intervention a montré une amélioration des connaissances sur la maladie (échelle KASQ) chez les personnes atteintes de schizophrénie et chez leurs proches-aidants avec une taille de l'effet à 0.62 (effet important) et une diminution de la sévérité des symptômes (échelle PANSS) après le traitement et le suivi à 3 mois. Le fardeau familial est diminué et la qualité de vie des proches-aidants est améliorée dans le groupe intervention. (page 5)

8. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée

Cela n'est pas décrit dans l'article.

9. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :



Le test McNemar montre une diminution du taux de rechute dans le groupe intervention par rapport au groupe témoin. (page 6)

10. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe : Cela n'est pas mentionné dans l'article.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Dans cette étude, il existe un biais de réponse car les analyses se reposent sur des auto-évaluations. Les chercheurs ne se sont pas penchés sur l'observance au traitement et cela pourrait provoquer une limitation aux résultats comme par exemple aux taux de rechute. (page 9)

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Selon les chercheurs, les résultats peuvent être généralisés car le recrutement a été effectué dans 4 cliniques différentes. (page 9)

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

La conclusion met en évidence le niveau de preuve de l'étude ainsi que l'efficacité de la psychoéducation et les recommandations pour la pratique.

## **Section 7 : Informations supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

Current Controlled Trials ISRCTN78084871 (page 1)

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Cela n'est pas mentionné.

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

Cela n'est pas décrit dans l'article.

#### **8.4. Annexe D : Sousa, S.A., Corriveau, D., Lee, F.A., Bianco, L.G., Sousa, G.M. (2013) – Grille CONSORT**

Titre : The LORS-Enabled Dialogue : A Collaborative Intervention to Promote Recovery From Psychotic Disorders.

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

##### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre :

L'essai randomisé n'est pas identifié dans le titre (p.58).

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Le résumé est structuré avec l'objectif, les méthodes, les résultats et la conclusion (p.58).

##### **Section 2 : Introduction**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

Dans l'introduction les chercheurs ont comparé plusieurs études déjà réalisées. Dans la majorité de ces études problème de "l'insight" c'est montré être significatif chez les personnes schizophrènes. Les chercheurs décrivent les différentes causes de rechute, les difficultés auxquelles les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être confrontées et le développement de l'outil qui va être utilisé (p.58-59).

2. Objectifs spécifiques et hypothèses :

L'introduction ne comporte pas d'hypothèse et les objectifs spécifiques ne sont pas correctement spécifiés (p.58-59).

##### **Section 3 : Méthodes**

1. Description du plan de l'essai en incluant le ratio d'allocation :

Cette étude est un essai randomisé contrôlé composé d'un groupe contrôle de 40 participants et un groupe d'intervention de 50 participants. Les participants ont été recrutés dans deux unités de psychiatrie du Masasuchette et dans 4 établissements ambulatoires. Le groupe contrôle et le groupe d'intervention avaient les mêmes nombres de participants provenant de chaque établissement (p.59-61).

2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Les premiers résultats de l'étude avec la méthode utilisé (PROREC GENMOD) ont montré plusieurs erreurs. Certaines mesures présentaient des différences significatives. Pour les deux groupe une régression des coefficients a été effectué afin de modifier les scores des variables dépendantes et d'ajuster les résultats. Cette modification est représentée par un tableau dans la partie discussion. (p.60-61 et 63).

3. Critères d'éligibilités des participants :

Les participants doivent être diagnostiqué avec le DSM-IV de l'une des pathologies suivantes : Schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble bipolaire ou une dépression majeure avec des troubles psychotiques éligible pour l'étude. Ils doivent également savoir parler anglais, ne pas avoir de retard mental et ne pas consommer de substances (p.59-60).

4. Structures et lieu de recueil des données :

La structure et le lieu de recueil de données n'est pas décrit.

5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites :

Pour le groupe contrôle, les participants reçoivent un traitement médicamenteux adapté et une rencontre placebo de 30 à 45minutes avec un clinicien. Les participants du groupe contrôle qui sont hospitalisés ont un entretien placebo par semaine et ceux qui sont en ambulatoire l'entretien est d'une fois par mois. Pour le groupe d'intervention, les participants reçoivent un traitement médicamenteux adapté et une rencontre de 30 à 45minutes avec un clinicien qui utilise l'intervention LED. Les participants du groupe intervention qui sont hospitalisés ont un entretien placebo par semaine et ceux qui sont en ambulatoire l'entretien est d'une fois par mois (p.61).

6. Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évaluer :

Les deux groupes ont été évalué avec l'échelle qui mesure les symptômes positif et négatif d'une personne schizophrène (PANSS) et l'échelle sur la compliance (KCT). La KCT permet de mesurer le degré adhérence thérapeutique. Ces échelles ont été évalué à différents temps (pendant 4 mois) et son représenté dans le tableau de résultats (p.61-62).

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Les critères de jugements n'ont pas changé au cours de l'étude.

8. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminer :

L'échantillon comprend 90 participants mais il n'est pas décrit la manière dont il a été déterminé (p.60).

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt :

Ils expliquent les analyses intermédiaires, telle que la réalisation de l'échelle PANSS et la KCT. Les règles d'arrêt ne sont pas décrites (p.60).

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort :

Les chercheurs ont utilisé une méthode de permutation randomisé (p.60).

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :

Les détails relatifs à une méthode de restriction ne sont pas décrits.

3. Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

Le mécanisme utilisé pour la séquence d'allocation et les mesures prises pour la masquer ne sont pas décrites.

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

La personne qui a généré la séquence d'allocation et qui a assigné les participants, n'est pas décrite.

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

C'est une étude en simple aveugle, les participants ne savaient pas quelle intervention ils recevaient. Quant au clinicien, il connaissait les personnes qui recevaient l'entretien placebo et ceux qui recevaient l'entretien LED. Pour empêcher de savoir tous les

participants avaient un entretien de la même durée et le même nombre de fois par semaine ou par mois (p.63).

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Les deux groupes recevraient des traitements médicamenteux adaptés et avaient le même temps d'entretiens (p.60).

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

La méthode statistique utilisée pour analyser les résultats est "PROC GENMOD" sans SAS, Version 9.1. (p.60).

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

L'étude n'a pas d'analyses supplémentaires.

## **Section 5 : Résultats**

1. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour le critère de jugement principal :

Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort ont reçu le traitement qui leur était destiné et a été analysé pour le critère de jugement principal. L'étude comporte un tableau des résultats avec les différents tests et groupes (p.62).

2. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Dans le tableau des résultats il est observable qu'au T4 (4ème mois) des participants dans les deux groupes ont abandonné l'étude (p.62).

3. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

Les données ont été collectées entre Décembre 2006 et Août 2010 (p.61).

4. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

L'essai n'a pas été interrompue, l'étude a pu être réalisée jusqu'à la fin.

5. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

Un tableau décrivant les variables ainsi que les caractéristiques cliniques de chaque groupe (p.61).

6. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

Il est précisé au début de la partie résultat et dans le tableau 2 que chaque analyse fut réalisée avec le groupe d'origine (p.61)

7. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

Le groupe d'intervention montre une amélioration significative dans le temps concernant l'évaluation fonctionnelle. Pour ce groupe une amélioration de l'adhérence thérapeutique est observable à 2 mois. La gravité des symptômes positifs et négatifs est diminuée dans le groupe d'intervention

Il est observable pour le groupe contrôle une amélioration de l'adhérence thérapeutique à 4 mois. Pour ce groupe les symptômes positifs et négatifs ne sont pas diminués (p.61).

8. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée :

9. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :

Cette étude ne présente pas d'études supplémentaire réalisée

10. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe :  
Ils ne sont pas mentionnés dans l'article.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Les chercheurs décrivent les potentiels limites. Le fait que l'intervention ne soit pas faite en double aveugle et que le clinicien qui faisait l'échelle PANSS et LORS, cela pourrait être un biais. Pour les chercheurs il faudrait plus d'étude afin de pouvoir mieux comprendre comment l'intervention LED permet un processus de changement (p.62).

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Dans l'article il n'est pas décrit si cette étude peut être généralisable.

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

L'interprétation est cohérente avec les résultats obtenus (p.63).

### **Section 7 : Information supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

Le numéro d'enregistrement de l'essai n'est pas précisé.

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Il n'y a pas d'information concernant la consultation de l'étude.

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

FID-US-X301 de Eli Lilly and Company est la source de finance de cette recherche (p.63).

## **8.5. Annexe E : Sariah, A.E., Outwater, A.H. & Malima, K.I. (2014) – Grille COREQ**

Titre : Risk and protective factors for relapse among Individuals with Schizophrenia : A Qualitative Study in Dar es Salaam, Tanzania.

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Tiré de : Gedda, 2015)

### **Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion**

#### **Caractéristiques personnelles**

1. Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

Adellah E. Sariah (AES)

“AES a conçu l'étude, participé à sa conception, réalisé les entretiens, lu toutes les transcriptions, effectué l'analyse des données et rédigé la version préliminaire de l'étude”  
p. 11

2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD

Pas mentionné

3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Travaillait à la « Faculty of Nursing, Hubert Kairuki Memorial University » p.11

4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Une Femme (recherche internet, Research gate)

5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Spécialisé en « Mental Health and Psychiatric Nursing »

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

Non



« With the help of the mental Health nurse in charge participants were selected by going through files of patients with appointments that day, to identify those who met the study inclusion criteria » p.2

« Agreed to meet the researcher After having been attended by a psychiatrist" p.3

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche)

« Eligible participants were given full explanation of the study, and its importance »

8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche)

« No competitive interests »

Réduire le taux de réhospitalisation

## **Domaine 2 : Conception de l'étude**

### **Cadre théorique**

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? (Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)

4. Méthode qualitative descriptive « A descriptive qualitative méthode was used to explore and aid understanding of the Risk and projective factors for relapse in People with schizophrenia. »

5. Entretien, analyse, interprétation

6. « AES conceived of the study, participated in its design, Carried out interviews, read all transcripts, performed all the analysis of data and drafted the manuscript »

### **Sélection des participants**

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? (Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige)

Echantillonnage dirigé

« Sampling of participants to be enrolled in the study to place at MNH psychiatric outpatient department »

« Sampling was done to the point at which no new information was obtained from participants and redundancy was achieved i.e. Data saturation»

11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? (Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel ?)

Sélection dans dossier patient ayant un rendez-vous le jour de la sélection : Face-à-face puis demande de numéro de téléphone pour fixer rdv.

« selection of caregivers was done by identifying those who had escorted the selected patients to the psychiatric outpatient Department. Those who agreed to participate were asked to provide their contacts such as phone numbers for subsequent booking of the appropriate day and venue for the interview. Participants who were ready to be interviewed on the same day, agreed to meet the researcher ... »

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

7 patients adultes externes et leur 7 proches aidants

« Seven adults out-patients and their Seven caregivers were purposefully selected »

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons

Nombres non mentionnés mais présence de refus de participation

Pas d'abandon

« Those who agreed to participate »

Personne ne répondant pas aux critères d'éligibilité

## **Contexte**

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? (Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail)

Zone d'étude région de Dar es Salaam en Tanzanie

L'échantillonnage des participants l'étude a eu lieu à l'hôpital psychiatrique MNH dans le service de consultation externe

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Oui

« With the help of the mental Health nurse in charge »

Et

Paul Magessa « who participated in data collection »

16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? (Par exemple : données démographiques, date)

7 patients adultes externes et leur 7 proches aidants

« Seven adults out-patients and their Seven caregivers were purposefully selected »

Aux caractéristiques démographiques multiple (âge, sexe, état civil) pour obtention variation optimale

Tous diagnostiqués schizophrène depuis plus de 6 mois et antécédent de deux hospitalisations psychiatriques ou plus.

Présence de proche aidant

Pas de date précise mentionné

### **Recueil des données**

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Oui

« For patient interviews, the topic guide, was as Follows ...» p.3

« « The topic guide for the caregivers was as follows ...»

« To ensure dependability, an interview guide was used to ensure consistency during data collection »

18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

Non

19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Oui

« « They were also informed of the data collection procedures which involved audio Recording of in epithelial interview »

20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)

Oui

« Field notes were taken by the researcher throughout the interviews »

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

30 à 45 min par entretien

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

Oui

« Sampling was done to the point at which no new information was obtained from participants and redundancy was achieved i.e. Data saturation »

« Interviews were conducted until data saturation was achieved »

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Pas mentionné

### **Domaine 3 : Analyse et résultats**

#### **Analyse des données**

24. Nombre de personnes : Combien de personnes ont codé les données ? codant les données ?

2, Paul Magessa et Adellah E. Sariah

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Oui

Cf résultat

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Identifié à partir de données

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Nvivo 9 computer assisted qualitative data analysis software »

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Pas mentionné

#### **Rédaction**

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? (Par exemple : numéro de participant)

Présence de citation de participants

Pas identifié avec le numéro de participant mais avec les caractéristiques démographiques

« A male patient 40 year of age, experiencing muscular rigidity acknowledged :

... I have Problems with my legs nowadays they become numb, they Tighten. Even walking is difficult... »

30. Cohérence des données : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les et des résultats ?

Oui

Répond au but de l'étude

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui

Résultats organisés par catégorie et sous-catégorie avec tableau récapitulatif

32 .Clarté des thèmes secondaires : Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires

Illustration par des cas particuliers

**8.6. Annexe F : Chou, K.R., Shih, Y.W., Chang, C., Chou, Y.Y., Hu, W.H., Cheng, J.S., Yang, C.Y. & Hsieh, C.J. (2012) – Grille COREQ**

Titre : Psychosocial Rehabilitation Activities, Empowerment, and quality of Community-based Life for People with schizophrenia.

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Tiré de : Gedda, 2015)

**Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion**

**Caractéristiques personnelles**

1. Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD

Chou, K.R. : PhD

3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

2011-2017 Director of Library, Taipei Medical University

4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Femme

5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Pas mentionné

Relations avec les participants

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

Non

Échantillonnage aléatoire des personnes éligibles p.287

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche)

8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche)

## **Domaine 2 : Conception de l'étude**

### **Cadre théorique**

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? (Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)

### **Sélection des participants**

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? (Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige)

Échantillonnage aléatoire proportionnel à la taille p.287

11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? (Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel ?)

Face à face si répondait au critère d'éligibilité

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

Au total, 190 participants ont terminé avec succès l'étude dans le groupe intervention

31 participants et dans le groupe témoin de conception de l'étude. (étude pilote) p.287

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons

Parmi les patients éligibles pour l'étude, 40 ont refusé de participer et 7 ont laissé des incomplets dans les questionnaires retournés. p.297

### **Contexte**

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? (Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail)

Cette étude a été menée dans le nord de Taiwan dans 10 centres communautaires de réhabilitation p.287

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

oui

- Les administrateurs des 10 institutions qui ont approuvées les procédures de collecte des données

- Deux assistants de recherche formés

P.287

16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? (Par exemple : données démographiques, date)

Données récoltées entre juillet et septembre 2007 p.287

Critère d'éligibilités :

- Diagnostiqué schizophrènes

- Traitement en ambulatoire et prise de médicaments dans un centre de réadaptation communautaire

- Majeur

- Stabilité clinique objectivé par soignant

- Connaissance de langue le chinoise ou taïwanaise ;

- Capacité de discernement.

Echantillon : 190 patients ambulatoire atteints de schizophrénie dans 10 centres de réhabilitation communautaire du Nord de Taiwan (Taipei) p.287

L'échantillon de l'étude se composait de 190 patients ambulatoires.

Caractéristique clinique : 'âge moyen  $44,9 \pm 11,6$  ans (fourchette = 20-85 ans). Cf tableau 1 p. 289.

Caractéristique clinique : cf tableau 2 p.289

### **Recueil des données**

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

Une étude pilote a été effectuée pour vérifier si toutes les questions étaient compréhensibles. En effet, 31 participants qui auraient pu être éligible dans l'échantillon ont effectués et utilisés les différents instruments de l'étude avant le début de celle-ci afin de les adapter aux mieux (Retour, avis, difficultés) En effet, cela a pour but de simplifier la compréhension du déroulement et des instruments de l'étude pour les participants de l'échantillon d'intervention. P.287

18.Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

Non



19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Non

20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)

Non, présence de deux assistant de recherche pour collecter les données p.287

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

Pas mentionné

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

Pas mentionné

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?

Non

### **Domaine 3 : Analyse et résultats**

#### **Analyse des données**

24. Nombre de personnes : Combien de personnes ont codé les données ? codant les données ?

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

A l'avance

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Toutes les données ont été analysées avec le logiciel SPSS/PC16.0 (SPSS Inc., Chicago, IL) en appliquant un niveau de signification de  $p < .05$

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

Non

## Rédaction

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? (Par exemple : numéro de participant)

Non

30. Cohérence des données : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les et des résultats ?

Les études antérieures sont majoritairement en accord avec les résultats de l'étude qui révèle notamment que l'autonomisation avait un effet direct sur la qualité de vie. p.289

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires : oui

## **8.7. Annexe G : Chuang, S.P., Wu, J.Y.W., Wang, C.S., Liu, C.H. & Pan, L.H. (2016) – Grille COREQ**

Titre : Self concepts, health locus of Control and cognitive functioning associated with health-promoting lifestyles in schizophrenia.

Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. (Tiré de : Gedda, 2015)

### **Domaine 1 : Équipe de recherche et de réflexion**

#### **Caractéristiques personnelles**

1. Enquêteur/animateur : Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

L'ensemble des auteurs de l'étude

Utilisation 4ème pronom personnelle p. 82

2. Titres académiques : Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD

Shu Ping Chuang : Psychologue clinique MD p. 82

3. Activité : Quelle était leur activité au moment de l'étude ?

Shu Ping Chuang : Psychologue

Chien Shu Wang : Neuropsychiatre

Chia Hsuan Liu

Li Hsiang Panc

4. Genre : Le chercheur était-il un homme ou une femme ?

Femme

5. Expérience et formation : Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?

Maladie mentale, psychiatrie, Evaluation psychologique, comportement psychologique.

#### **Relations avec les participants**

6. Relation antérieure : Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?

Non, approché par téléphone pour effectuer l'étude p. 83

7. Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Que savaient les participants au sujet du chercheur ? (Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche)  
Explication de la recherche et du protocole par téléphone p.83

8. Caractéristiques de l'enquêteur : Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? (Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche)

Comprendre dans quelle mesure l'estime de soi, l'auto-efficacité, le locus de contrôle de la santé et les facteurs neuropsychologiques sont corrélés à des modes de vie favorables à la santé chez les personnes p.83

## **Domaine 2 : Conception de l'étude**

### **Cadre théorique**

9. Orientation méthodologique et théorie : Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? (Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu)

Analyse de contenu p.83

### **Sélection des participants**

10. Échantillonnage : Comment ont été sélectionnés les participants ? (Par exemple : échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boule-de-neige)

Échantillonnage dirigé

11. Prise de contact : Comment ont été contactés les participants ? (Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel ?)

76 patients ont été contacté par téléphone pour leur demander de participer à l'étude p.83

12. Taille de l'échantillon : Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?

Cinquante-six patients ont participé à l'étude p.83

13. Non-participation : Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons

Au total 10 patients ont refusé de participer à l'étude : raisons professionnelles ou du manque de temps pour participer à l'étude

## **Contexte**

14. Cadre de la collecte de données : Où les données ont-elles été recueillies ? (Par exemple : domicile, clinique, lieu de travail)

“The department of psychiatry at the Zuoying Branch of Kaohsiung Armed Forces General Hospital in Taiwan”

Dans un hôpital à Taiwan

15. Présence de non-participants : Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?

Oui : le Comité d'examen institutionnel de l'hôpital général des forces armées de Kaohsiung

Le protocole de l'étude a été revu et approuvé par le comité d'examen institutionnel de l'Hôpital Général des Forces Armées de Kaohsiung à Taiwan p. 83

16. Description de l'échantillon : Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ? (Par exemple : données démographiques, date)

Critère d'éligibilité :

- Bonne observance aux traitements

- stabilité clinique

- Pas de modification de traitement le mois précédent l'étude

- Mode de vie sain (pas abus substances, 6 mois précédent l'étude) p.83

Critère d'exclusion:

- Patient avec symptômes psychotique aigus

- Trouble récent de l'abus de substance

- Trouble neuro quelconque au cours des 6 derniers mois p.83

56 patients ambulatoires atteints de schizophrénie interrogés au cours d'entretiens clinique structuré. P.83

31 hommes, 25 femmes, âge moyen 43.6 ans... : caractéristique démographique Cf Table 1 p.85

Caractéristique clinique : Cf tableau 2 p.86

## **Recueil des données**

17. Guide d'entretien : Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?

.

## **Instruments utilisés lors de l'entretien structuré**

Echelle d'évaluation de l'estime de soi (Rosenberg Self-Esteem Scale), Echelle de l'auto-efficacité (General Self-Efficacy Scale), le locus de contrôle de la santé (The Multidimensional Health Locus of Control Scales), les modes de vie favorables à la santé (Health Promotion Life-style Profile-II) et une série de mesures neurocognitives. P. 83-84

Un protocole était défini par les auteurs et approuvé par Comité d'examen institutionnel de l'hôpital général des forces armées de Kaohsiung

18. Entretiens répétés : Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?

Non

19. Enregistrement audio/visuel : Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?

Non

20. Cahier de terrain : Des notes de terrain ont-elles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group)

Non mentionné

21. Durée : Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?

Non mentionné

22. Seuil de saturation : Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

Non

23. Retour des retranscriptions : Les retranscriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ? Pas mentionné

### **Domaine 3 : Analyse et résultats**

#### **Analyse des données**

24. Nombre de personnes : Combien de personnes ont codé les données ? codant les données ?

Utilisation 4ème pronom personnelle "nous" p.84

Chercheur de l'étude 4

25. Description de l'arbre de codage : Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?

Non

26. Détermination des thèmes : Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?

Identifiés à l'avance : recherche de preuve de corrélation avec mode de vie sain.

27. Logiciel : Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?

Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel SPSS16.0. p. 84

28. Vérification par les participants : Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?

NON

### **Rédaction**

29. Citations présentées : Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? (Par exemple : numéro de participant)

Non

30. Cohérence des données : Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les et des résultats ?

Oui

Les résultats sont conformes aux études précédentes p.86

31. Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?

Oui

32. Clarté des thèmes secondaires : Y a t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires

Oui p.85

## **8.8. Annexe H : Chien, W.T., Chan, S.W.C. (2013) – Grille CONSORT**

Titre : The effectiveness of mutual support group intervention for Chinese families of people with schizophrenia : a randomized controlled trial with 24-month follow-up

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre :

L'identification de l'essai randomisé apparaît dans le titre de l'article (p.1326).

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Le résumé du plan d'essai est structuré et comprend le contexte, l'objectif de l'étude, la méthode utilisée et les résultats (p.1326).

### **Section 2 : Introduction (contexte et objectifs)**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

Les chercheurs estiment qu'il n'y pas assez d'écrits scientifiques sur les effets de la schizophrénie sur les membres de la famille. Il existe des écrits aux USA ainsi qu'au Royaume-Uni, où il est démontré qu'une intervention familiale peut avoir des effets bénéfiques sur la prévention des rechutes et l'évolution de la maladie. En effet, en Chine et dans de nombreux pays occidentaux, les membres de la famille s'occupent d'un membre atteint de schizophrénie. De ce fait, ils sont souvent exposés à de nombreux facteurs de stress. C'est pourquoi cette étude a lieu (p.1327-1328).

2. Objectifs spécifiques et hypothèses :

L'objectif vise à identifier l'effet d'un groupe d'entraide d'une durée de 9 mois pour les familles chinoises avec un sujet atteint de schizophrénie comparé à un groupe de psychoéducation et des soins psychiatriques de base durant 24 mois.

L'hypothèse est formulée dans l'introduction. Celle-ci est qu'après des entretiens dans le groupe de soutien, la diminution de la gravité des symptômes, du taux d'hospitalisations ainsi que l'amélioration du fonctionnement des participants et leurs familles par rapport au groupe de psychoéducation et de soins de base sera observable (p.1326 et 1328-1329)



### **Section 3 : Méthodes**

#### **1. Description du plan de l'essai en incluant les ratios d'allocation :**

Il s'agit d'un essai contrôlé randomisé mener sur 3 groupes d'interventions avec des mesures répétées sur les 3 groupes. Cette étude a été menée dans 2 cliniques psychiatriques ambulatoires de Hong-Kong entre décembre 2008 et janvier 2012. Les personnes avec le diagnostic de schizophrénie ont été sélectionnées à partir d'une liste des deux cliniques. Après avoir reçu le consentement de chacune des personnes atteintes de schizophrénie, les proches aidants ont été invité à la participation (p.1329-1330).

#### **2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison :**

Il n'a pas pas de changement de méthodes durant l'essai.

#### **3. Critères d'éligibilités des participants :**

Les critères d'inclusion des participants ainsi que de leur proches sont les mêmes. Ils doivent être âgés de minimum 18 ans, parler le mandarin ou le cantonais, être le principal proche-aidant vivant avec le participant atteint de schizophrénie (p.1329-1330).

#### **4. Structures et lieu de recueil des données :**

Le recueil des données s'est effectué dans les 2 cliniques psychiatriques (p.1330).

#### **5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites :**

Chaque groupe bénéficie d'une intervention. Le premier groupe (groupe 1) reçoit l'intervention d'entretien mutuel et des soins psychiatriques de routine, pendant 9 mois. Ils ont reçu 14 séances d'une durée de 2h. Une personne a été formée pour l'animation du groupe de soutien. Le groupe 2 reçoit 14 séances de psychoéducation d'une durée de 2h toutes les 2 semaines. Ce programme comprend un soutien psychologique et une éducation thérapeutique sur la schizophrénie ainsi que des soins psychiatriques de base. Les séances sont dirigées par un infirmier spécialisé en psychiatrie.

Les proches-aidants des participants à ces 2 groupes, sont invités à participer à plusieurs sessions.

Le groupe 3 reçoit uniquement les soins psychiatriques de base comprenant des consultations psychiatriques, un traitement médicamenteux, une séance d'éducation

thérapeutique sur la schizophrénie, une formation à l'emploi donnée par un ergothérapeute ainsi que des services d'aide sociale. Ces soins sont dispensés 1 fois par mois (p.1330-1331)

6. Critères "a priori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués :

Le fonctionnement familial a été évalué par le questionnaire FAD (family Assessment Device) comprenant 60 questions avec 4 points de réponses. La satisfaction d'un individu par rapport au soutien social a été évaluée à l'aide du SSQ6 (Social Support Questionnaire) sur une échelle de Likert en six points. La sévérité des symptômes a été évaluée à l'aide de la BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) en 18 items. L'état mental des participants a également été évalué avec une échelle de Likert en 7 points. Les besoins en service de santé communautaire et leur utilisation par les familles de personnes atteintes de maladie mentale ont été évalués à partir du FSSI composé de 16 questions amenant à une réponse par oui ou non. L'échelle SLOF (Specific Level of Functioning Scale) a permis d'évaluer 3 domaines de fonctionnement : l'auto-entretien, le fonctionnement social et les aptitudes à la vie en communauté.

Le nombre et la durée de ré-hospitalisation ont été évalués par un assistant de recherche selon le dossier du participant.

Les évaluations se sont faites avant l'assignation des participants par l'assistant de recherche (T1), après 1 semaine de traitement (T2) par l'assistant de recherche qui était en aveugle. 12 mois (T3) après l'intervention et 24 mois (T4) après l'intervention (p. 1330 et 1333).

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Pas de changement de critères mentionnés.

8. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée :

La taille de l'échantillon a été déterminée sur la base de 3 autres essais cliniques d'interventions familiales sur des personnes atteintes de schizophrénie. Les chercheurs ont estimé la taille de l'échantillon à 45 dyades familiales par groupe d'intervention (page 1330).

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt :

Pas d'analyse intermédiaires.

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort

La méthode utilisée pour la séquence d'allocation est une distribution aléatoire d'enveloppes comprenant à l'intérieur l'intervention qui leur sera effectué (p.1330).

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :  
Cela n'est pas décrit dans l'article.

3. Mécanisme utilisé pour mettre en oeuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

Cela n'est pas mentionné dans l'article.

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

Un chercheur a choisi les participants parmi une liste des patients des cliniques (p.1330).

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

L'assistant de recherche qui fait passer les tests est en aveugle aux participants (p. 1333).

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Dans chaque groupe, les soins psychiatriques de routines sont effectués (p.1330-1331).

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

La méthode statistique utilisée est IBM, SPSS version 19.0, test ANOVA et MANOVA (p.1333).

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

Le test de Helmert a été effectué afin d'observer les différences des scores entre les groupes (p.1333).

## **Section 5 : Résultats**

1. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour les critères de jugement principal :

Le nombre de participants pour chaque groupe est de 45 participants atteint de la maladie et 45 proches (Une personne atteinte de schizophrénie et un proche). Tous les groupes ont été analysé avec les mêmes critères de jugement principal et sont représenté dans le tableau 4 (p.1337).

2. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Dans le groupe du support mutuel de 45 participants, 2 personnes ont arrêté de participer au moment de l'intervention car ils n'avaient pas assez de temps. Il y a donc 43 participants qui ont été jusqu'au bout de l'intervention. Lors du suivi, les chercheurs ont perdu 2 personnes pour cause de perte de contact.

Dans le groupe de psychoéducation de 45 participants, 2 personnes ont arrêté de participer lors de l'intervention pour cause de perte d'intérêt. Lors du suivi, les chercheurs ont perdu le contact avec 3 participants.

Dans le groupe témoin de soins psychiatriques de bases de 45 participants, 1 participant a dû arrêté l'intervention car il a fait une rechute. Les chercheurs ont perdu 2 participants lors du suivi pour cause de l'émigration vers la chine continentale (p.1329).

3. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

Pas décrit dans l'essai clinique.

4. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

L'essai clinique a pris fin car les dates de suivis sont passées.

5. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

La table est lisible à la page 1334.

6. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

L'analyse devait s'effectuer sur 45 participants par groupe mais en raison de plusieurs éléments, les chercheurs ont perdu quelques participants dans chaque groupe. Pour le groupe de soutien mutuel l'analyse n'a pas été effectuée avec les 45 participants de

base mais avec 43 participants du groupe d'origine. Dans le groupe de psychoéducation, l'analyse a été effectuée sur 42 participants du groupe d'origine et dans le groupe témoin, l'analyse a été effectuée sur 43 participants du groupe d'origine.

7. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

La taille de l'effet est estimée entre 0.20 et 0.35 ce qui démontre une taille de l'effet faible.

Dans le groupe de soutien mutuel, le fonctionnement familial (FAD) et le soutien social perçu (SSQ6) se sont améliorés aux temps 3 et 4. Au temps 3 le FAD et le SSQ6 se sont améliorés par rapport au groupe de soins psychiatriques de base ( $p=0.01$ ). Au temps 4, ces scores se sont améliorés par rapport au groupe de psychoéducation. Le FAD est de  $p=0.005$  et le SSQ6 est de  $p=0.001$ .

Le fonctionnement des participants (SLOF) s'est également amélioré et la sévérité des symptômes a diminué (BPRS) aux temps 3 et 4 par rapport au groupe de psychoéducation et de soins psychiatriques de base. Au temps 3, le SLOF est de  $p=0.001$  et le BPRS est de  $p=0.01$ . Au temps 4 le SLOF est de  $p=0.0005$  et le BPRS est de  $p=0.001$  par rapport au groupe de soins psychiatriques de base. Par rapport au groupe de psychoéducation au temps 3 le SLOF est de  $p=0.005$  et le BPRS est de  $p=0.04$  et au temps 4 le SLOF est de  $p=0.001$  et le BPRS est de  $p=0.03$ .

La durée des ré-hospitalisations du groupe de soutien mutuel a diminué par rapport au groupe de soins psychiatriques de base lors de tous les tests après l'intervention ( $p=0.05, 0.02, 0.01$ ). Au temps 4, la durée des hospitalisations a diminué par rapport au groupe de psychoéducation avec  $p=0.03$ .

Dans le groupe de psychoéducation, le SLOF a augmenté au temps 3 et le BPRS a diminué au temps 4 ( $p=0.1335$ ).

8. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée

Pas décrit dans l'article.

9. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :

Pas d'analyse supplémentaire.

10. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe :  
Pas décrit dans l'article.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Les participants ont été recrutés dans 2 cliniques sur 20 à Hong-Kong. Ils sont atteints de schizophrénie depuis moins de 5 ans et cela pourrait être à l'origine de motivation de traitement de la part des familles. La classe sociale des proches aidant peut également avoir un impact sur la motivation quant à l'essai clinique. Les compétences d'animation des sous-groupes du groupe de soutien mutuel par les "pairs leader" ne sont pas standardisées. L'interaction des participants en dehors du groupe de soutien mutuel peut impacter le facteur psychosocial de l'étude (p.1338-1339).

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Cela n'est pas décrit dans l'article

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

La conclusion est cohérente avec les résultats (p.1339).

## **Section 7: Informations supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

Le numéro d'enregistrement est NCT00940394 dans le registre "ClinicalTrials.gov" (p.326).

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Le protocole complet n'est pas disponible.

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

Les sources de financement ont été données par "Health Care and Promotion Fund, The Hong Kong S.A.R. Government" (p.1339).

## **8.9. Annexe I : Chien, W.t., Mui, J., Gray, R., Cheung, E. (2016) – Grille CONSORT**

Titre : Adherence therapy versus routine psychiatric care for people with schizophrenia spectrum disorders: a randomized controlled trial.

Grille de lignes directrices pour l'écriture et la lecture des articles : Traduction française des lignes directrices CONSORT pour l'écriture et la lecture des essais contrôlés randomisés. (Tiré de : Gedda, 2015)

### **Section 1 : Titre et résumé**

1. Identification en tant qu'essai randomisé dans le titre :

Le titre est identifié en tant qu'essai randomisé (p.1).

2. Résumé structuré du plan d'essai, méthodes, résultats et conclusion :

Le résumé est structuré avec le contexte, la méthode, les résultats et la conclusion (p.1).

### **Section 2 : Introduction (contexte et objectifs)**

1. Contexte scientifique et explication du bien-fondé :

La schizophrénie est une maladie psychiatrique avec un haut risque de rechute. Lors de celle-ci, il est primordial d'amorcer les soins le plus rapidement possible pour répondre aux besoins des personnes atteintes ainsi que d'améliorer leur adhérence (p. 1). D'après certaines études, le taux d'adhérence aux traitements diminue lorsqu'un traitement oral est prescrit. C'est pourquoi, les chercheurs estiment important d'améliorer l'adhérence thérapeutique des personnes atteintes de schizophrénie afin de diminuer le risque de rechute.

2. Objectifs spécifiques et hypothèses :

Les chercheurs estiment qu'une intervention d'adhérence permettrait de diminuer le risque de rechute et la sévérité des symptômes immédiatement et après 18 mois.

Le but de cette étude est d'observer les effets d'une intervention d'adhérence thérapeutique sur la sévérité des symptômes, l'adhérence thérapeutique, le taux de rechute et de réhospitalisation et le fonctionnement personnel (p. 2).

### **Section 3 : Méthodes**

1. Description du plan de l'essai en incluant les ratios d'allocation :

L'étude a été menée dans 2 CPNS de Hong-Kong avec 134 participants (67 par clinique). Une liste avec les noms des participant a été faite dans chaque établissement. Un statisticien indépendant a par la suite donner un numéro à chaque participant avec un ordinateur de manière aléatoire. L'assistant de recherche a donné des enveloppes opaques à chaque participant pour les assignés à leur groupe. Deux groupes ont été formés, un groupe intervention et un groupe contrôle avec 67 participants dans chacun. Le ratio d'allocation n'est pas décrit.

2. Changements importants de méthodes après le début de l'essai, en expliquer la raison :

Pas de changement de méthode.

3. Critères d'éligibilités des participants :

Les critères d'éligibilité sont les suivants : être atteint de schizophrénie et diagnostiqué avec le DSM-IV, provenir d'un des deux CPNS, être âgés entre 18 et 64 ans, vivre à Hong-Kong, parler le mandarin ou le cantonais, avoir reçu le diagnostic il y a minimum 3 ans, avoir un faible taux d'adhérence aux traitements médicamenteux, ne pas avoir d'autres problématiques psychiatriques et ne pas avoir participer à un programme d'adhérence (p.3).

4. Structures et lieu de recueil des données :

Dans deux CPNS (Community Psychiatric Nursing Services) de Hong-Kong (p.3).

5. Interventions pour chaque groupe avec suffisamment de détails pour pouvoir reproduire l'étude, en incluant comment et quand elles ont été véritablement conduites : Le groupe intervention reçoit 6 séances d'entretien motivationnel de 2h toutes les 2 semaines pendant 3 mois menées par des infirmières formée au programme d'adhérence thérapeutique. L'intervention est composée de 3 phases qui sont réalisée lors des semaines d'intervention. La phase 1 consiste à poser les objectifs individuels pour améliorer l'adhérence thérapeutique. La phase 2 permet d'explorer les forces de la personne et les barrières à l'adhérence. La phase 3 permet de résoudre les difficultés des participants à améliorer leur adhérence (p.5).

Le groupe témoin reçoit des soins psychiatriques de routine des CPNS qui consistent en



des consultations psychiatriques et traitement par un psychiatre, des visites à domicile, une évaluation de l'état mental et une éducation thérapeutique concernant le traitement par un infirmier spécialisé en psychiatrie toutes les 4 à 6 semaines. Ils peuvent également recevoir de l'aide en soins de santé, des aides sociales et aides financières par un assistant social ainsi que des consultations avec un psychologue clinique (p.6).

6. Critères "appriori" de jugement principal et secondaires entièrement définis, en incluant comment et quand ils ont été évalués :

Les critères de jugement principal sont la sévérité des symptômes positifs et négatifs, le fonctionnement personnel, l'adhérence et l'attitude face aux traitements. Les symptômes sont évalués à l'aide de l'échelle d'évaluation de la sévérité des symptômes (PANSS), La SLOF permet d'évaluer le fonctionnement personnel L'échelle d'évaluation de l'adhérence (ARS) permet d'évaluer l'adhérence des participants. L'attitude face aux traitements est évaluée au travers un questionnaire (ITAQ).

Ces critères de jugement ont été évalués avant l'intervention, après 2 semaines d'intervention, après 3 mois d'intervention et lors du suivi à 18 mois (p.3).

7. Changements quelconques de critères de jugement après le début de l'essai, en expliquant la raison :

Pas de changement de critères de jugement durant l'étude.

8. Comment la taille de l'échantillon a-t-elle été déterminée :

Cela n'est pas mentionné.

9. Quand cela est applicable, explication des analyses intermédiaires et des règles d'arrêt :

Pas d'analyses intermédiaires.

#### **Section 4 : Randomisation**

1. Méthode utilisée pour générer la séquence d'allocation par tirage au sort :

L'assistant de recherche a donné des enveloppes opaques à chaque participant avec leur assignation écrite à l'intérieur (p.3).

2. Type de randomisation, en incluant les détails relatifs à une méthode de restriction :

Les chercheurs ont utilisé une randomisation en simple aveugle (p.2). Les détails ne sont pas décrits.

3. Mécanisme utilisé pour mettre en œuvre la séquence d'allocation randomisée, en décrivant chaque mesure prise pour masquer l'allocation jusqu'à l'assignation des interventions :

La liste des participants éligibles a été faite par un statisticien indépendant et l'assignation des interventions a été réalisée par l'assistant de recherche (p.3).

4. Qui a généré la séquence d'allocation, qui a enrôlé les participants et qui a assigné les participants à leur groupe :

L'assistant de recherche a assigné les participants (p.3).

5. Au cas où, décrire qui a été en aveugle après l'assignation des interventions et comment ont-ils été empêchés de savoir :

Les participants sont en aveugle (p.2).

6. Si approprié, description de la similitude des interventions :

Les deux groupes reçoivent les soins psychiatriques de routine (p.5-6).

7. Méthodes statistiques utilisées pour comparer les groupes au regard des critères de jugement principal et secondaire :

La méthode statistique utilisée est le logiciel SPSS version 20.0 (p.6).

8. Méthodes utilisées pour des analyses supplémentaires, telles que des analyses de sous-groupes ou des analyses ajustées :

Pas décrit dans l'article.

## **Section 5 : Résultats**

1. Pour chaque groupe, le nombre de participants qui ont été assigné par tirage au sort, qui ont reçu le traitement qui leur était destiné, et qui ont été analysés pour les critères de jugement principal :

Pour le groupe intervention, 67 participants ont été assigné par tirage au sort et ont reçu le traitement. L'analyse a été effectuée sur 65 participants.

Pour le groupe témoin, 67 participants ont été assignés par tirage au sort et ont reçu le traitement. L'analyse a été effectuée sur 63 participants.

2. Pour chaque groupe, abandon et exclusion après la randomisation, en donner les raisons :

Pour le groupe intervention, 2 personnes ont été exclues de l'analyse pour cause d'abandon. Pour le groupe témoin, 4 personnes ont été exclues de l'analyse. Une pour cause de décès, une pour perte de contact et deux pour abandon (p.4).

3. Dates définissant les périodes de recrutement et suivi :

L'intervention a été effectuée entre décembre 2012 et mai 2015. Les dates de recrutement ne sont pas mentionnées (p.3).

4. Pourquoi l'essai a-t-il pris fin ou a été interrompu :

Pas décrit dans l'article.

5. Une table décrivant les caractéristiques initiales démographiques et cliniques de chaque groupe :

Une table est présente à la page 8.

6. Nombre de participants inclus dans chaque analyse en précisant si l'analyse a été faite avec les groupes d'origine :

L'analyse a été faite avec les groupes d'origine. Pour le groupe intervention 65 et pour le groupe témoin 63 participants (p.4).

7. Pour chaque critère de jugement principal et secondaire, donner les résultats pour chaque groupe, et la taille estimée de l'effet ainsi que sa précision :

Pour le groupe intervention, le fonctionnement personnel, la sévérité des symptômes, l'attitude face aux traitements se sont améliorés durant les 18 mois comparé au groupe témoin. Durant l'étude, il n'y a pas eu de différence entre les 2 groupes concernant le taux de réhospitalisation. Le temps d'hospitalisation a diminué pour le groupe intervention après 6 mois d'interventions et après 18 mois de suivi (p.7).

Pour le groupe témoin, l'amélioration des critères de jugements s'observe qu'à partir de 18 mois.

8. Pour les variables binaires, une présentation de la taille de l'effet en valeurs absolues et relatives est recommandée

Cela n'est pas décrit.

9. Résultats de toute analyse supplémentaire réalisée, en incluant les analyses en sous-groupe et les analyses ajustées, et en distinguant les analyses spécifiées a priori des analyses exploratoires :

Il n'y a pas d'analyses supplémentaires.

10. Tous les risques importants ou effets secondaires inattendus dans chaque groupe :  
Cela n'est pas décrit.

## **Section 6 : Discussion**

1. Limitations de l'essai, en tenant compte des sources de biais potentiels ou d'imprécision, et au cas où, en tenant compte de la multiplicité des analyses :

Les limites de l'étude sont décrites. Tout d'abord, les mesures ont été faites par des auto-évaluation de la part des participants. Ensuite 60% des participants n'étaient pas éligibles et n'ont pas été exclu de l'étude.

2. "Généralisabilité" des résultats de l'essai :

Il est décrit que cette étude n'est pas généralisable (p.13).

3. Interprétations/conclusions cohérentes avec les résultats, en tenant compte du ratio bénéfices/risques et de possibles autres faits pertinents :

La conclusion est cohérente mais ne tient pas compte des bénéfices/risques (p.13).

## **Section 7 : Informations supplémentaires**

1. Numéro d'enregistrement de l'essai en précisant le registre utilisé :

Le numéro d'enregistrement est NCT01780116 (p.13)

2. Où le protocole complet de l'essai peut-il être consulté, si possible :

Le protocole complet peut être consulté sous <http://clinicaltrials.gov> (p.13)

3. Sources de financement et autres ressources, rôle des donateurs :

L'étude a été financée avec l'aide de "Health and Medical Research Fund", "Food and Health Bureau" et "The Government of the Hong Kong S.A.R." (p.13)

## 8.10. Annexe J : Grade des recommandations

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

Tiré de : Haute Autorité de Santé [HAS], 2013.

## 8.11. Annexe K : Échelle d'évaluation du fonctionnement familial : SCORE 15

### SCORE 15<sup>1</sup> Échelle d'auto-évaluation du fonctionnement familial

Code de la Clinique

Numéro de la famille

Place dans la famille \_\_\_\_\_

Décrivez votre famille (Date)

Nous aimerions que vous nous disiez quel regard vous portez en ce moment sur votre famille. C'est pourquoi nous vous demandons VOTRE point de vue.

En général, quand on dit « votre famille », cela signifie les personnes qui vivent avec vous. Mais ici nous souhaitons que vous choisissiez les personnes dont vous considérez qu'elles font partie de votre famille.

Pour chaque item, cochez une seule des cases numérotées de 1 à 5 :

1 Exactement	2 Plutôt bien	3 En partie	4 Pas vraiment	5 Absolument pas
--------------	---------------	-------------	----------------	------------------

Par exemple, si l'affirmation est « on se dispute tout le temps », et que, d'après vous, ce n'est pas particulièrement le cas pour votre famille, vous cochez la case 4 pour « pas particulièrement ». Ne réfléchissez pas trop sur chaque question, mais essayer de cocher une case pour chacune d'entre elles.

Pour chaque ligne, diriez-vous qu'elle décrit votre famille :	1	2	3	4	5
1. Dans ma famille on se parle des choses qui sont importantes pour nous					
2. Dans ma famille il arrive souvent qu'on ne se dise pas la vérité					
3. Chacun de nous peut trouver une oreille attentive dans notre famille					
4. Dans notre famille il est risqué d'exprimer son désaccord					
5. Nous avons du mal à faire face aux problèmes quotidiens					
6. On se fait confiance					
7. On se sent vraiment malheureux dans notre famille					
8. Quand on est en colère, on fait exprès de s'ignorer					
9. Dans ma famille, j'ai l'impression qu'on va de crise en crise					
10. Si l'un de nous a un problème, on essaie de l'aider					
11. On dirait que les choses tournent toujours mal dans notre famille					
12. Les membres de la famille sont méchants les uns avec les autres					
13. On se mêle trop des affaires les uns des autres dans la famille					
14. Quand les choses vont mal dans la famille, on se rejette la faute					
15. Chez nous on sait imaginer de nouvelles solutions aux difficultés					
	1	2	3	4	5

1 Exactement	2 Plutôt bien	3 En partie	4 Pas vraiment	5 Absolument pas
--------------	---------------	-------------	----------------	------------------

Maintenant tournez la page et dites-nous-en un peu plus sur votre famille.

Quels mots peuvent le mieux décrire votre famille ?

---

---

---

Quel est le problème qui vous a amené en thérapie ?

Le problème majeur est

---

---

---

Quel est son degré de gravité ? Indiquez votre réponse sur la ligne ci-dessous :

Aucun problème											Vraiment grave
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Comment diriez-vous que vous vous en sortez en tant que famille ?

Très bien											Très mal
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Pensez-vous que venir ici sera/ a été utile et bénéfique ?

Très bénéfique											Complètement inutile
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Quelques renseignements à propos de vous :

Age :

Sexe :

Appartenance ethnique :

Niveau d'études :

Profession/ Occupation :

Personnes qui vivent avec vous (par exemple « fille de 12 ans », pas de nom s.v.p.)

Tiré de : Stratten, P. & al., 2014

## 8.12. Annexe L : Échelle d'évaluation du fardeau familial : échelle de ZARIT

### Grille de ZARIT©Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau

Le questionnaire suivant présente une liste d'affirmations caractérisant l'état habituel des gens qui ont la charge quotidienne de quelqu'un d'autre.

La grille permet une évaluation de cette charge pouvant aller de léger à modéré jusqu'à sévère. Après chaque affirmation, l'aidant indique s'il ressent cet état :

- 0 = jamais
- 1 = rarement
- 2 = parfois
- 3 = assez souvent
- 4 = presque tout le temps

A quelle fréquence vous arrive-t-il de...	Jamais	Rarement	Quelques fois	Assez souvent	Presque toujours
	0	1	2	3	4
1. Sentir que votre parent vous demande plus d'aide qu'il n'en a besoin ?					
2. Sentir que le temps consacré à votre parent ne vous en laisse pas assez pour vous ?					
3. Vous sentir tiraillé entre les besoins à votre parent et vos autres responsabilités familiales ou professionnelles ?					
4. Vous sentir embarrassé par le(s) comportement(s) de votre parent ?					
5. Vous sentir en colère quand vous êtes en présence de votre parent ?					
6. Sentir que votre parent nuit à vos relations avec d'autres membres de la famille ?					
7. Avoir peur de ce que l'avenir réserve à votre parent ?					
8. Sentir que votre parent est dépendant de vous ?					
9. Vous sentir tendu en présence de votre parent ?					
10. Sentir que votre santé s'est détériorée à cause de votre implication auprès de votre parent ?					
11. Sentir que vous n'avez pas autant d'intimité que vous aimeriez à cause de votre parent ?					
12. Sentir que votre vie sociale s'est détériorée du fait que vous prenez soin de votre parent ?					
13. Vous sentir mal à l'aise de recevoir des amis à cause de votre parent ?					
14. Sentir que votre parent semble s'attendre à ce que vous preniez soin de lui comme si vous étiez la seule personne sur qui il puisse compter ?					
15. Sentir que vous n'avez pas assez d'argent pour prendre soin de votre parent encore longtemps compte tenu de vos dépenses ?					
16. Sentir que vous ne serez plus capable de prendre soin de votre parent encore bien longtemps ?					
17. Sentir que vous avez perdu le contrôle de votre vie depuis la maladie de votre parent ?					
18. Souhaiter pouvoir laisser le soin de votre parent à quelqu'un d'autre ?					
19. Sentir que vous ne savez pas trop quoi faire pour votre parent ?					

20. Sentir que vous devriez en faire plus pour votre parent ?					
21. Sentir que vous pourriez donner de meilleurs soins à votre parent ?					
22. En fin de compte, vous arrive-t-il de sentir que les soins à votre parent sont une charge, un fardeau ?					
<b>Sous-total aux</b>					
<b>TOTAL</b> (addition de chaque sous-total, à reporter en page 4)					

#### Résultats :

- Score < 20 : "fardeau" léger
- 21 < score < 40 : "fardeau" léger à modéré
- 41 < score < 60 : "fardeau" modéré à sévère
- 61 < score < 88 : "fardeau" sévère

Tiré de : Hôpitaux Universitaire de Genève [HUG], 2020



### 8.13. Annexe M : Échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs

#### POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

##### PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine



NOM: \_\_\_\_\_  
 PRENOM: \_\_\_\_\_  
 SEXE: ☐ AGE:  DATE:   
 EXAMINATEUR: \_\_\_\_\_

##### CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence  
Minima  
Légère  
Moyenne  
Mod. Sévère  
Sévère  
Extrême

##### Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

##### Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

<b>N 6</b>	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
<b>N 7</b>	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

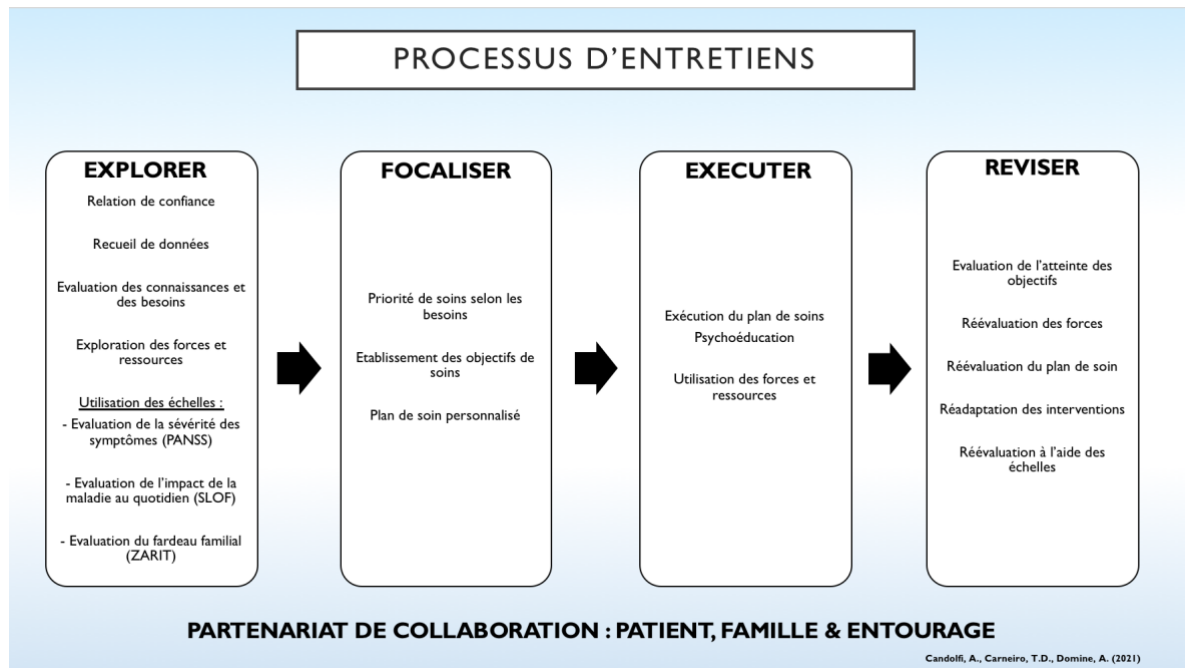
---

**Echelle psychopathologique générale**

<b>G 1</b>	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 2</b>	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 3</b>	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 4</b>	Tension	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 5</b>	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 6</b>	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 7</b>	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 8</b>	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 9</b>	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 10</b>	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 11</b>	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 12</b>	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 13</b>	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 14</b>	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 15</b>	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
<b>G 16</b>	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Tiré de : Lépine, J.P. s.d

## 8.14. Annexe N : Outil ADA (Candolfi, A., Carneiro, T.D., Domine, A. (2021))



ÉCHELLES D'ÉVALUATION			
Echelles	TYPE	ITEMS	SCORE
<b>Evaluation de l'impact de la maladie au quotidien</b> Specific Level of Functioning Assessment Scale (SLOF)	Hétéro-évaluation	<u>5 items</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Fonctionnement physique</li> <li>Compétences en soins personnels</li> <li>Fonctionnement social</li> <li>Activités de la vie quotidienne</li> <li>Inventaire de l'état de santé</li> </ul>	-
<b>Evaluation de la sévérité des symptômes</b> Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)	Hétéro-évaluation	Echelle positive Echelle négative Echelle psychopathologique générale	Plus le score est élevé, plus les symptômes sont sévères
<b>Echelle d'auto-évaluation du fonctionnement familial (Score 15)</b>	Auto-évaluation	Questions avec réponse appréciation	-
<b>Echelle de pénibilité ou d'évaluation du fardeau ( ZARIT)</b>	Auto-évaluation	Questions avec réponses appréciation de 0 à 4 (jamais – presque toujours)	Score < 20 = fardeau léger Score 61-88 = fardeau sévère

Candolfi, A., Carneiro, T.D., Domine, A. (2021)