

Table des matières

Introduction	1
1. Problématique	2
1.1. Importance du problème	2
1.2. Définitions	2
1.2.1. Trouble mental	2
1.2.2. Caractéristiques de l'adhérence thérapeutique	3
1.2.3. Alliance thérapeutique	4
1.3. Justification du sujet à l'étude	4
2. Cadre théorique et rôle des soins infirmiers en lien à l'adhérence thérapeutique	5
3. Objectifs et questions de recherche	6
4. Méthodologie	6
4.1. Bases de données	6
4.1.1. Mots clés et équations	6
4.2. Cross-referencing	9
4.3. Revues et ouvrages consultés	9
5. Résultats	9
5.1. Nombre d'articles retenus, critères de choix et d'exclusion	9
5.2. Titre des articles retenus pour l'analyse	10
6. Analyse critique des articles	10
7. Comparaison des résultats	18
8. Discussion et perspectives	26
8.1. Consensus et divergences	26
8.2. Recommandations pour la pratique	26
8.3. Mise en lumière des résultats selon le cadre théorique	30
8.4. Recommandations pour la recherche et la formation	31
8.5. Limites de la revue de littérature	32
9. Conclusion	32
10. Liste des références	34
11. Bibliographie	35
12. Annexe	38

Introduction

Lors de notre dernière année de formation en soins infirmiers, il nous a été demandé d'élaborer une revue de littérature scientifique. Depuis le début de ce travail, nous nous sommes intéressées à la psychiatrie. Une de nous n'ayant pas eu l'occasion d'effectuer de stage dans ce contexte et l'autre voulant travailler dans cette branche de soins, nous étions motivées à ce que notre sujet touche à ce domaine. Au cours de nos expériences, nous avons pu remarquer que, chez les patients atteints de troubles mentaux, une grande attention est mise sur le traitement médicamenteux. Avec l'idée initiale de traiter le lien entre déni de la maladie et arrêt au traitement et suite à des premières recherches, nous avons décidé de porter notre réflexion sur le thème de l'adhérence thérapeutique sous plusieurs aspects.

Nous débuterons ce travail avec l'exposition de la problématique, où nous décrirons l'importance et l'étiologie des troubles mentaux au niveau mondial ainsi que la portée de la non-adhérence thérapeutique dans le contexte des soins psychiatriques. Tout au long de ce premier chapitre, nous proposerons une définition des concepts clés qui ont guidé ce travail et que nous avons trouvé nécessaire de développer. Après une exposition des raisons qui nous ont amenées à choisir ce thème pour le travail de Bachelor, nous mettrons en lien celui-ci avec le cadre théorique sur lequel nous avons basé la recherche.

Dans la deuxième partie, nous développerons le processus méthodologique effectué afin de sélectionner les articles scientifiques. Les mots-clés employés et les bases de données utilisées, ainsi que les autres moyens de recherche auxquels on a eu recours, seront rapidement décrits. Le chapitre des résultats présentera un tableau résumant les articles trouvés selon les différents mots-clés et bases de données, ainsi que les principaux critères d'inclusion et d'exclusion. Nous proposerons à ce point les références des articles jugés pertinents pour conduire ce travail.

La troisième partie présentera une analyse critique des articles, avec une attention portée sur la typologie et le but de l'étude, la méthodologie, les limites perçues et les motivations qui nous auront amené à les retenir. Les résultats seront présentés dans le chapitre suivant dans un tableau, en parallèle aux recommandations pour la pratique que chaque auteur propose. Dans ces deux chapitres, chaque article sera présenté avec son titre, le nom des auteurs et l'année de publication pour que le lecteur puisse se retrouver dans le texte.

Après cela, dans le chapitre de discussion, nous mettrons en lien tous les résultats retrouvés auparavant. Nous décrirons initialement les principaux points en commun que nous aurons repéré, ainsi que les divergences qui seront ressorties des différents articles. À partir de cela, nous proposerons les recommandations pour la pratique infirmière. Celles-ci seront mises en lien avec le cadre théorique choisi au début du travail de Bachelor. Des recommandations pour la formation et la recherche infirmière seront aussi présentes dans ce chapitre. Pour conclure le chapitre, nous mettrons en avant les limites que nous avons rencontrées en effectuant ce travail.

Pour conclure le travail, nous résumerons les points clés ressortis au long de celui-ci et, finalement, nous aborderons les apprentissages acquis.

1. Problématique

Cette section concernant la problématique traitée dans le présent travail, aborde en premier lieu l'ampleur des maladies psychiatriques au niveau mondial, et en particulier au niveau européen. Le focus est l'adhérence thérapeutique et les caractéristiques qui lui sont liées chez les patients psychiatriques. Dans un second temps, l'origine du sujet de recherche à travers nos expériences et le contexte clinique est mise en avant.

Une section du chapitre abordera les définitions des concepts concernés, de manière à éviter d'éventuelles incompréhensions et de répondre à une démarche scientifique adéquate.

1.1. Importance du problème

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (2013), une personne sur quatre au niveau mondial sera, à un moment de sa vie, touchée par un trouble mental. Les pathologies sévères concernent une proportion diminuée mais importante de la population : la schizophrénie touche environ 1% de la population, les troubles d'anxiété généralisés 2% et les troubles dépressifs sévères 3% (Haute Autorité de la Santé, 2013).

Selon Wittchen et Jacobi (2005), une personne sur deux dans l'Union Européenne (UE) souffre un jour d'un trouble psychique (Schuler et Burla, 2012). En 2011, les mêmes auteurs affirment, au travers de leurs recherches épidémiologiques, que 38% de la population de l'UE, y compris la Suisse, souffrent d'un trouble psychique une fois par année.

Les troubles psychiques peuvent avoir des répercussions négatives dans tous les domaines de la vie. En effet, l'activité professionnelle peut être entravée par l'absentéisme et la stigmatisation rend plus difficile la réinsertion professionnelle. De plus, selon Baer (2007), en Suisse les troubles psychiques sont la source la plus fréquente d'invalidité et la principale cause de suicide (Schuler et Burla, 2012). Par ailleurs, au niveau sociétal, les répercussions financières sont importantes. Mis à part les coûts directs des traitements, ils existent également des coûts indirects liés à des pertes de productivité de ces personnes. Selon Jäger et Rössler (2008), plus de 12 milliards de francs suisses seraient attribuables aux maladies psychiatriques (Schuler et Burla, 2012).

Concernant la problématique objet d'étude, il est à noter que les personnes souffrant d'un ou plusieurs troubles psychiques présentent souvent des problèmes liés à l'adhérence thérapeutique. En effet, les articles relèvent qu'au minimum environ 30% des patients présentent une non-adhérence trois mois après la sortie de l'hôpital (Olfson & al., 2000). Ce pourcentage est en lien avec différents facteurs (diagnostic, facteurs socio-environnementaux et personnels) et augmente de manière exponentielle, pouvant atteindre 60 à 70% de non-adhérence (Aldebot & al., 2009 ; Sajatovic & al., 2009 ; Serobaste & al., 2014 ; Lingam & Scott, 2002 ; Bucci & al., 2003). Ces pourcentages varient selon les études, les caractéristiques des échantillons et le type de pathologies étudiées.

1.2. Définitions

1.2.1. Trouble mental

Selon l'OMS (2016), les maladies comme la schizophrénie, la dépression et les troubles dus à l'abus de drogues font partie des troubles mentaux. Ils sont généralement caractérisés par une association de pensées, d'émotions et de comportements anormaux. Selon le DSM-IV (2005), il n'existe pas une définition applicable à toutes les situations. Indépendamment de la cause originelle, un trouble mental est considéré comme l'expression d'un dérèglement du comportement psychologique ou biologique de la personne. Il est important de se rappeler que ce n'est pas la personne, mais le trouble manifesté par celle-ci qui doit être classifié.

Les troubles psychotiques englobent la schizophrénie et les troubles schizo-affectifs. Ceux-ci sont des troubles se résultant en une « altération qui interfère de façon marquée avec la capacité à répondre aux exigences ordinaires de la vie ». Le terme définit une « perte des limites du Moi » et une « altération marquée de l'appréhension de la réalité ». (DSM-IV, 2005, p.343)

Les troubles dépressifs et les troubles bipolaires font partie des troubles de l'humeur qui se caractérisent par une altération de l'humeur. Cependant, le trouble dépressif non spécifié se différencie des troubles bipolaires car il est exempt d'antécédents d'épisode maniaque, mixte ou hypomaniaque (DSM-IV, 2005).

1.2.2. Caractéristiques de l'adhérence thérapeutique

Afin de clarifier dès le début de notre travail en quoi consiste notre sujet de recherche, il est important de définir le concept d'adhérence, ses caractéristiques et ses conséquences.

La compliance, l'adhérence et la concordance sont trois des concepts utilisés pour décrire l'attitude des patients face à la prise en charge proposée par les professionnels. Selon Leibing (2010), l'utilisation de ces trois termes a évolué et cela reflète également l'évolution de la relation soignant-soigné. En effet, la compliance était le premier terme utilisé et représentait une notion plus autoritaire que l'adhérence. Selon Formarier et Jovic (2012), la compliance reflète une soumission de la part du patient par rapport aux directives du médecin, ce qui hiérarchise la relation patient-médecin.

Selon Sajatovic et al. (2009), l'OMS définit l'adhérence comme « la mesure à laquelle le comportement d'une personne (prendre la médication, suivre un régime et changer des habitudes de vie) correspond à des recommandations d'un professionnel de la santé » (p.591). Ce terme est le plus adéquat, car le patient est actif et libre dans les décisions relatives à sa santé.

Pour finir, la concordance est un concept britannique actuel qui respecte les croyances et les choix du patient. Le médecin inclut le patient dans les choix thérapeutiques (Leibing, 2010). C'est un concept étroitement semblable à celui de l'observance, qui est définie comme une concordance entre le comportement du patient et le programme thérapeutique proposé et accepté par le patient et le soignant (Formarier et Jovic, 2012).

Pour notre part, nous privilégions l'utilisation des termes adhérence et concordance-observance, car ceux-ci correspondent à un engagement égalitaire de la part du patient et du soignant. A noter que cependant nous avons réutilisé le terme compliance pour les articles qui le mentionnaient comme tel. Dans le concept d'adhérence thérapeutique, nous ne considérons pas uniquement ce qui concerne le traitement médicamenteux, mais de manière plus large, incluant le suivi thérapeutique de manière globale. De plus, il nous semble indispensable d'appliquer ces termes quand le but est de favoriser une alliance thérapeutique.

La non-adhérence est un phénomène pouvant se manifester de différentes manières. Celui-ci n'est pas un tout ou rien, mais peut inclure des erreurs (intentionnelles ou accidentelles) dans le dosage et le timing, une omission totale ou partielle de la prise des médicaments, l'utilisation de combinaisons médicamenteuses involontaires, une prise initiale du traitement suivi par un arrêt rapide ou une non-présence aux rendez-vous (Patel & David, 2007). En effet, selon Misdrahi et al. (2012), il est difficile à ce jour de trouver une définition unanime de l'adhésion, et il n'y a aucune norme d'or pour la mesurer.

Selon les résultats des articles retenus dans le présent travail, il n'y aurait pas une cause unique à la non-adhérence. Toutefois, certains facteurs susceptibles d'influencer le comportement du patient face au traitement ressortent dans la majorité des articles consultés.

Les facteurs de risque le plus souvent rencontrés sont le déni (de la maladie ou du besoin d'aide), un manque de support social, un manque d'interaction et une mauvaise relation soignant-soigné, la stigmatisation, l'abus de substances (alcool, drogue), les effets secondaires causés par la médication et la complexité des traitements (contrainte face à la prise quotidienne et la posologie).

Concernant les répercussions multidimensionnelles, il sied de relever les enjeux de la non-adhérence sur ces dernières. En effet, des hospitalisations fréquentes, une alliance thérapeutique altérée, les répercussions psychosociales comme par exemple la stigmatisation, une augmentation de la gravité des symptômes et du risque suicidaire sont des éléments qui se répercutent sur la qualité de vie des patients affectés par cette problématique (Olfson & al., 2006 ; Aldebot & al., 2009 ; Saks, 2009). De plus, l'impact sur les coûts de la santé est à prendre en compte car il est conséquent ; les hospitalisations répétées dues à une non-adhérence en sont une des causes. Selon Svarstad et al. (2001), le 40% des coûts de ré-hospitalisation sont attribuables à la non-adhérence.

1.2.3. Alliance thérapeutique

Plusieurs définitions de l'alliance existent. Cependant, quatre aspects fondamentaux caractérisent celle-ci : la négociation, la mutualité, la confiance et l'accord (implicite ou pas) d'influencer et de se laisser influencer (Formarier et Jovic, 2012). Pour notre travail, nous avons retenu deux définitions. La première est selon Roger (1957) et définit l'alliance thérapeutique comme la capacité du patient à percevoir chez le soignant de l'empathie. La seconde, selon Ricoeur (2001), définit la relation de soins comme unique et spontanée et peut devenir un accord basé sur la présence, la confiance et la conscience entre le patient et le soignant ; la maladie étant au centre de cette alliance (Formarier et Jovic, 2012).

La non-adhérence implique différents aspects de la vie d'un patient et elle est intimement liée à l'alliance thérapeutique soignant-soigné (Olfson & al., 2000). En effet, selon l'étude de Misdrach et al. (2012), la confirmation entre une faible alliance thérapeutique et une mauvaise connaissance du traitement et de la maladie sont corrélés avec une mauvaise adhérence thérapeutique.

1.3. Justification du sujet à l'étude

En ce qui concerne la psychiatrie, les auteurs ont commencé à s'intéresser à la problématique de la non-adhérence aux traitements lors de l'introduction des neuroleptiques, dans les années 1970. En effet, selon Leibing (2010), bien que l'adhérence ait été étudiée de manière intensive depuis les années 1970, les interventions proposées n'ont jamais abouti à une augmentation substantielle de celle-ci.

Au cours de notre formation, nous avons pu suivre des cours en lien avec la santé mentale et la psychiatrie de manière plus approfondie. Dans celles-ci, l'irrégularité de l'adhérence thérapeutique par les patients atteints de maladies psychiatriques sévères est un enjeu qui est souvent relevé.

Durant un stage en milieu psychiatrique, une de nous a eu le sentiment qu'il y avait une problématique importante retrouvée autour de l'adhérence thérapeutique. En effet, après discussions, nous avons émis l'hypothèse d'une corrélation entre une bonne relation soignant-soigné et une adhérence thérapeutique complète chez les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Par la suite, nous avons effectué des recherches sur le sujet qui ont permis de valider notre hypothèse. Ceci a dirigé la thématique de notre travail de Bachelor afin de proposer des interventions infirmières pouvant pallier à ce problème.

2. Cadre théorique et rôle des soins infirmiers en lien à l'adhérence thérapeutique

Dans ce chapitre, nous abordons le cadre théorique utilisé en lien avec les soins infirmiers, afin d'appuyer l'importance de ceux-ci dans le phénomène étudié.

Dans ce sens, nous voulons que notre question de recherche s'inscrive dans les quatre concepts centraux de la discipline infirmière décrits selon Hildegard Peplau.

1. Selon Peplau, la personne est un être bio-psycho-socio-spirituel qui peut évoluer tout au long de sa vie (dans Kérouac & al., 2010). Selon elle, la personne a la capacité de comprendre ce qui lui arrive et de trouver une manière de répondre à ses besoins (Kérouac & al., 2010). Dans notre problématique, les patients atteints d'une maladie psychiatrique auraient, selon la sévérité et la stabilité de la maladie et de manière autonome, la capacité de comprendre ce dont il leur est nécessaire pour canaliser la maladie et les symptômes qui y sont liés. Il faut cependant les accompagner afin qu'ils découvrent cette capacité, la développent et l'améliorent au besoin.
2. Concernant le méta-paradigme de l'environnement, elle suggère vivement aux professionnels de la santé de prêter attention au contexte culturel ainsi qu'aux personnes qui interagissent avec le patient, surtout quand celui-ci change d'environnement (Ibid : p.57). Les infirmières ont une place primordiale dans la continuité des soins. Celle-ci est liée à l'alliance thérapeutique qui se construit dans le temps. Dans notre problématique, le patient peut subir plusieurs changements d'environnement. Les hospitalisations, le retour à domicile ou encore la vie dans des structures spécialisées représentent des changements importants dans leur vie. L'infirmière doit accompagner le patient dans son parcours et favoriser une réintégration ou un maintien des liens avec l'environnement social (famille, proches, travail).
3. La santé est perçue comme un développement constant de la personnalité, menant à une vie personnelle et communautaire riche et constructive. La maladie est une épreuve qui permet une expansion de soi (Ibid : p.58). Cette vision de la maladie pourrait être perçue, dans la problématique de cette étude, comme l'occasion pour le patient de tirer profit de ses expériences dans le but de se développer. L'infirmière retrouve son rôle dans l'accompagnement et le soutien du patient dans ce processus.
4. Le dernier concept est celui des soins infirmiers. Selon Peplau, les soins infirmiers sont un cheminement interpersonnel thérapeutique. Il s'agit d'une relation soignant-soigné ayant pour but d'apporter une reconnaissance et des réponses à un besoin perçu. Cette interaction a lieu entre le patient et l'infirmière qui doivent avoir un but commun. Pour cela, il est indispensable de partager le respect, la croissance et l'apprentissage mutuel (Ibid : p.58). Ce méta-paradigme est essentiel dans notre problématique car, comme mentionné plus haut, l'alliance thérapeutique est intimement en lien avec l'adhérence thérapeutique. Le rôle de l'infirmière, encore une fois, sera celui de comprendre le point de vue du patient et de travailler en collaboration pour apporter des réponses efficaces à ses besoins.

Pour finir, nous tenons à amener les fonctions infirmières selon Dallaire et Dallaire (2008) afin de démontrer que notre problématique est pertinente dans le contexte des soins infirmiers.

Les fonctions infirmières nommées par ces auteurs sont : la fonction de soigner, la fonction éducative, la fonction coordinatrice, la fonction de collaboration et la fonction de supervision. Pour notre part, nous nous penchons essentiellement sur la fonction éducative de l'infirmière. Comme l'expliquent Dallaire et Dallaire (2008), cette fonction implique l'enseignement sur la maladie et les conseils donnés par l'infirmière afin d'aider le patient à faire des choix libres et éclairés. En effet, l'éducation thérapeutique a une place centrale dans le domaine de la psychiatrie.

L'infirmière a un rôle important dans l'éducation lorsqu'un médicament est introduit ; cela lui permet de créer un lien avec le patient en commençant un enseignement afin d'optimiser un maximum une adhérence thérapeutique.

3. Objectifs et questions de recherche

Les objectifs de notre travail nous ont permis de pouvoir peaufiner notre question de recherche. Ceux-ci ont été élaborés dès le début, afin d'avoir une ligne directrice. Ils consistent à :

1. Identifier les caractéristiques de l'adhérence et les facteurs positifs et négatifs pouvant l'influencer
2. Identifier des interventions pouvant augmenter l'alliance thérapeutique et l'adhérence thérapeutique, ainsi que diminuer la symptomatologie présentée par les patients
3. Proposer des interventions infirmières pour la pratique clinique dans le but de pouvoir améliorer l'adhérence thérapeutique
4. Proposer des pistes pour les futures recherches et l'enseignement.

Ces objectifs nous ont permis d'élaborer la question de recherche suivante :

Quelles interventions et compétences infirmières permettraient d'améliorer ou de maintenir l'adhérence thérapeutique chez un adulte âgé de 18 à 65 ans, atteint d'une maladie mentale sévère dans le but de diminuer les répercussions multidimensionnelles d'une non-adhérence ?

4. Méthodologie

Nous avons commencé à effectuer des recherches pour cibler notre question. Nous nous sommes rapidement aperçus que cette population a été largement étudiée. Dans un premier temps, nous voulions cibler notre recherche sur les patients schizophrènes. Cependant, nous avons constaté que la non-adhérence n'était pas une problématique qui touche exclusivement cette population. Nous avons relevé que d'autres populations de patients souffrant de maladies psychiatriques sévères sont confrontées à la non-adhérence, comme par exemple les troubles schizo-affectifs, les troubles bipolaires, des personnalités de type borderline et les troubles dépressifs majeurs. Pour cette raison nous avons élargi la population objet d'étude. Nous avons introduit le mot *psychiatrie* dans nos recherches dans cette optique et nous l'avons utilisé dans différentes bases de données.

4.1. Bases de données

Pour effectuer cette revue de littérature, nous avons recherché les articles sur trois bases de données : Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), PubMed et PsycINFO.

La première base de données contient des articles, des mémoires, des chapitres de livres et d'autres textes qui sont spécifiques au domaine des sciences infirmières. La deuxième, PubMed, contient des textes d'axe biomédical et des revues médicales. La troisième est une base de données spécialisée en psychologie, qui contient des textes de sociologie, psychologie, de soins et d'économie.

4.1.1. Mots clés et équations

Les mots clés que nous avons utilisés sont en lien avec la problématique initiale, les interventions infirmières et le contexte de la question de recherche. Pour exploiter de manière optimale la base de données PubMed et ainsi utiliser les termes spécifiques, nous avons utilisé le dictionnaire *Medical Subject Heading* (MeSH). Nous avons utilisé les mêmes termes pour CINAHL, malgré le fait qu'ils ne sont pas spécifiques à cette base de données. Concernant PsycINFO nous avons utilisé son propre thésaurus.

Sujets	Mots-clés
Maladies psychiatriques	Mental disorders; mental illness; psychiatric patients; psychiatric disorders; psychosis; community mental health disorders; bipolar disorders; borderline personality
Soins infirmiers	Psychiatric nursing; psychiatric care; mental health nursing; nursing, mental health; nursing, psychiatric; psychosocial nursing; nursing, psychosocial; nurse liaison; nursing care; nursing; mental health personnel; nursing education; nurse's interventions; therapeutic liaison; psychiatric liaison; continuity of care; patient care; care continuity; continuum of care; continuity of patient care; model intervention; interventions; strategies
Adhérence thérapeutique	Adherence; medication; nonadherence; non-adherence; compliance; noncompliance; non-compliance; concordance; persistence; medication compliance; medication adherence; medication concordance; patient compliance; directive compliance; therapy; compliance therapy; adherence therapy; treatment compliance; treatment adherence

Après avoir sélectionné ces mots clés, nous avons procédé à la création d'équations de recherche. Certaines nous ont donné trop de résultats. D'autres n'ont donné aucun résultat. Dans les deux cas, nous ne les avons pas reportées dans le tableau qui suit.

Base de données avec filtre de date	Mots-clés, MESH utilisés et opérateur booléen (AND/OR/NOT)	Date de la dernière recherche	Nombre de références retrouvées	Nombre écarté car titre ou abstract non pertinent	Nombre d'articles lus	Nombre d'articles analysés
CINAHL 2000-2016	Psychiatric care AND nurse liaison	20.05.2016	39	38	1	0
	Psychiatric nursing AND nurse liaison NOT emergency	20.05.2016	69	64	5	0
	Continuity of patient care AND psychiatric nursing	20.05.2016	38	36	2	1
	Mental disorders AND nursing care AND medication compliance OR medication adherence OR medication concordance	20.05.2016	19	18	1	0

	Community mental health disorders AND medication compliance	20.05.2016	35	32	3	0
	Mental disorders AND continuity of patient care OR patient compliance	20.05.2016	89	83	6	2
	Depression OR bipolar disorder OR psychiatric illness OR psychiatric disorders OR mental disorders OR borderline disorders OR psychosis AND adherence OR compliance OR nonadherence OR noncompliance AND nursing OR interventions	17.05.2016	21	18	3	0
	Bipolar disorder AND medication compliance OR medication adherence	16.06.2016	33	32	1	1
PubMed 2000-2016	Mental disorders AND nursing AND therapy AND directive compliance	20.05.2016	1	0	1	0
	Mental disorders AND therapy AND directive compliance	20.05.2016	13	11	2	0
	Borderline personality AND	16.05.2016	32	30	2	1

	compliance or concordance or adherence					
PsycINFO 2000-2016	Compliance	17.5.2016	3852	-	-	-
	Psychiatric patients and compliance	17.5.2016	3	3	0	0
	Intervention AND compliance	17.5.2016	30	30	0	0
	Compliance AND mental disorders	17.5.2016	27	27	0	0

Concernant PsycINFO, les recherches effectuées n'ont donné aucun résultat, ou les articles déjà sélectionnés s'y retrouvaient.

4.2. Cross-referencing

En plus de la recherche sur les bases de données scientifiques, nous avons été attentives à la bibliographie de chaque article retenu. Cette méthode nous a permis d'enrichir notre bibliographie et de trouver ultérieurement des articles pertinents en lien avec la problématique. Par ce moyen, nous avons finalement retenu deux articles pour l'analyse. Le cross-referencing nous a permis de trouver plusieurs articles que nous n'avons pas retenus pour l'analyse, mais que nous avons trouvés pertinents pour étoffer l'argumentation de la problématique.

4.3. Revues et ouvrages consultés

En plus des articles scientifiques, pour enrichir l'argumentation de notre problématique, nous avons consulté des ouvrages spécifiques à la schizophrénie, aux maladies mentales en général et aux sciences infirmières. Lesdits ouvrages ont été recherchés sur la base de données du Centre de Documentation de La Haute Ecole de La Source et à travers la recherche croisée.

5. Résultats

Après avoir effectué nos recherches, nous avons sélectionné 61 articles dont le titre était pertinent avec la problématique de notre travail. Les articles retenus mentionnent les troubles mentaux cités plus haut. Des articles traitant des patients avec des diagnostics mixtes ont aussi été retenus. La majorité des études de ce premier échantillon, a été menée aux Etats Unis, une partie en Europe (surtout Finlande, Danemark, Portugal) et certains en Asie. Quelques articles reportaient des études menées en Afrique du nord.

5.1. Nombre d'articles retenus, critères de choix et d'exclusion

Dans le but de retenir que les articles qui étaient les plus adaptés à la question de recherche, nous avons instauré des critères d'inclusion et d'exclusion.

Critères d'inclusion :

- L'article a été publié dès les années 2000
- Le résumé est en lien avec la question de recherche
- L'article concerne la santé mentale et l'adhérence thérapeutique ou va dans ce sens

- Les échantillons concernent des patients âgés entre 18 et 65 ans.

En ce qui concerne l'âge, le choix s'explique par le fait que nous avons remarqué que, dans le cas des adolescents et des enfants, des interventions spécifiques doivent être mises en place et ne peuvent pas être transférables à une population adulte. Chez une population plus âgée, nous avons remarqué que d'autres problématiques, comme la démence et les états confusionnels aigus (ECA), étaient des facteurs compliquant la prise en charge.

Critères d'exclusion :

- Les articles qui ne sont pas écrits clairement et qui ne présentent pas une méthodologie claire, un abstract, une discussion et une conclusion,
- Les articles qui ne traitent pas ou partiellement le thème choisi.

Les critères mentionnés ci-dessus nous ont permis de sélectionner des articles plus ciblés sur la problématique. Nous avons ainsi retenu sept articles pour les analyser. De ces articles, quatre ont été trouvés sur la base de données CINAHL, un sur PubMed, aucun sur la base de données psycINFO et deux par cross-referencing.

Les études retenues pour l'analyse ont été menées aux états unis (trois), en Finlande et en Thaïlande. Deux des sept articles sont des revues de littérature.

5.2. Titre des articles retenus pour l'analyse

- Zygmunt, A. ; Olfson, M. ; Boyer, C.A. ; Mechanic, D. (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664
- Maneesakorn, S. ; Robson, D. ; Gournay, K. ; Gray, R. (2006). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1302-1312
- Stepp, S.D. ; Epler, A.J. ; Jahng, S. ; Trull, T.J. (2008). The effect of dialectical behaviour therapy skills use on borderline personality disorder features. *J pers disord*, 22(6), 549-563
- Stanhope, V. ; Ingoglia, C. ; Schmelter, B. ; Marcus, S.C. (2013). Impact of Person-Centered Planning and Collaborative Documentation on Treatment Adherence. *Psychiatric Services*, 64(1), 76-79
- McKenzie, K. ; Chang, Y-P. (2013). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorders. *Perspectives in psychiatric care*, 51, 36-44
- Kauppi, K. ; Hätönen, H. ; Adams, C.E. ; Välimäki, M. (2014). Perceptions of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 777-788
- Serobatse, M.B., Du Plessis, E. ; Koen, M.P. (2014). Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health treatment: A systematic review, *Health SA Gesondheid* 19(1), Art. #799, . <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.799>

6. Analyse critique des articles

Dans cette partie du travail, nous proposons une analyse des articles choisis qui se présentera pour chacun comme suit : les auteurs et l'année de publication ainsi que le type d'étude et l'approbation reçue pour la mener ; le but de l'étude ou la question de recherche ; la méthodologie ; les critères de fiabilité et les normes éthiques ; les limites explicitées par les auteurs et celles que nous avons perçues. Pour finir, une explication sur la raison pour laquelle nous avons choisi l'article en lien avec notre question de recherche sera exposée. Les résultats et les retombées sur la pratique trouvées par les auteurs seront présentés dans le chapitre 7.

Interventions to improve medication adherence in schizophrenia, Zygmunt et al., 2002

Cette étude a été publiée dans la revue *American Journal of Psychiatry*. L'étude est une revue systématique de la littérature. Cet article a été accepté en avril 2002 par l'*Institut de Santé et par le Centre de Recherche sur l'organisation et le financement des soins pour les maladies sévères* à New York.

Cette étude a plusieurs objectifs. Dans un premier temps, elle donne un sommaire des interventions qui ont essayé d'augmenter l'adhérence à la médication chez les patients schizophrènes. Deuxièmement, elle évalue la qualité et l'efficacité de celles-ci. Pour finir, elle analyse l'état des connaissances et suggère des pistes pour des futures recherches.

La recherche des articles a été effectuée à travers PsychLIT et Medline. Sur un total de 362 articles trouvés, 39 articles scientifiques traitants de l'adhérence thérapeutique ont été retenus pour cette revue. Plusieurs critères d'inclusion et d'exclusion ont été considérés de manière à optimiser les résultats, en lien avec les buts de l'étude.

Trois chercheurs ont revu les articles afin de contrôler s'ils rencontraient les critères d'inclusion et d'exclusion. Ils ont sorti les données quant aux types et la durée de la ou les intervention-s, la grandeur et les diagnostics du groupe étudié, la méthode de mesure et les résultats sur l'adhérence.

Les auteurs des études retenues ont été contactés pour obtenir des informations par rapport aux données souhaitées non publiées ou à des études additionnelles. Si les résultats des études présentaient une fiabilité non significative ($p \geq 0,05$), les auteurs l'ont indiqué dans cette étude.

Concernant les limites, des différences culturelles entre les études retenues ont été mises en lumière. Il est possible que certaines interventions aient été adaptées à la culture locale. Quant aux limites que nous avons trouvées à l'étude, nous considérons l'éventuelle efficacité des résultats et des interventions proposées, mais ils doivent être adaptés selon le contexte.

Cet article est pertinent pour notre travail de Bachelor, dans le sens où il permet d'avoir un regard sur les interventions efficaces ou moins car il a été mené avec une grande rigueur scientifique. De plus, il permet de prendre en compte les caractéristiques auxquelles les professionnels doivent être attentifs dans la prise en charge des patients.

An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand, Maneesakorn et al., 2007

Cet article, écrit en 2006, a été publié dans la revue *Mental Health Journal of Clinical Nursing*. L'article décrit une étude quantitative randomisée contrôlée, menée en Thaïlande. Les chercheurs ont commencé l'étude après avoir reçu l'approbation de l'*Institut de psychiatrie du King's College* de Londres et du ministre thaïlandais de la santé publique.

Les chercheurs avaient comme but d'améliorer les symptômes psychotiques chez des patients souffrant de schizophrénie. Pour cela, le premier objectif était d'évaluer l'efficacité de la thérapie d'adhérence (AT) et comparer avec le traitement usuel (TAU). Le deuxième objectif était d'évaluer l'efficacité de l'AT en évaluant l'amélioration du fonctionnement général, les attitudes et la satisfaction envers la médication et les effets secondaires. Le dernier objectif était de déterminer les variables prévisibles de la réponse au traitement.

Un échantillon de N=32 patients ont participé à l'étude sur les 42 qui répondaient à tous les critères d'inclusion suivants : âge de plus de 20 ans, résidents à Chiang Mai et ayant un diagnostic de schizophrénie. Ces patients ont été suivis durant neuf semaines. Les patients ont été séparés dans les deux groupes. Les patients qui étaient dans le groupe TAU ont continué à recevoir les soins standards. Les patients dans le groupe expérimental ont reçu en plus la thérapie d'adhérence.

Les résultats ont été analysés en utilisant la SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) qui est un logiciel utilisé pour l'analyse statistique. Les valeurs perdues ont été remplacées par la dernière mesure ou observation des patients. Les effets des interventions ont été reportés comme valeurs de changement. La différence entre le groupe a été évaluée en utilisant l'analyse de la co-variance. Les auteurs ont utilisé une analyse de régression logistique binaire pour identifier la relation des variables indépendantes comme prédicteurs de leur principal résultat. Seulement des échelles validées ont été utilisées pour les mesures.

Les variables comparées dans l'étude présentent toutes une plus-value (p) $\leq 0,05$, ce qui montre des résultats scientifiquement significatifs. La traduction des échelles utilisées dans l'étude a été faite par des experts. Un consentement écrit ou oral a été demandé par téléphone. La capacité du patient à donner le consentement a été déterminé par un psychiatre ou une infirmière indépendante de l'étude.

Les auteurs de l'étude ont relevé certaines limites : dans la généralisation des résultats ; dans l'utilisation d'un seul thérapeute ; dans le petit nombre de patients ; dans les critères d'exclusion strictes et un court terme du suivi. Les limites que nous avons perçues, en plus de celles déjà citées, concernent le recrutement dans des hôpitaux psychiatriques uniquement, la non connaissance du taux d'adhérence chez les participants au début de l'étude ainsi que l'utilisation d'échelles de mesure complexes.

La thérapie d'adhérence a montré une efficacité dans les pays occidentaux. Au vu des différences culturelles qui sont de plus en plus présentes dans le milieu des soins, nous avons trouvé intéressant d'identifier les bénéfices de cette thérapie dans les pays orientaux, afin de pouvoir l'utiliser dans notre réalité suisse, également chez des patients issus d'autres cultures.

The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features, Stepp et al., 2008

Cette étude de type quantitative quasi expérimentale, a été publiée dans le *Journal of person disorders*, aux États Unis.

Le but est d'évaluer les habiletés de la thérapie comportementale dialectique (DBT) sur les caractéristiques borderline au cours du traitement. Les auteurs ont posé trois questions de recherche :

- Est-ce que les caractéristiques du trouble de la personnalité Borderline (BPD) mesurées par l'échelle PAI-BOR (Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale), diminuent au cours du traitement ?
- Est-ce que l'utilisation des compétences apprises par les patients augmente ?
- L'utilisation de ces compétences prédit-elle une réduction du résultat de l'échelle PAI-BOR ?

Des patients ambulatoires entre 16 et 61 ans, inscrits dans un programme de DBT affilié à une université, étaient inclus dans l'étude. Les patients étaient en majorité caucasiens et la plupart étaient des femmes. Les chercheurs ont considéré les différents symptômes associés aux troubles bipolaires pour chaque patient. Les patients étaient inclus en cas de motivation pour une DBT et s'ils présentaient un résultat significatif sur au moins une des sous-échelles de la PAI-BOR. Cette échelle se compose de quatre sous-échelles qui ciblent l'instabilité émotionnelle, les problèmes identitaires, les relations négatives et l'auto-agressivité. Les patients ont reçu un entretien afin de déterminer le nombre et le type de critères que chacun présentait. Pendant le processus initial d'admission, les patients ont complété la BSI (Brief Symptom Inventory) afin de mesurer la détresse générale. Le programme fournissait quatre des composantes standards du DBT : une thérapie individuelle, des groupes hebdomadaires travaillant les compétences, un entretien par téléphone avec le thérapeute principal et une consultation en groupe pour les thérapeutes. Les patients devaient compléter la PAI-BOR à chaque phase du traitement.

L'utilisation des compétences était évaluée par des cahiers de bord, écrits par les patients, que les thérapeutes collectaient chaque semaine. La moyenne des compétences utilisées par semaine était calculée avec le temps total où les participants étaient en traitement, et par la moyenne des compétences complétées par semaine entre chaque évaluation avec la PAI-BOR.

Le traitement était appliqué par cinq étudiants en doctorat de psychologie clinique avancée et un psychologue clinicien. Tous avaient été formés pour délivrer le DBT. Ils ont reçu une supervision d'une heure chaque semaine. Les auteurs ont utilisé l'échelle PAI-BOR et ont affirmé que celle-ci a montré une fiabilité et une validité dans d'autres études. La majorité des résultats d'analyse ont montré la signification statistique ($p=0,001$ et $p<0,05$). Les objectifs de l'étude et les résultats trouvés sont corrélés.

Pour les limites, les résultats peuvent refléter des différences dans la motivation aux changements : les participants très motivés vont probablement plus utiliser les compétences et se conformer au monitoring avec le journal. Cette étude n'a pas un groupe de contrôle. De plus, les auteurs relèvent une limite dans la petite taille de l'échantillon (27 patients). Quant aux limites, les compétences enseignées aux patients ne sont pas détaillées.

Malgré le fait que l'étude ne traite pas le problème de l'adhérence thérapeutique de manière explicite, il permet d'évaluer l'efficacité de la DBT. De plus, la thérapie est fondée sur une alliance entre patient et soignant, et le patient trouve une forte implication dans sa propre santé par le fait qu'il peut mobiliser certaines de ses compétences.

Impact of person-centered planning and collaborative documentation on treatment adherence, Stanhope et al., 2013

Cette étude RCT a été publiée dans la revue *Psychiatric Services*. Il s'agit d'une étude de type quantitative randomisée qui a été menée en Pennsylvanie, présentant un groupe expérimental et un groupe de contrôle.

Le but de cette étude était d'examiner si un planning de soins centré sur la personne combiné à une documentation de groupe (action favorisant la collaboration entre patient et soignant) augmentait l'engagement et l'adhérence médicamenteuse chez les patients suivis dans des centres de santé mentale communautaires (CMHC).

Pendant onze mois (entre mai 2009 et mars 2010), un total de N=84 professionnels dans dix CMHC a participé à l'étude. Cinq CMHC ont été assignés de manière aléatoire aux conditions expérimentales, les cinq autres n'ont eu aucun changement dans la pratique de soins. Concernant les patients, 177 ont participé à la partie expérimentale, 190 au groupe de contrôle. Les patients ont été sélectionnés selon les critères suivants : âge majeur de 18 ans, une ou plusieurs hospitalisations psychiatriques durant la dernière année, diagnostic de trouble psychiatrique selon le DSM-IV et au moins deux critères de maladie mentale sévère. Le planning de formation pour les soignants proposait un projet détaillé afin d'identifier les objectifs de vie des patients et de développer un plan d'assistance pour intégrer ses objectifs de vie et de comportement et garder un focus sur ses objectifs pendant les sessions. Les soignants étaient aussi chargés d'évaluer l'engagement des patients et de parler des problématiques pouvant survenir afin de les éviter.

Les auteurs ont reporté trois sources de données : les résultats mensuels reportés par les soignants, les données démographiques et cliniques de chaque patient participant à l'étude et les caractéristiques de chaque CMHC selon l'utilisation du Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). Le taux d'adhérence aux médicaments était calculé chaque mois pour évaluer l'évolution. Un coefficient bêta représentait le changement du taux d'adhérence selon le mois. Les chercheurs ont calculé le nombre de rendez-vous manqués par le patient au long du suivi.

L'article répond aux critères de fiabilité. En effet, les résultats de cette étude, reportés pour le groupe expérimental, ont une $p < 0,01$. La méthodologie et l'analyse des données ont été détaillées. Le but de l'étude et l'intérêt pour la discipline ont été explicités et les auteurs ne montrent aucun conflit d'intérêts. L'étude a permis de répondre à la question de recherche implicite de l'article.

Concernant les limites de l'étude, il existe une variation entre les services, ce qui peut être expliqué par le fait que l'intervention avait moins d'impact sur un CMHC qui offrait déjà des soins d'haute qualité. L'étude met en avant des biais possibles au vu de la sélection aléatoire des différents CMHC. Les participants étant volontaires, il se peut qu'ils fussent plus intéressés par l'innovation. Vu la combinaison de deux interventions, il a été difficile d'évaluer l'impact individuel de chacune. Il est difficile de savoir si les effets positifs sont liés au planning centré sur le patient ou à d'autres effets positifs de la formation. Les auteurs trouvent des limites dans la durée de l'étude (de 11 mois) et sur le focus qui a été mis sur l'engagement dans le traitement et non pas sur les objectifs de vie des patients.

En conclusion, pour cet article il est relevé que l'autodétermination et les perspectives des soins centrés sur les objectifs de la personne sont devenus des éléments incontournables dans la pratique des soins. Dans ce sens, l'intervention proposée a montré une efficacité dans l'amélioration de l'adhérence du patient à la thérapie. C'est pour cette raison que nous avons estimé pertinent de sélectionner l'article pour notre travail.

The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorders, McKenzie et Chang, 2014

L'article décrit une étude mixte (quantitative et qualitative) conduite aux États-Unis. Il a été publié dans la revue *Perspectives in Psychiatric Care*. L'étude a reçu l'approbation par l'*Institutional Review Board of the State University of New York*.

Le but de cette étude était de tester l'efficacité de l'entretien motivationnel (MI) sur l'adhérence à la médication chez des patients atteints de troubles bipolaires en milieu ambulatoire.

Un échantillon de N=15 participants ont été qualifiés et ont donné un accord verbal de participation. Tous les participants, indiqués par leur infirmière de santé mentale (PMHNP), étaient caucasiens et leur langue maternelle était l'anglais. L'âge moyen des participants était de 35 ans. Pour le recrutement, les chercheurs ont collecté les données suivantes : l'âge, le genre, l'ethnie, l'état civil, le niveau d'éducation, le statut professionnel, la présence de comorbidités psychiatriques et médicales et le nombre total de médicaments pris sur une journée. Les critères d'inclusions comprenaient un âge majeur de 18 ans, un taux d'adhérence inférieur à 80%, la prescription d'au moins un médicament et la compréhension cognitive du plan de la recherche.

L'intervention incluait des sessions face-à-face qui étaient suivies par deux sessions téléphoniques. Les participants ont complété les trois interventions aux cours de trois semaines. Pendant la quatrième et cinquième semaine, ils ont complété une évaluation de l'intervention. Un manuel a été développé par deux professionnels de santé mentale avec expériences dans l'utilisation du MI dans un cadre clinique. Chaque scénario incorporait les quatre principes du MI : exprimer de l'empathie, développer les contradictions (contraster les comportements actuels avec des objectifs ou valeurs), éviter de se disputer, soutenir l'auto-efficacité (la croyance de la personne dans la possibilité qu'elle puisse changer). D'autres composantes de l'intervention suivaient l'esprit de l'MI en encourageant la collaboration et l'autonomie. L'équipe des chercheurs a essayé d'avoir une réflexion et un langage d'empowerment ou a félicité chaque discours de changement venant des participants. Le but de cette intervention était d'accompagner les patients dans la modification de leur comportement, de leurs émotions et de leurs croyances à propos de leur traitement actuel.

Pour analyser les données, cinq modalités ont été utilisées : une échelle de mesure d'adhérence médicamenteuse (MARS), une interview semi-structurée qui évalue l'abus de substance (TLFB), des prédicteurs à la modification aux changements pour mesurer le niveau d'importance du changement de comportement (MIR), une échelle pour mesurer les croyances dans la capacité de faire des changements (SEAMS) et un questionnaire de satisfaction rempli par les patients.

Concernant la fiabilité de l'étude, les chercheurs et leur fonction sont connus, le but de la recherche et l'intérêt pour la discipline ont été décrits. Les résultats répondent au but de la recherche et sont considérés significatifs car la $p < 0,01$.

Les limites explicitées par les auteurs comprennent l'homogénéité et la petite taille de l'échantillon. L'absence d'un groupe de contrôle empêche d'assurer que les résultats positifs n'étaient pas influencés par d'autres facteurs. Les données en lien avec la durée de la maladie et du traitement ne sont pas connues. Toutes les données ont été auto-reportées, la qualité des résultats aurait pu être renforcée par des données plus objectives. Les résultats ont été limités à cause d'un suivi sur un court terme (trois semaines).

L'entretien motivationnel est une pratique qui est enseignée pour les soins infirmiers et pratiquée en milieu hospitalier. Cet article apporte des spécificités à cette approche de soins, de manière à pouvoir l'adapter au milieu psychiatrique. De plus, nous pouvons constater qu'elle a été efficace et appréciée par les patients, c'est pourquoi nous retenons cet article, que nous trouvons pertinent en lien avec notre question de recherche.

Perceptions of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals, Kauppi et al., 2014

Cet article de type qualitatif descriptif a été publié dans le *Journal of advanced nursing*.

Le but de celui-ci était d'explorer les indicateurs limitants et facilitants l'adhérence thérapeutique pour les patients avec des problèmes de santé mentale. Deux questions de recherche ont été élaborées :

- Comment mieux soutenir l'adhérence des patients atteints de problèmes de santé mentale ?
- Quels sont les indicateurs d'une adhérence limitée qui se manifestent chez les patients avec des pathologies mentales, hospitalisés et en ambulatoire ?

Concernant la sélection de l'échantillon, les professionnels ont été recrutés par cinq organisations de santé mentale qui donnaient des soins aux patients ambulatoires et hospitalisés. Les professionnels travaillaient pour des services aigus fermés et dans des services de réhabilitations. Les patients ont été directement abordés dans les services. Les patients devaient avoir de l'expérience avec le sujet de recherche et devaient être capables de partager leur connaissance. Les chercheurs ont séparé les deux groupes de manière à pouvoir leur permettre de s'exprimer plus librement. Un total de 61 personnes a participé ; 19 patients (13 hommes et six femmes) et 42 professionnels (13 hommes et 29 femmes ; deux psychiatres, et 40 infirmières). Pour être inclus dans l'étude, les professionnels devaient parler finlandais, travailler dans un service psychiatrique clinique avec des patients et avoir une volonté de participation. Pour ce qui concerne les patients, ils devaient avoir 18 ans ou plus, une expérience dans un traitement psychiatrique en tant que patient, une capacité à parler finlandais et une participation volontaire. L'étude a duré neuf mois. Les interviews étaient menées par un ou deux chercheurs, professionnels de la santé avec expérience. Les interviews étaient structurées comme suit : une description de la recherche et de son but, le background à propos des chercheurs, les thèmes comme l'adhérence, l'information et la technologie étaient introduits et des questions générales étaient abordées. Des questions détaillées étaient ensuite posées et discutées.

L'analyse des données a été menée en sept étapes, en parallèle au déroulement des interviews, jusqu'à une saturation de données. Dans un premier temps, les enregistrements des données ont été transcrits. Dans un deuxième temps, les données ont été divisées selon les thèmes abordés, jusqu'à arriver à des catégorisations selon les similitudes des données retrouvées.

Afin de respecter les critères de fiabilité, les codes, les sous-thèmes et les thèmes ont été contrôlés et discutés. Aucune donnée importante n'a été écartée pendant le processus de l'étude et toutes les interviews ont été enregistrées. La fiabilité a également été assurée par le respect des voix des patients et par la confidentialité de toutes les données. Pour chaque participant, des consentements ont été signés. Pour finir, les procédures de l'étude ont été approuvées par le comité éthique de la section hospitalière du sud-ouest de la Finlande.

Une des limites perçues par les auteurs est la présence de plusieurs interviewers, ce qui aurait pu causer des différences dans les discussions. Une différence dans le temps de parole ou une domination de celle-ci et de la motivation des participants pourraient avoir un impact sur les interviews. Cette étude fournit des informations principalement à travers des professionnels travaillant dans des unités de soins pour patients hospitalisés. Les auteurs ne connaissent pas le nombre de participants qui ont refusé de participer et pour finir deux enregistrements ont été perdus pendant l'étude.

L'article est pertinent pour notre travail, car il amène des bases solides qui reposent sur le vécu des patients et du personnel soignant. Il propose des pistes d'interventions pour la recherche et la pratique clinique. Les critères d'inclusions ne sont pas très restrictifs, ce qui nous permet de généraliser les résultats de cette étude.

Interventions to promote psychiatric patients compliance to mental health treatment, Serobaste et al., 2014

Cette revue de littérature a été publiée dans la revue *Health SA Gesondheid*.

L'objectif de cette recherche était de synthétiser la meilleure des interventions pour promouvoir l'adhérence chez les patients psychiatriques.

Quatorze articles ont été retenus pour l'analyse après avoir été sélectionnés avec les critères d'inclusion suivants : les études quantitatives étudiant la compliance au traitement chez des patients psychiatriques, des études ayant été menées dans des hôpitaux ou dans des milieux publics. Les résultats devaient amener des interventions pour améliorer l'adhérence, prévenir les rechutes et réduire les hospitalisations. Les études retenues devaient être publiées entre janvier 2001 et décembre 2011.

Pour ce qui concerne l'analyse, les auteurs ont retenu le focus d'étude de chaque article ainsi que les résultats majeurs qui étaient pertinents avec leur sujet de recherche.

Pour respecter les critères de fiabilité, deux études ont été exclues à cause de la pauvreté des données présentées. La méthodologie, la qualité et la validité de chaque étude retenue ont été vérifiées à l'aide d'une checklist, afin d'assurer un haut niveau de qualité des résultats. Les auteurs ont déclaré qu'aucun lien financier ou aucune relation personnelle pouvant être susceptible de biaiser l'étude existait. Les résultats obtenus avec cette revue de littérature permettent de répondre à la question de recherche des auteurs.

Concernant les limites, la majorité des études relèvent des interventions efficaces pour les patients schizophrènes, ce qui empêche la généralisation de celle-ci. L'étude n'a pas été conduite en « aveugle », ce qui pourrait avoir amené des préjugés et invalidé certains des résultats. Nous pensons qu'il serait judicieux de mener une recherche sur les coûts de telles interventions (formation du personnel médical) et de la comparer avec les coûts liés à des ré-hospitalisations suite à des rechutes.

Les interventions proposées dans cet article nous paraissent adéquates pour répondre à notre question de recherche. Celles-ci mettent l'accent sur la relation soignant-soigné, ainsi que sur celle patient-famille.

D'autant plus que les interventions proposées sont catégorisées en fonction des pathologies du patient. Finalement, ces interventions peuvent être réalisées par les infirmières, ce qui représente une plus-value de cet article.

7. Comparaison des résultats

Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia, Zygmunt et al., 2002	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
Dans cette revue systématique, 13 des 29 études analysées ont démontré des effets significatifs sur l'adhérence au traitement. Ces effets incluent : une amélioration de la symptomatologie, une diminution des hospitalisations ainsi que du temps de séjour et une vie en communauté plus stable. Cinq modalités de traitement ont été relevées, mais nous avons décidé de ne pas aborder les traitements communautaires, car aucune intervention n'est explicitée. Les interventions efficaces sont les suivantes : - Traitement individuel : 1. Basé sur la thérapie de compliance (approche cognitive et motivationnelle). Le but est d'encourager les patients à exprimer leurs croyances et l'ambivalence sur la médication. Les thérapeutes aident les patients à relier les bénéfices indirects de la médication et à la réduction des symptômes. 18 mois après la sortie de l'hôpital, les patients ont montré une amélioration de la conscience et de l'attitude envers le traitement. 2. L'intervention compare l'efficacité de la formation comportementale par rapport à une psychoéducation ou au traitement standard. Au suivi des trois mois, les patients ont montré une adhérence majeure. - Traitement familial : des stratégies psycho-éducatives, comportementales et de résolution des problèmes ont été employées pour optimiser l'implication de la famille et pour promouvoir des meilleurs résultats pour le patient. 1. Compare une thérapie familiale comportementale expérimentale à une psychothérapie individuelle. La thérapie familiale visait une amélioration de son fonctionnement, tandis que les sessions individuelles se focalisaient sur les besoins des patients. Après six	- La psychoéducation pour les patients atteints de schizophrénie et leurs familles est moins efficace pour améliorer l'adhérence avec les médicaments antipsychotiques. Par contre, la psychoéducation en lien avec les aspects comportementaux de la prise de médicaments ou des approches motivationnelles qui lient l'adhésion aux médicaments et aux objectifs personnels sont efficaces ensemble et peuvent s'associer. - Parmi les stratégies comportementales figurent : des instructions détaillées et des stratégies de résolution de problèmes concrètes répétées dans le temps (rappels, outils d'auto-surveillance et renforts). - L'adhésion est souvent un objectif clé dans les traitements communautaires car les patients hospitalisés sont généralement plus contrôlés. Il serait donc important d'adapter les interventions au changement de milieu lors de la sortie de l'hôpital. - Les auteurs recommandent des interventions ciblées sur la non-adhérence sur une durée d'au moins 18 mois avec une évaluation trimestrielle pour identifier l'évolution du patient et la réponse au traitement et pour évaluer le comportement lié aux médicaments. - Avec l'amélioration des mesures d'adhérence, divers sous-types communs de non-adhérence (intentionnelle, erreurs de synchronisation, accidents de dosage) peuvent être définis et ceci peut être utilisé pour mettre en place des interventions appropriées. - Les interventions qui ciblent la motivation peuvent être indiquées pour les patients qui arrêtent intentionnellement de prendre des médicaments, tandis que ceux qui mettent l'accent sur les rappels et les renforts de comportement pourraient être ciblés pour les patients présentant des déficits cognitifs.

mois, la thérapie familiale a montré une meilleure adhérence à la médication.

2. Investigait la thérapie familiale en Chine. Dans le groupe de comparaison, les familles ne recevaient que la prescription médicale. Dans le groupe expérimental, les familles recevaient des informations sur le trouble mental et une formation sur les habilités de résolution des problèmes et des stratégies pour améliorer l'adhérence à la médication. Après quatre mois, les patients faisant partie du groupe expérimental ont montré une nette amélioration du taux d'adhérence.

- **Traitement de groupe**

L'intervention consistait à donner aux patients des informations à propos de leur trouble, ainsi que sur la gestion de la pharmacologie. Les patients qui ont reçu cette éducation ont montré une meilleure adhérence au traitement ainsi qu'une diminution de la peur de la dépendance et des effets secondaires de la médication.

- **Traitement mixte** : les études mixtes testaient l'efficacité de deux méthodes comparées et/ou des interventions avec plusieurs modalités, intégrées dans un programme thérapeutique.

1. Evaluait l'efficacité de l'intervention comportementale avec une intervention combinée entre patient et famille. Dans l'approche combinée, les membres de la famille collaboraient avec le patient en réalisant des stratégies comportementales. Le groupe de comparaison a reçu des informations décrivant les médicaments psychotropes. Les deux groupes expérimentaux ont montré une amélioration de l'adhérence.
2. Testait une intervention combinée patient-famille qui soulignait des « plans de compliance » individualisés. Pour la première condition, l'équipe collaborait avec les patients et leurs familles et élaborait un plan individualisé. Dans la deuxième, l'équipe aidait le patient à identifier ses préoccupations, formuler des objectifs, et évaluer le

- Les nouveaux médicaments antipsychotiques atypiques ont généralement des effets secondaires plus doux et peuvent faciliter l'atteinte et le maintien de l'adhérence.

En ce qui concerne les recommandations pour la recherche, les auteurs suggèrent que malgré l'existence de plusieurs modèles conceptuels ayant fourni des points de référence, un développement théorique est nécessaire. Il est évident qu'il n'y a pas de stratégie unique qui donne des résultats impressionnants. Une plus grande attention doit être accordée à ce problème commun et souvent négligé si nous voulons améliorer l'adhérence.

succès du traitement lors des rencontres avec les médecins. Le troisième groupe recevait les deux interventions et le groupe de contrôle recevait des soins standards. Six mois après, les groupes d'interventions ont montré une adhérence majeure, moins de symptômes et un taux de ré-hospitalisation mineur. Le groupe ayant reçu la double intervention a montré les meilleurs résultats. 3. L'étude analysait une approche patient-famille qui incluait une discussion de groupe sur l'attitude envers la médication et les comportements. Lors des sessions de groupe, les patients discutaient de leurs conflits et les autres membres donnaient des conseils en lien avec ceux-ci. Après 12 mois, le groupe expérimental montrait une adhérence supérieure, des symptômes moins sévères et des attitudes plus favorables.	
An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand, Maneesakorn et al., 2006	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
Les résultats de cette étude quantitative randomisée contrôlée sont : - Une amélioration significative dans le groupe AT par rapport au groupe TAU dans l'ensemble des symptômes psychotiques ($p = 0,001$), l'attitude envers les médicaments ($p = 0,001$) et la satisfaction avec des médicaments ($p = 0,019$). - A neuf semaines de suivi, l'AT a indiqué un impact sur les symptômes psychotiques, avec 25% de réduction, même si le nombre de patients prenant des médicaments antipsychotiques atypiques dans le groupe de contrôle était plus grand. - Des différences significatives d'attitude et de satisfaction envers les médicaments entre les deux groupes, bien qu'ils aient généralement une attitude positive et soient relativement satisfaits de la médication à l'inclusion. - La gravité des effets secondaires des médicaments a plus diminué dans le groupe TAU. Ce n'est pas étonnant car le nombre de patients dans le groupe TAU qui a reçu des antipsychotiques atypiques était supérieure que dans le groupe AT.	Les stratégies de la thérapie d'adhérence (AT) mettent l'accent sur l'engagement des patients et permettent aux patients de prendre des décisions conjointes en coopération avec les professionnels. - Les professionnels de santé, en particulier les infirmières qui passent plus de temps avec les patients, devraient être en mesure de fournir une telle intervention. - L'AT aurait un potentiel pour améliorer les symptômes psychotiques globaux, l'attitude envers les médicaments et la satisfaction avec les médicaments chez les personnes atteintes de schizophrénie en Thaïlande. Une ultérieure recommandation est que des recherches futures soient effectuées pour évaluer l'efficacité de l'AT dans un plus grand groupe de patients et avec une plus longue période de suivi.

The effect of dialectical behaviour therapy skills use on borderline personality disorder features, Stepp et al., 2008	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
Cette étude quantitative quasi-expérimentale apporte les résultats suivants : - Réduction des symptômes borderline : les résultats du rapport entre les résultats de la PAI-BOR au début et après l'étude ont montré une amélioration pour les problèmes identitaires, les problèmes d'auto-agressivité et les relations négatives. Par contre, pour les problèmes d'instabilité affective, l'amélioration était seulement marginalement significative avec une $p=0,076$. Pendant la première année de l'étude, une diminution linéaire de toutes les caractéristiques borderline a été relevée ($p=0,013$). - Utilisation des compétences : les compétences de pleine-conscience étaient fréquemment utilisées par l'échantillon (44% des compétences utilisées), suivi par la tolérance au stress (29%), la régulation émotionnelle (18%) et l'efficacité interpersonnelle (9%). En moyenne, les participants utilisaient 7,1 compétences par semaine. L'utilisation des compétences a augmenté pendant la première année du traitement. - Effet de l'utilisation des compétences sur la réduction des symptômes borderline : l'utilisation globale des compétences est associée à une réduction significative des caractéristiques borderline. L'utilisation des compétences a aussi été associée à une réduction significative des instabilités affectives, des troubles identitaires, et des relations négatives.	- Au niveau de la recherche, les études futures pourraient contrôler de manière plus étroite l'utilisation des compétences par les patients. - Des études avec des groupes de contrôle sont nécessaires afin de montrer si l'efficacité est étroitement liée à la thérapie comportementale dialectique (DBT). - Des futures études pourront examiner le rôle d'autres modalités de traitement (appel de coaching et thérapie individuelle) sur l'acquisition et l'utilisation des compétences. - Les auteurs suggèrent que le renforcement et la pratique de l'utilisation des compétences dans les sessions individuelles de DBT et lors des appels téléphoniques, peuvent être une partie importante de leur efficacité.

Impact of Person-Centered Planning and Collaborative Documentation on Treatment Adherence, Stanhope et al., 2013	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
L'étude quantitative révèle les résultats suivants : - L'intervention a eu un impact positif sur l'adhérence médicamenteuse au fil du temps dans le groupe expérimental. - L'intervention réduit aussi le taux d'absentéisme aux rendez-vous avec les soignants. À la fin de l'étude, ce taux était du 20% dans le groupe expérimental face au 27 % du groupe de contrôle. - La probabilité d'être adhérent au traitement augmente du 25% dans le groupe soumis à l'expérimentation, seulement 1% pour les patients dans le groupe de contrôle.	Les résultats supportent la théorie que si les patients ont un contrôle majeur sur leurs traitements et si les services sont orientés sur les objectifs individuels, les patients seront plus engagés avec le service et leur médication. - Continuer la formation du personnel, afin de favoriser une offre de soins centrée sur les objectifs de vie de la personne et sur l'autodétermination. - Effectuer des études plus rigoureuses afin d'évaluer l'impact de cette intervention sur les patients et contribuer à une base des pratiques centrées sur le rétablissement du patient.
The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorders, McKenzie et Chang, 2014	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
Les résultats de cette étude mixte sont : - L'échelle MARS a permis de démontrer une diminution significative de la non-adhérence médicamenteuse. - L'échelle TLFB a permis de démontrer une augmentation significative de l'adhérence médicamenteuse (passant de 67,8% à 94,3 %). - Le score total du questionnaire MIR a montré des changements importants au fil du temps. - Les résultats indiquent des améliorations significatives dans SEAM entre les trois temps de test (avant - pendant - après). - Les patients étaient satisfaits de cette intervention. Ils avaient une meilleure prise de conscience face à leur médication.	- Bien que cette étude puisse difficilement être généralisée à une population plus large, l'application des entretiens motivationnels (MI) devrait être appliquée dans la pratique pour améliorer le résultat dans le traitement. - Les PMHNP se trouvent dans une situation idéale pour intégrer les MI dans la pratique clinique et les sessions de management des médicaments. - Des courtes MI peuvent être incluses à chaque visite de patient, peu importe la durée de temps disponible. - Dans la pratique clinique, les infirmières connaissent le patient et ont établi la relation de confiance, ce qui permet d'optimiser le temps pour la MI. - Selon les besoins et les motivations du patient, il est possible d'enlever les sessions téléphoniques. Les auteurs proposent que pour de futures recherches, il faudrait analyser et monitorer les procédures de chaque session de MI. Ceci devrait inclure des études qui évaluent les pratiques clés des cliniciens.

Perceptions of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals, Kauppi et al., 2014	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
Les indicateurs facilitants l'adhérence décrits par cette étude qualitative sont : - Accès facile et rapide au traitement. - Une variété de méthodes de traitements et de support de soins individuels et adaptés : des soins ambulatoires, des thérapies, des visites à domicile et des périodes d'intervalles permettraient de soutenir l'adhérence. - La continuité des soins pendant et après l'hospitalisation est réputée importante. A la sortie de l'hôpital, les patients devraient avoir la prescription pour la médication, des rendez-vous ambulatoires et une connaissance adéquate à propos de sa maladie et du traitement. Une infirmière connue pourrait augmenter un sentiment de sécurité chez les patients ambulatoires et aux soins à domicile et donc faciliter l'adhérence. Les participants ont aussi suggéré qu'une évaluation mutuelle et une discussion sur l'adhérence pourraient aider. - Une structuration de la vie journalière incluant des descriptions reliées aux activités quotidiennes et aux horaires hebdomadaires des activités thérapeutiques est considérée comme une manière de soutenir l'attitude positive des patients. - Des relations sociales (avec pairs, professionnels et famille) peuvent encourager et soutenir les patients à adhérer. Les participants relèvent que du temps pour favoriser la relation soignant-soigné devrait exister. Le patient souhaite un engagement des soignants. Ceci signifie que les professionnels sont engagés dans leur travail et dans leurs soins. Le fait d'impliquer les parents est important. Les indicateurs limitant l'adhérence sont : - La réticence à la médication : les effets secondaires, la peur de la dépendance, le sentiment de sur-médication, les erreurs et les	- Une collaboration étroite entre patient et le soignant est à favoriser. - Des interventions centrées sur le patient devraient être développées dans la pratique clinique, afin de répondre aux besoins individuels et aux différentes situations de vie. - L'importance d'avoir un focus sur le patient est à noter, dans le but d'élaborer un planning de soins individualisé. Les auteurs encouragent à mener des études afin de tester les interventions pour les inclure dans les soins. Les méthodes centrées sur la personne devront être testées et intégrées comme partie des soins quotidiens si elles résultent efficaces.

oublis, ou un sentiment que le traitement n'est pas efficace influencent l'attitude du patient.

- **Le processus de traitement est relié à l'accès au traitement, qui est long et difficile** : les participants soulignent la nécessité de considérer leurs besoins. Le grand nombre de professionnels impliqués autour du patient peuvent le déstabiliser.
- **Un fonctionnement social problématique** peut causer du stress. Les problèmes dans la vie quotidienne sont reliés à des difficultés à sortir et à conduire des activités des tous les jours. L'abus de substances est également problématique car perturbe la volonté de prendre la médication prescrite. Inversement les patients addicts peuvent se sur-médiquer.
- **Les symptômes causés par la maladie** sont un frein à l'adhérence (pensées paranoïaques, dépression et anxiété sont perçues comme une cause de non-participation aux soins ambulatoires).

Interventions to promote psychiatric patients compliance to mental health treatment: A systematic review, Serobaste et al., 2014	
Principaux résultats	Recommandations-Retombées pour la pratique
5 résultats ressortent de la revue. - La thérapie d'adhérence et l'entretien motivationnel chez les patients psychiatriques sont deux interventions efficaces pour promouvoir l'adhérence thérapeutique. - Diminuer la complexité du traitement pharmacologique chez des patients atteints de troubles psychiatriques sévères : un med-help (paquet englobant la médication du patient, des informations, des rappels deux semaines avant la fin des médicaments et un remplissage de la boîte) a montré de l'efficacité. Le personnel soignant reçoit également un e-mail en cas de problèmes pour le patient. Cela permet au patient d'avoir un contact pour d'éventuelles questions. - Un programme débutant avec la pharmacothérapie s'est avéré utile chez les personnes dépressives. Composé de trois rencontres de 30 minutes pendant les premières six semaines et suivi par deux appels téléphoniques, il utilise des modèles comme l'éducation thérapeutique et l'entretien motivationnel. Il a montré son efficacité pour le traitement des patients dépressifs et peut être utilisé chez les adultes traités dans les hôpitaux urbains. Les premières sessions permettent d'établir une alliance thérapeutique et de travailler sur les barrières de l'adhérence. - Une formation pour les infirmières travaillant en santé communautaire (incluant la médication, la psychopathologie et les interventions psychosociales offertes) donne les connaissances nécessaires afin d'augmenter la compliance des patients schizophrènes. - Le support à la maison (équipe pluridisciplinaire à domicile), le traitement injectable et les antipsychotiques atypiques promeuvent la compliance.	- Les informations pour promouvoir la compliance au traitement chez les patients psychiatriques devraient être disponibles dans la pratique infirmière des différents milieux de santé. - Intégrer une thérapie globale (psychoéducation, intervention de famille, formation des habiletés et une thérapie cognitive) avec la médication dans la première phase de la schizophrénie est très important pour augmenter la compliance et devrait être mis en œuvre dans le milieu ambulatoire. - Les infirmières de santé mentale communautaire (CMHN) devraient être formées dans la gestion de la médication afin qu'elles aient les compétences pour être efficaces dans la promotion de la thérapie d'adhérence dans les milieux communautaires. - Les patients schizophrènes qui reçoivent des injections à longue durée d'action devraient aussi recevoir un suivi à domicile pour augmenter la compliance. - Du fait que le traitement antipsychotique injectable a montré une meilleure efficacité par rapport à la médication orale chez les patients schizophrènes, ce traitement devrait être utilisé davantage chez les patients ambulatoires. - Les interventions avec les antipsychotiques atypiques ont montré une réduction dans les effets secondaires. En ce qui concerne l'éducation, les informations disponibles pourraient être incluses dans le programme d'étude des infirmières afin de les informer, éduquer et équiper avec des compétences spécifiques pour donner des soins efficaces dans les centres communautaires et les hôpitaux. Pour la recherche, des recherches ultérieures sont nécessaires pour promouvoir la compliance car la plupart des études identifiées étaient recommandées uniquement pour des milieux spécifiques et avaient des petits échantillons.

8. Discussion et perspectives

Notre question de recherche vise à identifier les interventions et compétences infirmières qui permettraient d'améliorer l'adhérence thérapeutique chez les patients atteints de maladies psychiatriques sévères dans le but de diminuer les répercussions multidimensionnelles. Dans un premier temps, nous aborderons la discussion à travers le consensus émergeant de la revue de littérature, ainsi que les différences perçues. De suite, au vu du nombre de résultats trouvés, nous avons décidé de les scinder et de les définir par thèmes. Puis, nous mettrons en lumière nos résultats à travers le cadre théorique que nous avons choisi. De plus, nous évoquerons les perspectives pour la recherche, la formation et la pratique clinique. Pour finir, nous amènerons les limites de notre revue de littérature.

8.1. Consensus et divergences

En analysant les articles et leurs résultats, nous avons pu constater plusieurs points communs. En premier, ce qui ressort de manière générale, est la nécessité que le patient soit engagé de manière active dans son traitement. L'engagement permet à ce que le patient se sente responsable et éprouve un sentiment de contrôle et d'influence sur sa prise en charge. Ceci sous-entend l'existence d'un partenariat entre le patient et le soignant et la considération de ses besoins et objectifs.

Un autre point en commun met l'accent sur la mise en place de plusieurs interventions qui varient selon leur pertinence en lien avec la pathologie, le milieu de soins ainsi que les attentes et les perspectives de vie du patient. Les articles analysant plusieurs interventions proposent de les associer. En effet, ceci permettrait une meilleure efficacité de l'adhérence du patient face au traitement. Globalement, les résultats avancent qu'une recette unique n'existe pas, mais que c'est aux soignants et aux patients, d'aborder la ou les interventions qui s'adaptent le mieux à la situation.

La continuité de soins est le troisième point commun sur lequel un accent est mis dans la plupart des articles. En effet, les auteurs relèvent que le traitement ne s'arrête pas au premier cycle, mais au contraire celui-ci devrait être repris tout au long de la maladie. L'évaluation de l'efficacité d'une thérapie devrait être effectuée régulièrement, de manière à réadapter les soins ou, le cas échéant, commencer une nouvelle thérapie. Cette continuité de soins est très importante à plusieurs niveaux : pour la thérapie en elle-même, car ce faisant le traitement ne sera jamais obsolète et sera adapté à chaque phase de la maladie, ainsi qu'à chaque situation évolutive du patient. De plus, l'offre continue en soins permettra au patient de rester entouré par des soignants et de ne pas se sentir abandonné. Les contacts fréquents avec le personnel soignant amèneront au patient un sentiment de sécurité et favoriseront l'alliance thérapeutique laquelle, comme nous avons pu voir, est fortement en lien avec une amélioration de l'adhérence. Une attention particulière devrait être mise aussi sur le changement de milieu qui est considéré comme un moment critique.

Pour finir, la formation continue des soignants est importante. En effet, plusieurs types de thérapie sont proposées. Il est donc essentiel que les soignants soient en mesure de procurer des soins de qualité basés sur des thérapies efficaces approuvées.

En ce qui concerne les divergences, nous n'avons pas relevé de recommandations opposées entre elles.

8.2. Recommandations pour la pratique

Dans ce chapitre, nous identifions cinq recommandations distinctes : l'offre de soins individualisés et l'engagement du patient, la continuité des soins, l'association de plusieurs interventions et thérapies, l'adaptation du traitement médicamenteux et le support social.

L'offre de soins individualisés et engagement du patient

Stanhope et al. (2013) et Kauppi et al. (2014) recommandent au personnel soignant de mettre en place des interventions centrées sur le patient, ses objectifs de vie et son auto-détermination afin d'avoir un planning de soins individualisé auquel se référer. Ceci permettra une meilleure réponse au besoin du patient et donc un engagement majeur envers le personnel soignant et la médication. Dans la même optique, Maneesakorn et al. (2006) proposent des stratégies sur la thérapie d'adhérence qui ciblent l'engagement du patient et permettent de prendre des décisions conjointes en partenariat avec les soignants.

Dans l'article de Zygmunt et al. (2002), il est relevé que l'amélioration des mesures d'adhérence permet d'identifier plusieurs sous-types. En effet, une non-adhérence peut être causée par intention du patient, des erreurs dans la prise de médication ou peut être liée à une dépendance (alcool, drogue). La définition de ces sous-types est nécessaire afin d'introduire une thérapie et/ou des interventions appropriées. Par exemple, des interventions ciblant la motivation seront indiquées pour les patients qui arrêtent la thérapie de manière intentionnelle. Des rappels et renforts de comportement peuvent être utilisés pour les patients présentant des déficits cognitifs liés à la pathologie.

Dans l'article de Kauppi et al. (2014), les patients relèvent une bonne relation avec les soignants comme indicateur facilitant l'adhérence. Les participants à l'étude soulignent que du temps pour favoriser la relation soignant-soigné devrait exister. De plus, ils mettent l'accent sur le souhait d'un engagement des soignants, ce qui signifierait que ceux-ci soient impliqués dans leur travail et dans leurs soins.

Comme le relève ce paragraphe, nous pensons qu'un soin sur la relation soignant-soigné est à considérer car celle-ci est un élément clé pour une bonne alliance thérapeutique. De plus, comme nous l'avons relevé au début de ce travail, nous connaissons la forte corrélation qui existe entre une bonne alliance thérapeutique et l'adhérence au traitement. Nous trouvons que se centrer sur l'engagement du patient permet qu'il puisse se sentir considéré et valorisé. Dans le milieu somatique celle-ci est une pratique exercée quotidiennement. Il est clair que dans le milieu psychiatrique il n'est pas toujours évident de la mettre en place, par exemple, lors d'état de crise. Cependant, il faut garder à l'esprit les objectifs et les besoins du patient.

La continuité des soins

Dans les articles de Zygmunt et al. (2002) et de Kauppi et al. (2014), il est relevé l'importance de la continuité des soins pour augmenter l'adhérence thérapeutique. Par exemple, dans l'article de Zygmunt et al. (2002), un des patients a explicité ceci :

« Quand tu sors de l'hôpital, un rendez-vous devrait être organisé, comme ça tu sais quand y aller et après ça devrait être poursuivi. Pas de manière à avoir un numéro de téléphone et essayer d'appeler pour organiser un rendez-vous. Cela devrait être organisé ».

La nécessité de programmer le suivi ambulatoire quand le patient est encore hospitalisé est soulignée dans les articles précités. Ceux-ci proposent que les patients reçoivent des informations adéquates en lien avec la maladie et le traitement et qu'une prescription pour la médication et un rendez-vous ambulatoire soient organisés. Il est aussi conseillé que le patient puisse connaître l'infirmière qui va reprendre le suivi en ambulatoire, de manière à pouvoir connaître le lieu ainsi que le fonctionnement de l'endroit. Cette démarche donnera l'occasion d'expliquer au patient les modifications de sa prise en charge liées au changement du contexte, ce qui permettrait une augmentation du sentiment de sécurité des patients.

La continuité de soins pour les patients rentrant directement à domicile est peu argumentée dans les articles. Cependant, nous avons remarqué qu'en plus des interventions proposées ci-dessus, les patients disent apprécier les visites à domicile (Kauppi & al., 2014).

Finalement, ce type de suivi faciliterait aussi la prise en charge de la part des soignants et serait susceptible d'augmenter ou de maintenir l'adhérence du patient. Nous trouvons ce concept intéressant, car il permet également, d'un point de vue infirmier, de favoriser la collaboration et l'interdisciplinarité. Le patient y retrouverait un bénéfice car les informations médicales seraient transmises et cela éviterait d'avoir une coupure dans le processus de thérapie.

Association des plusieurs interventions et thérapies

Dans nos sept articles, plusieurs thérapies ont été proposées. Que ce soit pour des troubles schizophréniques, borderline, bipolaires ou autres troubles psychiatriques, nous avons pu trouver des points communs. Par exemple, des stratégies comportementales ont été utilisées chez des patients schizophrènes, ainsi que chez des patients souffrant de trouble borderline. La psychoéducation et les approches motivationnelles ont été efficaces spécifiquement pour les patients schizophrènes, mais également pour les autres populations psychiatriques.

L'entretien motivationnel, la thérapie d'adhérence ainsi qu'un planning de soins centré sur les objectifs du patient se sont avérés utilisables et efficaces chez toutes les populations de patients psychiatriques. Quant aux patients schizophrènes, selon les articles choisis, nous avons retenu qu'un large éventail de thérapies permet une amélioration des symptômes psychotiques globaux et de l'attitude envers les médicaments (Maneesakorn & al., 2006). En plus des thérapies citées plus haut, on y retrouve : une thérapie psycho-éducative, cognitive et comportementale, une thérapie de groupe incluant la famille ainsi qu'une thérapie ciblée sur les compétences personnelles. En revanche, pour les troubles bipolaires et borderline, seule une thérapie est proposée. Pour les troubles bipolaires, l'entretien motivationnel a permis l'augmentation de l'adhérence médicamenteuse et a été apprécié par les patients (McKenzie & al., 2013). Pour les patients atteints d'un trouble borderline, la thérapie comportementale a permis une réduction de certains des symptômes, ainsi qu'une efficacité dans l'utilisation des compétences personnelles (Stepp & al., 2008). Concernant les patients dépressifs, nous n'avons pas trouvé de résultats significatifs. Cependant, Serobaste et al. (2014) proposent un entretien motivationnel et une éducation thérapeutique chez les patients dépressifs, car celui-ci a montré une efficacité dans l'adhérence au traitement.

Pour la thérapie d'adhérence, Serobaste et al. (2014) conseillent qu'elle devrait être d'avantage utilisée dans les milieux ambulatoires.

Comme annoncé ci-dessus, l'individualisation des soins montre plusieurs effets positifs, notamment sur l'adhérence thérapeutique. L'avantage est que l'existence d'une variété de thérapies laisse une marge de manœuvre aux soignants, ce qui permet de les adapter et moduler les thérapies selon chaque situation.

Malgré l'existence de plusieurs échelles pour mesurer l'adhérence thérapeutique, nous n'avons pas de moyen d'évaluer l'efficacité objective de ces interventions, si ce n'est le retour positif des patients, la diminution de certains symptômes et une diminution de la fréquence des hospitalisations.

Traitement médicamenteux

Dans l'article de Kauppi et al. (2014), les patients ont explicité une certaine difficulté face à la médication. En effet, les effets secondaires, le sentiment de sur-médication, la peur de dépendance ainsi qu'un sentiment d'inefficacité du traitement influencent négativement l'attitude, pouvant aller jusqu'à l'arrêt total de la médication. Pour pallier à cela, nous avons constaté plusieurs interventions : mise en place d'un traitement antipsychotique atypique et injectable, une diminution de la complexité du traitement, un suivi dès l'introduction de la médication ainsi que dès le début de la maladie.

Comme le mentionnent Zygmunt et al. (2002) et Serobaste et al. (2014), le fait d'avoir un traitement antipsychotique atypique permet au patient d'avoir des effets secondaires moindres. Serobaste et al. (2014), mentionnent que les patients schizophrènes recevant un traitement antipsychotique injectable manifestent plus de résultats positifs. Concernant ce type de traitement, il est noté que celui-ci est fréquemment utilisé chez les patients en suivi ambulatoire. Pour ce qui est du traitement médicamenteux, nous pensons qu'il est important de prescrire les médicaments dits atypiques pour les patients qui nécessitent de prendre des antipsychotiques. De plus, notre rôle en tant qu'infirmier est, dans ce cas-là, d'être attentif aux effets secondaires lors d'introduction de médicaments, de façon à pouvoir collaborer avec le médecin afin de trouver une solution optimale pour soigner le patient dans sa globalité. Par rapport au traitement injectable, nous pensons que celui-ci permet une autonomie majeure et diminue les contraintes face au nombre et à la fréquence de la prise. De plus, nous pensons qu'on y trouve également un bénéfice en lien avec la stigmatisation. Effectivement, le fait d'avoir une injection périodique permet au patient de ne pas s'exposer avec ses comprimés, face à son entourage.

Considérant les effets positifs de cette posologie, nous voulons relever tout de même certaines précautions. D'abord, un traitement injectable reste un geste invasif et dans le cas des patients psychiatriques, ce sont les soignants qui doivent l'effectuer. Tout en considérant les situations de crise, où un dialogue avec le patient peut s'avérer difficile à atteindre, nous voulons garder à l'esprit l'optique qui considère les patients comme participants actifs de leur traitement. Il est donc essentiel, avant la mise en place de tout nouveau traitement, de discuter avec le patient des possibilités, en exposant les aspects positifs ainsi que négatifs de façon à lui permettre d'introduire le traitement le plus adapté.

Concernant la complexité du traitement pharmacologique, Serobaste et al. (2014) proposent de la diminuer. En effet, les mêmes auteurs proposent un programme d'aide qui permettrait d'augmenter l'efficacité de la prise de médication. Celui-ci consisterait en un paquet englobant toute la médication du patient, des informations en lien avec celle-ci, des rappels avant le remplissage des boîtes médicamenteuses ainsi qu'une alerte par mail adressée aux professionnels en cas de problèmes en lien avec la médication.

Nous pensons qu'un système fondé sur une diminution de la complexité des soins est adéquat, car il permettrait une meilleure organisation et un sentiment de soutien pour le patient. Pour éviter un sentiment de contrôle, nous pensons qu'il est important d'expliquer au patient que le but de ce système est non pas d'avoir un discours moralisateur ou de mise en échec, mais plutôt de travailler autour de cela afin de l'éviter ultérieurement.

Pour finir, Serobaste et al. (2014) mentionnent l'utilité d'introduire un programme thérapeutique lors de l'introduction d'un nouveau traitement. Ce programme se réfère à un modèle comme l'éducation thérapeutique ou l'entretien motivationnel et a montré une efficacité chez les patients atteints de troubles dépressifs.

En lien avec nos motivations mentionnées plus hauts, nous trouvons que l'alliance de ces deux interventions pourrait avoir des effets positifs. Le patient ne sera pas seul face à un traitement qui lui est inconnu, et recevra d'office des informations le concernant. Ce programme permettrait ainsi de travailler sur les barrières à l'adhérence, ainsi que d'établir une alliance thérapeutique.

Support social

Kauppi et al. (2014) ainsi que Serobaste et al. (2014) suggèrent que des bonnes relations sociales, que ce soit avec des professionnels, la famille ou des pairs, peuvent encourager le patient à adhérer au traitement. Au contraire, un fonctionnement social problématique peut être source de stress. Ceux-ci pourraient être reliés à des difficultés à conduire des activités de tous les jours, y compris le suivi du traitement. De plus, un support à la maison promeut l'adhérence.

Dans les thérapies familiales incluant des interventions psycho-éducationnelles, des stratégies comportementales et de résolution de problèmes ont été utilisées afin d'optimiser l'implication de la famille dans le but d'avoir de meilleurs résultats, comme une diminution de la symptomatologie et des hospitalisations, et permet une meilleure adhérence du patient (Zygmunt & al., 2002). L'implication de la famille et des soignants est un soutien pour le patient. En effet, cela permet de reconnaître la maladie et la souffrance qui y est liée. De plus, cela pourrait éviter des conflits au sein de la famille et avec les proches. Le fait que la famille soit impliquée dans les soins facilitera les relations sans peur de jugement et de stigmatisation. La possibilité de suivre le traitement avec le soutien de la famille est un bénéfice pour l'adhérence : la famille pourra être sollicitée et le patient ne se cachera pas de son entourage. Nous pensons qu'un contact avec les pairs est une ressource qui est à encourager, car ceux-ci peuvent amener des conseils et les patients peuvent se sentir compris.

8.3. Mise en lumière des résultats selon le cadre théorique

Au début de ce travail, nous avons abordé le cadre théorique de Hildegard Peplau que nous reprendrons ici, afin de le mettre en lien avec les résultats de cette revue de littérature.

Selon Peplau (tel que référé par Kérouac & al., 2010), la personne serait en capacité de comprendre son état ainsi que de répondre à ses besoins. Comme le nomment Kauppi et al. (2014), les patients définissent clairement les facteurs influençant la maladie et la qualité de la prise en charge. Effectivement, une des notions la plus présentes dans les articles analysés est celle des soins individualisés. Les patients ressentent la nécessité d'être écouté et de pouvoir profiter de soins adaptés à leurs propres besoins.

Concernant le paradigme de l'environnement, Peplau met l'accent sur l'importance du contexte culturel du patient ainsi qu'au changement de milieu (Ibid : p.57). Dans nos résultats il en ressort l'importance de la continuité des soins entre les différents contextes de soins (domicile, hôpital et ambulatoire). Les interventions englobant la famille et les proches dans la prise en charge, ont démontré des bénéfices pour le patient, qui s'est senti plus compris et mieux entouré. Finalement, les articles abordant la différence entre les cultures soulignent l'importance de considérer celles-ci et de ne pas déraciner les croyances du patient et de sa famille. Ceci afin de faciliter le lien thérapeutique et l'intégration des soins dans la vie de tous les jours.

Pour le paradigme de la santé, Peplau voit celle-ci comme un développement constant de la personne (Ibid : p.58). L'interprétation que nous pouvons avoir est que le but des soins infirmiers n'est pas celui de soigner la maladie, mais plutôt de la stabiliser de façon à ce que le patient puisse vivre avec celle-ci de manière convenable.

Le paradigme des soins infirmiers décrit par Peplau met l'accent sur le travail interpersonnel entre le patient et le soignant, qui devraient travailler en visant un objectif commun (Ibid : p.58). Les résultats des articles appuient cette vision de soins. Le respect, le travail en collaboration, l'écoute et le partage devraient être mis en avant tout au long de la prise en charge et par tous les participants aux soins. Dans les articles que nous avons retenus, les interventions se sont révélées efficaces si elles s'appuient sur une alliance thérapeutique construite depuis le début de la prise en charge.

La vision de soins proposée par Peplau nous paraît davantage pertinente après le développement de ce travail. Celle-ci est en lien avec les résultats majoritairement retrouvés en analysant les articles ainsi qu'avec les interventions proposées. Nous croyons que l'utilisation de cette théorie dans les milieux de soins psychiatriques apporterait une plus-value à la qualité des soins.

8.4. Recommandations pour la recherche et la formation

Au fil de notre travail et lors de l'analyse, nous avons pu ressortir certains manquements ou réflexions qui peuvent être des pistes pour les futures recherches. A noter que certains de nos articles décrivent également des perspectives. Ci-dessous, nous allons les reporter.

Certains articles suggèrent de continuer la recherche au sujet de l'adhérence thérapeutique, surtout dans le milieu psychiatrique. Par exemple, Zygmunt et al. (2002) et Maneesakorn et al. (2006) disent que les recherches doivent être approfondies, afin de promouvoir d'avantage l'adhérence et d'étudier les interventions sur des populations plus grandes. De plus, Stepp et al. (2008) proposent que des études futures soient menées afin d'évaluer de manière objective comment les patients utilisent les compétences comportementales apprises.

Nous concernant, nous pensons qu'il serait pertinent d'évaluer l'adhérence chez les patients qui rentrent directement à domicile, sans suivre un passage thérapeutique de liaison en ambulatoire. En effet, dans les articles analysés, aucune investigation de ce type n'est documentée.

Pour finir, nous avons eu une réflexion par rapport au vécu des soignants. Il est vrai que nous nous sommes centrées sur les répercussions multidimensionnelles chez les patients. Cependant, nous trouverions intéressant d'évaluer le vécu des soignants face à ce genre de situation. Par exemple, comment gèrent-ils le sentiment de mise en échec par rapport à l'adhérence ou le fait de toujours revenir à la case de départ.

Comme pour la recherche, nous pouvons proposer promptement des recommandations pour la formation que nous avons ressorti des différents articles, ainsi certaines que nous retenons importantes.

Les thérapies proposées dans ce travail sont efficaces et réalisables dans la mesure où les soignants y sont formés. Au vu de la satisfaction de la thérapie d'adhérence (AT) sur la diminution des symptômes psychotiques, ainsi qu'envers l'attitude vers la médication, l'article de Maneesakorn et al. (2006) appuie la nécessité de former les infirmières de manière à ce qu'elles soient en mesure de travailler avec cette thérapie. De plus, il est nécessaire de continuer à former le personnel soignant dans une optique d'offre en soins basée sur les objectifs de vie et sur l'autodétermination (Stanhope & al., 2013).

Serobaste et al. (2014) proposent que des informations disponibles au sujet de la non-adhérence soient introduites dans le programme d'étude. Ceci afin de les informer, éduquer et équiper avec des compétences spécifiques dans le but d'offrir des soins adaptés dans les milieux psychiatriques.

Tout en étant conscientes de l'importance de ce sujet, nous suggérons qu'il serait pertinent de l'inclure dans notre cursus de formation. Nous pensons qu'il serait également judicieux de pouvoir le proposer dans le cadre d'une formation post-grade, au vu de son importance pour la santé et les soins.

8.5. Limites de la revue de littérature

L'ampleur de la problématique que nous avons choisi d'étudier est un avantage comme un inconvénient. En effet, il existe énormément d'études sur cette matière, et beaucoup avec des divergences, notamment sur les pathologies étudiées, les échantillons, les thérapies étudiées, la culture et le lieu de soin ainsi que l'année de publication. Ceci explique pourquoi nous avons dû effectuer un énorme tri, et que nous avons retenu que sept articles scientifiques.

Une limite a été d'avoir choisi une problématique et des interventions généralisables à toute population psychiatrique. Nous avons choisi de prendre en compte des articles traitant diverses pathologies. Nous sommes conscientes que certaines des interventions proposées sont plus ou moins efficaces selon la pathologie traitée, le lieu de soins et la culture du patient. Cependant, notre intérêt était d'apporter des suggestions pour la psychiatrie.

Mis à part certains articles qui explicitent le milieu dans lequel les interventions ont été mises en place, nous n'avons pas proposé des interventions plus spécifiques à l'un des milieux de soins. En fait, tout en sachant que certaines interventions pourraient être plus facilement proposées dans un milieu spécifique, nous avons pu noter que certaines peuvent déjà être généralisables à tout milieu.

Les sept articles pris en considération étaient tous écrits en anglais. Malgré la connaissance de cette langue, nous sommes conscientes que des interprétations de l'écrit peuvent avoir été faites. Cependant, nous avons été attentives à faire la traduction la plus appropriée.

Au moment du choix des articles, nous avons été attentives à ce que ceux-ci soient écrits par des infirmières. Ceci n'a toutefois pas été un critère exclusif, car nous avons considéré la pluridisciplinarité du travail en psychiatrie. De plus, cela n'a pas empêché que les articles puissent faire des recommandations pour les soignants.

En introduisant la problématique, nous avons parlé de l'adhérence thérapeutique de manière globale, nous n'avons pas considéré que la médication. Malgré cela, la plupart des articles ont comme sujet principal l'adhérence à la médication. Nous avons fait le choix de les analyser et de les retenir, car les interventions proposées englobent des répercussions sur l'adhérence à la médication mais également sur la thérapie globale et la symptomatologie du patient.

Finalement, tout au long de ce travail nous avons considéré la transférabilité des interventions dans le contexte suisse et plus précisément vaudois. Cependant, il est à noter que les interventions proposées peuvent causer des coûts non négligeables, notamment les formations continues et les thérapies à long terme pour les patients.

9. Conclusion

Dans ce chapitre, nous clôturons ce travail en y ressortant les éléments clés de nos recherches. Par la suite, nous écrirons les apprentissages acquis en lien avec les compétences du rôle infirmier.

Nos recherches nous ont permis de classer nos résultats en cinq catégories. De manière globale, nous notons que les interventions proposées sont connues comme étant efficaces et partiellement pratiquées. Cependant, nous savons que l'adhérence thérapeutique est un vaste sujet qui touche des patients avec différentes problématiques liées à la maladie, au contexte social, familial et environnemental.

C'est pourquoi, obtenir une adhérence idéale pour chaque patient est un challenge dans la santé mentale. Après ce travail, nous avons compris que ce n'est pas un tout ou rien. Chaque patient a des besoins et des objectifs individuels, raison pour laquelle nous appuyons à nouveau l'importance de l'alliance thérapeutique entre le soignant et le patient. L'infirmière a une place primordiale dans ce type de prise en charge et, malgré des probables coûts et une nécessité de se former en continu, la soignante aurait les ressources nécessaires pour accompagner le patient dans l'amélioration de sa qualité de vie.

Concernant les apprentissages, le rôle d'expert en soins infirmiers et celui de professionnel sont ceux que nous avons rapidement mobilisés pour ce travail. En effet, il a fallu de suite commencer les recherches sur les maladies psychiatriques et l'adhérence thérapeutique. L'élaboration de la problématique et l'analyse de nos articles nous ont permis d'affiner nos connaissances et d'avoir les ressources nécessaires pour pouvoir travailler de manière professionnelle. De plus, il a été important pour nous d'appuyer notre travail de Bachelor avec l'aide d'un cadre théorique. Celui-ci nous a permis d'avoir une trame de « référence » qui nous sera utile comme modèle de soins pour notre future pratique. A noter également que nous avons dû mobiliser des ressources scientifiques qui nous ont permis d'avoir des résultats probants. C'est une démarche rigoureuse mais également valorisante car nous pourrions également l'utiliser pour avoir certaines réponses par rapport à de futures situations de soins qui pourraient nous interpeler. De manière générale, nous pouvons souligner que nous avons toutes les cartes en mains pour améliorer nos pratiques et la qualité de nos soins.

Concernant le rôle de communicateur, nous avons pu le mobiliser de deux manières. Les résultats de nos recherches apportent certaines notions relationnelles à adopter avec le patient. En effet, cela laisse entendre quelle attitude avoir (écoute, empathie) ainsi que le vocabulaire à utiliser de manière à maintenir le lien thérapeutique. Associé au rôle de collaborateur, devoir travailler à deux nous a demandé d'avoir une grande capacité d'écoute, de soutien, de respect et d'ouverture d'esprit. De plus, nous avons dû apprendre à faire des compromis, de défendre nos points de vue et comprendre que certains puissent diverger.

Concernant le rôle de manager, nous avons dû apprendre à gérer notre planning en fonction du temps à disposition. Au niveau organisationnel, nous avons dû optimiser et anticiper la charge de travail afin de respecter les échéances que nous nous étions fixées.

A noter tout de même que la bonne entente ainsi que notre complémentarité ont été bénéfiques pour la bonne démarche de ce travail.

10. Liste des références

Articles

- Aldebot, S. ; Weisman de Mamami, A.G. (2009). Denial and Acceptance Coping Styles and Medication Adherence in Schizophrenia. AUTHOR MANUSCRIPT 1-10
- Bucci, K.K. ; Possidente, C.J.; Talbot, K.A. (2003). Strategies to improve medication adherence in patients with depression. *American Journal of health-system pharmacy*, 60, 2601-2605
- Kauppi, K. ; Hätönen, H. ; Adams, C.E. ; Välimäki, M. (2014). Perceptions of treatment adherence among people with mental health problems and health care professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 777-788
- Leibing, A. (2010). Inverting compliance, increasing concerns: aging, mental health, and caring for a trustful patient. *Anthropology & Medicine*, 17(2), 145–158
- Lingam, R.; Scott, J. (2002). Treatment non-adherence in affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105, 164-172
- Maneesakorn, S. ; Robson, D. ; Gournay, K. ; Gray, R. (2006). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1302-1312
- McKenzie, K.; Chang, Y-P. (2013). The effect of nurse-led motivational interviewing on medication adherence in patients with bipolar disorders. *Perspectives in psychiatric care*, 51, 36-44
- Misdrahi, D. ; Petit, M. ; Blanc, O. ; Bayle, F. ; Llorca, P.-M. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nordic Journal of Psychiatry*, 66(1), 49-54
- Olfson, M. ; Marcus, S.C. ; Wilk, J.; West, J.C. (2006). Awareness of Illness and Nonadherence to Antipsychotic Medications Among Persons with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(2), 205-211
- Olfson, M. ; Mechanic, D. ; Hansell, S. ; Boyer, C.A. ; Walkup, J. ; Weiden, P.J. (2000). Predicting Medication Noncompliance After Hospital Discharge Among Patients with Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 51(2), 216-222
- Patel, M.X. ; David, A.S. (2007). Medication adherence: predictive factors and enhancement strategies. *Psychiatry*, 6(9), 357-361
- Sajatovic, M. ; Velligan, D.I. ; Weiden, P.J., Valenstein, M.A. ; Ogedegbe, G. (2009). Measurement of psychiatric treatment adherence. *Journal of Psychosomatic Research*, 69, 591-599
- Saks, E.R. (2009). Some thoughts on Denial of Mental Illness. *American Journal of Psychiatry (AM J PSYCHIATRY)*, 166 (9), 972-973
- Serobatse, M.B., Du Plessis, E. & Koen, M.P. (2014). 'Interventions to promote psychiatric patients' compliance to mental health Treatment A systematic review', *Health SA Gesondheid* 19(1), Art. #799, 10 pages. <http://dx.doi.org/10.4102/hsag.v19i1.799>
- Stanhope, V. ; Ingoglia, C. ; Schmelter, B. ; Marcus, S.C. (2013). Impact of Person-Centered Planning and Collaborative Documentation on Treatment Adherence. *Psychiatric Services*, 64(1), 76-79
- Stepp, S.D. ; Epler, A.J. ; Jahng, S. ; Trull, T.J. (2008). The effect of dialectical behaviour therapy skills use on borderline personality disorder features. *J pers disord*, 22(6), 549-563
- Svarstad, B.L.; Shireman, T.I.; Sweeney, J.J. (2001). Using Drug Claims Data to Assess the Relationship of Medication Adherence With Hospitalization and Costs. *Psychiatric services*, 52(6), 805-811

- Zygmunt, A. ; Olfson, M. ; Boyer, C.A. ; Mechanic, D. (2002). Interventions to Improve Medication Adherence in Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1653-1664

Livres

- American Psychiatric Association (2005). DSM-IV-TR : manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (4^{ème} édition). Paris : Masson.
- Dallaire, C., & Dallaire, M. (2008). *Le savoir infirmier dans les fonctions infirmières*. Dans C. Dallaire (Eds.), *Le savoir infirmier. Au cœur de la discipline et de la profession*, (p.265-305). Montréal, Canada : Gaëtan Morin Editeur
- Formarier, M. ; Jovic, L. (2012). Les concepts en soins infirmiers (2^{ème} édition). Lyon : Mallet Conseil
- Loiselle, Carmen G. ; Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives. Saint-Laurent (Québec): ERPIs
- Pepin, J. ; Kérouac, S. & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3^{ème} édition). Québec : Chenelière éducation
- Schuler, D. ; Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse*, Monitoring 2012. Observatoire suisse de la Santé

Sitographie

- Haute autorité de la Santé (2013). *Programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale*. Repéré à http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-01/2013_10_08_programme_sante_mentale_college.pdf le 12.03.2016
- Organisation mondiale de la santé (OMS) (2016). Santé mentale : http://www.who.int/topics/mental_health/fr/ le 27.02.2016 à 15.42
- Organisation mondiale de la santé (OMS)(2016). Troubles mentaux : http://www.who.int/topics/mental_disorders/fr/ le 27.2.2016 à 15.48

11. Bibliographie

Articles

- Allison, R. ; Flowerdew, K. (2012). Promoting a discussion about adherence to psychiatric medication. *Mental Health Practice*, 16(3), 18-22
- Berner, A. ; Dafeeah, E.E. ; Salem, M.O. (2013). A Study of Reasons of Non-Compliance of Psychiatric Treatment and Patients' Attitudes towards Illness and Treatment in Qatar. *Issues in Mental Health Nursing*, 34, 273–280
- Brondolo, E.; Mas, F. (2001). Cognitive-Behavioural Strategies for Improving Medication Adherence in Patients With Bipolar Disorder. *Cognitive and Behavioural Practice* 8, 137-147
- Broom, C. ; Shirk, M.J. ; Pehrson, K.M ; Peterson, K. (2008). Perspectives on Psychiatric Consultation Liaison Nursing ; Psychiatric – Mental Health-Advanced Practice Nurses : Transforming Nursing Practice. *Perspectives in Psychiatric Care*, 44(2), 131-134
- Cardoso, L.; Inocenti Miasso A.; Frari Galera, S.A.; Marques Maia, B.; Braga Esteves, R. (2011). Adherence level and knowledge about psychopharmacological treatment among patients discharged from psychiatric internment. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 19(5), 1146-54
- Chandra, P.S. ; Desai, G. (2007). Denial as an experimental phenomenon in serious illness. *Indian J Palliative Care*, 13(1), 8-14
- Cook, P.F ; Emiliozzi, S. ; Waters, C. ; El Hajj, D. (2008). Effects of Telephone Counselling on Antipsychotic Adherence and Emergency Department Utilization. *The American Journal of managed care*, 14(12), 841-846

- Fernandes, V. ; Flak, E. (2012). Safe and Effective Prescribing Practices at the Point of Discharge from an Inpatient Psychiatry Unit. *Journal of Psychiatric Practice*, 18(1), 12-19
- Gilmer, T.P. ; Dolder, C.R. ; Lacri, J.P. ; Folsom, D.P. ; Lindamer, L. ; Garcia, P. ; Jeste, D.V. (2004). Adherence to Treatment With Antipsychotic Medication and Health Care Costs Among Medicaid Beneficiaries With Schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699
- Gray, R. ; Wykles, T. ; Edmonds, M. ; Leese, M. ; Gournay, K. (2004). Effect of a medication management training package for nurses on clinical outcomes for patients with schizophrenia. *British journal of psychiatry*, 186, 157-162
- Harrow, M. ; Jobe, T.H. ; Faull, R.N. (2012). Do all schizophrenia patients need antipsychotic treatment continuously throughout their lifetime? A 20 –year longitudinal study. *Psychological Medicine*, 42, 2145-2155
- Kreyenbuhl, J. ; Nossel, I.R. ; Dixon, L.B. (2009). Disengagement from mental health treatment among individuals with schizophrenia and strategies for facilitating connections to care. *Schizophrenia Bulletin*, 35(4), 696-703
- Leentjens, A.F. ; Boenink, A.D. ; Cornelis, C. (2010). Can we increase adherence to treatment recommendations of the consultation psychiatrist working in a general hospital? A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 68, 303–309
- Meritt, M.K. ; Procter, N. (2010). Conceptualising the functional role of mental health consultation–liaison nurse in multi-morbidity, using Peplau's nursing theory. *Contemporary Nurse*, 34(2), 158–166
- Mojtabai, R. ; Olfson, M. ; Sampson, N.A. ; Jin, R. ; Druss, B. ; Wang, P.S. ; Wells, K.B. ; Pincus, H.a. ; Kessler, R.C. (2010). Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine*, 41, 1751-1761
- Moritz, S ; Favrod, J. ; Andreou, C ; Morrison, Bohn, F. ; Veckenstedt, R. ; Tonn, P. ; Karow, A. (2012). Beyond the usual suspects: Positive Attitudes Towards Positive Symptoms Is Associated With Medication Noncompliance in Psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 39(4), 917-922
- Nosé, M. ; Barbui, C. ; Gray, R. ; Tansella, M. (2003). Clinical interventions for treatment non-adherence in psychosis: meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 183, 197-206
- Ragasis, K. (2005). Perspectives in Psychiatric Consultation Liaison Nursing: Bridging the gap. *Perspectives in psychiatric Care*, 41(4), 197-198
- Rittmannsberger, H. ; Pachinger, T. ; Keppelmüller, P. ; Wancata, J. (2004). Medication Adherence Among Psychotic Patients Before Admission to Inpatient Treatment. *Psychiatric Services*, 55(2), 174-179
- Roberts, S.H. ; Bail, J.E. (2011). Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. *Journal of Advanced Nursing*, 67(4), 690-708
- Roberts, S.H. ; Bailey, J.E. (2013). An ethnographic study of the incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness. *Journal of Advanced Nursing*, 69(11), 2514-2524
- Sharrock J ; Grigg M ; Happell B ; Keeble-Devlin B ; Jennings S. (2006). The mental health nurse a valuable addition to the consultation-liaison team. *International Journal of Mental Health Nursing*, 15, 35-43
- Skarsholm, H. ; Nielsen, B. (2012). Development and implementation of an integrated care pathway for managing compliance problems in patients with schizophrenia. *International Journal of Care Pathways*, 16, 139–145

- Swanson, J.W. ; Schwartz, M.S. ; Elbogen, E.B. ; Van Dorn, R.A. ; Ferron, J. ; Wagner, H.R. ; McCauley, B.J. ; Kim, M. (2006). Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *American Journal of Psychiatry*, 163(11), 1943-1951
- Swarbrick, M. ; Roe, D. (2011) Experiences and Motives Relative to Psychiatric Medication Choice. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 35(1), 45-50
- Wilder, C.M. ; Elbogen, E.B. ; Moser, L.L. ; Swanson, J.W. ; Swartz, M.S. (2010). Medication Preferences and Adherence Among Individuals With Severe Mental Illness and Psychiatric Advance Directives. *Psychiatric Services*, 61(4), 380-385

Livres

- Eymard, C. (2003). Initiation à la recherche en soins et santé. Paris : Lamarre
- Peplau, H.E. (1995). Relations inter professionnels en soins infirmiers. Paris : InterEditions

12. Annexe

Inspiré de Law, M., Stewart, D., Pollock, N., Letts, L., Bosch, J. & Westmoraland, M. at Mc Master University, Canada et de Loisel, Carmen G. ; Profetto-McGrath, J. (2007). Méthodes de recherche en sciences infirmières : approches quantitatives et qualitatives. Saint-Laurent (Québec): ERPIs

Titre
Auteurs
Revue
Date de parution
Lieu de l'étude
Mots clés utilisés
Type d'article (qualitatif/quantitatif)
Référence de l'article
Pertinence du résumé
But de l'étude : est-il pertinent avec la question de recherche ?
Question de recherche
Justification de l'étude (nécessité de l'étude)
Considérations éthiques
Méthodologie
Echantillon (qui, combien, caractéristiques)
Critères d'inclusion et d'exclusion
Durée de l'étude
Description de l'intervention (interview, sélection, ...)
Consentement des participants à l'étude
Résultats
Description des résultats
Lien entre résultats et question de recherche
Discussion
Généralisation de l'étude
Limites de l'étude
Conséquences pour la pratique infirmière (et la recherche)
Fiabilité, crédibilité et validité de l'étude
Point de vue personnel
Points forts
Points faibles
Intérêt pour notre TdB