

Mots-clés :

Schizophrénie
Alliance thérapeutique
Adhérence aux médicaments
Adhérence aux soins

Key words :

Schizophrenia
Therapeutic alliance/working alliance
Medication adherence
Adherence to care

Liste des abréviations

CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CIM	Classification internationale des maladies
EBN	Evidences based nursing
EBP	Evidences based practice
HEdS	Haute école de Santé
LUNEP	Laboratoire Universitaire de Recherche en Neurosciences Psychiatriques
OBSAN	Observatoire suisse de la santé
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PICO	Population, intervention, comparatif, outcome
TTT	Traitement

Liste des tableaux

PICO	p. 20
Critères d'inclusion/exclusion	p. 20
Recherche PubMed.....	p. 21
Recherche Cinahl.....	p. 22
Recherche Web of science.....	p. 23
Tableau 1 à 9 : Tableaux d'analyse des articles	p. 27
Tableau synoptique	p. 37

Liste des figures

Figure 1 : Diagramme de flux	p. 24
------------------------------------	-------

Table des matières

Déclaration	1
Remerciements	2
Résumé	3
Mots-clés	4
Liste des abréviations	4
Liste des tableaux	5
Liste des figures	5
Table des matières	6
Introduction	8
1. Contexte.....	9
1.1 Prévalence.....	9
1.2 Histoire	9
1.3 Caractéristiques de la maladie	9
1.4 L'importance de la famille	10
1.5 Les rechutes	10
1.6 L'adhérence au traitement	11
1.7 Enjeux de la prise en soins	12
2. État des connaissances	13
2.1 L'alliance thérapeutique	13
2.2 La création de l'alliance.....	13
2.3 Les dimensions de l'alliance	15
3. Modèle théorique infirmier : Hildegarde Peplau.....	15
3.1 Les métaconcepts.....	16
3.2 Les phases de la relation	17
3.3 Les rôles	18
4. Question de recherche	19
5. Méthode	20
5.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire	20
5.2 Diagramme de flux.....	24
6. Résultats.....	25
6.1 Analyse critique des articles retenus.....	25
6.2 Tableau synoptique.....	37

6.3	Résultats par thèmes	38
6.3.1	L'alliance thérapeutique.....	38
6.3.2	La connaissance de la maladie/du traitement	39
6.3.3	Le fonctionnement global	39
6.3.4	La consommation de substances	40
6.3.5	Les traitements.....	40
6.3.6	Temporalité.....	41
6.3.7	La sévérité de la psychose.....	41
6.3.8	Les facteurs du point de vue des patients	41
6.3.9	Favoriser l'adhérence	42
7.	Discussion.....	44
7.1	L'alliance thérapeutique	44
7.2	Identifier les facteurs de risque	44
7.3	L'éducation thérapeutique.....	46
7.4	Le plan de soins.....	46
7.5	Développement personnel	47
8.	Conclusion	49
8.1	Limites et apports du travail	50
8.2	Recommandations	51
8.2.1	Pour la pratique	51
8.2.2	Pour la recherche.....	51
8.2.3	Pour l'enseignement	51
	Bibliographie	53

Introduction

Cette revue de la littérature traite de l'alliance thérapeutique dans la prise en soins des personnes souffrant de schizophrénie. En premier elle présente la problématique qui entoure cette population et le concept d'alliance thérapeutique. Ensuite, le modèle théorique d'Hildegarde Peplau est présenté puis mis en lien avec cette thématique au travers de l'ancrage disciplinaire. En deuxième, s'ensuit l'élaboration de la question de recherche ainsi que la méthodologie utilisée pour amener des articles pertinents afin d'y répondre.

En troisième, il y a l'analyse critique des articles retenus, ainsi que de la présentation des résultats. Ces éléments amènent à une discussion répondant à la question de recherche. Et, finalement, il y a une conclusion concernant les limites et les apports de ce travail ainsi que des recommandations concernant la pratique infirmière, la recherche et l'enseignement en lien avec cette problématique.

1. Contexte

1.1 Prévalence

Selon l'OMS (2016), la schizophrénie toucherait 21 millions de personnes dans le monde soit 12 millions d'hommes et 9 millions de femmes. En Suisse il y aurait 85 000 personnes souffrant de cette pathologie (Association des journées de la schizophrénie, 2018).

En 2014, la schizophrénie représentait 29,9% du nombre d'hospitalisations en psychiatrie en Suisse (Observatoire suisse de la santé [OBSAN], 2016) et durant l'année 2016, 15 117 personnes ont été hospitalisées (Office fédéral de la statistique [OFS], 2017).

Wittchen et al. (2011) avancent que, parmi les maladies psychiques, les coûts liés à la schizophrénie seraient les plus élevés. En Suisse, les coûts moyens de la schizophrénie seraient estimés à 50'000 francs par patient et par an (Laboratoire Universitaire de Recherche en Neurosciences Psychiatriques [LUNEP], 2015).

1.2 Histoire

En 1908, le psychiatre suisse Eugen Bleuler définit le terme de « schizophrénie », signifiant fractionnement de l'esprit. « Schizophrénie » provient du grec « σχίζειν » (*schizein*), le fractionnement, et de « φρήν » (*phrèn*), l'esprit.

C'est en 1983 que débute le projet du CIM 10 [classification internationale des maladies], dans le but d'uniformiser le diagnostic en psychiatrie. Cet ouvrage catalogue les maladies et une très vaste variété de signes et symptômes. C'est dans cette édition qu'apparaît pour la première fois le diagnostic de la schizophrénie (Baud, 2003).

La pathogenèse exacte de la schizophrénie demeure inconnue, cependant la recherche suggère que l'étiologie de la schizophrénie est multifactorielle et peut inclure des composantes génétiques, environnementales et inconnues (Haller, Padmanabhan, Lizano & Torous, 2014).

1.3 Caractéristiques de la maladie

La schizophrénie est caractérisée par des symptômes dits « positifs ». Ils comprennent les délires, les hallucinations, les troubles de la perception de soi ainsi que les troubles de la pensée qui affectent la communication et le langage (CHUV, 2015), mais également des symptômes « négatifs » comprenant un manque d'énergie et de motivation, une apathie, une dysrégulation affective (Gourion et al., 2004) ainsi que le retrait social (CHUV, 2015).

Les délires sont des tentatives d'auto soins qui permettent de donner sens à l'angoisse et ils ne s'exprimeront pas toujours de la même manière chez chaque individu (Lavoine & Boutenchouf, 2012). Ils se manifestent par un trouble du traitement et de l'intégration de l'information se caractérisant par une distorsion de la réalité, de la pensée, des émotions, du sens de soi et du comportement. Ils affectent le fonctionnement de la pensée, celle-ci devient inhabituelle avec des croyances irréelles, de fausses convictions auxquelles le sujet adhère, des hallucinations peuvent également être présentes (Liorca, 2006).

La personne qui souffre de schizophrénie est souvent seule et isolée en raison du fait qu'elle est touchée dans sa communication, son comportement et ses émotions, ce qui se répercute sur son insertion sociale et ses relations (Gourion et al., 2004).

1.4 L'importance de la famille

Evert, Harvey, Trauer & Herrman (2003) ont rapporté que les personnes atteintes de schizophrénie qui sont en contact avec leur famille auraient amélioré leur travail et leur rendement général. Ils relèvent également une association positive entre le contact familial et le fonctionnement social.

La famille prodigue des soins de longue durée et un soutien continu (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Craig, Irarrazaval, Urzua, Boyer & Williams, 2017). Cependant, ce temps consacré à soigner et à s'occuper de leur proche malade peut empêcher les membres de la famille d'avoir un travail à plein temps, ce qui peut avoir pour conséquence l'apparition de problèmes financiers (Caqueo-Urizar et al. 2017). De plus, les proches aidant des personnes souffrant de troubles psychiatriques peuvent être affectés par leur rôle de soignant, entraînant une diminution de leur qualité de vie et de leur capacité à prodiguer des soins (Caqueo-Urizar et al. 2017).

Vaughn & Leff (1979) ont démontré que les attitudes familiales reflétant les niveaux élevés de détresse mesurés au moment de la rechute psychotique du proche malade tendaient à prédire des taux plus élevés de rechutes subséquentes.

Les facteurs contribuant à cette complexité sembleraient être l'absence d'informations suffisantes sur le diagnostic, une mauvaise communication entre le patient et la famille et des stratégies d'adaptation inefficaces au sein de cette dernière (Caqueo-Urizar et al. 2017).

1.5 Les rechutes

La rechute est une réapparition des symptômes de la maladie et une perturbation du comportement après une phase de rémission (Thomas, 2013). Robison et al. (1999) ont

estimé que 70% à 82% des patients feraient une rechute 5 ans après un premier épisode. D'après Thomas (2013), il y aurait un taux de rechute de 82 et 84 %, suggérant que 16 à 18 % des patients ne rechutent pas après un premier épisode de schizophrénie.

Les rechutes aggraveraient l'évolution normale de la maladie, 17% des patients conserveraient des symptômes résiduels après une première rechute (Shepherd, Watt, Falloon, & Smeeton, 1989). S'ajoute à cela le fait que des symptômes résistants aux traitements psychotropes apparaîtraient chez 35 % des patients après une rechute (Kumar, Thara & Rajkumar, 1989). Cela crée un cercle vicieux où chaque rechute accroît le risque de rechutes ultérieures (Kane, 2007). De plus, le risque suicidaire augmenterait après chacune d'elle. En effet, 48 % des patients feraient des tentatives de suicide (Besnier, 2009). Au fur et à mesure des rechutes, le retour à un fonctionnement normal au sein de la société devient souvent plus long et supérieur à un an (Higashi et al., 2013).

L'arrêt du traitement semble être l'une des causes majeures de rechute. De nombreux malades décident d'interrompre leur traitement après un premier épisode, lorsque leurs symptômes psychotiques ont disparu (Thomas, 2013). Favrod et al. (2014) estiment que 50 à 75% des patients souffrant de schizophrénie ne prendraient pas correctement leur traitement. Robinson et al. (1999) estiment que l'arrêt du traitement multiplierait par 7 le risque de rechutes.

1.6 L'adhérence au traitement

La schizophrénie est une maladie chronique et nécessite un traitement et un suivi à vie. Étant donné le risque de rechute important suivant l'arrêt du traitement, il semble donc primordial qu'il y ait, dès le début, une bonne adhérence aux soins de la part du patient (Leucht & Heres, 2006).

L'adhérence aux soins est l'adéquation existante entre le comportement du patient et les recommandations médicales, qu'elles concernent un programme thérapeutique, le traitement ou les rendez-vous. Il s'agit d'une volonté et d'une approbation réfléchie de l'individu à se prendre en soins. En comparaison, l'observance/compliance thérapeutique renvoie à la notion de conformité thérapeutique, sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient. Autrement dit, l'observance est un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit, sans forcément comprendre pourquoi, alors que l'adhérence est une volonté de suivre le traitement et le patient sait pourquoi il le suit. Ces deux termes sont facilement confondus (Lamouroux, Magnan & Vervloet, 2005).

1.7 Enjeux de la prise en soins

L'OMS (2017) estime que plus de 50% des personnes souffrant de cette maladie ne bénéficient pas des soins appropriés. Elle avance que les sujets atteints de schizophrénie ont une probabilité moins grande d'aller se faire soigner que l'ensemble de la population.

Afin d'éviter l'arrêt des soins et les rechutes chez les 50% restants, il est nécessaire que le patient soit adhérent aux soins et au traitement (Leucht et al., 2006).

Un des rôles de l'infirmier¹ en psychiatrie est de prodiguer des soins et d'administrer des médicaments (Amador, 2007). Dans la prise en soins de personnes souffrant de schizophrénie ;

« Il s'agit de faire comprendre au patient qu'il est malade, même si cette maladie, il ne la perçoit pas. Et qu'il est impératif qu'il suive son traitement » (Charmillot., citée par Monnat, 2015).

L'infirmier va donc devoir trouver comment accompagner le patient afin qu'il accepte ses médicaments, les soins et y adhère, alors que celui-ci ne se considère peut-être pas lui-même comme malade.

Les patients atteints de maladies mentales graves désirent être pleinement informés de leur traitement et s'engager dans cette collaboration avec les professionnels de la santé (Alguera-Lara, Dowsey, Ride, Kinder & Castle, 2017). Les patients qui participent activement aux décisions thérapeutiques auraient des symptômes réduits, une meilleure estime de soi, une plus grande satisfaction des soins prodigués et une meilleure adhérence au traitement (Delman, Clark, Eisen & Parker, 2014). De plus, Ahmed et al. (2016) ont révélé que la prise de décision partagée contribuerait à une diminution des taux d'hospitalisation chez les personnes atteintes de schizophrénie.

La relation avec le patient semble donc majeure dans la prise en soins de cette pathologie. C'est pourquoi ce travail va porter sur l'alliance thérapeutique et faire ressortir son impact sur l'adhérence aux soins et au traitement chez les patients souffrant de schizophrénie.

¹ Lire aussi au féminin

2. État des connaissances

Le chapitre qui suit va présenter le concept d'alliance thérapeutique, ce qui peut influencer sa création et ses dimensions.

2.1 L'alliance thérapeutique

Le terme d'alliance signifie union par engagement mutuel. Au sens thérapeutique, il a été employé la première fois par Freud en 1913. Il insistait alors sur l'importance d'une alliance forte entre un patient et son soignant². Cette dernière nécessite un l'intérêt sérieux et une compréhension bienveillante de la part du soignant pour développer un engagement réciproque avec le patient (Bioy, Bénony, Chahraoui & Bachelart, 2012).

Cependant, c'est Carl Rogers qui développa les principes qui rendent l'alliance thérapeutique facilement adaptable aux soins infirmiers psychiatriques (Bioy et al., 2012). L'écoute, la congruence, le non-jugement, la considération positive et l'empathie sont essentiels à la qualité d'une relation centrée sur la personne et dans laquelle la relation entre soignant et soigné est primordiale (Guay, 2009).

Selon Luborsky, Crits-Christoph et Alexander (1983), l'alliance thérapeutique recouvre à la fois le soutien que le patient perçoit de la part du thérapeute et l'impression de collaboration avec celui-ci vers un but commun. En soins infirmiers, l'alliance thérapeutique est la création d'une relation de confiance entre l'infirmier et le patient. Grâce à cette dernière ils s'entendent pour travailler ensemble à l'engagement du patient dans un processus de changement et à sa progression vers un mieux-être (Guay, 2009).

2.2 La création de l'alliance

La création de l'alliance thérapeutique est influencée par différents facteurs (DeRubeis, Brotman & Gibbons, 2005). Il y a **les caractéristiques du patient**, psychologiques mais aussi interpersonnelles tels que le soutien social, les relations familiales ou les événements de vie. Toutefois, il semblerait que ce facteur ne soit pas le plus déterminant et que la personnalité du patient n'ait qu'une faible influence dans la création de l'alliance qui reste très malléable (Despland, De Roten, Martinez, Plancherel & Solai, 2000).

Ensuite il y a **les caractéristiques du soignant**. Sa chaleur, sa bienveillance, ses compétences et son respect pour le patient ainsi que son engagement dans la clarification des règles et de la structure du traitement facilitent la construction d'une bonne alliance. Bien que

² Lire aussi au féminin

formé et dans le cadre professionnel, le soignant reste influencé par son propre passé et donc sa perception de la relation (Despland et al., 2000).

Puis il y a **l'interaction patient/thérapeute**. Il semblerait que certains patients soient plus à même de former une bonne alliance avec certains thérapeutes en fonction de divers critères. L'origine ethnique, le sexe et la personnalité pourraient influencer la relation (DeRubeis et al., 2005).

Finalement, il y a **la technique de soins utilisée** telles que la reformulation, la mise en avant des succès thérapeutiques, la justesse des interprétations et l'attention portée aux expériences du patient qui influenceraient de façon favorable l'alliance (Ackerman & Hilsenroth, 2003).

Les avis concernant l'évolution de l'alliance au cours de la relation divergent selon les sources et les études (Rodgers et al., 2010). Despland et al. (2000) proposent deux phases dans la construction de l'alliance. La première phase se développe lors des premiers entretiens entre le patient et le soignant. Elle semble associée au climat « affectif » qui règnent entre eux. Le patient se sent soutenu par le soignant, il a l'impression que ce dernier peut l'aider à porter ses difficultés. Plusieurs chercheurs suggèrent que cette première phase n'est pas liée aux caractéristiques du patient, mais qu'elle se développe en fonction du travail et de l'attitude du soignant.

La deuxième phase correspond à l'alliance au cours du traitement, phase durant laquelle le patient voit le soignant comme un allié dans un travail en commun afin de lutter contre ses difficultés. Elle peut être plus fluctuante, avec des cycles durant lesquels l'alliance peut être diminuée puis restaurée grâce au travail thérapeutique.

Safran, Crocker, McMain et Murray (1990) décrivent cinq principes pour restaurer une alliance thérapeutique. Tout d'abord le soignant doit **se rendre compte** que l'alliance avec son patient s'est affaiblie. Ensuite, il doit **être conscient de ses propres sentiments**. Cette étape peut être critique car il se peut que les sentiments du soignant lui servent de baromètre pour évaluer la qualité de la relation. Identifier ses sentiments permet au soignant d'accepter ses responsabilités. S'il n'y parvient pas, certains facteurs inconscients pourraient affecter la relation. Par exemple, si le soignant est en colère contre le patient et qu'il ne s'en rend pas compte, il pourrait le communiquer de manière subtile et cela affecterait la relation.

Le soignant doit **reconnaître** que **son rôle** dans la relation est l'un des éléments les plus importants pour restaurer l'alliance. Il doit parler des problèmes comme étant « leurs problèmes » et non comme ceux seulement du patient. En plus de cela, il peut être utile que le soignant **manifeste une compréhension empathique** pour l'expérience que vit le patient durant cette phase de rupture et communique sur ce qu'il a compris. Cela peut permettre au

patient de se sentir à nouveau compris et ainsi lui permettre de commencer à explorer ce qui se passe et identifier ses propres sentiments, cela permettant par la suite de les explorer ensemble. Finalement, il est important que le soignant parvienne à **maintenir ce lien** et favorise la communication afin qu'il puisse à nouveau y avoir une alliance thérapeutique.

2.3 Les dimensions de l'alliance

Selon Bordin (1979), il y a trois dimensions dans le contenu de cette alliance.

La première correspond au **lien**. Celui-ci fait référence à la qualité affective de l'alliance et comprend des aspects comme la confiance, la volonté et l'engagement. Cette dimension correspond au fait que le soignant devient une personne significative pour le patient et ce dernier sent que le soignant se préoccupe de lui et s'engage pour l'aider.

La deuxième dimension correspond aux **objectifs**. Elle fait référence au fait que le patient et le soignant travaillent ensemble sur le problème et mettent en place des objectifs afin d'y remédier.

La troisième dimension correspond aux **tâches**. Elle porte sur les actions que met en place le duo et dans lesquelles il s'engage. Le patient considère que ces actions vont dans le sens de ses attentes et sont réalisables.

Ces trois dimensions sont interdépendantes. Par conséquent, la qualité de la relation influence la capacité du patient et du soignant à élaborer les objectifs et les actions de l'intervention de soins. Leur capacité à parler des accords influence aussi sur la qualité de la relation (Baillargeon & Puskas, 2013).

3. Modèle théorique infirmier : Hildegarde Peplau

En sciences infirmières, des modèles théoriques permettent d'apporter une vision sur la prise en soins des patients et d'orienter les démarches de soins. Le modèle théorique d'**Hildegarde Peplau** comprend des similitudes avec les dimensions de l'alliance thérapeutique. En effet, elle se focalise sur la relation entre soignant et soigné. L'infirmier occupe une place significative pour le patient. Il collabore avec lui afin de mettre en place un plan de soins répondant à ses besoins.

Les théories infirmières sont basées sur quatre concepts centraux qui sont la personne, la santé, l'environnement et le soin. Ces derniers servent de guide pour la pratique.

3.1 Les métaconcepts

Peplau définit la **personne** comme étant un être bio-psycho-socio-spirituel qui se développe constamment. Elle présente la capacité de transformer son anxiété en une énergie positive afin de répondre à ses besoins (Pepin, Kérouac & Ducharme, 2010).

Comme expliqué précédemment, les personnes atteintes de schizophrénie souffrent de délires et ces délires sont des tentatives d'auto soins qui permettent de donner un sens à l'angoisse éprouvée (Liorca, 2006). Ces personnes évoluent et développent un moyen de fuir leur anxiété et les problèmes qu'elles rencontrent en entrant, de façon involontaire, dans des troubles psychopathologiques. Leur recherche de stabilité se fait via ces troubles.

Dans la **santé** il y a la maladie. Pour Peplau, celle-ci est un facteur de déséquilibre, mais elle est aussi une expérience humaine qui peut permettre à la personne de se développer, pour autant qu'elle en recherche le sens. Peplau a transformé la « maladie fatalité-subie » en « maladie-possibilité de développement ». La maladie permet donc une activité interpersonnelle et d'accomplir des tâches de développement personnel (Pepin et al., 2010).

Selon Peplau, l'**environnement** est extérieur à la personne. Il est surtout lié à sa culture, c'est-à-dire à un ensemble des faits de civilisation comme l'art, les connaissances, les coutumes, les croyances, les lois, la morale ou les techniques, mais aussi à un groupe de personnes significatives avec qui l'individu interagit, comme, par exemple, sa famille et ses amis (Pepin et al., 2010). Il semblerait que l'environnement puisse jouer un rôle dans l'apparition de troubles psychotiques comme la schizophrénie (Haller et al., 2014). La famille en a un important, elle peut être à l'initiative des soins et participe souvent activement au maintien dans le parcours de soins (Glynn, Cohen & Niv, 2007) mais elle peut aussi influencer les rechutes (Vaughn & Leff, 1979).

Selon Peplau, le plus important dans le **soin** est le relationnel. Celui-ci est un processus interpersonnel entre l'infirmier, la personne soignée et les actions de soins qui seront bénéfiques pour elle. C'est donc l'infirmier, dans sa manière d'être et d'interagir avec l'autre, qui sera un outil de soins. Pour Peplau, le soin est thérapeutique, mais aussi éducatif et aide au développement de la personne (Fawcett, 2013).

La relation est un facteur important dans la prise en soins de patients psychiatriques chroniques. Les difficultés à établir des relations avec ces derniers peuvent entraîner de mauvais résultats dans le traitement (Forchuk, 1995). L'objectif pour atteindre l'adhérence est de développer une relation thérapeutique et, dans le cadre de cette relation, de créer une alliance thérapeutique (Vuckovich, 2009).

3.2 Les phases de la relation

Dans le modèle de Peplau, le soin est une relation interpersonnelle thérapeutique qui s'oriente vers un but favorisant le développement de la personnalité, selon un processus en trois phases: phase d'orientation, phase de reconnaissance-approfondissement et phase de résolution (Pepin et al., 2010).

La première phase est celle **d'orientation**. Elle peut prendre plus de temps chez les patients avec des pathologies psychiatriques chroniques (Forchuk, 1995). Durant cette phase, le patient identifie son problème de santé ainsi que les personnes ressources (Smith et Parker, 2015).

L'infirmier aide à un processus de clarification afin que le patient intègre sa maladie comme une expérience d'enseignement (Pepin et al., 2010). Cette étape pose le cadre thérapeutique qui permet au patient de s'engager dans une relation de partenariat actif dont l'objectif est la gestion de son problème de santé. C'est dans cette phase que la relation entre soignant et patient commence à se faire, il s'agit de la première dimension de l'alliance thérapeutique, le lien.

Lorsque le patient est plus au clair sur sa première impression et qu'il perçoit ce que la situation peut lui offrir, la phase de **reconnaissance/approfondissement** commence (Pepin et al., 2010). Cette phase représente la majeure partie du travail qui va être effectuée entre le soignant et le soigné. C'est dans cette dernière que le soignant pose des diagnostics et décrit ses interventions pour accompagner au mieux le patient (Pepin et al., 2010). Le malade a un rôle actif dans la prise de décision (Smith et al., 2015). Pour cela, il doit recevoir des informations sur les options de traitement et sur leurs avantages et inconvénients. À son tour, le soignant doit être informé des valeurs et des attitudes du patient vis-à-vis du traitement (Alguera-Lara et al., 2017). Pour ce faire l'infirmier discute avec le patient de la maladie, de ses représentations, ses valeurs et des médicaments. Il doit s'assurer de la compréhension qu'en a le patient (Vuckovich, 2009). Ces points permettent au patient d'être bien informé et conscient de la raison pour laquelle il prend son traitement et décide d'être adhérent, et non juste compliant (Charpentier et al., 2009).

La dernière phase de la relation est celle de **résolution** (Pepin et al., 2010). Elle montre le succès des autres phases. Elle débute lorsque les besoins d'aide commencent à être satisfaits et que de nouveaux besoins ou buts apparaissent. Le patient commence à devenir indépendant (Smith et al., 2015). Il « dépasse » le problème de santé auquel il vient d'être confronté. La schizophrénie étant une maladie chronique, la relation avec les professionnels

de santé ne se termine jamais vraiment. Cette phase peut être présente après une première crise ou une rechute, une fois que le patient a terminé son hospitalisation. Le patient restera cependant toujours plus ou moins en relation avec des soignants (Charpentier et al., 2009).

3.3 Les rôles

Selon Peplau, au cours des différentes phases de la prise en soin, l'infirmier est amené à adopter différents rôles.

Au début de la relation, l'infirmier se trouve dans le **rôle d'étranger** (Pepin et al., 2010). Dans ce rôle il découvre le patient. Tout en observant son état de santé, il se fait une idée de la manière dont il vit (Peplau, 1995).

Le soignant est également une **personne ressource** (Pepin et al., 2010). Il donne au patient les informations nécessaires à la compréhension de son problème et de sa nouvelle situation. Dans la prise en soins, l'infirmier doit faire de l'enseignement et de l'éducation thérapeutique afin que le patient puisse prendre conscience de sa maladie, la connaître et être informé du traitement qui y est associés (Peplau, 1995). Ce rôle est important dans la prise en soins de la population diagnostiquée schizophrène, car des études avancent que les patients qui connaissent peu ou pas leur maladie ainsi que leur médication seraient moins ou non adhérents au traitement (Charpentier, Goudemand & Thomas, 2009).

Le soignant est aussi **conseiller/éducateur** (Pepin et al., 2010), il écoute le patient s'exprimer sur ses sentiments liés aux événements dus à sa maladie. Il doit guider et conseiller au mieux le patient afin de l'aider à se soigner (Peplau, 1995).

Par exemple, chez un patient souffrant de schizophrénie qui serait non adhérent, l'infirmier devra approfondir le questionnement sur les raisons qui l'amènent à refuser les soins. Vouloir connaître ces raisons est l'un des facteurs qui permet de créer un lien de confiance, car le patient se sent écouté, et découvrir celles-ci permet au soignant de trouver d'autres solutions afin de rendre le patient adhérent. Il est important que le patient se sente écouté et qu'il comprenne que l'infirmier peut l'aider. Il est indispensable que le patient ait confiance en son soignant (Vuckovich, 2009).

L'infirmier peut devoir jouer un rôle de **leader** (Pepin et al., 2010). Le leadership le plus adapté au modèle de Peplau encourage la participation de tous à la prise en soins. Les objectifs et protocoles devraient être déterminés par l'ensemble de l'équipe médico-soignante et devraient

permettre au patient de participer activement à l'élaboration de son projet de soins (Peplau, 1995).

Finalement, le dernier rôle que l'infirmier peut adopter est celui de **substitut** (Pepin et al., 2010). Le patient peut, consciemment ou inconsciemment, mettre l'infirmier dans le rôle de substitut (un père, frère...). Il est important que le soignant se rende compte de cela, afin de pouvoir en parler avec le patient si cela lui semble nécessaire (Peplau, 1995).

4. Question de recherche

La non adhérence aux soins est fréquente chez les personnes souffrant de schizophrénie, et elle entraîne des rechutes. Suite à cela, de nombreuses complications peuvent apparaître dans la vie de ces personnes tels que l'aggravation de la maladie, des symptômes résiduels ou persistants. C'est pourquoi, il est important qu'il y ait une adhérence au traitement dès le début.

Les personnes souffrant de graves maladies mentales désirent être informées et s'impliquer dans une collaboration avec les professionnels de santé. Cela leur permet de prendre part aux décisions thérapeutiques.

La relation entre le soignant et le patient semble donc être importante dans la prise en soins des personnes souffrant de schizophrénie, c'est pourquoi la question de recherche de ce travail se définit ainsi :

Dans quelle mesure l'alliance thérapeutique favorise-t-elle l'adhérence au traitement chez des patients souffrant de schizophrénie ?

5. Méthode

Ce chapitre présente la méthodologie de la recherche effectuée lors de ce travail, comprenant les équations de recherche sur les diverses bases de données, les critères d'inclusion/exclusion et le processus de sélection des articles.

5.1 Sources d'information et stratégie de recherche documentaire

Les mots et concepts clés ont été identifiés à l'aide de la population, l'intervention, la comparaison et l'outcome (PICO). Le mot schizophrénie a été traduit en anglais grâce à HeTop puis les autres mots par Reverso, car ils n'étaient pas disponibles sur HeTop.

Cette étape est présentée dans le tableau ci-dessous.

Tableau A : PICO

	Mot français	Mot traduit
P	Schizophrénie	Schizophrenia
I	Alliance thérapeutique	Working alliance / therapeutique alliance
C	/	/
O	Adhérence au traitement	Medication adherence

Les critères présentés ci-dessous ont permis de sélectionner de manière plus ciblée les articles correspondant à la thématique de ce travail.

Tableau B : Critères d'inclusion/exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
Population souffrant de schizophrénie Le terme d'alliance thérapeutique présent dans l'abstract Adhérence aux TTT/soins Article de recherche scientifique (étude)	Revue de littérature ou texte narratif Année (< 2000) Sujet non correspondant Pas d'abstract disponible Pays de culture trop différente

Les équations de recherche

Différentes équations de recherches ont été utilisées sur trois bases de données distinctes afin d'obtenir plus de résultats et pouvoir sélectionner les articles les plus pertinents pour ce travail. La démarche pour chacune des bases de données est présentée ci-dessous.

PubMed :

PubMed est une base de données regroupant des articles plutôt axés sur le biomédical.

Les mots-clés du PICO ont été rentrés de manière individuelle afin d'obtenir tous les résultats correspondant à un seul mot. Puis, afin d'affiner la recherche et diminuer le nombre de résultats, les différents mots-clés ont été associés pour obtenir des équations.

Le filtre [Title/Abstract] a été utilisé de manière à avoir des articles comprenant tous les termes recherchés dans le titre et dans l'abstract. Sans ce filtre, il y avait de nombreux articles hors sujets ou dans lesquels un seul des termes apparaissait.

Tableau C : Recherche PubMed

Date de la recherche	Équation	Filtres	Résultats de la recherche	Articles éligibles pour l'analyse
20.02.18	schizophrenia [Title/Abstract] AND working alliance [Title/Abstract] OR therapeutic alliance [Title/Abstract] OR therapeutic relationship [Title/Abstract] AND medication [Title/Abstract]	Abstract; Publication date from 2000/01/01 to 2018/12/31	N=220 <u>Exclusion</u> : Titre/résumé (N=202) Population (N=4) Pas des études (N=3) Relation patient/médecin (N=2)	9

Cinahl :

Cinahl est une base de données centrée sur les soins médicaux, infirmiers et paramédicaux. Comme sur PubMed, les mots clés ont premièrement été rentrés de manière individuelle, puis associés pour obtenir des équations.

Le filtre [Abstract] uniquement a été utilisé car Cinahl ne proposait pas de filtre [Title/Abstract].

Le filtre « Exclude MEDLINE records » a permis de ne pas retrouver les mêmes articles que sur PubMed et ainsi éviter au maximum les doublons.

Tableau D : Recherche Cinahl

Date de la recherche	Équation	Filtres	Résultats de la recherche	Articles éligibles pour l'analyse
25.02.18	(schizophrenia [Abstract] AND working alliance [Abstract] OR therapeutic alliance [Abstract] AND medication [Abstract]) OR (schizophrenia AND therapeutic relationship AND medication)	Date: 2000 to 2018 Exclude MEDLINE records	N= 31 <u>Exclusion</u> : Titre/résumé (N=27) Pas des études (N=2) Doublons (N=1) Thèse (N=1)	0

Web of Science :

Web of Science est une base de données qui regroupe de nombreux domaines tels que la médecine, la biologie, les sciences de la santé ou même la physique.

Sur cette base de données, il n'était pas possible d'entrer les mots de manière individuelle puis de former une équation. Ils ont donc directement été entrés sous forme d'équation.

Tableau E : Recherche Web of Science

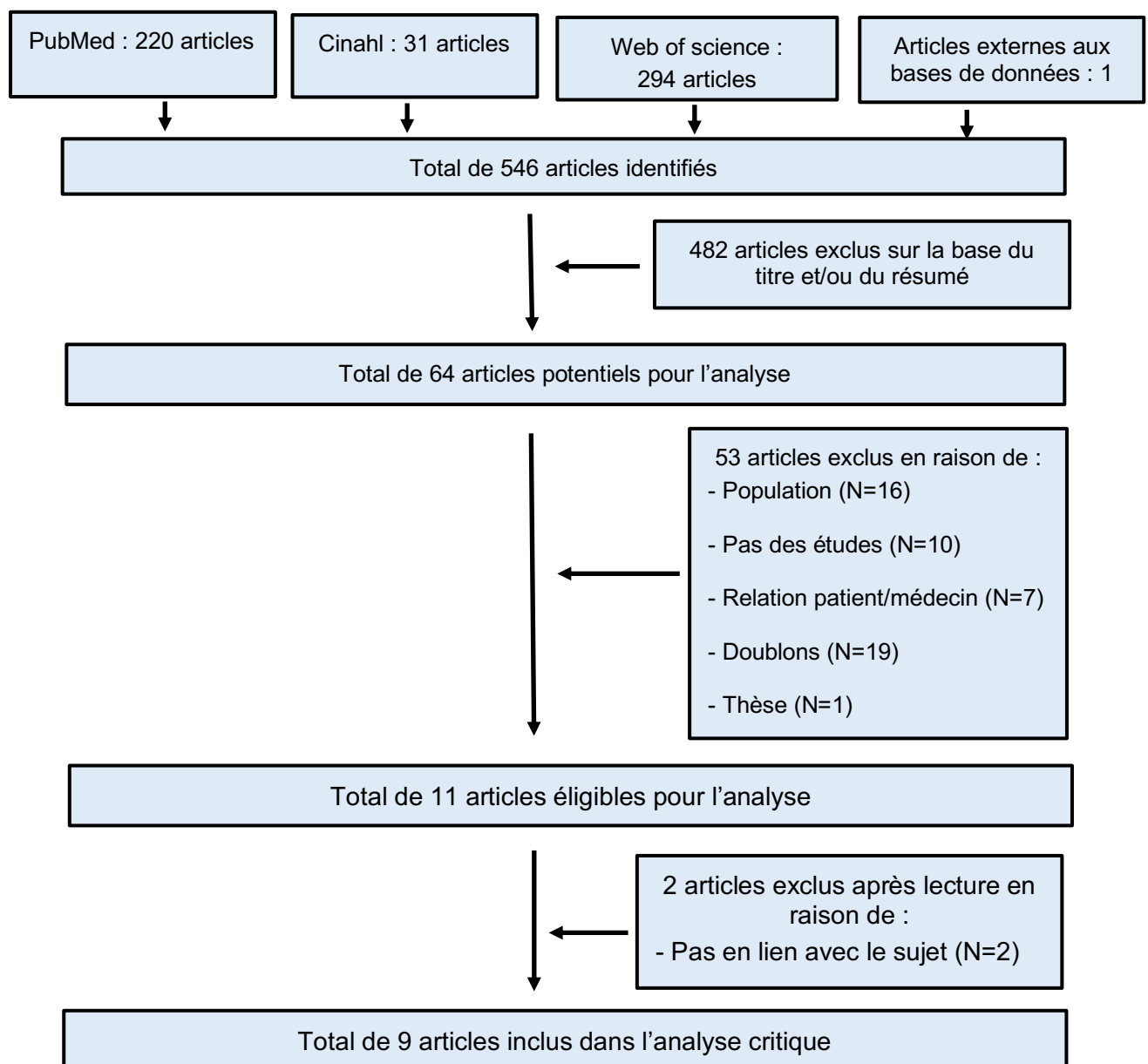
Date de la recherche	Équation	Filtre	Résultats de la recherche	Articles éligibles pour l'analyse
15.05.18	schizophrenia AND therapeutic alliance AND medication	Date: 2000 to 2018	N=98 <u>Exclusion</u> : Titre/résumé (N=77) Population (N=6) Pas des études (N=3) Relation patient/médecin (N=2) Doublons (N=9)	1
21.05.18	schizophrenia AND working alliance AND medication	Date: 2000 to 2018	N=52 <u>Exclusion</u> : Titre/résumé (N=42) Population (N=4) Pas des études (N=1) Relation patient/médecin (N=1) Doublons (N=4)	0
21.05.18	schizophrenia AND therapeutic relationship AND medication	Date: 2000 to 2018	N=144 <u>Exclusion</u> : Titre/résumé (N=134) Population (N=2)	0

			Pas des études (N=1) Relation patient/médecin (N=2) Doublons (N=5)	
--	--	--	--	--

5.2 Diagramme de flux

Le diagramme de flux ci-dessous met en évidence la démarche de sélection durant le processus d'identification des articles. Au final, neuf articles ont été retenus pour l'analyse critique.

Figure 1 : Diagramme de flux



6. Résultats

Les neuf articles sélectionnés sont quatre études analytiques transversales, une analytique transversale et longitudinale, une longitudinale, un essai contrôlé randomisé, une Cohorte et une qualitative. Les niveaux de preuves sont donc plutôt faibles.

L'analyse des articles a été effectuée sous forme de tableaux afin de pouvoir ressortir les éléments clés pour chacun d'eux.

6.1 Analyse critique des articles retenus

Les tableaux suivants ont été classés par thèmes. Les thèmes qui en sont ressortis sont les suivants :

1. L'alliance thérapeutique et les autres facteurs d'influence de l'adhérence

Tableau 1 :

- Kim, A., Weiss, K.A, Smith, TE., Hull, JW. Piper, AC, & Huppert, JD. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull*, 28 (2), 341-349.

Tableau 2:

- Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian & New zealand journal of psychiatry* 44(10), 921-928.

Tableau 3:

- Tunis, S., Faries, D., Stensland, M., Hay, D. & Kinon, B. (2007). An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*, 32 (1). 97-104.

Tableau 4:

- Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Liorca PM. & Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry research*, 257. 315-321

Tableau 5:

- McCabe, R, Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, HJ. & all. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, 7 (4).

Tableau 6:

- Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, JR., Thorup, A. & Nordentoft, M. (2015). The association between working alliance and clinical and

functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: a cross-sectional study. *Journal Clinic of Psychiatry*, 76(1), 83-90.

Tableau 7:

- Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F. & Llorca, PM. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord Journal of Psychiatry*, 66 (1), 49-54.

2. Les techniques pour favoriser l'adhérence

Tableau 8:

- Byrne, M.& Deane, F. (2011). Enhancing patient adherence: Outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (4). 284-295.

Tableau 9:

- Dearing, KS. (2004). Getting it, together: how the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatrc Nursing*, 18(5), 155-63.

Tableau 1: Kim, A., Weiss, K.A, Smith, TE., Hull, JW. Piper, AC, & Huppert, JD. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull*, 28 (2), 341-349.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population/ type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Kim, Weiss, Smith, Hull, Piper & Huppert (2002) Une clinique psychiatrique privée de banlieue aux États-Unis	162 patients diagnostiqués avec un trouble psychotique (47.5% souffrant de schizophrénie et 45% souffrant de trouble schizoaffectif) Suivi ambulatoire Étude prospective transversale et longitudinale Le but est d'étudier l'adhérence médicamenteuse chez des patients atteints de psychose suivis en ambulatoire. L'aspect éthique n'est pas abordé dans cet article.	Sélection de l'échantillon : Les critères d'inclusion sont la présence d'un diagnostic de trouble psychotique par le clinicien d'admission et l'acheminement de données par le médecin traitant dans les 7 jours qui ont suivi l'admission. Méthode : L'étude a duré 22 mois. Les données utilisées pour cette étude proviennent du programme d'évaluation des résultats de la clinique. Les thérapeutes remplissaient une batterie de questionnaires de manière régulière sur chaque patient. Instruments : Échelle du Score à 4 points : adhérence aux TTT WAI : alliance thérapeutique The Basis-32 : prise de substances GAF : fonctionnement global - Échelle non nommée pour l'adhérence aux TTT - Programme continu d'évaluation Tests statistiques : Tau de Kendall, Spearman rho, L'estimateur de Kaplan-Meier, régression de Cox	Adhérents à l'admission (80%) (score de 1 sur l'échelle à 4 points) Non adhérents (20%) (score de 2,3 ou 4 sur l'échelle à 4 points) Un meilleur fonctionnement global (GAF) ($r = 0,20$), une alliance thérapeutique plus forte (WAI) ($r =$ $0,30$) et une consommation moindre de substances (Basis-32) ($r = -0,19$) étaient associés à une meilleure adhérence. La prescription de Clozapine, bien que non associée au départ ($r = 0,09$), a prédit de façon significative la durée de l'adhérence chez les patients initialement adhérents ($p < 0,01$). Le fonctionnement global ($p < 0,05$), l'alliance thérapeutique ($p < 0,05$) et la Clozapine ($p < 0,01$) ont contribué au maintien de l'adhérence. L'alliance thérapeutique était le plus souvent liée à l'adhérence au traitement. Elle y est liée de façon transversale (r $= 0,30$), elle était un prédicteur du maintien ($p < 0,05$) et de son développement ($p < 0,001$).	Un faible échantillon de patients initialement non adhérents (20%). Le haut niveau d'adhérence de l'échantillon peut être dû au fait que la plupart des patients étaient transférés d'un séjour d'hospitalisation. L'échantillon peut donc ne pas être représentatif. Mesure non objective de l'adhérence. Absence de perspective du patient sur l'adhésion et l'alliance thérapeutique. Évaluations d'adhérence et autres évaluations ayant été faites par un thérapeute, ce qui peut avoir mené à un biais d'évaluation.	Explorer si les patients qui sont devenus non adhérents ont eu des conséquences négatives sur leur vie ou s'ils ont pu retrouver leur adhésion assez tôt pour éviter les mauvais résultats. Patients initialement non adhérents devenus adhérents étaient capables de maintenir une adhésion ou avaient des difficultés plus tard. Voir si l'utilisation de substances affecte négativement l'adhésion en affaiblissant la relation avec le thérapeute. Recherches futures seraient indiquées pour mieux comprendre les points de vue des patients sur l'alliance thérapeutique et les questions d'adhésion, ainsi que sur les composantes les plus importantes de l'alliance.

Tableau 2 : Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 44(10), 921-928.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population/ type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Dassa, Boyer, Benoit, Bourcet Raymondet & Bottai (2010) 15 hôpitaux publics français d'une région du sud-est de la France	291 patients Suivi ambulatoire Analytique transversale Le but est de quantifier les facteurs associés à la non-adhérence aux médicaments chez les patients stables souffrant de schizophrénie dans le contexte de l'accès universel aux soins. Le projet a été mené conformément à la Déclaration d'Helsinki et aux bonnes pratiques cliniques françaises. La Commission nationale de la protection des données (CNIL) a approuvé cette étude.	Sélection de l'échantillon : Tous les patients ambulatoires consécutifs répondant aux critères ont été recrutés et inclus dans l'étude (diagnostic de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif critères du DSM- IV confirmé par d'un entretien clinique structuré, stable, 15-75 ans, langue maternelle français). Méthode : L'étude a duré une semaine. Les informations ont été recueillies en même temps en utilisant des questionnaires d'auto-évaluation remplis par les patients (attitude envers la médication et l'alliance thérapeutique) ou par un entretien clinique de routine par un psychiatre (évaluation psychiatrique et mesure de la connaissance de la maladie). Instruments : CGI : empreinte clinique globale GAF : fonctionnement global DAI : attitudes des patients envers TTT SMUD : connaissance de la maladie PSQ : alliance thérapeutique Tests statistiques : Test t de student, Chi-carré, régression logistique	Adhérents (N=202) (DAI score ≥ 0) Non adhérents (N=89) (DAI score < 0) Une mauvaise alliance thérapeutique (PSQ) ($p < 0,001$) et une mauvaise connaissance de la maladie (SMUD) ($p < 0,001$) étaient les caractéristiques les plus importantes associées à la non- adhérence (analyse uni et multivariée). De plus, dans l'analyse univariée, les patients non adhérents avaient un fonctionnement global (GAF) plus faible ($p = 0,001$) que les patients adhérents, une psychose plus sévère (CGI) ($p =$ 0,008), un soutien familial moindre ($p =$ 0,014) et un niveau d'éducation inférieur ($p = 0,043$). La durée de la psychose non traitée est également associée à la non adhérence ($p = 0,012$) (analyse multivariée). Les personnes prenant des antipsychotiques atypiques étaient plus susceptibles d'être adhérentes que celles qui prenaient des antipsychotiques typiques (analyse univariée : $p = 0,095$ et multivariée : $p =$ 0,05).	Le DAI est une méthode subjective d'évaluation. Il n'existe pas de mesures fiables pour la durée de la psychose non traitée. Étude limitée car transversale plutôt que prospective. Période 1 semaine et le site de l'étude n'était pas basé sur l'assignation aléatoire. Les résultats peuvent donc ne pas être généralisables. Absence d'évaluation des effets secondaires des TTT.	Le résultat concernant le fonctionnement global et la sévérité de la psychopathologie devrait être confirmé dans de futures études (car différence dans les résultats analyses uni et multivarié). Les rapports ont révélé les avantages des antipsychotiques atypiques en termes d'efficacité et de tolérabilité, la supériorité de ces derniers en termes d'adhérence reste controversée et devrait être vérifiée dans d'autres études.

Tableau 3 : Tunis, S., Faries, D., Stensland, M., Hay, D. & Kinon, B. (2007). An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*, 32 (1). 97-104.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Tunis, Faries, Stensland, Hay & Kinon (2007) 21 cliniques aux États- Unis	1104 patients, 65% souffrant de schizophrénie, 34% de trouble schizo-affectif et <1% de trouble schizophréniforme 95% en suivi ambulatoire Essai contrôlé randomisé Le but est d'examiner la capacité de variables sélectionnées à prédire le maintien de l'adhérence avec l'antipsychotique initial. Les facteurs étudiés sont les suivants : (1) réponses « subjectives » à plusieurs aspects du traitement (échelle ROMI) (2) Un trouble d'usage de substances (3) L'antipsychotique atypique initial (Olanzapine ou Risperidone). Le protocole et les procédures de consentement ont été approuvés par un comité central d'examen institutionnel ou par des commissions d'examen indépendant pour les sites d'enquête individuels + obtention d'un consentement éclairé signé avant la participation.	Sélection de l'échantillon : Les participants ont été sélectionnés selon les critères de diagnostics (schizophrénie, trouble schizo-affectif et trouble schizophréniforme) parmi les patients des 21 sites fournissant les données pour l'étude. Méthode : L'étude a duré 12 mois. Plusieurs visites ont été effectuées auprès des patients en post hospitalisation à 2 semaines, 2 mois, 5 mois, 8 mois et 12 mois après la sortie. Un questionnaire de la ROMI a été utilisé à chaque fois et une comparaison des réponses a été réalisée entre les visites. Il devait y avoir une similitude entre les réponses pour que les résultats soient significatifs. Instrument : Questionnaire ROMI Tests statistiques : Régression logistique, Chi-carré, test de Wilcoxon	Estimation par les patients des facteurs qui les rendent adhérents : 1. bénéfices quotidiens perçus (87%) 2. peur de la rechute (77%) 3. effets secondaires (63%) 4. réalisation des objectifs de la vie (60%) 5. respect de l'autorité (53%) 6. relation positive avec le personnel clinique (48%) 7. opinion extérieure positive envers les médicaments (47%) 8. opinion extérieure que les médicaments actuels sont meilleurs (35%) 9. pressions externes (14%) D'après les tests statistique les facteurs d'influencent sont : 1. Olanzapine (p = 0,004) 2. Ø consommation substances (p = 0,025) 3. alliance thérapeutique (p = 0,048) 4. réalisation des objectifs de la vie (p = 0,050)	Le résultat sur le maintien de l'adhérence a été défini de manière assez générale.	La limite devait être prise en compte dans l'analyse des résultats. Des recherches supplémentaires seraient nécessaires pour définir la manière dont l'efficacité et la tolérabilité de chaque traitement peuvent expliquer leurs différences de durée d'adhérence. Cette étude souligne le rôle important des objectifs de vie exprimés par les patients dans les résultats du traitement de la schizophrénie (rôle souvent sous-estimé). Les cliniciens devraient rappeler régulièrement aux patients les liens potentiels entre un traitement antipsychotique continu et l'atteinte de leurs objectifs. Seuls les principaux effets des différents facteurs de prédiction ont été étudiés. Des travaux supplémentaires seraient nécessaires pour examiner les nombreuses façons dont ces facteurs peuvent interagir de manière significative pour influencer sur la durée d'adhérence.

Tableau 4: Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Liorca PM. & Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry research*, 257. 315-321

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Tessier, Boyer, Husky, Baylé, Llorca & Misdrahi (2017) Bordeaux, Clermont- Ferrand et Paris France	72 patients, trois hôpitaux psychiatriques comparables, à Bordeaux (n = 47), Clermont-Ferrand (n = 8) et Paris (n = 17). Suivi hospitalier puis ambulatoire Analytique transversale Le but est d'étudier la relation entre la connaissance de la maladie, l'alliance thérapeutique, le traumatisme perçu lié aux médicaments psychiatrique et l'adhérence au traitement chez les patients souffrants de schizophrénie. L'étude s'est conformée aux lois françaises sur la bioéthique, la recherche clinique et sur la protection des données. Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé écrit pour participer.	Sélection de l'échantillon : Les patients ont été recrutés pendant l'hospitalisation. Après la rémission de la symptomatologie aiguë, lorsque les patients étaient considérés comme cliniquement stables, un suivi ambulatoire a été organisé. Les critères d'inclusion étaient : diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif (critères DSM-IV), âgé ≥ 18 ans, capable de comprendre le protocole, et de parler couramment français. Méthode : Entretiens mensuels avec les psychiatres. Instruments : PANSS : syndrome positif, négatif, général GAF : fonctionnement global BDI : attitudes et symptômes de la dépression MINI : consommation de substances (entrevue) BIS : connaissance de la maladie MARS : adhérence aux médicaments 4PAS : alliance thérapeutique UKU : évaluation des effets secondaires Questionnaire semi-structuré standardisé pour les variables sociodémographiques Question sur le traumatisme Tests statistiques Chi-carré, RMSEA, CFI, SRMR, corrélation de Pearson, teste de Kolmogorov-Smirnov	L'alliance thérapeutique (4PAS) et la connaissance (BIS) étaient généralement élevées (moyenne 35.69/44 et 8.03/12) L'adhérence aux médicaments était modérée (MARS) (moyenne 5.63/10). Un taux d'adhérence plus élevé était associé à une meilleure connaissance ($r = 0.374$), une alliance thérapeutique plus élevée ($r = 0.413$) et un trauma perçu inférieur ($r = -0.316$). Il est à noter que les facteurs s'influencent entre eux. Le fonctionnement global et les symptômes ($r = -0,674$), l'alliance thérapeutique et les symptômes ($r = -0,460$), l'alliance thérapeutique et le fonctionnement global ($r = 0,395$) et finalement la dépression et l'alliance thérapeutique ($r =$ $0,471$). Il est donc possible que des facteurs aient un impact indirect sur l'adhérence.	La petite taille de l'échantillon. Expériences traumatiques subjectives liées aux soins psychiatriques n'étaient pas basées sur une question validée. Méthode mal définie dans l'article. Durée de l'étude non mentionnée.	A reproduire dans un échantillon plus large. Explorer les points de vue des patients sur l'adhérence. De futures études longitudinales pour étudier ce problème.

Tableau 5: McCabe, R.; Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, HJ. & all. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, 7 (4).

Auteurs Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
McCabe, Bullenkamp, Hansson, Lauber, Martinez-Leal, Rössler & Salize (2012) Grenade (Espagne), Groningue (Pays-Bas), Londres (Royaume- Uni), Lund (Suède), Mannheim (Allemagne) et Zurich (Suisse)	134 cliniciens et 507 patients Suivi hospitalier ou ambulatoire Cohorte Le but est d'évaluer si l'alliance thérapeutique patient/clinicien favorise l'adhérence au traitement. L'étude a été approuvée par 6 comités d'éthique.	Sélection de l'échantillon : Les cliniciens devaient posséder une qualification professionnelle en santé mentale ou une expérience professionnelle d'au moins un an. Ils ont été sélectionnés à partir d'une autre étude. Les malades ont été sélectionnés parmi les patients suivis par ces cliniciens avec les critères suivants : vivant dans la communauté, être suivi en ambulatoire, avoir eu au moins 3 mois de soins continus, capable de donner un consentement éclairé, connaissance suffisante de la langue du pays, diagnostic primaire de schizophrénie ou de trouble psychotique apparenté (CIM-10), âgé de 18 à 65 ans, avoir au moins un RDV avec leur clinicien/ 2 mois et Ø maladie psychiatrique organique sévère ou abus de substances. Méthode : L'étude a duré 18 mois. Des interviews ont été menées en milieu clinique ou à domicile. Les données ont été recueillies avant que les patients ne commencent à participer à l'essai afin qu'ils ne soient pas influencés par le protocole de l'essai. Instruments : HAS : version patient + version clinicien : relation thérapeutique Critères de Buchanan : adhérence médicamenteuse PANSS : symptôme positif et négatif Tests statistiques : Spearman rho + ANOVA à un facteur	Bonne adhérence (N=367) (score <25% selon les critères de Buchanan) Moyenne/faible (N=118) (score >25% selon les critères de Buchanan). <u>Cliniciens :</u> S'ils notent la relation avec leurs patients <7 sur la HAS (moins bonne relation), 42% de leurs patients auraient une mauvaise adhérence, contre 17% si les cliniciens évaluent la relation ≥7 sur la HAS (bonne relation). Parmi les patients recevant un médicament à effet retard, 22% avaient une mauvaise adhérence et 78% avaient une bonne adhérence.	L'adhérence était, dans certains cas, évaluée par le clinicien qui a également évalué leur relation avec le patient. L'échantillon n'est pas nécessairement représentatif, la plupart des patients étaient dans l'ensemble bien engagés dans le TTT. Ceux qui ont accepté de participer à l'étude, patients/ cliniciens, ont peut-être une meilleure relation. Il peut y avoir eu un biais de sélection, par exemple il y a moins de patients avec des antécédents de traitement plus court ou des relations thérapeutiques plus pauvres.	Les résultats de cette étude n'impliquent pas de causalité et pourraient être interprétés de différentes manières. Une meilleure relation peut conduire à une meilleure adhérence ou une meilleure adhérence peut conduire à une meilleure relation ou les deux. Il faudrait l'investiguer dans de prochaines études.

Tableau 6: Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, JR., Thorup, A. & Nordentoft, M. (2015). The association between working alliance and clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: a cross-sectional study. *Journal Clinic of Psychiatry*, 76(1), 83-90.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Melau, Harder, Jeppesen, Hjorthøj, Jepsen, Thorup & Nordentoft (2015) Copenhague et Aarhus Danemark	400 patients Suivi ambulatoire Analytique transversale Le but est d'examiner l'association entre l'alliance thérapeutique et les résultats cliniques (symptôme) et fonctionnels (société). Le Comité d'éthique danois a estimé que le protocole était exempt d'une l'approbation formelle puisque'il s'agit d'une étude non biomédical. Tous les participants ont donné un consentement éclairé écrit.	Sélection de l'échantillon : Les patients ont été sélectionnés parmi les participants de l'étude OPUS II. Ils devaient présenter un trouble du spectre de la schizophrénie du premier épisode et ont été inclus après 18 mois de traitement. Méthode : Entrevues lors desquelles les patients se sont autoévalués. Instrument : SPAS : symptômes positifs SANS : symptômes négatifs GAF : fonctionnement global BACS : cognition dans la schizophrénie WAI : alliance thérapeutique GSE : l'auto-efficacité générale Tests statistiques : Test T de student, corrélation de Pearson, régression linéaire	Les femmes avaient un meilleur fonctionnement global (GAF) que les hommes ($p = 0,01$), il y avait également une différence dans la cognition (BACS) ($p = 0,001$). L'alliance thérapeutique (WAI) n'a pas été corrélée avec l'adhérence aux TTT ($r = 0,09$). Mais elle l'influence indirectement car : l'alliance est corrélée à un meilleur fonctionnement global ($r = 0,20$) qui lui, améliore l'adhérence ($r = 0,16$). Elle diminue également les symptômes ($r = -0,20$) qui eux aussi influencent l'adhérence ($r = -0,24$).	Les participants à cette étude se sont tous inscrits à l'essai OPUS II et se sont inscrits indirectement pour avoir la possibilité d'étendre leur traitement à OPUS. Il n'y a aucune connaissance de l'alliance thérapeutique pour les patients qui ont été approchés mais n'ont pas participé à l'essai. Il y a un risque de biais de sélection. Conception transversale de l'étude et incapacité de déterminer la direction des associations. Durée de l'étude non mentionnée.	Ils mettent en avant que l'alliance thérapeutique peut servir de base pour utiliser les facteurs intra personnels tels que l'auto- efficacité et la cognition.

Tableau 7 : Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F. & Llorca, PM. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord Journal of Psychiatry*, 66 (1), 49-54.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode Instruments de mesure	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle & Llorca (2012) Hôpital universitaire de Clermont- Ferrand France	38 patients Suivi hospitalier Analytique transversale Le but est d'étudier les liens entre les connaissances thérapeutiques et l'adhérence aux médicaments. L'étude s'est conformée aux lois françaises sur la bioéthique et la recherche clinique, ainsi qu'à la protection des données. Tous les sujets ont donné leur consentement éclairé écrit pour participer. Les patients ont été informés que leur participation à l'étude n'aurait aucune incidence sur le traitement clinique ou les plans de congé.	Sélection de l'échantillon : Les critères d'inclusion sont la présence d'un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo-affectif, âgé de 18 ans, hospitalisé au moins une fois, capable de comprendre le protocole, pas de maladie du système nerveux central et parlant le français couramment. Méthode : Un psychiatre qualifié qui n'est pas directement impliqué dans le soin des patients a fait toutes les évaluations. Un seul entretien a été mené pendant environ 45 minutes. Instruments : 4PAS : alliance thérapeutique MARS : adhérence aux médicaments Questionnaire semi-structuré standardisé pour les variables sociodémographiques SUMD : niveau de connaissance MINI : entrevue neuropsychiatrique. CGI : sévérité de la maladie. GAF : fonctionnement global Tests statistiques : Test de Pearson et Spearman, t de Student, régression linéaire	Moyenne du score MARS : 5,5/10 Moyenne du score 4PAS : 34,6/44 Cette étude confirme l'existence d'une association entre l'alliance thérapeutique (4PAS) ($r = 0,663$) et l'adhérence (MARS). L'incompréhension de la maladie (SMUD) ($r = -0,54$) et l'adhérence. Une mauvaise adhérence aux TTT était plus importante chez les patients ayant une consommation de substances ($p = 0,0075$).	La mesure indirecte de l'adhérence par les questionnaires comporte certaines limites telles que le risque de surestimer l'adhérence. Il n'y a toujours pas de définition unanime de l'adhérence, et il n'existe pas de norme d'or pour la mesurer. La généralisation des résultats est difficile car la population étudiée est exclusivement composée de patients hospitalisés avec une maladie instable et de faibles scores GAF + petite taille de l'échantillon. Durée de l'étude non mentionnée.	Les auteurs en admettant leurs limites sur l'échantillon, amènent qu'il serait utile de mener des études futures sur des échantillons plus grands.

Tableau 8 : Byrne, M.& Deane, F. (2011). Enhancing patient adherence: Outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (4). 284-295.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode/Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Byrne & Deane (2011) Tasmanie Australie	33 cliniciens 51 patients Suivi en ambulatoire Longitudinale Le but est de déterminer si les améliorations dans les compétences, les connaissances et les attitudes des cliniciens après la formation à l'alliance des médicaments seraient maintenues pendant une période de 12 mois. Et voir si cette formation permet une meilleure adhérence aux TTT. Tous les sujets étaient d'accord de participer à l'étude, cependant, il n'y a pas de notion de consentement signé dans l'article.	Sélection de l'échantillon : 46 cliniciens experts de santé mentale ayant travaillé au moins 12 mois dans un service de santé mentale. Les patients ont été choisis au hasard parmi les patients diagnostiqués schizophrènes du clinicien participant. Méthode : L'étude a duré 12 mois. Les cliniciens ont suivi une formation de 3 jours. Les données sur les patients ont été recueillies à J-0 de l'étude et de nouveau à 6 et 12 mois. Plusieurs entretiens avec les patients ont été effectués. La formation concerne les thèmes suivants : L'importance de la prise des TTT, comment savoir si un patient prend bien ses TTT ou pourquoi il ne les prend pas, l'empathie, l'évaluation et la prise en soins individualisée, l'implication des soignants, le positionnement thérapeutique actif, les entretiens motivationnels, la résolution des problèmes, la thérapie cognitivo-comportementale et la prévention de la rechute. Instrument WAI : qualité de la relation d'alliance MABQ : attitudes des cliniciens face à la non-adhérence. MACKQ : connaissances des cliniciens. Kemp : adhérence aux médicaments. BPRS : évaluation psychiatrique.	Des améliorations significatives ont été obtenues à la fois sur l'adhérence ($p < 0,05$) et la psychopathologie ($p < 0,05$). Les effets ont été importants au cours des 12 mois de l'étude. Les résultats ont indiqué que les connaissances des cliniciens sont demeurées significativement plus élevées par rapport à la valeur de référence ($p < 0,003$) mais les compétences d'évaluation fonctionnelle sont revenues aux niveaux de préformation ($p < 0,73$). Au cours du temps, les patients sont devenus plus adhérents (Kemp) ($p < 0,000$), le score BPRS a diminué ($p < 0,002$), la relation s'est améliorée (WAI) ($p < 0,006$) et les patients ont mieux reconnu leur besoin de TTT (IS) ($p < 0,01$). En conclusion, la formation s'est révélée bénéfique pour les soignants et pour l'adhérence au traitement.	Absence d'évaluation de l'alliance thérapeutique par les patients.	Les résultats prometteurs fournissent une justification pour poursuivre la recherche à plus grande échelle sur l'alliance des médicaments. La recherche devrait inclure des études randomisées et contrôlées. Elle devrait également prendre en compte le point de vue des patients.

		IS : échelle d'auto-évaluation perception du patient sur sa maladie. <u>Tests statistiques :</u> Test de Friedman, Bonferroni, test de rank de Wilcoxon, test-t, ANOVA à mesure répétées et un facteur, test de Mauchly, Chi-carré <u>Intervention :</u> Formation de 3 jours sur les stratégies visant à améliorer l'adhésion des patients aux médicaments (Alliance des médicaments).			
--	--	---	--	--	--

Tableau 9 : Dearing, KS. (2004). Getting it, together: how the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 155-63.

Auteurs- Année Lieu+ pays	Population / type de suivi Type d'étude But de l'étude Éthique	Méthode/Instruments de mesure Intervention	Résultats principaux	Limites	Commentaires/ Recommandations
Dearing, (2004) Provo, Utah États-Unis	5 infirmiers 15 patients souffrant de schizophrénie. Suivi ambulatoire Qualitative Le but de cette étude est de comprendre si l'utilisation du modèle « Getting it Together » permet de développer une relation infirmier / patient qui favorise l'adhérence au traitement. Le consentement éclairé des participants a été obtenu et leur confidentialité garantie.	Sélection de l'échantillon : Les infirmiers devaient travailler en ambulatoire. Les patients ont été sélectionnés parmi ceux des infirmiers. Ils ont été catégorisés en 3 groupes (à partir de la définition de l'adhérence selon Getting it Together) en fonction de leur adhérence au traitement. Chaque infirmier avait 3 patients (un de chaque groupe). Méthode : Les séances d'observation des participants et les entrevues ont duré entre 15 et 50 min. Elles ont été enregistrées et transcrites, puis l'infirmier a été interviewé à l'aide d'un guide d'entrevue. Instruments : Guide d'entrevue : selon le modèle Getting it Together. Tableau des niveaux d'adhérence au traitement Programme Ethnograph : organisation des transcriptions. Intervention : Application du modèle Getting it Together dans la relation infirmier/patient	L'étude a confirmé que la relation infirmier / patient améliore l'adhérence au traitement grâce au modèle de Getting It, Together. Pour appliquer ce modèle, le soignant doit connaître son patient et celui-ci doit se sentir en confiance. « Vous commencez à savoir qui ils sont et comment ils sont [...] une fois qu'ils ont confiance [...]. Non seulement nous les connaissons, ils nous connaissent, et grâce à cela, il y a beaucoup d'ouverture et de volonté pour se joindre au traitement. » Les patients ont développé des compétences et sont devenus plus adhérents. « Ils ont traversé le séjour à l'hôpital, puis la prise des médicaments encore et encore. Ils ont été capables de comprendre les symptômes de leur maladie. Ils comprennent les effets secondaires des médicaments, et maintenant ils sont à l'aise avec eux-mêmes et avec leur maladie. »	Pas de durée de l'étude. Pas d'évaluation de l'alliance thérapeutique par les patients.	Les résultats de cette étude offrent des perspectives nouvelles sur le rôle des infirmiers dans l'adhérence au traitement chez les patients atteints de schizophrénie.

6.2 Tableau synoptique

Après lecture des articles, plusieurs thèmes sont ressortis. Ils sont présentés ci-dessous sous forme d'un tableau.

Tableau F : Tableau synoptique

	Thèmes principaux		Thèmes secondaires							
Articles	Adhérence aux TTT	Alliance thérapeutique	Type de TTT	Consommation de substances	Fonctionnement globale	Connaissance maladie/TTT	Temporalité	Sévérité de la psychose	Point de vue des patients	Technique
Kim & al. (2002)	x	x	x	x	x		x			
Dassa & al.(2010)	x	x	x		x	x	x	x	x	
Tunis & al. (2007)	x	x		x	x				x	
Tessier & al. (2017)	x	x				x				
McCabe & al. (2012)	x	x	x						x	
Melau & al. (2015)	x	x			x			x		
Misdrahi & al. (2012)	x	x		x		x			x	
Dearing. (2004)	x	x								x
Byrne & al. (2011)	x	x								x

6.3 Résultats par thèmes

Les thèmes qui sont ressortis lors de l'analyse des articles sont présentés ci-dessous, en lien avec les résultats, dans un ordre décroissant d'influence sur l'adhérence

6.3.1 L'alliance thérapeutique

L'alliance thérapeutique a été rapportée de nombreuses fois comme étant un facteur important de l'adhérence au traitement.

Dans l'étude de Kim et al. (2002), de toutes les variables considérées, l'alliance thérapeutique est le plus souvent liée à l'adhérence au traitement. Au moment de la prise de mesure de l'étude, une meilleure alliance améliorait l'adhérence, comme démontré avec le test de Kendall ($r = 0,30$, $p < 0,001$) qui a mesuré l'association entre ces deux variables. L'alliance permettrait d'améliorer l'adhérence, d'après la régression de Cox ($p < 0,001$) qui a été utilisée pour estimer les facteurs prédictifs au développement de celle-ci. L'alliance permettrait également de garder une adhérence, d'après l'estimateur de Kaplan-Meier ($p < 0,05$), qui a été utilisé pour comparer et prédire la durée de maintien de cette dernière entre les patients qui avaient une bonne et ceux qui avaient une mauvaise alliance.

Dans l'étude de McCabe et al. (2012), si les cliniciens notaient la relation avec leurs patients faible (score < 7 sur la HAS), 42% de leurs patients avaient une mauvaise adhérence, contre seulement 17% si les cliniciens évaluent la relation comme étant plus forte (score ≥ 7 sur la HAS).

Dassa et al. (2010) ont utilisé une analyse de régression logistique pour estimer les facteurs de risque de non adhérence. Il en est ressorti qu'une mauvaise alliance serait un facteur prédictif de celle-ci ($p < 0,001$). Cela a été confirmé avec le test t de Student qui a servi à comparer les patients adhérents et non adhérents. Un niveau d'alliance thérapeutique significativement plus faible ($p < 0,001$) est relevé chez les patients non adhérents.

Tessier et al. (2017) ont mis en évidence qu'une mauvaise adhérence est liée à une relation thérapeutique plus faible. La corrélation de Pearson montre une association ($r = 0,413$) significative ($p < 0,01$) entre l'alliance et l'adhérence. De plus, elle montre qu'une meilleure alliance améliore le fonctionnement global ($r = 0,395$, $p < 0,01$), modère les symptômes psychotiques ($r = -0,460$, $p < 0,01$) et diminue la dépression ($r = -0,471$, $p < 0,01$).

Misdrahi, Petit, Blanc, Bayle et Llcara (2014) ont relevé qu'une alliance thérapeutique plus forte permet une meilleure adhérence au traitement. L'analyse de régression linéaire multiple décrit une variation de l'adhérence en fonction de l'état de l'alliance ($p = 0,002$). La corrélation de Pearson montre un lien significatif ($r = 0,663$, $p < 0,001$) entre ces deux variables. De plus,

elle relève qu'une bonne alliance diminue l'incompréhension de la maladie ($r = -0,664$, $p < 0,0001$).

L'étude de Tunis, Faries, Stensland, Hay & Kinon, (2007) a révélé que les patients ayant déclaré que leur alliance thérapeutique était importante ont été adhérents plus longtemps, en moyenne de 35,9 jours de plus ($p = 0,012$). L'alliance thérapeutique était le 3^{ème} facteur prédictif d'une bonne adhérence ($p = 0,048$) dans l'analyse de régression logistique qui cherchait à identifier les facteurs favorisant celle-ci.

Melau et al. (2015) n'ont pas trouvé d'association directe entre l'alliance thérapeutique et l'adhérence au traitement ($r = 0,09$) en utilisant la corrélation de Pearson. Cependant, elle y est associée de manière indirecte. Une bonne alliance thérapeutique est corrélée à un meilleur fonctionnement global ($r = 0,20$, $p = 0,01$) qui lui, améliore l'adhérence ($r = 0,16$, $p = 0,01$). Elle diminue également les symptômes ($r = -0,20$, $p = 0,01$) qui influencent l'adhérence ($r = -0,24$, $p = 0,01$).

6.3.2 La connaissance de la maladie/du traitement

Des études relèvent l'importance de la connaissance qu'a le patient de sa maladie et de son traitement. Dassa et al. (2010) ont constaté que les patients non adhérents présentent une méconnaissance de la maladie/médicaments ($p < 0,001$) par rapport aux patients adhérents en utilisant le test t de Student pour comparer ces deux échantillons.

Dans l'étude de Misdrahi et al. (2014), une meilleure connaissance améliore l'adhérence. La corrélation de Sperman a montré que la méconnaissance de la maladie est en lien avec le comportement d'adhérence ($r = -0,46$, $p < 0,01$) et l'attitude envers le traitement ($r = -0,45$, $p < 0,01$).

Tessier et al. (2017) ont relevé une association significative entre la non adhérence et un manque de connaissances de la maladie en utilisant la corrélation de Pearson ($r = 0,374$, $p < 0,01$). Ils ont également pu relever une influence entre une meilleure connaissance de la maladie et une diminution des traumatismes liés au traitement ($r = -0,283$, $p < 0,01$) qui, eux aussi, agissent sur l'adhérence. En effet, les expériences traumatiques sont corrélées à une mauvaise adhérence médicamenteuse ($r = -0,316$, $p < 0,01$).

6.3.3 Le fonctionnement global

Dans l'étude de Tunis et al. (2007), le 4^{ème} facteur favorisant l'adhérence était la relation entre la réalisation des objectifs de vie et l'adhérence ($p = 0,05$). Les patients ayant indiqué que leur adhérence était influencée par le sentiment que leurs médicaments les aidaient à atteindre certains objectifs de la vie étaient plus susceptibles d'atteindre le seuil de maintien de l'adhérence. Ils étaient adhérents en moyenne 48,6 jours de plus ($p = 0,001$).

L'étude de Kim et al. (2002) et celle de Dassa et al. (2010) mettent en avant que le fonctionnement global, mesuré au travers du fonctionnement psychologique, social et professionnel de la personne, est un facteur important qui peut influencer l'adhérence au traitement. La première étude a révélé une association entre un fonctionnement global plus élevé et une meilleure adhérence en utilisant le tau de Kendall ($r = 0,20$, $p < 0,01$). La seconde a mis en avant que les patients non adhérents ont un fonctionnement global plus bas que les patients adhérents ($p = 0,001$) en utilisant le test t de Student.

Melau et al. (2015) ont relevé un lien entre un meilleur fonctionnement global et l'amélioration de l'adhérence au traitement en utilisant la corrélation de Pearson ($r = 0,16$, $p = 0,01$).

Dassa et al. (2019) ont noté que les patients ayant une mauvaise adhérence ont un niveau plus faible d'éducation ($p = 0,043$) et un soutien familial moindre ($p = 0,014$) par rapport aux patients adhérents en utilisant le test t de Student.

6.3.4 La consommation de substances

Le 2^{ème} facteur prédictif de l'adhérence de l'étude de Tunis et al. (2010) était l'absence d'un trouble de consommation de substances ($p = 0,025$). Un tel trouble était associé, dans cette étude, à 43,5 jours de moins d'adhérence aux antipsychotiques. Ceux qui n'avaient pas de diagnostic de trouble lié à l'utilisation de substances avaient une probabilité de 22% plus élevée de terminer l'essai avec leur traitement initial.

Misdrahi et al. (2014) relèvent que la non adhérence est plus importante chez les patients présentant un trouble de consommation de substances ou d'alcool. Ils ont effectué une analyse de régression linéaire multiple qui décrit une variation de l'adhérence en fonction de la consommation de substances ($p=0,0075$).

Kim et al. (2002) ont associé la consommation de substances à la non-adhérence au départ ($r = -0,19$, $p < 0,05$) en utilisant le tau de Kendall. Cependant, ils ont trouvé qu'elle ne prédirait pas de façon significative la non-adhérence future après avoir effectué la régression de Cox.

6.3.5 Les traitements

Dans l'étude de Tunis et al. (2007), le premier facteur prédictif de l'adhérence était l'utilisation de l'Olanzapine comme traitement initial. La durée était, en moyenne, de 46,8 jours de plus pour l'Olanzapine que pour la Risperidone ($p = 0,001$).

Kim et al. (2002) relèvent que le traitement peut influencer l'adhérence. En utilisant l'estimateur de Kaplan-Meier, ils ont mis en avant que la prescription de Clozapine prédirait de façon significative la durée de l'adhérence chez les patients initialement adhérents ($p < 0,01$) bien qu'elle n'y ait pas été associée au départ avec la corrélation de Spearman ($r = 0,09$).

Dassa et al. (2010) ont trouvé que les personnes qui prennent des antipsychotiques atypiques sont plus susceptibles d'être adhérents ($p = 0,05$) en effectuant la régression logistique. McCabe et al. (2012) relèvent que les médicaments retard pourraient augmenter l'adhérence car 78% des patients de l'étude qui prenaient ce type de traitements étaient adhérents.

6.3.6 Temporalité

Dassa et al. (2010) mettent en avant que la durée de la maladie, sans prise de médicaments, rend les patients plus difficilement adhérents, une fois sous traitement ($p = 0,012$).

Kim et al. (2002) ont estimé que, même une fois sous traitement, la probabilité qu'un patient devienne adhérent diminuerait fortement après environ 4 mois, selon l'estimateur de Kaplan-Meier. De plus, il semble que les seuls facteurs pouvant influencer le temps que met un patient non adhérent à le devenir sont son âge ($p < 0,01$) et l'alliance thérapeutique ($p < 0,05$) d'après la régression de Cox. Les patients plus jeunes et ceux ayant une meilleure alliance thérapeutique deviendraient adhérents plus rapidement.

6.3.7 La sévérité de la psychose

Dassa et al. (2010) font état d'un dernier facteur statistique pouvant influencer l'adhérence qui est la sévérité de la psychose. Ils ont mis en avant que les patients non adhérents ont une psychose plus élevée que les patients adhérents ($p = 0,008$) en utilisant le test t de Student.

Melau et al. (2015) mettent en lien, par de la corrélation de Pearson, les symptômes négatifs et la non adhérence ($r = -0,10$, $p = 0,01$). Ils sont également corrélés avec l'alliance thérapeutique ($r = -0,20$, $p = 0,01$) et le fonctionnement global ($r = -0,61$, $p = 0,01$).

6.3.8 Les facteurs du point de vue des patients

L'étude de Tunis et al. (2007) a examiné le point de vue des patients, concernant leur adhérence, en utilisant le questionnaire ROMI. Les patients ont évalué que, selon eux, les variables les plus importantes concernant l'adhérence au traitement étaient principalement le bénéfice quotidien perçu (87%) et la peur de la rechute (77%). Venaient ensuite les effets secondaires (63%), la réalisation des objectifs de la vie (60%), le respect de l'autorité (53%), la relation positive avec le personnel soignant (48%), l'opinion extérieure positive envers les médicaments (47%), l'opinion extérieure que les médicaments actuels sont meilleurs (35%) et finalement les pressions externes par le personnel soignant (14%).

6.3.9 Favoriser l'adhérence

L'étude de Byrne et Deane (2011) fait référence à la formation Medication Alliance (l'alliance des médicaments) décrite dans Byrne, Dean, Lambert & Coombs (2004).

Medication Alliance cherche à effectuer des changements dans trois domaines : la connaissance, les attitudes et les compétences des cliniciens.

La formation a montré des résultats concluants. Elle influence de manière positive les connaissances, les attitudes et les compétences des cliniciens dans la prise en charge de la non adhérence. Les auteurs ont utilisé le test de Wilcoxon ($p = 0,000$) qui permet d'établir l'importance des changements entre les différentes prises de mesures. Ils ont constaté que suite à la formation et jusqu'à la fin de l'étude, les cliniciens ont amélioré leur empathie, ils étaient plus optimistes face au traitement, avaient une meilleure satisfaction au travail, se sentaient plus efficaces, avec, pour résultat positif, une meilleure estime d'eux-mêmes. Leurs attitudes générales n'ont pas cessé de progresser durant toute la durée de l'étude et ils sont devenus toujours plus confiants face au problème de la non adhérence. Ils ont aussi acquis des compétences d'évaluation dans la détection des facteurs de risque de non adhérence et la promotion de l'adhérence. Cependant, le test t de Student a démontré qu'il y a eu une détérioration de ces compétences entre le moment où ils ont fini la formation et l'évaluation finale à 12 mois, elles sont revenues au niveau initial ($p < 0,73$). Néanmoins, leurs connaissances sont restées supérieures au niveau de base ($p < 0,003$).

Des mesures répétées dans le temps (ANOVA) confirment que la formation améliore l'alliance thérapeutique au fil du temps entre les cliniciens et les patients ($p < 0,006$). Les patients se rendent compte plus rapidement qu'ils ont besoin de suivre un traitement et sont plus adhérents ($p < 0,000$). Ils ont également une diminution des symptômes de leur maladie ($p < 0,002$), comme relevé avec le test t de Student qui a servi à comparer les résultats avant et après l'intervention.

Le dernier article est une étude qualitative basée sur le modèle Getting it, Together (Le faire ensemble) (Dearing, 2004). Celui-ci est centré sur la collaboration entre l'infirmier et le patient, l'objectif principal de ce modèle étant de travailler ensemble.

Les résultats, démontrés au travers de verbatim retranscrits le tableau 9, postulent que l'élément primordial pour mettre en pratique ces interventions soit que l'infirmier connaisse son patient, afin que celui-ci se sente en confiance avec lui.

« Vous commencez à savoir qui ils sont et comment ils sont [...] une fois qu'ils ont confiance [...]. Non seulement nous les connaissons, ils nous connaissent, et avec cela, il y a beaucoup d'ouverture et de volonté pour se joindre au traitement. »

Pour obtenir la confiance du patient, le soignant doit mettre en place une atmosphère chaleureuse en se montrant souriant, respectueux, empathique et optimiste.

Il est important que le patient participe à l'élaboration de son projet de soins et de ses objectifs. Le soignant et le patient prennent les décisions ensemble. C'est pourquoi il est essentiel que l'infirmier connaisse les besoins, les espoirs et les désirs du patient.

L'encouragement et les félicitations sont des actes importants pour la réussite du patient.

L'infirmier doit l'aider à trouver ou développer des compétences menant au rétablissement.

L'éducation thérapeutique sur les médicaments est aussi un élément central de la prise en soins.

Le modèle Getting it, Together a permis aux patients de développer leur capacité à reconnaître les signes avant-coureurs de la réapparition des symptômes, les effets bénéfiques des médicaments sur le maintien de leur bien-être et l'identification des effets secondaires, ce qui a permis une meilleure adhérence au traitement.

« Ils ont traversé le séjour à l'hôpital, puis la prise des médicaments encore et encore. Ils ont été capables de comprendre les symptômes de leur maladie. Ils comprennent les effets secondaires des médicaments, et maintenant ils sont à l'aise avec eux-mêmes et avec leur maladie. »

Cette étude a donc pu démontrer l'intérêt de ce modèle qui se base sur la création d'une alliance thérapeutique avec le patient pour améliorer son adhérence au traitement.

Les résultats des articles analysés font ressortir plusieurs attitudes infirmières dans la prise en soins des patients souffrant de schizophrénie. Elles permettent de créer une collaboration active entre l'infirmier et le patient. Le partenariat entre ceux-ci a pour objectif principal d'améliorer le problème du patient et promouvoir l'adhérence au traitement afin d'éviter les rechutes.

7. Discussion

Les éléments qui suivent mettent en relation le modèle de Peplau et son application dans la prise en soins des personnes souffrant de schizophrénie avec les éléments qui sont ressortis comme importants dans l'état des connaissances et dans les articles analysés.

7.1 L'alliance thérapeutique

Tous les articles analysés dans ce travail démontrent que l'alliance thérapeutique est un facteur favorisant de l'adhérence au traitement chez les personnes souffrant de schizophrénie. Melau et al. (2015) sont les seuls à ne pas relever de corrélation directe entre l'alliance et l'adhérence. Cette différence pourrait s'expliquer par le fait que les participants ont tous pris part volontairement à l'étude. Il se peut donc qu'il s'agissait, parmi les patients approchés, de ceux déjà bien investis dans les soins et dans la relation. Les chercheurs n'ont eu aucune donnée concernant l'état de l'alliance thérapeutique de ceux qui ont refusé d'y participer et n'ont donc pas pu faire de comparaison. Cependant, leur étude relève tout de même que l'alliance optimise indirectement l'adhérence en améliorant le fonctionnement global et en diminuant les symptômes.

Dans les autres études, une faible alliance thérapeutique est associée à une mauvaise adhérence au traitement (Dassa et al., 2010 & Tessier et al., 2017) ; une meilleure relation permet de diminuer le nombre de patients non adhérents (McCabe et al., 2012). Elle permet également d'aider à développer l'adhérence (Kim et al., 2002) et à la maintenir (Kim et al., 2002 & Tunis et al., 2007).

L'alliance thérapeutique modère les symptômes psychotiques (Tessier et al., 2017 & Melau et al., 2015), améliore le fonctionnement global (Melau et al., 2015 & Tessier et al., 2017), la connaissance de la maladie (Misdrahi et al., 2014) et diminue la dépression (Tessier et al., 2017). De plus, tous ces éléments influencent eux aussi l'adhérence aux soins. L'alliance optimise donc directement l'adhérence mais la renforce aussi indirectement en améliorant d'autres facteurs qui l'influencent.

7.2 Identifier les facteurs de risque

Comme décrit précédemment, Peplau divise la prise en soins en trois phases. La première est celle d'orientation. Elle commence dès la première rencontre, quand l'infirmier est dans le rôle de l'étranger. Cette phase et les entretiens permettent de développer la première étape de l'alliance thérapeutique au travers de la dimension du lien (Despland et al., 2000, Bordin, 1979 & Smith et al., 2015). Le modèle de Getting it, Together (Dearing, 2004) propose des attitudes, comme être souriant, respectueux et empathique, favorisant la relation durant les entretiens.

Peplau avance que les infirmiers doivent être conscients que leur comportement peut heurter le patient (Smith et al., 2015). A défaut de quoi, ils peuvent, de manière inconsciente, affecter la relation par des actes inadaptés. Être conscient de ses propres sentiments et du fait qu'ils peuvent également influencer le comportement est l'une des composantes qui permet de restaurer une alliance fragilisée (Safran et al., 1990). Ce qui équivaut à faire preuve de congruence, qui est l'un des principes même de l'alliance thérapeutique (Guay, 2009).

De plus, pour parvenir à créer cette alliance, le soignant doit être impliqué et engagé dans la prise en soins et se montrer à l'écoute de son patient (Byrne et al., 2011, Dearing, 2004, Vuckovich, 2009 & Peplau, 1995). Pour Peplau, la qualité de la relation dépend de la posture de l'infirmier (Fawcett, 2013). Elle permet au patient de se sentir soutenu, d'être en confiance et de s'ouvrir (Dearing, 2004 & Vuckovich, 2009). Grâce à cela, l'infirmier peut approfondir ses connaissances du patient en discutant avec lui, en l'observant et en effectuant un recueil de données.

Une fois l'alliance thérapeutique initiée et le patient mis en confiance, l'infirmier doit identifier avec lui les facteurs de risque de non adhérence. La majorité des articles analysés dans ce travail rapportent qu'ils sont nombreux et divers, tels que le fonctionnement global, la consommation de substance ou la sévérité de la maladie, entre autres. Il est important de dépister les facteurs de risques afin d'éviter d'entamer un projet de soins qui se retrouvera mis en échec par l'un d'entre eux. L'un des items de la formation décrite dans Byrne et al. (2004) a d'ailleurs pour but de développer une compétence permettant de comprendre pourquoi les patients sont non adhérents en identifiant les facteurs de risque. Cependant, ce point de la formation n'a pas montré d'améliorations sur les compétences des soignants (Byrne et al., 2011).

Il est intéressant de noter que dans l'étude de Tunis et al. (2007), les items de la ROMI évalués par le plus grand pourcentage de patients comme ayant une influence sur l'adhérence n'étaient pas les mêmes éléments qui prédisaient l'adhérence réelle. Alors que les facteurs les plus «proximaux » (les bienfaits quotidiens perçus et la crainte de rechute) étaient considérés comme influents par le plus grand nombre de patients, les influences les plus « distales » (alliance et objectifs de vie) étaient prédictives du maintien de l'adhérence. Il faut donc pouvoir identifier les éléments importants du point de vue du patient mais aussi d'un point de vue « statistique ».

Les facteurs de risque de non adhérence sont des éléments importants à ne pas négliger. Cependant, il est possible que, pour des raisons personnelles, le patient refuse la prise du traitement sans qu'il y ait de facteurs de risque (Vuckovich, 2009).

L'alliance thérapeutique permet d'identifier ces raisons et ces facteurs. Cela est un élément essentiel pour qu'il accepte, par la suite, la prise de médicaments sans contrainte (Vuckovich,

2009). Il est d'autant plus important d'éviter la prise du traitement de force, car elle peut entraîner des traumatismes qui peuvent mener à une non adhérence (Tessier et al., 2017).

7.3 L'éducation thérapeutique

La phase d'orientation permet au patient d'identifier et de clarifier son problème de santé. Néanmoins, il se peut que cette étape ne soit pas la plus importante de la prise en soins. Il semble que le bénéfice apporté au quotidien par le traitement pourrait être un élément plus décisif que la connaissance de la maladie (Byrne et al., 2011 & Tunis et al., 2007).

Cependant, plusieurs études démontrent tout de même que les patients qui connaissent peu ou pas leur maladie sont moins adhérents (Dassa et al. 2010, Tessier et al., 2017 & Misdrahi et al. 2012 & Charpentier et al., 2009). De plus, le fait que les patients connaissent leur maladie et leurs médicaments permet qu'ils les acceptent plus facilement (Tessier et al, 2017), entraînant une diminution de l'administration du traitement de force et, par conséquent, des traumatismes. Finalement, les patients qui sont au clair sur leur situation et leurs médicaments peuvent prendre part aux décisions thérapeutiques, ce qui atténue leurs symptômes, le nombre d'hospitalisations, améliore leur satisfaction et leur adhérence, (Delman et al., 2014 & Ahmed et al., 2016).

Prenant en compte cela, l'infirmier doit, dans son rôle de personne ressource et de leader, faire une éducation thérapeutique à son patient afin qu'il puisse prendre part à l'élaboration du plan de soins. Il doit lui fournir des informations au sujet de la maladie, du traitement et l'informer sur les différentes options qui s'offrent à lui.

L'initiative « STAY » (Canas & al., 2013) qui développe un ensemble de principes dans le but d'aider les patients à adhérer à leurs médicaments, propose par ailleurs d'impliquer la famille dans les soins et la psychoéducation. Comme vu précédemment, la famille a un rôle influent dans la vie des personnes souffrant de schizophrénie. De plus, la faible qualité de vie des proches aidants peut être due, en partie, à l'absence d'informations suffisantes et à des stratégies d'adaptation inefficaces au sein de la famille (Caqueo-Urizar et al., 2017). Les intégrer lors de l'éducation thérapeutique peut donc apporter des bénéfices au patient et à sa famille.

7.4 Le plan de soins

Une fois que le patient est davantage conscient de sa maladie et se sent soutenu, il entre dans la phase de reconnaissance/ approfondissement. Ce moment coïncide avec la fin de la première étape de construction de l'alliance thérapeutique et au commencement de la seconde, correspondant à l'alliance au cours du traitement (Despland et al., 2000).

La phase de reconnaissance/approfondissement représente la majeure partie du travail qui est effectué entre l'infirmier et le patient. La théorie de Peplau se situe dans le paradigme de l'intégration. Ce paradigme a pour idée de « faire avec », c'est-à-dire que l'infirmier collabore avec le patient qui joue un rôle actif dans sa prise en soins (Fawcett, 2013). Le soignant l'aide, l'oriente, mais c'est à lui de trouver les solutions. L'infirmier « fait avec lui », mais pas « pour lui ».

Durant cette phase, le soignant et le patient mettent en place un plan de soins comprenant des objectifs et des actions. Ceux-ci occupent une place de poids puisqu'ils correspondent à deux dimensions de l'alliance thérapeutique (Bordin, 1979). Afin d'aider au développement d'une adhérence, le soignant doit relever chacune des réussites de son patient et le féliciter (Dassa et al., 2010, Dearing, 2004 & Ackerman, 2003). La mise en avant des succès thérapeutiques est une technique de soins qui a également une influence dans la création de l'alliance thérapeutique (DeRubeis et al., 2005).

Pour que les patients deviennent adhérents, il est important que chacun d'eux puisse bénéficier d'une prise en soins individualisée et personnalisée (Byrne et al., 2011, Dearing, 2004 & Dassa et al., 2010). Pour ce faire, l'infirmier doit être au clair sur les besoins, les espoirs et les désirs de son patient. Les besoins de ce dernier sont importants, Peplau les décrit même comme étant l'un des composants de la relation (Smith et al., 2015).

L'infirmier doit donc connaître son patient et cela n'est possible que lorsque l'alliance thérapeutique est en place et permet à celui-ci de se sentir à l'aise pour se confier (Dearing, 2004, Vuckovich, 2009 & Dassa et al., 2010).

Le plan de soins comprend également le traitement. Le rôle infirmier consiste à identifier avec le patient les effets bénéfiques et indésirables des médicaments. Si nécessaire, l'infirmier doit aussi communiquer avec le médecin afin de proposer au patient un ajustement du traitement. L'initiative « STAY » (Canas & al., 2013) insiste sur l'importance d'un traitement personnalisés pour répondre aux besoins de chaque personne, y compris la voie d'administration la plus appropriée. De plus, le type de traitement peut également influencer l'adhérence. Il y a des différences entre les types de médicaments (retard ou non et typiques ou atypiques), mais aussi au sein des mêmes classes de médicaments (Kim et al., 2002, Dassa et al., 2010 & McCabe et al., 2012).

7.5 Développement personnel

La dernière phase est celle de résolution. Elle débute lorsque les besoins d'aide commencent à être satisfaits et que le patient devient progressivement indépendant (Smith et al, 2015).

L'indépendance peut se mettre en place grâce à l'élargissement des compétences. Peplau définit la maladie comme pouvant permettre à la personne de se développer (Pepin & al., 2010). Les articles de Dearing (2004) et Byrne et al. (2011) appuient cette perspective. Dans chacune de ces études, les patients ont réussi à développer des compétences telles que la capacité à repérer des symptômes ou comprendre l'importance de la prise d'un traitement. Ces compétences ont démontré au final une nette amélioration de leur adhérence et une diminution de leurs symptômes.

La maladie peut donc permettre à la personne de se développer à condition que celle-ci soit guidée et soutenue. Pour Peplau, l'infirmier est un outil de soins et le soin est thérapeutique, mais aussi éducatif, et aide au développement de la personne (Fawcett, 2013). En soins infirmiers, l'alliance thérapeutique cherche à créer une relation par laquelle le soignant et le patient. Ils s'entendent pour travailler ensemble dans un processus de changement et dans une progression vers un mieux-être (Guay, 2009).

Le rôle de l'infirmier prend donc toute son importance dans le processus d'accompagnement et de développement du patient dans sa maladie pour ainsi lui permettre de devenir plus adhérent.

Il est possible que les patients développent une véritable adhérence. En revanche, il n'est pas exclu que celle-ci puisse diminuer ou disparaître et que des patients adhérents deviennent non adhérents (Kim et al., 2002). En effet, Canas et al. (2013) expliquent que la plupart des patients atteints de schizophrénie courent le risque d'être partiellement ou entièrement non-adhérents à un moment quelconque de leur maladie. Le rôle de l'infirmier sera de retourner avec le patient dans la phase d'orientation pour identifier les raisons qui ont mené à ce changement, puis dans la phase de reconnaissance/approfondissement afin de mettre en place un nouveau plan de soins.

8. Conclusion

Les différents articles analysés dans ce travail démontrent la grande importance de l'alliance thérapeutique dans la prise en soins des personnes souffrant de schizophrénie. Cependant, ils ont également démontré que l'alliance à elle seule n'est pas l'unique facteur qui peut prédire ou non l'adhérence au traitement. De nombreux autres paramètres tels que la connaissance de la maladie, le fonctionnement global, la consommation de substances, la sévérité de la maladie, la durée sans traitement ou le type de médicaments sont aussi à prendre en considération pour prévenir ou traiter ce problème. L'alliance thérapeutique peut permettre d'identifier ces risques et mettre en place des actions communes afin d'y remédier au maximum.

Elle occupe donc une place centrale de l'adhérence au traitement en l'optimisant de manière directe et en permettant également d'agir sur les autres facteurs.

Il est estimé que 70% à 84% des patients feraient une rechute (Thomas, 2013). L'arrêt des médicaments semble en être une des causes principales, et 50% à 75% des patients ne les prennent pas correctement (Favord et al., 2014). Développer rapidement une adhérence au traitement peut donc faire diminuer ce taux de rechute (Thomas, 2013).

Le modèle théorique de Peplau correspond bien à cette thématique car, pour qu'un patient soit adhérent, le soignant doit réussir à établir une relation et une alliance avec lui. Pour cela, il doit s'impliquer activement dans sa prise en soins, en se concentrant sur les besoins spécifiques du patient. L'infirmier et le patient doivent travailler de pair vers un but commun. Il faut qu'ensemble ils trouvent les solutions en vue d'établir une adhérence.

Néanmoins, le risque de perte d'adhérence reste présent durant toute la vie de ces patients (Canas et al., 2013). Le soignant doit faire de son mieux afin d'éviter que cela ne se produise, mais le patient est le seul à réellement pouvoir choisir d'adhérer ou non. L'infirmier n'est là que pour le guider et le soutenir. Si un patient adhérent ne l'est plus alors, il faudra que l'infirmier identifie à nouveau avec lui les facteurs qui ont mené à cela et qu'ils travaillent ensemble pour y remédier.

La non adhérence n'est donc pas un échec en tant que tel à condition que l'infirmier continue de s'impliquer dans la relation et la prise en soins. A chaque fois que cela se produit, il ne doit pas se décourager, car cela peut faire partie du parcours de soins de cette population. Il doit continuer à accompagner au mieux son patient pour lui permettre de retrouver une adhérence aux soins.

8.1 Limites et apports du travail

Parmi les articles sélectionnés pour l'analyse, certains comprennent des limites à prendre en considération. Tout d'abord, trois des articles ont plus de 10 ans et quatre ont plus de 5 ans. Cela semble démontrer que le sujet de l'alliance thérapeutique dans l'adhérence aux soins chez les personnes souffrant de schizophrénie n'est pas un sujet de recherche actuel. Cela vient peut-être du fait que la non adhérence, comme mentionné précédemment, peut et fera sûrement partie de cette pathologie. Il est donc possible concevoir que, pour cette raison, les études actuelles s'intéressent moins à cette problématique.

En outre, quatre des articles analysés sont des études effectuées dans des pays non européens (USA et Australie). Ces pays sont semblables aux européens d'un point de vue socio-économique ; cependant, il est probable qu'il y ait des différences dans les types de prises en soins.

Ensuite, cinq articles sont des études de type transversales, donc avec un niveau de preuve relativement bas et une autre est une étude qualitative. Le niveau de preuves des articles sélectionnés demeure plutôt bas.

Le point de vue des patients n'est que très peu étudié, alors que c'est pourtant un facteur important car ils sont les premiers concernés par la création de l'alliance thérapeutique et pour développer l'adhérence.

Finalement, il semble que la majorité des articles ne différencient pas l'adhérence de la compliance. Ils paraissent utiliser ces termes comme des synonymes alors qu'ils sont en réalité différents. Il devient alors difficile de savoir si l'alliance thérapeutique favorise réellement l'adhérence ou seulement la compliance aux soins.

Malgré l'ancienneté de certains articles ou leur provenance, ils restent néanmoins pertinents et en lien avec le sujet. Ce travail met en avant l'importance de l'alliance thérapeutique dans la prise en soins de pathologies chroniques telles que la schizophrénie. Même s'il est difficile d'affirmer qu'elle permet une adhérence, elle permet en tout cas une compliance. La compliance peut être un premier pas vers l'adhérence et permet au moins que les patients prennent leur traitement, ce qui diminue tout de même le nombre de rechutes.

Ce travail propose également des pistes concernant le développement de cette alliance et le positionnement infirmier à adopter dans la prise en soins de cette population. Le modèle théorique de Peplau est adapté pour la prise en soins de personnes souffrant de schizophrénie. Il est essentiel de favoriser la relation auprès de ces personnes et les guider dans une prise de décision partagée concernant les soins.

8.2 Recommandations

8.2.1 Pour la pratique

Les articles analysés font tous ressortir l'importance d'une relation positive entre les soignants et les patients. L'alliance thérapeutique est un élément central de la prise en soins des maladies chroniques.

Les résultats sont applicables à la prise en soins de personnes souffrant de schizophrénie, mais pas uniquement. Ils peuvent concerner d'autres maladies qui demandent un suivi à long terme et pour lesquelles il y a aussi une importance dans l'adhérence aux soins.

Le dépistage des facteurs de risque de non adhérence est également un enjeu important de la prise en soins de maladies chroniques et ne doit pas être négligé, au risque de mettre en échec le plan de soins.

Il est important que les infirmiers proposent une prise en soins individualisée à chaque patient en se centrant sur ses besoins. Pour qu'ils aient une charge de travail qui leur donne la possibilité de passer du temps avec leurs patients, les institutions de soins devraient être en mesure de fournir du personnel en nombre suffisant.

8.2.2 Pour la recherche

La majorité des articles analysés ont un niveau de preuve assez bas, il serait enrichissant pour la recherche d'effectuer des études avec un plus haut niveau de preuve. Cela permettrait d'apporter des evidences based nursing (EBN) et practice (EBP), permettant de se référer à des données probantes et récentes dans la pratique infirmière et ainsi améliorer les prises en soins.

Comme mentionné précédemment, ces résultats ne permettent pas d'affirmer avec certitude l'impact qu'a l'alliance thérapeutique sur l'adhérence, mais plutôt sur la compliance. Il serait donc intéressant de bien différencier ces deux notions et d'inclure la perspective des patients dans de prochaines études.

8.2.3 Pour l'enseignement

Les sujets, pourtant importants, de l'adhérence au traitement et de l'alliance thérapeutique n'ont été que très peu abordés durant la formation en soins infirmiers.

Pourtant ces éléments peuvent rapidement mettre en difficulté le soignant et avoir des répercussions problématiques sur la vie des personnes malades.

L'enseignements devrait porter plus souvent sur les techniques relationnelles qui permettent d'entrer en contact avec les patients non adhérents et appuyer sur l'importance d'une bonne relation avec ce dernier.

Des exercices pratiques permettraient de mieux se rendre compte des difficultés que le soignant peut rencontrer et ainsi développer des compétences permettant de faire face à ces situations.

Bibliographie

1. Ackerman, SJ. & Hilsenroth, MJ. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33.
2. Amador, X., traduit par Hodé, Y. & Klotz, P. (2007). *Comment faire accepter son traitement au malade : Schizophrénie et troubles bipolaires*. Paris : Retz.
3. Ahmed, AO., Marino, BA., Rosenthal, E., Buckner, A., Hunter, KM & Mabe, PA. (2016). Buckley PF Recovery in Schizophrenia: what consumers know and do not know. *Psychiatric Clinic North America*, 39(2), 313–330.
4. Alguera-Lara, V., Dowsey, M., Ride, J., Kinder, S. & Castle, D. (2017). Shared decision making in mental health: the importance for current clinical practice. *Australasian Psychiatry*, 25(6), 578-582.
5. Association des journées contre la schizophrénie. (2018). 15^{èmes} journées de la schizophrénie. Accès <https://schizinfo.com/>
6. Baillargeon, P & Puskas, D. (2013). L'alliance thérapeutique : conception, pratique. *Défi jeunesse*, 19(3), 4-9.
7. Baud, P. (2003). *Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie*. (Thèse). Université de Genève, Faculté de médecine.
Accès https://doc.rero.ch/record/4302/files/1_these-BaudP.pdf
8. Besnier N., Gavaudan, G., Navez, A., Adida, M., Jollant, F., Courtet, P. & Lançon, C. (2009). Clinical features of suicide occurring in schizophrenia. Risk factors identification. *L'Encéphale* 35(2), 76-81.
9. Bioy A., Bénony H., Chahraoui K. & Bachelart M. (2012). Évolution du concept d'alliance thérapeutique en psychanalyse, de Freud à Renik. *L'évolution psychiatrique*, 77(3), 342-351.
10. Bordin, E. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16(3), 252-260.
11. Byrne, M., Dean, F., Lambert, G. & Coombs, T. (2004). Enhancing medication adherence: clinician outcomes from the Medication Alliance training program. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(4), 246-253.
12. Byrne, M. & Deane, F. (2011). Enhancing patient adherence: Outcomes of medication alliance training on therapeutic alliance, insight, adherence, and psychopathology with mental health patients. *International Journal of Mental Health Nursing*, 20 (4). 284-295.

13. Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Craig, T., Irarrazaval, M., Urzua, A., Boyer, L., & Williams, D-R. (2017). Schizophrenia : Impact on family dynamics. *Curr psychiatry Rep*, 19(2), 1-8.
14. Charpentier, A., Goudemand, M. & Thomas, P. (2009). L'alliance thérapeutique, un enjeu dans la schizophrénie. *L'Encéphale*, 35(1), 80-89.
15. CHUV. (2015). *Vivre avec la schizophrénie Guide à l'intention des personnes souffrant de la maladie et de leurs proches*. [Brochure]. Accès <https://schizinfo.com/wp-content/uploads/2018/02/Vivre-avec-la-schizophrenie.pdf>
16. Dassa, D., Boyer, L., Benoit, M., Bourcet, S., Raymondet, P., Bottai, T. (2010). Factors associated with medication non-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Australian & New zealand journal of psychiatry* 44(10), 921-928.
17. Dearing, KS. (2004). Getting it, together: how the nurse patient relationship influences treatment compliance for patients with schizophrenia. *Archives of Psychiatrc Nursing*, 18(5), 155-63.
18. Delman, J., Clark, JA., Eisen, SV. & Parker, VA. (2014). Facilitators and barriers to the active participation of clients with serious mental illnesses in medication decision making: the perceptions of young adult clients. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 42(2), 38–253.
19. DeRubeis, RJ., Brotman, MA. & Gibbons, CJ. (2005). A conceptual and methodological analysis of the nonspecifics argument. *Clinical Psychology, Science Practice*, 12(2), 74-83.
20. Despland, J-N., De Roten, Y., Martinez, E., Plancherel, A-C. & Solai, S. (2000). L'alliance thérapeutique : un concept empirique. *Revue médicale Suisse*, 4 (2315).
Accès <https://www.revmed.ch/RMS/2000/RMS-2315/20758>
21. Evert, H., Harvey, C., Trauer, T. & Herrman, H. (2003). The relationship between social networks and occupational and self-care functioning in people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(4), 180–188.
22. Favrod, J., Rexhaj, S., Bardy, S., Ferrari, P., Hayoz, C., Moritz, S., Conus, P. & Bonsack, C. (2014). Sustained antipsychotic effect of metacognitive training in psychosis: a randomized-controlled study. *European Psychiatry*, 29 (5). 275 – 281.
23. Fawcett, J. D.-M., S, Ed. (2013). *Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of nursing models and theories* (3ème ed). Philadelphia : F.A. Davis.
24. Forchuk, C. (1995). Development of nurse-client relationships: What helps?. *Journal of the Americcan Psychiatric Nurse Association*, 1 (5). 146-153.

25. Gourion, D. & Gut-Fayand, A. (2004). *Les troubles schizophréniques*. Paris : Ellipses.
26. Glynn, SM., Cohen, AN. & Niv, N. (2007). New challenges in family interventions for schizophrenia. *Expert Review of Neurotherapeutic*, 7 (1). 33-43.
27. Guay J. (2009). *Les clientèles récalcitrantes. Comment réussir l'alliance thérapeutique*. Montréal : Presses universitaires de Montréal.
28. Haller, CS., Padmanabhan, JL , Lizano, P. , Torous, J. , & Keshavan, M. (2014). Les progrès récents dans la compréhension de la schizophrénie . *F1000Prime Reports*, 6, 57.
29. Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granstrom, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic Advances in Psychopharmacology*, 3(4), 200–218.
30. Kane, JM. (2007). Treatment strategies to prevent relapse and encourage remission. *Journal Clinic of Psychiatry*, 68(14), 27-30.
31. Kim, A., Weiss, K.A, Smith, TE., Hull, JW. Piper, AC, & Huppert, JD. (2002). Predictors of risk of nonadherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Schizophr Bull*, 28 (2), 341-349.
32. Kumar, S., Thara, R. & Rajkumar, S. (1989). Coping with symptoms of relapse in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry Neurological Sciences*, 239, 213-57.
33. Lalonde, P. & Pinard G-F. (2016). *Psychiatrie Clinique. Approche bio-psycho-sociale*, 4^{ème} édition, tome 1. Montréal : Chenelière Education.
34. Lavoine, P-L. & Boutenchouf, L. (2012). *Au plus près du délire*. Paris : Editions santé mentale.
35. Lamouroux, A., Magnan, A. & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), 31-34.
36. Leucht, S & Heres, S. (2006). Epidemiology, clinical consequences, and psychosocial treatment of nonadherence in schizophrenia. *Journal Clinic of Psychiatry*, 67(5), 3-8.
37. Liorca, P-M. (2006). *Mieux connaître la schizophrénie*. Montrouge : John Libbey Eurotext.
38. Luborsky, L., Crits-Christoph, P. & Alexander, L (1983). Two helping alliance methods for predicting outcomes in psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171(8), 480-491.
39. LUNEP. (2015). *Neurosciences psychiatriques : schizophrénie*.

40. Melau, M., Harder, S., Jeppesen, P., Hjorthøj, C., Jepsen, JR., Thorup, A. & Nordentoft, M. (2015). The association between working alliance and clinical and functional outcome in a cohort of 400 patients with first-episode psychosis: a cross-sectional study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 76(1), 83-90.
41. Misdrahi, D., Petit, M., Blanc, O., Bayle, F. & Llorca, PM. (2012). The influence of therapeutic alliance and insight on medication adherence in schizophrenia. *Nord Journal of Psychiatry*, 66 (1), 49-54.
42. Monnat, A. (2015). Schizophrénie, les signes du mal qu'il ne faut pas manquer. *Magazine santé, le Quotidien Jurassien*, 01.04.15, 14.
43. McCabe, R., Bullenkamp, J., Hansson, L., Lauber, C., Martinez-Leal, R., Rössler, W., Salize, HJ. & al. (2012). The therapeutic relationship and adherence to antipsychotic medication in schizophrenia. *PLoS One*, 7(4).
44. OBSAN. (2016). La santé psychique en Suisse Monitoring 2016. [Brochure]. Accès https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2017/obsan_72_rapport.pdf
45. OFS. (2016). *CIM-10-GM 2016 Index systématique – Version française Volume 1 (chapitres I–XI)*. Neuchâtel : Office fédérale de la statistique.
46. OFS. (2017). *Statistique médicale des hôpitaux*. Accès <https://www.bfs.admin.ch/bfsstatic/dam/assets/3722893/master>
47. OMS. (2001). *Impact des troubles mentaux et du comportement*. Accès <http://www.who.int/whr/2001/chapter2/fr/index2.html>
48. OMS. (2016). *Troubles mentaux*. Accès : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/fr/>
49. OMS. (2017). *Schizophrénie*. Accès <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/en/>
50. Pepin, J., Kérouac, S., & Ducharme, F. (2010). *La pensée infirmière* (3ème ed). Montréal : Chenelière éducation.
51. Peplau, H., traduit par Pietrasik A. (1995) *Relations interpersonnelles en soins infirmier*. Paris : InterEditions.
52. Robinson, D., Woerner, MG., Alvir, JM., Bilder R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M. & Mayerhoff, D. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, 56(3), 241-247.
53. Rodgers, R.-F., Cailhol, L., Bui, E., Klein, R., Schmitt, L. & Chabrol, H. (2010). L'alliance thérapeutique en psychothérapie : apports de la recherche empirique. *L'Encéphale*, 36(5), 433-438.

54. Safran, JD., Crocker, P., McMain, S. & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy*, 27(2), 154-165.
55. Shepherd, M., Watt, D., Falloon, I. & Smeeton, N. (1989). The natural history of schizophrenia: a five-year follow-up study of outcome and prediction in a representative sample of schizophrenics. *Psychological Medicine Monograph Supplement*, 15, 1-46.
56. Smith, M. & Parker, M. (2015). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphie : Fourth Edition.
57. Tessier, A., Boyer, L., Husky, M., Baylé, F., Liorca PM. & Misdrahi, D. (2017). Medication adherence in schizophrenia: The role of insight, therapeutic alliance and perceived trauma associated with psychiatric care. *Psychiatry research*, 257. 315-321
58. Thomas, P. (2013). Les rechutes : causes et conséquences. *L'Encéphale*, 39(2), 79-82.
59. Tunis, S., Faries, D., Stensland, M., Hay, D. & Kinon, B. (2007). An examination of factors affecting persistence with initial antipsychotic treatment in patients with schizophrenia. *Current Medical Research and Opinion*, 32 (1). 97-104.
60. Vaughn, C. & Leff, J. (1976). The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 15(2), 157–165.
61. Vuckovich, PK. (2009). Strategies nurses use to overcome medication refusal by involuntary psychiatric patients. *Issues Ment Health Nurs*, 30(3), 181-187.
62. Wittchen, H.U. (2011). ECNP/EBC Report 2011 Size and Burden of Mental Disorders and other Disorders of the Brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology* 21(9), 655–679.