

Tables des matières

Résumé	ii
Remerciements	ii
Introduction	1
Problématique	4
Question de recherche	7
Cadre théorique	8
Théorie / Aspects théoriques	9
Relations interpersonnelles en soins infirmiers selon Péplau (1995).....	10
Les cinq fonctions du milieu selon J. G. Gunderson (1978).....	13
Structuration	14
Mobilisation	14
Contention	15
Soutien	16
Validation	16
Concepts	17
Vieillesse	17
Qualité de vie	18
Alliance thérapeutique.....	19
Méthode	20
Choix du devis.....	21
Critères d'inclusion et d'exclusion	21
Mesh terms	22
Base de données	23
Stratégies de recherche	23
Grilles d'analyse	24
Résultats	26
Articles retenus	27
Caractéristique de ces articles	27
Présentation des articles	28
Présentation des instruments de mesure.....	30
Présentation des thématiques.....	31
Qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques	32

La relation soignant-soigné	35
Facteurs influençant la relation	35
Pistes d'amélioration pour la relation soignant-soigné	35
Perception des personnes âgées atteintes de troubles psychotique sur leur maladie.....	36
Discussion	39
Relations interpersonnelles	40
Relation soignant-soigné.....	40
Perceptions	42
Les fonctions du milieu (1978)	44
Qualité de vie	44
Relation soignant-soigné.....	46
Perception	48
Forces et limites	49
Réponse à la question de recherche	49
Recommandation pour la pratique	51
Recommandation pour la recherche	52
Conclusion.....	53
Références	56
Revue scientifique:	57
Livres:.....	59
Documents PDF	60
Sites internet:	60
Déclaration d'authenticité	62
Appendices A	63
Appendice B	111

Remerciements

En premier lieu, nous remercions notre directrice de travail de bachelor, Mme Perrinjaquet, pour son soutien, ses conseils et sa grande implication dans le suivi de notre travail.

Ensuite, nous remercions également Vanessa Ruffieux, Céline Lüthi et Elodie Pena pour leurs conseils et corrections faites pour nous aider à concrétiser ce travail.

Pour terminer, nous remercions Priscilla Jaquenod, David Bapst et tous nos proches et amis pour leur soutien absolu, leurs encouragements et leur présence tout au long de l'élaboration de ce travail.

Introduction

Nous avons décidé ensemble par nos expériences personnelles de s'intéresser plus précisément à la littérature concernant la qualité de vie des seniors atteints de troubles psychotiques. En effet, nous avons pu rencontrer cette population lors de nos stages, ainsi que dans les établissements médico-sociaux dans lesquels nous travaillons. Lors de ces différentes expériences, nous avons été confrontées à des difficultés en termes de savoir, de savoir-faire et de savoir-être dans la prise en soins par l'équipe soignante de ces résidents. Pour illustrer cela, nous avons observé chez les résidents atteints de troubles psychotiques, des décompensations psychotiques fréquentes menant à des hospitalisations et de l'isolement quant à la vie communautaire de l'établissement. Additionné à cela, nous constatons que certains soignants se retrouvent parfois démunis face aux comportements engendrés par les personnes âgées concernées par la maladie.

La population gériatrique est en constante augmentation. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS, 2018) « entre 2015 et 2050, la proportion des 60 ans et plus dans la population mondiale va presque doubler, passant de 12% à 22%. » Actuellement, d'après l'office fédérale de la statistique (OFS, 2015), en Suisse, pas loin de 18% de la population est à l'âge de la retraite. De plus, l'augmentation démographique des seniors explique pourquoi la psychiatrie de la personne âgée est une branche émergente et croissante. Selon Mendez, Von Gunten et Autunes (2015) la psychose chez l'aîné non dément est fréquente. Effectivement, la prévalence communautaire se situe entre 2,6 et 4,2% le milieu des soins et entre 10% et 12% dans les établissements médico-sociaux. Ces chiffres démontrent les enjeux socio-politiques de cette population-cible en croissance exponentielle. Assurément, le vieillissement de la population est l'un des défis du 21^e siècle.

Par le biais de cette revue de littérature, nous allons non seulement rechercher des pistes d'action permettant l'accompagnement de la personne âgée atteinte de psychose en EMS, mais nous allons aussi identifier leur qualité de vie.

Dans un premier temps, nous allons exposer les problématiques en lien avec notre sujet. Le but de cette étape est de recenser les éléments suscitant une interrogation afin d'identifier les objectifs de ce travail de bachelor. C'est ainsi que nous exposerons notre question de recherche sous la forme PICO. De plus, les concepts et les cadres théoriques aiguillant notre réflexivité seront mentionnés et explicités. En effet, les cadres théoriques seront essentiels afin d'analyser les résultats exposés lors de la discussion. Par après, les perspectives, les implications pour la pratique infirmière ainsi que des pistes pour des recherches ultérieures, figureront dans ce travail. Pour terminer, nous concluons cette revue non systématique de littérature par nos apprentissages et nos compétences développées tout au long de ce travail.

Problématique

Dans le but d'étoffer cette problématique, il est pertinent d'apporter des éclairages sur les troubles psychotiques. Selon Gardijan & Szücs (2016), les troubles psychotiques ont plusieurs origines pouvant être liées à des pathologies d'étiologies somatiques, psychiatriques ou mixtes. Toutes les psychoses ne trouvent pas leur origine dans la schizophrénie ou dans les idées délirantes. Le trouble de l'humeur tel que la bipolarité, peut aussi engendrer des psychoses en phase maniaque. D'autre part, une symptomatologie psychotique peut également se présenter lors de dépressions dans 32% des cas. Nous rappelons que les troubles psychotiques s'identifient par des idées délirantes et/ou hallucinations, associées à une désorganisation psychique qui se manifeste par des discours et des comportements inadaptés (Mendez et al., 2015). Ajouté à ça, les troubles psychotiques induisent une perte de contact avec la réalité ainsi qu'une altération du jugement et de l'introspection. Généralement, le trouble psychotique diminue les aptitudes de l'individu à répondre aux exigences de la vie quotidienne. De plus, cette maladie affecte de manière significative les relations interpersonnelles et le fonctionnement social (Mendez et al., 2015). Pour compléter, les troubles psychotiques les plus courants chez les 65 ans et plus, sont la schizophrénie (0.2% et 0.9%) et le trouble délirant (0.01% et 0.1%) (Gardijan & Szücs, 2016).

Les personnes âgées atteintes de troubles psychotiques de type schizophrénique, présentent une diminution dans l'intensité de la fréquence des symptômes positifs. En effet, dès l'âge de 50 ans, près de la moitié des personnes atteintes par cette pathologie, sont peu symptomatiques. Néanmoins, la personne âgée présente des symptômes négatifs tels que l'apathie, une perte d'intérêt, un émoussement des affects, une détérioration de la personnalité ainsi qu'une atteinte des processus de la pensée et du fonctionnement psychosocial. De surcroît, il est difficile pour eux de

satisfaire leurs besoins fondamentaux de manière autonome, en plus d'avoir une qualité de vie déjà diminuée (Fortinash & Holoday Worret, 2016).

Selon Fortinash & Holoday Worret (2016), il faut tenir compte qu'avec le vieillissement, les risques d'avoir une psychose augmentent. En effet, les atrophies des zones corticales, frontales et temporales, les modifications dans les neurotransmetteurs, les atteintes physiques, sensorielles ainsi que les atteintes cognitives sous-jacentes sont source de vulnérabilité. Qui plus est, les difficultés cognitives chez les personnes atteintes de schizophrénies sont reconnues bien que celles-ci ne font pas parties des critères de diagnostic de la schizophrénie. Additionné à cela, ces déficiences induisent des difficultés, chez ces personnes, à prendre soin d'elle-même, à être autonome et entretenir des relations sociales.

Ensuite, avec l'âge avancé, il arrive que certains résidents ayant souffert tout au long de leur vie de psychoses, ne soient plus considérés comme des malades mentaux. En effet, « Leur excentricité, leur bizarrerie, leur repli, leur apragmatisme ne sont plus interprétés comme des symptômes de maladie mentale, mais comme de la sénilité ». (Lagodka, 2018). À cela s'ajoute donc la double stigmatisation dont souffrent ces personnes. Selon l'OMS (2002), la double stigmatisation concerne le préjugé que les personnes âgées sont toutes « bizarres », cela induit que les troubles psychotiques sont moins identifiés. Ainsi, les personnes ne reçoivent ni la reconnaissance de leurs difficultés, ni le traitement et les approches dont elles ont besoin.

Puis, selon Lagodka (2018), la stigmatisation et les contres-attitudes des seniors atteints de troubles psychotiques, peuvent contribuer à la difficulté d'accès aux soins, la pauvreté de la qualité du traitement et la marginalisation de ces derniers dans le système de soins. Par conséquent, il est important de rendre attentif les soignants

aux besoins, tant physiques que psychologiques, des personnes atteintes de troubles psychotiques, ainsi que les sensibiliser aux difficultés à prendre en soins ces patients. Cependant, il perdure une faible reconnaissance des professionnels dans ce domaine, ainsi que des difficultés de recrutements de soignants formés (Lagodka, 2018). Comme décrit précédemment, la population âgée avec de troubles psychotiques, n'aura de cesse d'augmenter et les soignants en gériatrie seront de plus en plus amenés à les rencontrer, car ceux-ci seront institutionnalisés dans des EMS. (Lagodka, 2018)

Pour terminer, il est souhaitable de clarifier la prise en soins de l'infirmière en gériatrie et plus précisément avec des résidents psychotiques. Assurément, « la relation soignant-soigné constitue l'essence et la clé de la pratique en santé mentale » (Peplau, 1995). En d'autres termes, la création d'une relation interpersonnelle est la principale intervention de l'infirmière en psychiatrie (Townsend, 2010). Toutefois, la symptomatologie accompagnant les troubles psychotiques constitue un obstacle dans le développement de la relation et de la collaboration avec le milieu de soins (Davis, Eicher & Iysaker, 2011) (Morandi & Bonsack, 2011). Effectivement, la personne présentant des symptômes positifs peut avoir des difficultés à reconnaître les bénéfices d'une aide extérieure et les symptômes négatifs tels que l'apragmatisme ou le retrait social peuvent influencer négativement la compliance (Morandi & Bonsack, 2011). Selon Frank & Gunderson (1990), il est nécessaire de favoriser cette relation dans le but de créer une alliance thérapeutique. Une relation soignant-soigné adaptée est primordiale, car elle vise à instaurer un climat de confiance, d'empathie et de respect. Afin de favoriser la coopération avec les soignés et offrir des soins de qualité (Frank & Gunderson, 1990).

Question de recherche

Suite à ces différentes constatations, basées sur la documentation réalisée en amont, ce travail de recherche répondra à la question de recherche suivante :

Quel est l'accompagnement favorisant la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de troubles psychotiques et résidant en établissements médico-sociaux ?

P	Personnes âgées de 65 ans et plus atteintes de troubles psychotiques
I	Accompagnement infirmier afin de favoriser la qualité de vie des résidents
Co	Établissement médico-sociaux

Cadre théorique

Théorie / Aspects théoriques

Ce travail de recherche n'est pas conduit dans l'unique objectif de répondre à des questions ou de vérifier des hypothèses. En effet, il s'inscrit dans une démarche intellectuelle visant l'obtention de connaissances et se repose sur des cadres théoriques. Dans le but de répondre à la thématique de manière efficace, le problème de recherche se doit d'être incorporé dans au moins une structure théorique permettant d'analyser les données et de guider l'interprétation des résultats (Fortin & Gagnon, 2016).

Afin de satisfaire cette revue de littérature étoffée, deux théories de soins ont été sélectionnées et développées, « les relations interpersonnelles en soins infirmiers » (Peplau, 1995) et « les cinq fonctions du milieu » (Gunderson, 1978).

La théorie intermédiaire de Peplau (1995) axée sur la relation soignant-soigné est très pertinente et correspond à la question de recherche. En effet, il est indispensable de prendre en compte les relations interpersonnelles dans cette thématique visant à déterminer l'accompagnement idéal des personnes âgées de plus de 65 ans atteintes de troubles psychotiques et résidant en EMS. Ajouté à ça, « les cinq fonctions du milieu » (Gunderson, 1978) est une théorie guidant les pratiques dans les milieux de soins. Cette théorie, n'étant pas rédigée par une infirmière, est néanmoins très pertinente pour la thématique de ce travail, car elle peut également être appliquée au milieu de l'EMS. Qui plus est, cette théorie est actuellement mise en pratique par des infirmières dans certains établissements et leur donne des pistes d'actions pour l'accompagnement des personnes concernées par la maladie. .

Relations interpersonnelles en soins infirmiers selon Peplau (1995)

Hildegard Peplau est née en 1909 en Pennsylvanie et décédée en 1999 en Californie. Elle a une formation en pédagogie basée sur la psychologie, en soins infirmiers et en psychiatrie. C'est une théoricienne des soins infirmiers dont le travail principal est repris dans son ouvrage « relation interpersonnelle en soins infirmiers » publié une première fois en 1952 (Thpanorama, 2018).

D'après Peplau (1995), les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle, souvent thérapeutique, qui comprend des actions requérant la participation de deux personnes ou plus, vers un but commun. Quatre étapes reliées entre elles se chevauchent dans la relation infirmière-patient : l'orientation, l'identification, l'exploitation et la résolution. Ces étapes s'imposent comme étant les composantes de toute relation complète des soins infirmiers. À mesure que l'infirmière et le patient apprennent à travailler en coopération pour résoudre les difficultés, ces rôles se redéfinissent. De plus, l'observation, la communication ainsi que la consignation des données sont imbriquées dans le processus de soins.

L'orientation est la première étape du processus. C'est à ce moment-là, que le patient va identifier son problème de santé ainsi que les personnes ressources afin d'aller vers le mieux-être. Peplau (1995) rappelle que pendant cette période, le patient et l'infirmière sont encore des étrangers. Néanmoins, dès cette phase, l'infirmière pose un cadre thérapeutique. Ce cadre thérapeutique va permettre au patient et à la soignante de débiter un partenariat dont l'objectif commun est la gestion du problème de santé.

L'identification s'active lorsque le patient comprend mieux la situation. Il identifie l'infirmière comme étant la plus apte à diminuer son insécurité liée à sa santé. De plus, le patient perçoit ce que la situation peut lui offrir et il reconnaît les personnes pouvant l'aider. L'infirmière a idéalement pour but de favoriser l'expression du patient pendant les soins qu'elle prodiguera afin de favoriser une relation de confiance avec le patient.

Lors de cette étape, trois réactions sont possibles : la participation du patient sur la base de la relation d'interdépendance avec l'infirmière ; son indépendance ou son isolement quant à l'infirmière ; son impuissance ou sa dépendance par rapport à l'infirmière (Peplau, 1995).

L'exploitation correspond au moment où le patient a identifié l'infirmière qui comprend et reconnaît les relations interpersonnelles en jeu dans la situation. Le patient passe à une étape d'exploitation complète des services qui sont à sa disposition. En fonction de l'idée qu'il se fait quant à sa situation, il va tenter par différentes façons d'exploiter au mieux sa relation avec l'infirmière et d'en tirer le meilleur parti pour son intérêt et ses besoins propres, avec tous les biens et services mis à sa disposition (Peplau, 1995)

La résolution est essentiellement un processus de libération qui correspond au moment où les anciens besoins du patient ont été satisfaits. De ce fait, il s'en détourne et adapte ses nouveaux objectifs, qui se sont élaborés lorsqu'il explorait et exploitait les possibilités des services infirmiers. C'est pendant cette étape que le bénéficiaire de soins se détache progressivement des soignants identifiés comme aidant et qu'il restaure sa capacité d'autonomie. En effet, les vieux liens d'interdépendance sont bientôt totalement abandonnés à mesure que le patient se prépare à rentrer chez lui.

Normalement, cette étape devrait se dérouler après la résolution du problème médical. (Peplau, 1995)

Durant les étapes de la relation infirmière-patient, des rôles infirmiers peuvent se distinguer. Néanmoins, le patient ignore généralement que ces rôles sont à sa disposition, comme il ignore que sa situation nécessite d'y recourir. Son comportement indique qu'il éprouve certains besoins demandant ce type d'aide professionnelle.

Rôle de l'étrangère : Lors de la rencontre entre le soignant et le soigné, ces deux personnes ne se connaissent pas et ont certainement des attentes différentes. L'infirmière doit donc être capable d'accepter le patient tel qu'il est et doit s'intéresser aux aspects bio-psycho-sociaux et culturels de la personne (Peplau, 1995).

Rôle de personne ressource : L'infirmière transmet ses connaissances, informe et répond aux questions du patient. Les patients attribuent souvent aux infirmières le rôle de personne-ressource. Cependant, une surcharge de réponses et de conseil peut « anéantir chez un patient, tout désir de lutter ou de réfléchir à ses propres problèmes » (Peplau, 1995). L'infirmière compétente sait repérer les moments propices à l'intégration d'un apprentissage favorisant l'autonomisation.

Rôle éducatif : D'après Peplau (1995), l'enseignement doit partir des connaissances du patient et de son désir d'apprendre de nouveaux éléments quant à sa santé. Elle va ensuite évaluer la compréhension de celui-ci, afin de développer par la suite, avec l'expérience des patients, le fait de pouvoir s'adapter aux différentes situations.

Rôle de leader : Pour une meilleure relation, l'infirmière se doit d'être un leader démocrate. Celle-ci, va prendre en compte les décisions et les désirs de chacun afin

d'encourager la participation et d'avoir en quelque sorte, une cohésion de groupe (Peplau, 1995).

Rôle de substitut : Il se peut que le patient voie inconsciemment l'infirmière dans un rôle qui n'est pas le sien, pour remplacer un membre important de sa famille ou proche tel que la mère. Au lieu d'aborder l'infirmière comme elle est, le patient peut l'associer à une ancienne relation. Les attitudes de l'infirmière, son comportement, son apparence ou encore sa manière de s'exprimer peuvent rappeler quelqu'un d'autre au patient qui risque de construire la relation au-travers d'une autre personne. Néanmoins, une infirmière bien que chaleureuse mais compétente, développe progressivement des aptitudes et reconnaît les signes, puis modifie son comportement (Peplau, 1995).

Rôle de conseillère ou d'assistante psychosociale : Selon Peplau (1995), l'infirmière va encourager le patient à retrouver une conscience du soi et à savoir ce dont il a besoin pour retrouver un état de santé. Elle va l'aider à l'obtenir en utilisant la relation interpersonnelle qui aura été créée, en connaissant par exemple sa vision de la maladie.

Les cinq fonctions du milieu selon J. G. Gunderson (1978)

John G. Gunderson est né le 20 juin 1942 dans le Wisconsin et décédé le 11 janvier 2019. Il était professeur en psychiatrie à l'université d'Harvard, également directeur du centre pour borderline de l'hôpital McLean, J. G. Gunderson dédia sa carrière aux traitements des personnes atteintes de troubles borderline et de troubles de la personnalité (Carey, 2019). C'est en 1978 qu'il publiera un article intitulé « définir le processus thérapeutique dans les milieux psychiatriques. » où il y décrit les cinq fonctions du milieu.

Dans cet article, Gunderson (1978) affirmait que l'impact thérapeutique du milieu peut être égal, voir supérieur à celui obtenu par la médication, chez certains patients. Cette théorie se construit en modulant les cinq fonctions selon les besoins du patient et les ressources de l'équipe. Ces fonctions ont pour objectif de s'organiser autour du patient et le permettre de progresser.

Structuration

La structuration de l'environnement du patient par un programme journalier des soins, l'organisation des lieux et des personnes qui s'y trouvent, la prévisibilité de la journée et la constance permet au patient d'avoir des points de repère et favorise son sentiment de sécurité. Cette fonction assure également un rôle de contention et règle la distance relationnelle. Pour cela, les soignants se doivent de poser des limites et des repères clairs. De plus, il est important qu'ils soient eux-mêmes prévisibles et qu'ils assurent un environnement fiable pour le patient. Tout ceci permet au patient de se sentir attaché à son environnement et en sécurité, car il ne se sent ni envahi, ni seul. Ce qui permet également à l'équipe soignante d'être en accord avec le cadre thérapeutique, évitant alors toutes divergences. Toutefois, l'aspect répétitif de cette fonction peut cacher la pathologie de certains patients. Si cette fonction est trop mise en avant, elle peut chez les personnes ayant des hallucinations, les pousser à ne pas les signaler (Gunderson, 1978).

Mobilisation

La mobilisation est utilisée lors d'activités de groupe, ces personnes y exercent la coopération de groupe, la recherche de compromis, l'encouragement à la confrontation et le droit d'exprimer sa colère. Cette fonction favorise la participation active du patient dans son environnement et dans les interactions avec les personnes

qui le compose. Elle a pour but, non seulement de renforcer et d'augmenter l'estime de soi du patient et ses capacités sociales. Mais aussi de lui permettre de modifier ses schémas interpersonnels. Tout ceci, vise à renforcer l'ego en les encourageant à mettre en avant leurs compétences sociales et à développer des sentiments de compétences. Elle encourage également les patients à reconnaître leur potentiel à affecter leur environnement social. Les patients schizophrènes, sociopathes et non paranoïdes sont particulièrement sensibles à cette fonction. Néanmoins, elle n'est pas adaptée lorsque le patient est hyperstimulé ou en phase aigüe de décompensation.

Les soignants énergiques et enthousiastes sont les plus aptes à développer cette fonction. (Gunderson, 1978)

Contention

Cette fonction sert à maintenir le patient dans un environnement calme, mais également l'intégrité physique d'un patient ayant des comportements autodommageables ou agressif. En effet, certains patients peuvent se trouver dans une phase aigüe de leur maladie et être incapable de discernement, ils pourront alors avoir des passages à l'acte. La contention se retrouve tant sur le plan relationnel que sur le plan physique et différents moyens sont utilisés pour mettre en pratique cette fonction telle que l'isolement ou le packing¹. Selon Gunderson (1978), si cette fonction est trop développée, cela peut inhiber l'esprit d'initiative, l'espoir et renforcer l'isolement notamment pour les personnes souffrant de schizophrénie.

¹ Le paking (ou enveloppements humides) est une technique de soin s'adressant à des patients souffrant d'autismes ou de psychoses graves. Elle consiste à les envelopper dans des linges humides et à utiliser le temps du réchauffement pour mettre en place et/ou favoriser le travail psychothérapique. (Delion, P. 2012)

Soutien

Le soutien émane des soignants et consiste en différents actes qui ont pour objectif de renforcer l'estime de soi du patient, tout en le rendant moins anxieux. Ceux-ci sont : l'attention au quotidien, du temps informel, des conseils, de la réassurance mais, également des encouragements. Des promenades ou l'initiation à une activité, que le patient pourra mener à bien, sont également des moyens pour y parvenir. Les soignants calmes sont les plus habilités à pratiquer cette fonction, ils doivent également faire preuve d'authenticité et d'engagement positif pour faire participer le patient aux soins. Cette fonction est favorisée par les soignants qui partagent leurs expériences personnelles, qui reconnaissent ouvertement leurs réactions et qui sont accessibles. Une des méthodes pour appliquer cette fonction est d'inviter le patient à participer à des activités qu'il pourra réussir. Pour les personnes souffrant d'hallucinations, cette fonction consiste à les rassurer et à les informer que ces dernières sont des symptômes de leur maladie et qu'elles vont s'en aller. Les soignants peuvent également donner des consignes aux patients souffrant d'hallucinations pour les ignorer ou minimiser leurs impacts. (Gunderson, 1978)

Validation

La validation donne au patient un sentiment d'acceptation de la part des soignants quant à ses difficultés, permet à ceux-ci de percevoir la réalité du patient et à éviter qu'ils recherchent à modifier ou annuler le vécu de la personne malade. Cela se fait par l'attention portée au plan de traitement individualisé et le respect des droits du patient à être seul et à avoir des secrets. Il faut également accepter l'incompétence, les régressions ou les symptômes comme des expressions significatives d'une personne. Cette fonction encourage les patients à parler d'une hallucination ou à la considérer comme l'expression d'un aspect peu clair mais important. En effet, cette

fonction prend en compte l'ensemble des besoins et des antécédents du patient, met en avant les projets de soins individualisés et respecte les droits du patient. Les soignants empathiques, sensibles et tolérant l'incertitude sont les plus aptes à pratiquer cette fonction. (Gunderson, 1978)

Concepts

Vieillissement

Selon l'OMS (2018), c'est à partir de l'âge de 65 ans que l'être humain entre dans la vieillesse. Le vieillissement correspond à l'ensemble des ralentissements des activités biologiques (sénescence).

« Vieillir c'est prendre de l'âge, acquérir les caractéristiques de la vieillesse, perdre de la force, de l'énergie, mais aussi acquérir certaines qualités avec le temps. La vieillesse correspond à une évolution de l'image, une perte du rôle social mais aussi acquérir certaines qualités avec le temps » (Formarier et al., 2012).

Selon l'université médicale virtuelle francophone (2009), « le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles. » Pour compléter, les éléments responsables du vieillissement ne sont pas élucidés, Néanmoins, les progrès de la recherche permettent de mieux appréhender certains facteurs intervenants dans ce processus. C'est pour cela, que le vieillissement est défini comme étant un phénomène complexe et multifactoriel (université médicale virtuelle francophone, 2009). Pour terminer, l'avancée sur les connaissances du processus du vieillissement permettent d'envisager des stratégies susceptibles de prévenir ou atténuer certains effets négatifs du vieillissement (université médicale virtuelle francophone, 2009).

Qualité de vie

Comme le dit Sager, Tinguely & Weber (2018), la qualité de vie est un concept subjectif et multidimensionnel. C'est-à-dire, qu'il fait référence à la perspective du patient et inclut la santé physique, le degré d'indépendance, l'état psychologique, les relations sociales, les croyances personnelles et les éléments de l'environnement.

Tout d'abord, l'OMS (1997) définit ce concept ainsi :

« La qualité de la vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leurs buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement. »

Cependant, tous les auteurs sont d'accord pour dire que seule le patient peut définir son niveau de qualité de vie en fonction de critères purement subjectifs qui lui sont propres, situés dans quatre grands domaines que décrit Leplège (Formarier & Jovic, 2009). Ceux-ci sont : l'état physique du sujet (autonomie, capacités physiques), ses sensations somatiques (symptômes, conséquences de traumatismes ou de procédures thérapeutiques, douleurs), son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression), ses relations sociales et son rapport à l'environnement, familial, amical ou professionnel » (Leplège, 1999).

Sager, Tinguely & Weber (2018) ajoutent que le but des soins infirmiers est que chaque patient puisse atteindre une qualité de vie optimale en accord avec sa propre perception. Il est essentiel de mesurer la qualité de vie dans le rôle infirmier pour offrir des prises en charge de qualité et personnalisées à chacun. En effet, un accompagnement adapté aux personnes âgées souffrant de psychose influencera positivement la qualité de vie de ces derniers. (Sager, Tinguely & Weber, 2018).

Alliance thérapeutique

Selon Formarier & Jovic, (2012), l'alliance thérapeutique est un concept sans définition établie. Néanmoins, plusieurs théories conviennent que ce concept fait référence à la collaboration entre le patient et le thérapeute. Il se compose de quatre aspects qui sont la négociation, la mutualité, la confiance et l'acceptation d'influencer et de se laisser influencer. Un consensus littéraire distingue plusieurs attributs à ce concept. Il existe en effet des facteurs propres au patient et au thérapeute, qui sont les éléments de leur personnalité et leur histoire individuelle, ceux-ci interagissent dans la relation thérapeutique. Ces facteurs sont déterminants pour le développement de l'alliance au même titre que la communication non-verbale et le cadre thérapeutique.

Méthode

Choix du devis

D'un point de vue méthodologique, ce travail réalisé est une revue de littérature. Cette approche permet de faire l'état actuel des connaissances sur ce sujet d'étude. Effectivement, l'élaboration de cette revue de littérature constitue un processus complexe comprenant de nombreuses étapes essentielles, afin de concrétiser ce travail (Fortin & Gagnon, 2016). Ces étapes se composent d'une introduction, une problématique, de cadres théoriques, de concepts, d'une méthodologie, de résultats, d'une discussion et d'une conclusion. Pour conclure, selon Nadot (2012), « le but général de la recherche infirmière est d'étudier et de comprendre scientifiquement une situation problématique ou une préoccupation clinique ».

Critères d'inclusion et d'exclusion

Les critères d'inclusion et d'exclusion ont permis de rassembler les études les plus pertinentes, afin de répondre à la question de recherche.

Pour ce qui est des critères d'inclusion, des études traitant d'individu ayant un trouble psychotique ont été recherchées. De plus, une population résidant en EMS a été privilégiée. Pour terminer, les articles devaient également provenir de pays industrialisés et dont le système de santé se rapprochait le plus à celui de la Suisse. Concernant les critères d'exclusion, la population cible ne devait pas vivre à domicile ou être en milieu hospitalier. Les articles traitant des démences n'ont pas été retenus. Pour terminer, les articles provenant de pays avec un système de santé trop éloignés de la Suisse, ou datant de plus de 10 ans ont également écartés.

Mesh terms

Les termes mesh suivants ont été utilisés, afin de procéder à la recherche des articles :

Trouble psychotique	Français	English
	Schizophrénie Maladie mentale Psychose Maladie mentale grave	<i>Schizophrenia</i> <i>Mental illness</i> <i>Psychosis</i> <i>Severe mental illness</i>
Personne âgée	Français	English
	Gériatrie Personne âgée Personnes âgées senior Vieillissement	<i>Geriatric</i> <i>Eldery person</i> <i>Eldery individual</i> <i>Elderly people</i> <i>Senior citizen</i> <i>Aging</i> <i>Ageing</i>
EMS	Français	English
	Etablissement résidentielle Maison de retraite Etablissement de soins Maison de repos	<i>Residential facilitie</i> <i>Nursing home</i> <i>Care facilities</i> <i>Rest home</i>
Qualité de vie	Français	English
	Qualité de vie QDV	<i>Quality of life</i> <i>QOL</i>

Base de données

Afin d'élaborer cette revue de littérature, les bases de données « Pubmed, cinhal » ont été utilisées afin de sélectionner nos articles scientifiques. De plus, google scholar a également été exploité lors de l'étape de la recension des écrits. En effet, cette étape préalable à l'élaboration d'une revue de littérature est essentielle. Effectivement, la recension des écrits est conséquente et implorante, non seulement pour bien déterminer le problème dans l'ensemble du processus de recherche, mais également pour ce faire une représentation précise de ce qui a déjà été écrit jusqu'à maintenant sur le thème. (Fortin & Gagnon, 2016)

Stratégies de recherche

Stratégie	Résultats obtenus	Critères d'inclusion/exclusion	Retenu
Schizophrenia AND QOL AND Nursing home	7	1	Ertekin, H., Er, M., Yardim, Y., Yayla, S., Akyol, E., & Sahin, B. (2015). Quality of life and Depression in Schizophrenia Patients Living in a Nursing Home. <i>Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences</i> , 28, 213-221. doi :10.5350/dajpn2015280304
Schizophrenia AND guideline AND quality of life	31	1	Addington, D., Anderson, E., Kelly, M., Lesage, A., & Summerville, C. (2017). Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia Spectrum Disorders. <i>The Canadian Journal of Psychiatry</i> , 62(9), 662-672. doi.org/10.1177/0706743717719900

Psychotic disorders AND aging population	18	2	Meesters, P. D., Comijs, H. C., de Haan, L., Smit, J. H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. <i>Schizophrenia Research</i> , 147(2-3), 275-280. doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.030
Schizophrenia AND Quality of life AND qualitative	73	1	Shephred, S., Depp, C. A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2012). Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan : A Qualitative Study. <i>Schizophrenia Bulletin</i> . 38, 295-303. doi:10.1093/schbul/sbq075
Psychotic disorders AND nursing home AND care	30	2	Ishii, S., Streim, J. E., & Saliba, D. (2010). Potentially Reversible Resident Factors Associated with Rejection of Care Behaviors: POTENTIALLY REVERSIBLE RESIDENT FACTORS. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(9), 1693-1700. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03020.x
Psychosis AND communication	164	2	McCabe, R., John, P., Dooley, J., Healey P., Cushing, A., Kingdon, D., Bremner, S., & Priebe, S. (2016). Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO) : cluster randomised controlled trial. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 209, 515-524. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179499

Grilles d'analyse

Afin d'analyser les six articles sélectionnés, des grilles d'analyse ont été exploitées. En effet, selon le devis de l'étude, soit une grille d'analyse quantitative,

soit qualitative ou alors guideline étaient utilisées. Assurément, ces grilles ont pour objectifs de résumer le contenu des articles, ainsi que de permettre d'évaluer de manières critiques leur pertinence quant à ce travail.

Résultats

Ce chapitre expose une synthèse des résultats des articles analysés visant à répondre à la question PICO. Les résultats présentés découlent d'analyses minutieuses tirées d'articles scientifiques sélectionnés de manière à fournir un lien logique avec le problème de recherche. (Fortin & Gagnon, 2016)

Articles retenus

Cette revue non systématique de littérature comporte six études scientifiques présentant différents devis. Une étude s'appuie sur un devis qualitatif (Sheperd et al., 2012), quatre études exploitent un devis quantitatif (Ishii et al., 2010) dont deux études transversales (Ertekin et al., 2015 ; Meesters et al., 2013) et un essai clinique randomisé en grappe (McCabe et al., 2016). La dernière étude est une guideline (Addington et al., 2017).

Caractéristique de ces articles

Ces articles furent publiés entre 2010 et 2017. L'un d'eux provient d'Hollande (Meesters et al., 2013), trois viennent d'Amérique du Nord (Ishii et al., 2010 ; Addington et al., 2017 ; Sheperd et al., 2012), un de Turquie (Ertekin et al., 2015) et un du Royaume-Uni (McCabe et al., 2016). Les articles choisis ont tous allégué aux critères d'inclusions et d'exclusions décrits dans le chapitre « méthodologie ». En dépit de trouver des articles répondants directement à la problématique initiale, un panel d'articles traitant individuellement des différentes thématiques engagées dans ce travail ont été sélectionnés. Ertekin et al., (2015) et Meesters et al., (2013) furent inclus, car ils abordent le concept de qualité de vie. Sheperd et al. (2012) mettent en avant leur perception par rapport à ce concept. Ishii et al., (2010) ainsi que McCabe et al., (2016) apportent des réponses quant aux facteurs influençant la relation thérapeutique et amènent des pistes d'amélioration. Addington et al., (2017)

proposent plusieurs interventions en lien avec la psychose. Hormis la guideline, les cinq autres articles n'ont pas le niveau de preuves le plus élevé, car ce ne sont pas des revues systématiques de littérature. Néanmoins, elles ont le plus haut niveau de preuve possible concernant les études individuelles.

L'approbation éthique a été étudiée pour chacun des articles. En effet, tous les articles ont été validés par un comité éthique.

Présentation des articles

L'étude quantitative de Ertekin et al. (2015), s'intéresse à la qualité de vie et la dépression des patients schizophrènes vivant en établissements médico-sociaux. Non seulement les objectifs de cette étude sont d'évaluer la qualité de vie et le niveau de dépression chez les personnes schizophrènes âgées, mais encore les facteurs liés à ceux-ci. De plus, une distinction est faite entre le groupe d'intervention (n=34) résidant en EMS et le groupe contrôle (n=34) vivant à domicile avec leur famille.

L'étude de Meesters et al. (2013), recherche à répondre aux questions suivantes :

1. Quel est le niveau de la subjective quality of life (SQOL) et sa variabilité parmi les participants ?
2. Quelles variables prédisent la subjective quality of life et dans quelle mesure celles-ci chevauchent-elles leurs effets sur la subjective quality of life ?
3. Quelle partie de la variance du SQOL s'explique par les variables combinées ?

Trois domaines de variables prédictives (démographique, cliniques, social) comprenant 17 variables indépendantes ont été documentés parmi un échantillon de (n=177) patients âgés de 60 ans et plus atteints de schizophrénie. Les données démographiques ont été tirées des dossiers médicaux et confirmées lors des entrevues en personne. Plusieurs échelles ont été utilisées durant cette étude, mais seulement cinq d'entre elles ont amené des résultats significatifs.

L'étude de Shepherd et al. (2012), permet grâce à des entretiens menés auprès de personnes âgées, en moyenne entre 52 ± 72 ans, atteintes de schizophrénies, de relever la perception des participants ($n=32$) quant à leur propre expérience sur la maladie tout au long de leur vie.

Dans l'étude d'Ishii et al., (2010) L'objectif principal était d'identifier des cibles d'interventions efficaces pour les comportements de rejet de soins, en déterminant les caractéristiques potentiellement modifiables associées aux comportements de rejet de soins. 3'230 résidents provenant de 71 EMS ont été sélectionnés pour participer à l'étude. Seul 312 d'entre eux faisaient partie du groupe rejetant les soins, 47 d'entre eux avaient moins de 65 ans, 151 avaient entre 65 et 84 ans et 114 en avaient plus de 85 ans. Les chercheurs ont par la suite analysé séparément chaque caractéristique des résidents pour déterminer s'il y avait une association possible avec les comportements de rejet de soins. Les variables, qui présentaient une significativité à un niveau alpha de 0,25 dans l'analyse bivariée, ont été prises en compte dans l'analyse de régression multiple.

L'étude de McCabe et al. (2016) est portée sur la faisabilité d'un programme de formation favorisant la communication dans le contexte psychiatrique, ainsi que les moyens efficaces pour autonomiser les patients. Le but de la formation était également que les psychiatres ($n=25$) se sentent plus confiants dans la communication avec les patients atteints de psychoses à la fin de la formation. Afin qu'ils acquièrent des nouvelles compétences de communication et qu'ils favorisent la relation thérapeutique.

Pour mieux comprendre l'étude, la formation visait à :

- Comprendre le patient avec des expériences psychotiques.

- Acquérir des techniques de communication pour traiter les symptômes positifs et négatifs.
- Favoriser l'autonomisation du patient.
- Faciliter la participation du patient à la prise de décision concernant les médicaments.

Addington et al. (2017) ont rédigé une guideline ayant pour objectif d'identifier les caractéristiques et les composantes d'un système complet de services pour les personnes atteintes de schizophrénie. Cette guideline comprend dix-neuf recommandations dont le niveau de preuve varie. Néanmoins, les sept recommandations retenues présentent un niveau hautement probant et permettent d'amener des pistes d'actions en lien avec la question de recherche.

Présentation des instruments de mesure

Les études utilisent de nombreuses échelles et questionnaires de mesure : une échelle *Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients* (QLSSP) évalue la qualité de vie des schizophrènes (Ertekin et al., 2015) ; La qualité de vie est également évaluée via l'évaluation abrégée de la qualité de vie de Manchester (MANSA) (Meesters et al., 2013) ; L'instrument *Calgary Depression Scale for Schizophrenia* (CDSS) évalue la dépression chez les schizophrènes (Ertekin et al., 2015), ainsi que l'échelle *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D) (Meesters et al., 2013) ; L'échelle *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS) évalue la psychose des participants (Meesters et al., 2013 ; Ertekin et al., 2015 ; McCabe et al., 2016) ; Le niveau de fonctionnement social est évalué par l'échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (SOFAS) (Meesters et al., 2013) ; L'outil *Quality of Life Scale for Schizophrenia Patients* (QLSSP) identifie la richesse des

expériences personnelles, la qualité des relations interpersonnelles et le niveau de productivité des schizophrènes (Ertekin et al.,2015) ; La relation thérapeutique est déterminée par l'échelle (STAR) (McCabe et al., 2016) ; L'état cognitif global est évalué par le Mini Mental State Examination (MMSE) (Meesters et al., (2013).

Présentation des thématiques

Les résultats retenant notre intérêt aux fins de satisfaire cette revue de littérature sont classés en quatre catégories distinctes. Cette structuration nous permet d'avoir une vision claire et organisée des résultats traités.

Le tableau ci-dessous regroupe les trois thématiques nécessaires dans l'objectif de répondre à notre problématique de recherche qui est :

**Quel est l'accompagnant favorisant la qualité de vie des personnes âgées
de 65 ans et plus, atteintes de troubles psychotiques et résidant en
établissements médico-sociaux ?**

Thématiques	Auteurs des résultats
Qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques.	Ertekin et al., (2015) Meesters et al., (2013) Shepherd et al., (2012)
La relation soignant-soigné -Facteurs influençant la relation -Pistes d'amélioration pour la relation soignant-soigné	Addington et al., (2017) McCabe et al., (2016) Ishii et al., (2010) Shepherd et al., (2012) Meesters et al., (2013)
Perception des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques sur leur maladie	Addington et al., (2017) McCabe et al., (2016) Ertekin et al., (2015) Shepherd et al., (2012)

Qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques

Selon l'étude de Ertekin et al. (2015), les participants de l'étude sont des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques et résidant en EMS. Ces derniers ont démontré une qualité de vie très significativement diminuée ($p < 0.001$) en comparaison avec le groupe contrôle qui n'était pas institutionnalisé et jouissait de leurs proches présents. En effet, une institutionnalisation diminue les interactions sociales très significativement ($P < 0.001$). Les interactions sociales sont un des éléments favorisant la qualité de vie (Ertekin et al., 2015). L'étude de Meesters et al.

(2013) relève qu'un niveau de fonctionnement social élevé, l'existence d'un réseau social, la présence d'une personne de confiance dans l'entourage sont corrélés de manière positive à la qualité de vie. Dans l'analyse de régression multivariable uniquement les résultats de « SOFAS » affirment de manière significativement ($P=0.003$) qu'il y a une corrélation positive entre le niveau de fonctionnement social et la « SQUOL ».

Le score obtenu par l'échelle « SOFAS » auprès de la population était de 52.4 avec un écart type de 13,2, sachant qu'un score égal ou plus grand que 61 indique que le participant a peu ou pas du tout de capacité social. Selon les auteurs, ces chiffres indiquent donc de faibles capacités sociales pour la population-cible (Meesters et al., 2013).

Shepherd et al. (2012) ont relevé que la plupart des participants décrivaient de l'isolement social. Néanmoins, quelques-uns ont entretenu des contacts réguliers avec les membres de leur famille ou de leur réseau social. Par contre, ils ont démontré des possibilités limitées pour la sociabilisation et de la peur d'être rejetés ou être victimes de discrimination. En effet, ils se méfiaient d'interagir avec les gens en dehors des environnements familiaux. Les personnes interrogées ont montré de l'inquiétude au sujet de présenter des symptômes de la maladie en public. « *Je m'isole, parce que je ne me sens pas à l'aise avec la plupart des gens* » (Shepherd et al., 2012).

Ertekin et al. (2015) affirment que des relations sociales diminuées ajoutées aux symptômes de la maladie, de même que le manque d'activité, affectent la qualité de vie des personnes atteintes de troubles psychotiques en EMS. Meesters et al. (2013) appuient cette affirmation en démontrant de manière significative qu'un score PANSS positif élevé ($p=0.02$) est négativement corrélé à une bonne qualité de vie subjective.

L'étude de Meesters et al. (2013) nous indique que les participants ont significativement peu de symptômes positifs impactant par conséquent sur la qualité de vie.

Ensuite, une augmentation de la dépression, mis en avant par l'outil CDSS, est très significativement (<0.001) corrélée au groupe d'intervention résidant en EMS en comparaison au groupe contrôle vivant à domicile avec leur famille (Ertekin et al., 2015). Meesters et al. (2013) démontrent qu'un score CES-D, évaluant le niveau de dépression, diminue très significativement ($p<0.001$) la qualité de vie subjective des participants. De même qu'un déficit cognitif implique très significativement (<0.01) une diminution de la qualité de vie subjective. Néanmoins, l'étude de Meesters et al. (2013) indique que les participants ($n=107$) étant des personnes schizophrènes de plus de 60 ans sont faiblement dépressifs et ont une fonction cognitive préservée selon les échelles CES-D et MMSE. En effet, le score CES-D est de 16.3 avec un écart type de 11.8 alors que l'échelle indique que le score le plus élevé est de 60. Cette échelle étant une auto-évaluation de la dépression, cela démontre que seule une faible partie de la population ($16.3/60$) estime être dépressif. Le même constat est relevé avec l'échelle MMSE, avec un score de 28 pour un score maximal de 60 (Meesters et al., 2013).

Les variables significatives des domaines cliniques et sociaux sont prédictives à 53% de la SQOL, cela étant une valeur non négligeable.

La relation soignant-soigné

Facteurs influençant la relation

La dépression et les symptômes positifs influencent négativement la qualité de vie (Meesters et al., 2013 ; Ertekin et al., 2015). En plus de cela, Ishii et al. (2010) notent que ces derniers ajoutés aux troubles cognitifs sont des facteurs de risque pour les rejets de soins.

Parmi ces facteurs pouvant occasionner des rejets de soins, l'illusion et les délires qui sont des caractéristiques des troubles psychotiques obtiennent tous les deux des résultats très significatifs ($P=0.001$). L'odd ratio évaluant le risque attribuable, prédit que l'illusion (19.29%) a plus de risque d'être un facteur favorisant les rejets de soins en comparaison aux délires (5.30%).

Pistes d'amélioration pour la relation soignant-soigné

McCabe et al. (2016) évaluent l'aspect de la relation thérapeutique avec une échelle adaptée (STAR) dans leur étude. Celle-ci témoigne d'une différence significative entre le début et la fin de la formation chez le thérapeute visant à améliorer sa confiance en lui, en termes de communication avec les patients atteints de psychoses. La qualité de la relation thérapeutique est améliorée significativement dans le groupe d'intervention en comparaison au groupe témoin ne bénéficiant pas de la formation obligatoire. Le programme préconisé par McCabe et al. (2016) favorise entre autres l'autonomisation du patient et facilite la participation du patient à la prise de décision concernant les médicaments. En complément à cela, Addington et al. (2017) recommandent de travailler en partenariat avec les personnes malades ainsi que leurs proches. L'établissement d'une relation de soutien et d'empathie

favorise la relation thérapeutique nécessaire pour la prise en soins. Il est préconisé d'offrir des soins et des traitements dans une atmosphère donnant de l'espoir, de l'optimisme, orienté vers le rétablissement. La promotion de la participation active de ces derniers dans la décision des traitements favorise l'autonomisation et l'autogestion du patient. Shepherd et al. (2012) relèvent qu'un des sous-groupes de participants à l'étude qualitative ont exprimé de l'espoir quant à leur présent et leurs perspectives d'avenir. Ces personnes étaient fières de leur capacité à participer à des activités normales. Ainsi, selon Ertekin et al. (2015), les résidents avec des troubles psychotiques ont très significativement ($p < 0.001$) peu d'activité en comparaison avec le groupe contrôle vivant à domicile, ce qui affecte leur qualité de vie.

Ensuite, selon le programme de McCabe et al. (2016), il est préconisé d'acquérir des techniques de communication pour traiter les symptômes positifs et négatifs et ainsi favoriser la relation thérapeutique. Addington et al. (2017) recommandent d'éviter d'utiliser un langage professionnel, de s'assurer que l'information écrite est disponible dans un langage approprié ou en format audio si possible. De plus, il est suggéré de fournir des interprètes ou une liste de professeurs pouvant communiquer dans la langue parlée par les personnes ayant des difficultés de communication d'origine linguistique.

Perception des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques sur leur maladie.

Dans l'étude de Shepherd et al. (2012), les participants corrélaient les débuts de la maladie avec un environnement social et familial chaotique. Pour illustrer cela, des situations de vie instable, des expériences traumatisantes ou des membres de la famille souffrant de maladie mentale étaient décrits par les participants. De plus, de nombreuses pertes sont décrites par ces derniers. L'échantillonnage mentionnait une

confusion en lien avec l'apparition des premiers symptômes et la réaction d'autrui face à ceux-ci. « *Lorsque vous êtes étiqueté comme schizophrène ou que vous avez des psychoses [...] vous êtes comme dans un cauchemar et personne ne peut vous aider, car personne ne vous comprend* ». McCabe et al. (2016) préconisent de favoriser la compréhension du patient avec des expériences psychotiques, dans leur programme. Cette intervention a pour objectif d'améliorer la relation thérapeutique avec ces derniers.

La description de la maladie en milieu de trajectoire s'articulait autour d'adaptations sociales et environnementales, ainsi qu'une amélioration des symptômes en lien avec de meilleures connaissances de la maladie étaient décrites. C'est pour cela qu'une majorité des participants estimaient que leurs symptômes étaient devenus plus simples à gérer et moins perturbateurs. (Shepherd et al., 2012)

Par ailleurs, Shepherd et al. (2012) ont également évoqué une longue période transitoire après les premières expériences avec la pathologie psychiatrique. En effet, cette transition visait à faire face aux différentes hospitalisations, aux recherches de médication adaptée, à la rue, aux incarcérations, aux problèmes familiaux et aux manques ou absences de soutien. Pour ce qui est de l'hospitalisation d'un patient, Addington et al. (2017) conseillent de se soucier de l'impact que cela aura sur la personne, ses aidants et les autres membres de sa famille. Si l'admission est inévitable, il faut s'assurer que le cadre est adapté à la personne ainsi qu'à son niveau de vulnérabilité, toutefois, il faut également soutenir les aidants.

Les participants interrogés dans l'étude de Shepherd et al. (2012) ont décrit les mesures qu'ils ont pris pour s'adapter à la schizophrénie, ce qui leur ont permis de gagner en compréhension de la maladie contribuant à l'amélioration de leur situation de vie. Pour cela, Addington et al. (2017) proposent de prodiguer des soins complets

à toutes les phases de la maladie. Pour ce faire, un plan de soins pour les personnes atteintes de schizophrénie devrait être organisé en fonction du type de la population, mais également selon leurs besoins en termes de traitement. De plus, les établissements prodiguant ces soins devraient y inclure des soins résidentiels communautaires.

Tous les participants de l'étude de Shepherd et al. (2012) étaient cohérents en ce qui concerne leurs expériences en début ou milieu de la maladie. La population faisant partie du sous-groupe impliquant le désespoir, bien qu'ils aient une meilleure compréhension de la maladie, ils montraient du regret sur leurs incapacités à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. « *Je me reproche de ne pas être assez intelligent pour faire certaines choses, faire plus d'argent ou avoir les mêmes choses que d'autres personnes ont* ». Le sous-groupe axé sur l'acceptation semblait avoir accepté leur situation et ils ne se sentaient plus en marge par rapport à la « norme » imposée par la communauté. Tandis qu'un autre sous-groupe évoquait de l'espoir et de l'optimisme. Ertekin et al. (2015) indiquent que les richesses des expériences personnelles sont corrélées positivement à la qualité de vie. C'est pourquoi le groupe d'intervention de l'échantillon ayant moins de richesse de leurs expériences que le groupe contrôle, ont une qualité de vie diminuée ($p < 0.001$) (Ertekin et al., 2015).

Discussion

Cette revue non systématique de la littérature apporte une contribution quant à l'accompagnement favorisant la qualité de vie des personnes âgées de plus de 65 ans, atteintes de troubles psychotiques et résidant en EMS. Ce chapitre comprend une discussion des résultats en lien avec les cadres de référence qui sont les relations interpersonnelles en soins infirmiers (Peplau, 1995), les cinq fonctions du milieu (Gunderson, 1978), les forces et limites de notre travail, les réponses à notre question de recherches, ainsi que les recommandations pour la pratique et les perspectives de recherche ultérieures.

Relations interpersonnelles

Le cadre de référence de Hildegarde Peplau a pour fonction, dans cette revue de littérature étoffée, de guider les résultats. Cette théorie, présente dans les unités où nous avons effectué nos différents stages, nous a souvent aidé lors de nos interactions avec les patients.

Relation soignant-soigné

Peplau (1995) explique que les soins infirmiers constituent une démarche interpersonnelle thérapeutique qui comprend des actions requérant la participation du soignant et du soigné afin de mettre en place un partenariat. L'étude de McCabe et al (2016) confirme cet aspect de la théorie par le biais d'un programme favorisant l'autonomisation et la participation active du patient dans sa prise en soins. Ce programme a très significativement amélioré la relation soignant-soigné. Ajouté à ça, Addington et al. (2017) recommandent également de travailler en partenariat avec les patients ainsi que leurs proches.

Le rôle de leader encourage la participation active de tous les partis. Effectivement, avoir des compétences d'experte en soins, de communicatrice, de collaboratrice ou de manager sont essentielles, afin de garantir une observation de qualité, une communication adaptée et une collecte de données réfléchies dans le processus de soins (Peplau, 1995).

En effet, McCabe et al. (2016) rejoignent le rôle de leader et préconisent d'acquérir des techniques de communication spécifiques pour traiter les symptômes positifs et négatifs et ainsi favoriser la relation thérapeutique.

Pour compléter, Addington et al. (2017) recommandent de s'adapter au niveau de compréhension de la personne soignée, dans le but qu'elle puisse comprendre et donc se sentir concernée par la prise en charge de sa santé.

Afin de faciliter la compréhension de la personne soignée quant à sa maladie, il est important d'avoir de bonnes connaissances sur l'individu. Une observation professionnelle et une récolte de données sont nécessaires pour cela. Un génogramme, une ligne de vie et une écocarte permettent d'obtenir des informations essentielles sur le patient. Ces différents outils sont couramment utilisés par les professionnels de la psychiatrie et de la gériatrie. Par la suite, l'infirmière se doit d'avoir des connaissances et des outils pour transmettre les informations de manière adaptée et selon les besoins du résident. Pour cela, elle peut utiliser les 4R¹ de Carl Rogers, (1968), l'écoute active, (Rogers, 1968), la validation de Gunderson (1978), l'empathie, la congruence, l'authenticité et le non-jugement (Carper, 1978). Ces moyens facilitent l'expression de la personne soignée et améliorent la relation thérapeutique. Bien entendu, si le résident présente des lacunes dans la maîtrise de la langue française, l'infirmière peut faire appel à des interprètes formés, ce qui a

¹ Reformuler, Résumer, Recontextualiser, Renforcer

également été préconisé par Addington et al. (2017). Il est important d'avoir une bonne compréhension entre les deux partis si l'on veut pouvoir travailler en partenariat et rendre le résident acteur de sa prise en soin. Cependant, il est important de tenir compte du fait que la personne âgée ayant des troubles psychotiques ont une atteinte des processus de la pensée, il est donc possible qu'elle ne puisse pas assimiler toutes les informations en une seule fois. Dans cette situation, il serait judicieux de fractionner les informations que l'infirmière doit transmettre au résident en plusieurs entretiens. De plus, il faudrait évaluer ce que la personne comprend et le répéter plusieurs fois si nécessaire. Changer la manière dont cela a été expliqué peut s'avérer nécessaire pour favoriser l'apprentissage.

Perceptions

Shepherd et al. (2012) ont également évoqué la transition qui visait à faire face aux différentes hospitalisations et expériences personnelles. Addington et al. (2017) conseillent de se soucier de l'impact qu'une hospitalisation ou une institutionnalisation aura sur la personne, ses aidants et les autres membres de sa famille. Si l'admission est inévitable, il faut s'assurer que le cadre est adapté à la personne ainsi qu'à son niveau de vulnérabilité, toutefois il faut également soutenir les aidants. C'est pourquoi le rôle de la personne-ressource de Peplau (1995) prend son sens. En effet, c'est grâce à sa formation complète et réflexive que l'infirmière parvient à répondre aux besoins du patient et ainsi à se lier de manière thérapeutique avec le soigné (cf. relations interpersonnelles). De surcroît, les cinq fonctions du milieu de Gunderson (1978) peuvent s'appliquer en cas d'hospitalisations du résident. Il serait important d'avertir le service accueillant le résident du plan de soins basé sur ces fonctions et élaborées en partenariat. L'infirmière référente devrait idéalement collaborer avec le service afin d'adapter la prise en soins à la situation.

Addington et al. (2017) proposent de prodiguer des soins complets à toutes les phases de la maladie. Pour ce faire, un plan de soins personnalisé et élaboré en partenariat pour les personnes atteintes de schizophrénie est indispensable. Peplau (1995) développe cet aspect dans les différentes phases favorisant la relation interpersonnelle. Effectivement, il est essentiel d'amorcer la participation en prenant en compte ses besoins comme le décrit la phase d'orientation. Ensuite, les différentes phases vont permettre au patient d'identifier et de mettre en place des objectifs en partenariat avec le soignant. Ces derniers ont pour but d'exploiter les éléments à disposition du patient afin d'aller jusqu'à une résolution. Ajouté à ça, la fonction de soutien permettrait à la personne de rester dans ce processus, car elle permet d'augmenter la confiance en soi du résident. La validation lui montrera ses efforts, ses capacités et ses accomplissements. La fonction de la structuration sera utilisée pour adapter le plan de soins dans le but qu'il soit au plus proche des besoins de la personne.

Dans l'étude de Shepherd et al. (2012), les participants assimilaient les débuts de la maladie avec un environnement social et familial chaotique, ainsi que des expériences de vie difficiles. Dans leur programme, McCabe et al. (2016) favorisent la compréhension, de la part des soignants, des patients qui ont eu ou qui ont encore des expériences psychotiques. Pour cela, il est essentiel d'assimiler correctement les éléments qui composent la formation proposée par McCabe et al. (2016).

Passé un certain âge, les personnes atteintes de troubles psychotiques manifestent moins de symptômes positifs. Il est néanmoins nécessaire de s'intéresser aux expériences psychotiques passées pour renforcer l'alliance thérapeutique. En effet, il est possible que le résident ait vécu des traumatismes, en lien avec ses symptômes psychotiques, et qui engendreraient aujourd'hui certains comportements comme de l'isolement ou des craintes face à certaines situations. S'intéresser au vécu

de la pathologie aidera l'infirmière à avoir une meilleure vision d'ensemble du résident et elle pourra ainsi adapter son cadre thérapeutique à ses besoins. Cet intérêt porté à la personne a également pour objectif d'améliorer la relation thérapeutique avec ce dernier. Dans la théorie intermédiaire de Peplau (1995), le rôle d'assistante psychosocial favorise les comportements réfléchis du patient. Ce rôle consiste à aider le patient à comprendre pleinement ce qui lui arrive en termes d'expériences passées ou actuelles. Il serait alors utile de développer ce rôle auprès du résident.

Shepherd et al. (2012) montraient que le sous-groupe impliquant le désespoir, bien qu'il ait une meilleure compréhension de la maladie, exprimait du regret sur leur incapacité à atteindre les objectifs fixés. Peplau (1995) décrit que le patient peut éprouver des frustrations lorsque des obstacles entravent la réalisation de ses objectifs. Par conséquent, l'infirmière qui parvient à évaluer et identifier les attitudes découlant de ces frustrations, est en meilleure posture pour envisager avec le patient de nouvelles techniques pour surmonter ses difficultés. Pour y faire face, l'infirmière et le résident peuvent se mettre d'accord sur des objectifs convenant aux capacités de celui-ci, dans le but qu'il ressente un sentiment de satisfaction et de sécurité.

Les fonctions du milieu (1978)

Qualité de vie

La fonction de structuration, selon Gunderson (1978) consiste, comme son nom l'indique, à structurer l'environnement de la personne avec notamment un cadre thérapeutique. Dans le contexte de l'EMS, les soins du matin, les repas, les animations et les soins du soir rythment les journées. On peut donc retrouver cet aspect de structure qui rend l'environnement prévisible et sécurisant, conseillé par

Gunderson. Or, dans l'étude d'Ertekin et al. (2015), il est dit que les personnes âgées, souffrant de schizophrénie et institutionnalisées, ont une moins bonne qualité de vie. Qui plus est, selon Ertekin et al. (2015), les personnes psychotiques résidant en EMS ont plus de chance de souffrir de dépression que les individus vivant à domicile, entourées de leur famille. Meesters et al., (2013) confirment que les personnes âgées avec des troubles psychotiques ne vivant pas en EMS, estimaient être peu dépressifs. Il est donc important de prendre en compte cet aspect lors de la prise en soins, car la dépression implique un risque de suicide pour la personne concernée par la maladie.

Nous pouvons donc faire l'hypothèse que le cadre actuellement mis en pratique dans les EMS n'est peut-être pas adapté aux résidents ayant des troubles psychotiques. Avoir un cadre journalier est bénéfique pour les personnes atteintes de troubles psychotiques, car il procure un sentiment de sécurité comme le décrit Gunderson (1978). Toutefois, la structuration de la journée actuellement pratiquée dans les EMS n'est souvent pas pensée pour des personnes souffrant de psychoses. D'après nos expériences professionnelles, nous avons pu constater que les imprévus ou les retards induisaient du stress et de la frustration chez ces personnes. L'infirmière doit donc structurer la journée de ces résidents en fonction de cet aspect.

Cette péjoration de la qualité de vie pourrait également être due à la diminution des interactions sociales engendré par l'institutionnalisation, comme le relève Ertekin et al. (2015). De plus, l'étude de Meesters et al. (2013) dit que c'est l'association des domaines cliniques et sociaux qui sont prédictifs à 53% de la qualité de vie subjective, et l'on sait qu'une qualité de vie diminuée peut engendrer de la dépression. Nous pouvons donc affirmer que les relations sociales ont un réel impact sur la qualité de vie. En effet, Meesters et al. (2013) ont également relevé que les relations sociales ont un impact sur la qualité de vie, que cela soit de manière positive ou négative. Mais Shepherd et al. (2012) mettent en lien cet aspect avec la peur de ces personnes à

montrer leurs symptômes en public, engendrant ainsi de l'isolement social. Dans l'étude de Meesters et al. (2013) portant sur les personnes âgées et atteintes de schizophrénie, il n'est pas précisé ce qui influence leurs relations sociales et n'apporte donc pas de piste à ce sujet. La diminution des interactions sociales en institution nommée par Ertekin et al. (2015) pourrait donc être dû à cette peur citée par Shepherd et al. (2012). Les fonctions de mobilisation, de soutien et de validation de Gunderson (1978) pourraient donc être utilisées pour favoriser l'intégration de ces personnes à la vie communautaire de l'institution et les inciter à se sociabiliser, comme il est recommandé par Addington et al. (2017). Ces fonctions pourraient être mises en pratique par le biais d'animations, la mobilisation consisterait à encourager le résident à participer à ces activités et à mettre en avant ses compétences, le soutien serait de proposer des animations qui conviennent aux capacités de la personne et qu'il est à même de réussir. La validation de ses efforts, ainsi que de ses capacités de sociabilisation serait utilisée pour augmenter l'estime de soi de la personne et garantir l'aspect positif de ces activités. Qui plus est, ces interventions auraient un effet bénéfique sur l'estime de soi. Car comme le dit l'étude de Shepherd et al. (2012), certains participants avaient des regrets quant à leurs incapacités à atteindre leurs objectifs contrairement aux participants qui eux étaient plus axés sur l'acceptation. Ceci a été appuyé par Ertekin et al. (2015) qui disent que les expériences personnelles ont une influence sur la qualité de vie.

Relation soignant-soigné

Grâce à Ishii et al. (2010), nous savons que certaines caractéristiques des troubles psychotiques peuvent engendrer un rejet des soins, ce qui peut entacher la relation soignant-soigné. De par nos expériences personnelles en EMS, ce sont ces comportements qui peuvent induire des contres-attitudes de la part des soignants.

Ces dernières pourraient avoir pour conséquence que les soignants mettent une distance entre le résident et eux-mêmes, précipitant ainsi l'isolement de ces derniers.

Ces comportements peuvent rappeler le rôle d'étrangère qui implique une mauvaise connaissance mutuelle entre le soignant et le soigné (Peplau, 1995). L'alliance thérapeutique est difficile et longue à instaurer pour des personnes souffrant de troubles psychotiques de type paranoïa. L'infirmière se doit donc de prodiguer des soins en prenant en compte les principes de justice, de bienveillance, de non-malfaisance et d'autonomie. Par conséquent, il est obligatoire de prendre en soins de manière adaptée tous les patients, peu-importe leur origine, leur maladie, leur personnalité, leur culture et leurs valeurs. En plus de cela, il est important pour les soignants de comprendre et d'analyser leur propre contre-attitude, leurs peurs et d'y donner du sens.

De plus, nous faisons l'hypothèse que les soignants travaillant en EMS n'ont pas les mêmes connaissances à l'égard de ces pathologies que ceux qui travaillent en psychiatrie, ce qui pourrait expliquer ces comportements. Dans le domaine de la gériatrie, l'infirmière, étant la leader de l'équipe intradisciplinaire, collabore avec un grand nombre de soignants ayant d'autres formations. Cela peut expliquer le manque de connaissances dans les équipes gériatriques. L'infirmière HES a les compétences pour aller chercher des informations et a également des formations continues à sa disposition tel que le CAS en psychogériatrie. Par ce biais, elle peut apporter des connaissances supplémentaires aux équipes quant aux attitudes à avoir envers ces résidents. Elle peut donc partager ses connaissances avec l'équipe afin de promouvoir des soins de qualité. Des formations complémentaires pourraient changer la manière de fonctionner dans certaines équipes vis-à-vis des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques en EMS.

En complément à cela, l'utilisation de la validation par les soignants leur permettrait de mieux comprendre le vécu de ces personnes. En effet, le fait de valider les ressentis du résident et de l'amener à considérer ses hallucinations comme une expression de la pathologie aurait également un impact positif sur les soignants. Cela les amènerait à accepter les caractéristiques de la personne et la considérer dans son ensemble.

L'étude de McCabe et al. (2013), appuyée par Addington et al. (2017), met en avant le fait de favoriser l'autonomisation du patient et de l'intégrer à la prise de décision est bénéfique pour ces personnes. Ceci serait tout à fait possible avec la fonction de mobilisation. Il serait également envisageable de mettre au point un plan de crise conjoint en cas de manifestations trop importante de la pathologie, mettant en danger l'intégrité du résident ou d'autrui. Ce plan serait inspiré de la fonction de contention décrite dans « cadre de référence ». Le plan de crise conjoint doit être fait en partenariat avec le résident et respecter les principes éthiques ainsi que les droits du patient.

Perception

Dans l'étude de Shepherd et al. (2012), les participants disent avoir pris des mesures pour s'adapter à leur maladie. Ce qui leur a permis de gagner en compréhension et de contribuer à l'amélioration de leur situation. Nous pouvons faire l'hypothèse que notre population cible aurait également développé des stratégies pour s'adapter à leurs troubles psychotiques. Il serait intéressant d'investiguer cela auprès des résidents. Car ces stratégies ne sont peut-être pas adaptées au milieu de l'EMS, il faudrait donc les évaluer. Si leurs stratégies peuvent être applicables au

contexte, la mobilisation, le soutien et la validation seraient utilisés afin de les inciter à utiliser leurs stratégies, cela renforcerait également leur confiance en eux.

Forces et limites

Tous les articles sélectionnés ont été rédigés il y a moins de dix ans. Ces articles actuels sont vus comme étant une force pour l'élaboration de notre revue de littérature non systématique. Les six articles choisis ont été rédigés dans des pays où les systèmes de santé sont avancés et se rapprochent de celui de la Suisse. Il semble donc envisageable de transférer les résultats et la discussion de ceux-ci dans le contexte de santé Suisse. De plus, nous avons constaté que les résultats répondent de manières pertinentes à notre question de recherche.

Les théories choisies et reconnues dans le domaine infirmier rejoignent les résultats présentés et apportent de la crédibilité via des pistes d'action adaptées.

Une des limites de ce travail est le nombre d'articles utilisés afin de répondre à notre question de recherche. Dans le but d'élever le niveau de preuve de notre revue non systématique de littérature, un nombre supérieur d'études est nécessaire. Ajouté à cela, notre thématique reste peu explorée au niveau scientifique. Par conséquent, il nous a été difficile de trouver plus de six articles adaptés.

Réponses à la question de recherche

Grâce aux résultats des différents articles analysés et du cadre théorique, nous affirmons que cette revue non systématique de littérature répond à notre question de recherche qui est : « Quel est l'accompagnement favorisant la qualité de vie des personnes âgées de 65 ans et plus, atteintes de troubles psychotiques et résidant en

établissements médico-sociaux ? ». Nous présentons sous forme de tableau les différentes pistes d'action, séparées en différentes catégories, répondant à cette question. Bien entendu, chacune de ces actions sont liées et auront également des répercussions positives sur les autres catégories.

Thématiques	Actions
<p>Réseau social du résident</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer le résident à la vie communautaire de l'institution en : <ul style="list-style-type: none"> • L'invitant à participer à des activités ou animations adaptées à ses capacités et respectant ses limites. • S'inspirant de la fonction de mobilisation, de soutien et de validation de Gunderson pour y parvenir. • Développant son rôle de leader, décrit par Peplau et l'utiliser. • Inclure les proches dans la prise en soin : <ul style="list-style-type: none"> • Utiliser une écocarte afin d'identifier les personnes importantes pour le résident • Encourager le-res résident/proches à maintenir ces liens
<p>Manifestations et expériences du trouble psychotique</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acquisition de techniques de communication spécifiques pour traiter les symptômes positifs et négatifs par l'intermédiaire de formations continues • Développement et utilisation du rôle éducatif décrit par Peplau. • En cas d'hospitalisation : <ul style="list-style-type: none"> • Se soucier de l'impact que cela aura sur la personne et son entourage. • S'assurer également que le cadre est adapté à la personne ainsi qu'à son niveau de vulnérabilité et soutenir les aidants.

La relation thérapeutique	<ul style="list-style-type: none"> • Travailler en partenariat avec le résident pour élaborer son plan de soin en : <ul style="list-style-type: none"> • Utilisant des outils de recueil de données tel que des génogrammes, des écocartes et des lignes de vie • S'adapter au rythme de la personne et à son processus intellectuel • Identifier les phases décrites par Peplau (1995). • Adopter le bon rôle infirmier (Peplau 1995) selon la phase identifiée et le besoin du résident. • S'inspirer et utiliser les fonctions de de structuration, de soutien et de validation de Gunderson. • Respect des principes éthiques. • Adaptation au niveau de la compréhension de la personne soignée dans le but qu'elle puisse comprendre et donc se sentir concernée par la prise en charge de sa santé. <ul style="list-style-type: none"> • Fractionner les entretiens si nécessaire • Développer le rôle de personne ressource décrit par Peplau. • Développer la fonction de soutien et de validation décrit par Gunderson.
----------------------------------	--

Recommandations pour la pratique

Tout au long de notre travail de Bachelor, nous nous sommes intéressées à l'accompagnement favorisant la qualité de vie des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques et résidant en EMS. Nous avons pu renforcer l'importance d'intégrer le résident dans la vie communautaire et ainsi favoriser les interactions sociales. Il est important que l'infirmière référente du résident atteint de troubles psychotiques prenne un rôle de personne ressource, dans le but que le résident ne soit pas livré à lui-même et obtienne les informations à ses besoins. Ensuite, il est essentiel selon les différents articles et les théories utilisées d'avoir une relation thérapeutique solide avec le résident atteint d'une pathologie psychotique. Cette

relation thérapeutique est facilitée par le biais d'une communication adaptée et une implication active des deux partis visant le bien-être et les besoins du résident.

Les manifestations et expériences du trouble peuvent être interprétées de manière inadaptée par les équipes soignantes gériatriques. Un manque de compréhension et de connaissances quant aux troubles psychotiques de la personne âgée sont parfois relevés dans nos pratiques respectives et ne peuvent donc pas être généralisées. Peplau (1995) admet qu'une infirmière doit avoir des connaissances, des outils et des techniques afin de promouvoir une relation interpersonnelle de qualité et l'infirmière à la tâche de mettre à niveau son équipe intradisciplinaire.

Recommandations pour la recherche

L'élaboration de cette revue de littérature nous a permis de constater qu'il y a un manque d'études scientifiques traitant de la personne âgée atteinte de troubles psychotiques. Ce bilan nous a permis de dégager quelques thématiques pour des recherches ultérieures.

Devis	Thèmes
Quantitatif	<ul style="list-style-type: none"> -Evaluation des besoins en termes de spécialisations des soignants en santé mentale gériatrique. -Evaluation des connaissances des soignants au sujet des troubles psychotiques de la personne âgée. -Evaluation des relations interpersonnelles des personnes souffrant de psychoses résidant en EMS.
Qualitatif	<ul style="list-style-type: none"> -Perception des soignants quant aux troubles psychotiques de la personne âgée. -Perception des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques résidant en EMS. -Perception de la personne âgées atteintes de troubles psychotiques quant à son rétablissement.
Guideline	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en soins des personnes âgées atteintes de troubles psychotiques : Interventions infirmières

Conclusion

Pour conclure, cette revue non systématique de littérature nous a permis de nous apercevoir de ce que pouvait induire une institutionnalisation pour une personne souffrant de troubles psychotiques. De par nos expériences respectives en EMS, nous nous sommes déjà rendues compte de certaines problématiques, qui ont également été relevées par les chercheurs de nos différents articles tels que l'isolement ou encore des interactions sociales parfois inexistantes. Nous ne mesurons cependant pas l'ampleur que les éléments relevés par certains articles pouvaient avoir sur la qualité de vie. De plus, le besoin d'informations concernant la prise en soins de personnes atteintes de troubles psychotiques en EMS, est mis en avant dans ce travail. Effectivement, ce type de population sera de plus en plus institutionnalisé en EMS dans les années à venir. Nos recherches, la présentation et l'analyse des articles nous ont pris un temps conséquent, toutefois les articles que nous avons sélectionnés se complètent et amènent des pistes d'action intéressantes pour la pratique infirmière. De plus, nos expériences professionnelles dans le domaine de la gériatrie ont été une richesse pour accomplir ce travail, cela nous a permis d'analyser les résultats des différents articles en prenant en compte nos expériences pratiques. Après réflexion, la théorie intermédiaire d'Hélène Provencher concernant le rétablissement nous paraît également intéressant pour amener une autre vision à ce travail.

Ce travail nous a permis d'en un premier temps, d'enrichir nos connaissances à ce sujet, mais également de développer des compétences de professionnelles, d'expertes, de communicatrices, de collaboratrices et de managers. En effet, nous avons non seulement pu développer nos capacités de recherche lors de la méthodologie et la discussion nous a également permis d'accroître nos jugements cliniques. Dans nos futures vies professionnelles, ces compétences nous permettront de bien évaluer une situation en ayant une vision d'ensemble. De plus, la

méthodologie utilisée pour ce travail nous servira également à aller chercher des preuves EBN que nous pourrons ensuite mettre en pratique pour nos patients.

Pour terminer, le fait de travailler en binôme pour un travail comme celui-ci fut une expérience enrichissante. Nous avons dû nous adapter à la manière de travailler de l'autre, mais nous avons aussi à plusieurs reprises confronté nos idées. En effet, tout au long de ce travail, nous avons appris à collaborer et travailler ensemble et de manière organisée afin de concrétiser ce travail, en outre, notre intérêt commun pour la psychiatrie fut une force et nous a permis de persévérer et finaliser ce travail.

Références

Revues scientifiques:

Cella, D. F. (2007). Le concept de qualité de vie : les soins palliatifs et la qualité de vie.

Recherche en soins infirmiers, (1), 25-31

Davis, L. W., Eicher, A. C., & Lysaker, P. H. (2011). Metacognition as a predictor of therapeutic alliance over 26 weeks of psychotherapy in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 129(1), 85-90.

Ertekin, H., Er, M., Yardim, Y., Yayla, S., Akyol, E., & Sahin, B. (2015). Quality of life and Depression in Schizophrenia Patients Living in a Nursing Home. Dusunen Adam: *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, 213-221. doi :10.5350/dajpn2015280304

Frank, A. F., & Gunderson J. H. (1990). The Role of the Therapeutic Alliance in the Treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*.47, 228-236.

Ishii, S., Streim, J. E., & Saliba, D. (2010). Potentially Reversible Resident Factors Associated with Rejection of Care Behaviors: POTENTIALLY REVERSIBLE RESIDENT FACTORS. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1693-1700. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03020.x

Jacus, J., Martin, C., Ailleret-Jean, C., Courcet, L., Delmotte-Tsocanakis, G., Faraldi, B., Hamon-Vilvot, B., Heurteux, V., Labram, A., Lutzler, P., Planques, B., Rethore, V.,

- Trivalle, C., Fremont, P. (2001) Vieillissement cognitif des psychotiques chroniques. *La presse médicale*, 25 (1), 1246-1252.
- Lagodka, A. (2018). Psychotique vieieillissant? Déficits Cognitifs et Adaptation Sociale Chez Les Schizophrènes Âgés. *Santé Mentale*, 131, 25-65.
- McCabe, R., John, P., Dooley, J., Healey P., Cushing, A., Kingdon, D., Bremner, S., & Priebe, S. (2016). Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO) : cluster randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 515-524. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179499
- Meesters, P. D., Comijs, H. C., de Haan, L., Smit, J. H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. *Schizophrenia Research*, 147(2-3), 275-280. doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.030
- Mendez, M., Von Gunten, A., Antunes, M. (2015). Schizophrénies et troubles délirants tardifs à l'âge avancé. *Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé*, 113-125.
- Morandi, S., Bonsack, C., (2011). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrénie par un suivi intensif dans le milieu. Lausanne, Suisse: CHUV.
- Nadot, M. (2012). Recherche fondamentale en science infirmière, la recherche historique sur les fondements d'une discipline. *Recherche en soins infirmiers*, 109, 57-68.

Shephred, S., Depp, C. A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2012). Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan : A Qualitative Study. *Schizophrenia Bulletin*. 38, 295-303. doi:10.1093/schbul/sbq075

Livres:

Fortniash, K. M. & Holoday-Worret, P. A. (2016). Santé mentale et psychiatrie (2^e éd.) Montréal, Canada : Chenelière Education.

Progin, E. & Weber, C. (2018). Temps – Trajectoire. Dans C. Sager Tinguely & C. Weber (coord.) Précis de chronicité et soins dans la durée (2e éd. pp. 51-71). Rueil-Malmaison, France: Lamarre.

Gunderson, J. G. (1978). Defining the therapeutic process in psychiatric milieu. In: *Psychiatry*, vol. 41.

Peplau, H. (1995). Relations interpersonnelles en soins infirmiers. (1^{ère} ed. 1988), Paris: interEditions.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). Fondements et étapes du Processus de Recherche: Méthodes Quantitatives et Qualitatives. (3^{ème} éd.) Montréal, Canada: Chenelière Education.

Leplège, A. (1999). Les mesures de la qualité de vie. Paris, France: PUF.

Delion, P. (2012). Définition, technique et indications. Dans le packing: avec les enfants autistes et psychotiques (pp. 28-31). Toulouse, France: ERES.

Townsend, M. C. (2010). Soins infirmiers. *Psychiatrie et santé mentale*. (2ème éd.). Montréal, Canada : ERPI, le renouveau pédagogique éditions.

Documents PDF

Formarier, M., & Jovic, L. (2012). Les concepts en sciences infirmières (2ème éd.). Association de recherche en soins infirmiers (ARSI).

Université médicale virtuelle francophone. (2009). Le vieillissement humain Repéré à <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/geriatrie1/site/html/cours.pdf>

Organisation mondiale de la santé. (2002). Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux. *Un protocole technique d'accord*. Genève, Suisse : Auteur.

Organisation mondiale de la santé. (2018). *vieillissement et santé : principaux faits*. Genève, Suisse: Auteur.

Sites internet:

Office fédéral de la statistique. (2015). Les scénarios de l'évolution de la population de la Suisse : 2015-2045. Repéré à

<https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/evolution-future/scenarios-suisse.assetdetail.350327.html>

Gardijan, N., & Szücs, A. (2016). Troubles psychotiques de l'âge avancé: *aspects cliniques*.

Repéré à <https://www.revmed.ch/RMS/2016/RMS-N-531/Troubles-psychotiques-de-l-age-avance-aspects-cliniques#B1>

Thpanorama (2018). Hildegard Peplau: biographie, théorie. Repéré à

<https://www.thpanorama.com/blog/cultura-general/hildegard-peplau-biografa-teora.html>

Carey, B. Defined Borderline Personality Disorder. *The New York Times*. Repéré à

<https://www.nytimes.com/2019/02/08/obituaries/dr-john-gunderson-dead.html>

Déclaration d'authenticité

Nous déclarons avoir réalisé ce travail de manière personnelle conformément aux normes et directives de la Haute Ecole de Santé de Fribourg. Toutes les références utilisées dans le présent travail sont nommées et clairement identifiées.

Fribourg, le 11 juillet 2019 : Sophie Jaquenod

Fribourg, le 11 juillet 2019 : Ana Rita Lebreiro Cabral

Appendices A

Grille résumé

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ertekin, H., Er, M., Yardim, Y., Yayla, S., Akyol, E., & Sahin, B. (2015). Quality of life and Depression in Schizophrenia Patients Living in a Nursing Home. <i>Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences</i> , 28, 213-221. doi :10.5350/dajpn2015280304
Introduction Problème de recherche	L'article s'intéresse à la qualité de vie et la dépression des patients schizophrènes vivant en maison de retraite. Les objectifs de cette étude seront d'évaluer la QDV et le niveau de dépression chez les personnes schizophrènes ainsi d'évaluer les facteurs liés à la QDV et la dépression chez les participants de l'étude.
Recension des écrits	<p>Environ 60% des schizophrènes présentent des symptômes dépressifs. En effet, les symptômes négatifs observés dans la maladie et les effets secondaires liés aux psychotropes compliquent le diagnostic de la dépression. Il est observé, chez les patients schizophrènes souffrant de dépression, une hausse du risque de suicide, une augmentation des comorbidités, des hospitalisations récurrentes et un impact négatif sur la vie active et une diminution de la QDV. Il a été vu que parmi les facteurs liés au développement de la dépression, la famille et le soutien social jouent un rôle important. En effet, la disponibilité familiale et sociale sont aidant pour le traitement de la schizophrénie et de la dépression.</p> <p>Alors que la prise en charge des patients psychiatriques chroniques est souvent assuré par les familles, certains patients sont soignés en EMS soit en raison de la difficulté des familles à prendre en soins le BDS qui peut entre autre être une grande source de fardeau, soit les patients n'ont pas de famille ou leur famille les ont abandonnés.</p> <p>Les objectifs principaux de la thérapie de la schizophrénie sont : la réduction des signes et des symptômes, la prévention de la rechute vers une réhabilitation complète du patient ainsi qu'une augmentation de la qualité de vie.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	- QDV
Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif majeur de l'étude est d'évaluer la relation entre la dépression, l'hébergement et la qualité de vie chez les patients schizophrènes.

	C'est pourquoi, le premier objectif de cette étude est d'évaluer la qualité de vie et le niveau de dépression chez les patients vivant dans des EMS et de les comparer avec les patients vivant dans leur famille. Le deuxième objectif est d'évaluer la qualité de vie et les facteurs liés à la dépression chez tous les patients inclus dans cette étude.
Méthodes Devis de recherche	Devis transversal/cross-sectional
Population, échantillon et contexte	<p>L'échantillon d'étude comprenait des patients vivant dans trois EMS différents dans le centre de la province de Konya et le groupe de contrôle des patients vivant avec leurs familles. Les personnes incluses étaient des patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon le DSM IV-TR, âgés de 18 ans et plus, sachant lire et écrire, sans antécédent connu de maladie organique du cerveau et qui ne présentent pas un degré de retard mental qui entraverait la compréhension et la conduite des entretiens.</p> <p>Des troubles psychotiques ont été trouvés dans 48 des 85 patients séjournant dans la première des trois maisons de retraite, chez 15 patients des 50 résidents de la deuxième et 80 des 125 dans la troisième. Sur les 143 patients avec des troubles psychotiques présentant au cours de notre étude, 61 ont été inclus dans l'évaluation. Le groupe d'étude se composait de 34 de ces 61 patients se présentant avec un trouble psychotique résidant dans une maison de retraite, tandis que le groupe témoin comprenait 34 des 52 patients vivant avec leurs familles.</p> <p>27 des patients vivant dans les maisons de retraites et 18 patients vivant avec leurs familles ne remplissaient pas les critères d'inclusion pour l'étude et ont donc été exclus. En effet, (résidents vivant en EMS) 17 en raison du retard mental, 2 pour l'utilisation des antidépresseurs en raison d'un diagnostic de dépression, 7 qui ont été diagnostiqués d'un trouble schizo-affectif et 1 avec un diagnostic de trouble délirant.</p> <p>(BDS vivant avec leur famille) 2 à cause de retard mental, 2 pour l'utilisation des antidépresseurs en raison d'un diagnostic de dépression, 9 avec un trouble schizo-affectif, et 5 avec un diagnostic de trouble délirant.</p>

Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>Instruments de mesure :</p> <p>Échelle d'évaluation psychiatrique (BPRS) : utilisé pour évaluer l'intensité et la modification de certains psychotiques et les symptômes dépressifs de la schizophrénie et d'autres troubles psychotiques, constitué de 18 éléments.</p> <p>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : échelle composée de 30 éléments. Parmi les objets évalués, 7 appartiennent au syndrome positif sous-échelle, 7 au syndrome négatif sous-échelle, et les 16 autres composent la sous-échelle de psychopathologie générale.</p> <p>Calgary Échelle de dépression pour la schizophrénie (CDDs) : utilisé pour évaluer le degré et le changement d'intensité des symptômes dépressifs de la schizophrénie et de patients souffrant de troubles psychotiques. Il se compose de 9 éléments mesurés avec une échelle de type Likert. Ces éléments comprennent les symptômes de la dépression, le désespoir, Autodépréciation, idées coupables de référence, la culpabilité, la dépression pathologique du matin, un réveil matinal précoce, le suicide et la dépression observée. Le score minimum est de 0, le score maximum 27.</p> <p>Échelle de qualité de vie pour les patients schizophrènes (QLSSP) : Cette échelle vise à mesurer la richesse des expériences personnelles, de la qualité des relations interpersonnelles des patients et le niveau de productivité des rôles. L'échelle évalue 4 sous-dimensions et se compose de trois sections de chaque élément de 21 questions. Le score minimum est de 0, le maximum 126. Les sous-dimensions sont les suivantes: I- relations interpersonnelles, II- rôle instrumental, les fondations III- intrapsychiques, IV- objets communs et des activités.</p> <p>Simpson Angus neurolept ic induite par l'échelle des troubles du mouvement (SAS) : instrument utilisé pour évaluer les mouvements anormaux involontaires qui peuvent se développer avec l'utilisation des neuroleptiques et des troubles du mouvement tels que la maladie de Parkinson et akathisie.</p> <p>Barnes Akathisia Scale (BAS) : souvent instrument utilisé pour mesurer l'akathisie chez les patients sous traitement antipsychotique. Le score minimum est de 0, 14 au maximum.</p>
Déroulement de l'étude	Evaluation des participants grâce aux différentes échelles mentionnées ainsi qu'avec des entretiens. L'étude est réalisée entre décembre 2012 et mai 2013.
Considérations éthiques	L'approbation de cette étude a été obtenue du comité d'éthique de la Faculté de l'Université Selçuk de la médecine, et tous les participants ont été informés de l'étude et ont donné leur consentement oral et écrit.

Résultats Traitement/Analyse des données	Les résultats ont été analysés avec le logiciel SPSS 19.0 pour package Windows. Pour les caractéristiques démographiques, pour comparer les données catégoriques, test du chi carré a été utilisé pour le test t de données non catégorique des étudiants. Les corrélations entre la qualité de la vie et cliniques et données sociodémographiques ont été évaluées par une analyse de corrélation de Pearson. Une valeur de $p < 0,05$ a été définie comme étant statistiquement significative.
Présentation des résultats	<p>Aucune différence statistiquement significative n'a été constatée entre les patients schizophrènes vivant en maison de retraite et ceux vivant avec leur famille en ce qui concerne l'âge, le sexe, l'état matrimonial, la durée de formation, les antécédents professionnels, l'âge au début de la maladie, la durée de la maladie, les antécédents familiaux de maladie psychiatrique, ou antécédents de tentative de suicide. Parmi les résidents des EMS, le nombre d'hospitalisation était très significative ($p=0.027$)</p> <p>BPRS : pas de résultats significatifs PANSS positif : résultats significatifs avec une corrélation négative PANSS négatif : Résultats significatifs avec une corrélation négative CDDS ; Résultats très significatifs QLSSP : Résultats très significatifs -> relation interpersonnelle/activités/ SAS : Pas de résultats significatifs BAS : Pas de résultats significatifs</p>
Discussion Interprétation des résultats	<p>L'objectif était d'évaluer la qualité de vie et la dépression chez les schizophrènes. En effet, les résultats de cette étude montrent avec l'aide de CDSS que les résidents schizophrènes présente une dépression. Par conséquent, il est vrai que selon les résultats de l'étude, le taux de dépression chez les schizophrènes vivant avec leur famille était assez faible. Cela indique que le soutien familial et les conditions environnementales peuvent être des facteurs importants dans la manifestation de la dépression chez ces patients. Cette observation confirme donc l'important de la famille et du soutien social dans le traitement de la schizophrénie.</p> <p>Ajouté à ça, en raison des résultats très significatifs calculés avec QLSSP, il est conclu dans l'étude qu'un environnement tel qu'un EMS, où le soutien familial et social sont limités et donc la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie est réduite comme l'entend la littérature.</p> <p>Un autre résultat significatif de cette étude démontre une corrélation entre les symptômes négatifs et positifs et la QDV. Une relation significative négative a été observée entre le niveau des symptômes négatifs/positifs et la QDV. En effet,</p>

	<p>des études avec des schizophrènes ont une corrélation négative entre la psychopathologie et la QDV. De plus, d'autres études spécifient un effet négatif sur la QDV induits par les symptômes négatifs ou positifs.</p> <p>L'étude a également relevé une relation positive entre la durée de l'éducation et la QDV. Comme dans l'étude, un certain nombre d'études étudient la QDV et les facteurs liés chez les schizophrènes. Un facteur trouvé est la durée de l'éducation. Le niveau d'enseignement supérieur augmente la qualité de vie. En effet, le niveau d'éducation est une variable qui peut agir sur les fonctions cognitives et favoriser l'accomplissement des auto-soins, exercer un certain nombre de fonction et donc d'avoir un impact positif sur la QDV.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> -L'étude ne prend pas en compte le vécu antérieur des résidents. En effet, dépendant de la gravité dans le passé d'une personne cela peut être un facteur intéressant afin d'évaluer la qualité de vie actuelle. -Le faible nombre de participant à l'étude ne reflète pas nécessairement la situation de tous les résidents vivant en EMS. - Le suivi des patients n'a pas été fait de manière longitudinale.
Conséquences et recommandations	<p>Recommandations :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Les données devront être confirmées par des études futures avec un nombre de patient plus important. -Une évaluation longitudinale serait pertinente afin d'évaluer la qualité de vie et la dépression sur la durée. <p>Conséquence :</p> <p>Il est nécessaire effectuer d'autres études afin réduire la dépression de patients schizophrènes, d'améliorer leur qualité de vie, faciliter la participation de la famille dans leur traitement, leur fournir des capacités pour faire face aux problèmes qu'ils rencontrent, aider à mettre en œuvre des rôles de fournisseurs de soins de manière constructive et éventuellement de développer un nouveau traitement et des programmes de soutien.</p>
Commentaires	<p><i>Résultat à exploiter pour le TB</i></p> <p>PANSS positif : résultats significatifs avec une corrélation négative PANSS négatif : résultats significatifs avec une corrélation négative</p> <p>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : échelle composée de 30 éléments. Parmi les objets évalués, 7 appartiennent au syndrome positif sous-échelle, 7 au syndrome négatif sous-échelle, et les 16 autres composent la sous-échelle de psychopathologie générale.</p>

CDDS : Résultats très significatifs

Calgary Échelle de dépression pour la schizophrénie (CDDS) : utilisé pour évaluer le degré et le changement d'intensité des symptômes dépressifs de la schizophrénie et de patients souffrant de troubles psychotiques. Il se compose de 9 éléments mesurés avec une échelle de type Likert. Ces éléments comprennent les symptômes de la dépression, le désespoir, Autodépréciation, idées coupables de référence, la culpabilité, la dépression pathologique du matin, un réveil matinal précoce, le suicide et la dépression observée. Le score minimum est de 0, le score maximum 27.

QLSSP : Résultats très significatifs

Échelle de qualité de vie pour les patients schizophrènes (QLSSP) : Cette échelle vise à mesurer la richesse des expériences personnelles, de la qualité des relations interpersonnelles des patients et le niveau de productivité des rôles. L'échelle évalue 4 sous-dimensions et se compose de trois sections de chaque élément de 21 questions. Le score minimum est de 0, le maximum 126. Les sous-dimensions sont les suivantes: I- relations interpersonnelles, II- rôle instrumental, les fondations III- intrapsychiques, IV- objets communs et des activités.

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
- Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	McCabe, R., John, P., Dooley, J., Healey P., Cushing, A., Kingdon, D., Bremner, S., & Priebe, S. (2016) Training to enhance psychiatrist communication with patients with psychosis (TEMPO) : cluster randomised controlled trial. <i>The British Journal of Psychiatry</i> , 209, 515-524. doi: 10.1192/bjp.bp.115.179499
Introducion	Une meilleure relation thérapeutique prédit de meilleurs résultats. Cependant, il n'y a aucune preuve sur un essai clinique sur la façon d'améliorer les relations thérapeutiques dans la psychose.
Recension des écrits	<p>Une meilleure relation thérapeutique dans le traitement de la psychose prédit une meilleure adhérence du traitement, des symptômes diminués, un meilleur fonctionnement social et moins d'hospitalisations (psychiatriques). Ensuite, des études ont identifié qu'une bonne relation medecin-patient favorise l'adhérence au traitement 2,16 fois plus. Puis, bien que la relation thérapeutique est défini comme la composante la plus importante dans les soins psychiatriques, actuellement il n'y a pas d'interventions fondées sur la méthode dont les psychiatres peuvent améliorer la relation thérapeutique. Il est donc nécessaire pour le praticien d'améliorer sa communication pour améliorer la relation.</p> <p>Aujourd'hui, les professionnels de la santé mentale reçoivent peu de formation spécifique, au-delà des compétences de communication de base, dans la façon de communiquer efficacement avec des patients atteints de psychose.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	-self-repair – self-confident
Hypothèses/question de recherche/buts	L'étude est portée sur la faisabilité d'un programme de formation qui favorise la communication dans ce contexte psychiatrique ainsi que les moyens efficaces pour autonomiser les patients. Ajouté à ça, le but de la formation était également que les psychiatres se sentent plus confiants dans la communication avec les patients atteints de psychose à la fin de la formation et d'appliquer les nouvelles compétences de communication afin de favoriser la relation thérapeutique.

Méthodes Devis de recherche	Essai clinique contrôlé randomisé
Population, échantillon et contexte	<p>Au début la taille de l'échantillon cible était de 72 patients et 12 psychiatres Cependant, étant donné qu'il y a eu plus de psychiatres que prévu pour participer au programme. L'échantillonnage final était de 97 patients et 21 psychiatres.</p> <p>Le recrutement a eu lieu entre Septembre 2011 et Octobre 2012.</p> <p>Critères d'inclusion/exclusion psychiatres Les critères d'inclusion pour les psychiatres étaient qu'ils soient : stagiaires spécialisés en psychiatrie travaillant dans des cliniques ambulatoires ou des équipes de santé mentale communautaire. Les psychiatres devaient avoir des connaissances de base et de l'expérience en psychiatrie acquise par au moins 3 ans de formation et de la pratique psychiatrique de base sans supervision directe.</p> <p>Néanmoins, le nombre de psychiatre stagiaire était trop faible en lien avec le nombre de participants, donc des psychiatres qualifiés ont inclus dans l'étude.</p> <p>Critères d'inclusion/exclusion patients Les critères d'inclusion des patients étaient qu'ils soient : adultes âgés de 18 à 65 ans. Puis ils devaient avoir un diagnostic avéré (CIM-10) de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et être capable de donner un consentement éclairé. Les critères d'exclusion étaient les suivants : déficience organique ou une rencontre nécessitant un interprète.</p>
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<p>La formation a été développée en un an par des spécialistes de la communication en psychiatrie et en médecine générale avec l'aide de patients (disponible en version imprimée / DVD sur demande ou en ligne, http://medicine.exeter.ac.uk/media/universityofexeter/medicalschoo/profiles/TEMPO_full_manual.pdf).</p> <p>Condition de contrôle Uniquement les psychiatres participants au groupe de contrôle/intervention ont reçu la formation du programme.</p> <p>Cadre d'évaluation Après cette formation, le but est que les psychiatres se sentent plus en confiance dans la relation avec les personnes atteintes de psychoses.</p>

	<p>Éléments évalués : self-repair /confiance/relation thérapeutique.</p> <p style="text-align: center;">Mesure de résultats :</p> <p>Sel-repair : Le résultat principal était l'auto-réparation par le psychiatre lors des consultations ambulatoire/externe avec les patients participants. Toutes les rencontres avant et après l'entraînement ont été transcrites et auto-réparées, annotées sur les transcriptions à l'aide d'un programme informatique STIR pour détecter l'auto-réparation. STIR détecte la présence et l'ampleur des auto-réparations, y compris les répétitions, les substitutions et les suppressions, en détectant les expressions clés qui indiquent ('il', 'désolé', 'je veux dire', etc.), et en utilisant des mesures statistiques de « <i>fluence</i> » et de <i>probabilité séquence sententielle</i> ». Le programme STIR est validé à partir de données cliniques et non cliniques.</p> <p>La confiance en soi des psychiatres : elle faisait partie des résultats secondaires. La confiance est évaluée par le biais de questionnaire d'auto-évaluation pour, évaluer la confiance en eux, des psychiatres à communiquer avec les patients souffrant d'une psychose avant et après la formation a été mis au point.</p> <p>Relation thérapeutique : Relation thérapeutique. La relation thérapeutique a été évaluée à l'aide de l'échelle pour évaluer la relation thérapeutique (STAR) par chaque patient et psychiatre. Chaque version comporte 12 éléments et 3 facteurs distincts : une collaboration positive, entrée clinicien positif et entrée clinicien et des difficultés émotionnelles offrent pas de soutien. La gamme de score total est 0-48 (un score plus élevé équivaut à une meilleure relation).</p> <p>PANNS : Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) : échelle composée de 30 éléments. Parmi les objets évalués, 7 appartiennent au syndrome positif sous-échelle, 7 au syndrome négatif sous-échelle, et les 16 autres composent la sous-échelle de psychopathologie générale.</p>
<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Quatre séances étaient consacrées à :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprendre le patient avec des expériences psychotiques : réfléchir à son expérience et à la réponse professionnelle et émotionnelle aux symptômes psychotiques. 2. Techniques de communication pour traiter les symptômes positifs et négatifs. 3. Autonomisation du patient : définition de l'agenda au début de la réunion et explication / normalisation de la psychose 4. Participation à la prise de décision concernant les médicaments <p>Ces séances étaient faites avec la participation de 2 psychiatres à chaque séance. Les séances comprenaient jusqu'à 9 participants. L'animation du groupe se faisait par le biais de vidéo de chaque situation propre aux participants.</p>

	Lors de ces séances, les animateurs demandaient aux participants d'analyser la video ce qui engageait la discussion et la réflexion de chacun. Ajouté à l'analyse de video, des jeux de rôle ont également été fait afin de mettre en pratique les données. « Ex : un jeu de rôle entre un patient et un psychiatre qui ne comprend pas pourquoi le participant veut changer de traitement.
Considérations éthiques	Le consentement était demandé aux psychiatre avant de commencer l'essai randomisé ainsi qu'au participants. L'approbation éthique a été accordée par le Comité est éthique de la recherche
Résultats Traitement/Analyse des données	L'analyse des données est effectuée dans Stata 12.0. Les données ont été résumées sous forme de nombres et de pourcentages ou de moyennes et d'écarts-types. En utilisant tous les cas disponibles, les différences de traitement ajustées (groupe d'intervention c. témoin) ainsi que les intervalles de confiance à 95 % et les valeurs P ont été estimées selon les principes de l'intention de traiter. Les ICC ont été estimés pour chaque résultat à l'aide d'une adaptation de l'analyse unidirectionnelle de la variance qui ne tronque pas les ICC négatifs à zéro. ²⁵ .

Présentation des résultats	<p style="text-align: center;">Psychiatres participants figure 1</p> <p>Sur les 35 psychiatres contactés, 25 (71%) ont accepté de participer au programme. Un psychiatre a été exclu avant le commencement en raison d'un changement de poste. Quatre psychiatres (contrôle n = 2, intervention n = 2) ont dû être exclus après la randomisation car ils avaient trop peu de patients éligibles / changé de poste, laissant dix psychiatres dans le groupe intervention et onze dans le groupe contrôle. Les dix psychiatres du groupe d'intervention ont tous participé à la formation.</p> <p style="text-align: center;">Les caractéristiques des psychiatres le tableau 1</p> <p style="text-align: center;">Participants</p> <p>Au total, 407 patients étaient éligibles. 191 n'assistaient pas à leur rendez-vous. 25 n'ont pas été contactés (jugés trop malades pour demander un consentement). 96 n'ont pas consenti. Donc, Au départ, les données des patients ont été recueillies auprès de 97 patients. Néanmoins, 96 enregistrements ont été enregistrés sur vidéo, un manquant pour raison d'un dysfonctionnement de l'équipement.</p> <p>Au total au départ de l'essai, 50 patients ont pu faire leur consentement dans le groupe d'intervention et 47 dans le groupe de contrôle.</p> <p style="text-align: center;">Caractéristiques des participants</p> <p>Self-repair : auto-réparation Psychiatre était significativement plus élevée dans l'intervention que dans le groupe témoin. $P < 0.011$</p> <p>Sel-confident : La confiance en soi dans la communication avec un patient atteint de psychose montre une différence significative avant et après la formation.</p> <p>La relation thérapeutique : La qualité de la relation thérapeutique est améliorée significativement dans le groupe d'intervention en comparaison au groupe témoin.</p> <p>Commentaire sur la formation : La participation était bonne. Les psychiatres n'ayant pas assisté à une session spécifique ont reçu la session en vidéo.</p> <p>La formation est estimée à 8.9/10 en termes de bénéfice.</p>
----------------------------	--

<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Cette étude a révélé qu'une brève intervention pour améliorer la communication patient-psychiatre dans le traitement de la psychose était efficace. L'effort des psychiatres pour établir une compréhension commune avec leurs patients était significativement plus élevé après la formation. Selon les deux points de vue des psychiatres et des patients, la relation thérapeutique était améliorée après la formation.</p> <p>Self-repair :</p> <p>Les psychiatres ne sont pas conscients que l'auto-réparation est considéré comme positif ou que l'auto-réparation serait évaluée comme un résultat. Ils sont donc peu susceptibles d'avoir été consciemment essayer de faire plus dans leur communication. Nous prédisons que d'essayer de faire plus d'auto-réparation serait bénéfique.</p> <p>Confiance :</p> <p>Les résultats sont conformes aux attentes prévues après avoir participé à la formation. Les psychiatres ont plus confiance dans la communication avec les patients souffrants de troubles psychotiques. En effet, la communication était mieux après la formation ce qui a également amélioré la relation thérapeutique. En effet, la communication est la première intervention dans le domaine de la psychiatrie.</p> <p>Relation thérapeutique :</p> <p>Cette étude démontre une amélioration de la relation thérapeutique par la formation et suggère que le programme améliore effectivement la qualité de la relation thérapeutique. Cette constatation est encourageante étant donné que la communication/création d'une relation est le traitement psychiatrique de base et est un facteur prédictif de résultats positifs. Ajouté à ça, une bonne relation thérapeutique augmente l'adhérence des patients et donc les résultats de la prise en soins sur le long terme.</p>
<p>Forces et limites</p>	<p>Forces</p> <p>Les points forts de l'étude étaient que les rencontres de psychiatre à la clinique étaient vidéo enregistrées avant et après la formation afin que le changement de communication pourrait être comparé entre le témoin et le groupe d'intervention. Il y avait une gamme d'expériences entre les psychiatres et aussi différentes longueurs de relations avec leurs patients.</p> <p>Limites</p> <p>Les limites étaient que l'échantillon suivi était plus petit qu'au départ parce que certains psychiatres ont changé la poste ou étaient en congé de maladie. Les patients participants peuvent ne pas être représentatifs de tous les patients car ils sont susceptibles d'être plus engagés dans les services et agréables à participer à la recherche. En outre, les psychiatres</p>

	qui ont participé peuvent ne pas être représentatifs car ils sont susceptibles d'être plus motivés que ceux qui n'y ont pas participé.
Conséquences et recommandations	Cette étude a été conçue pour étudier l'effet du programme. Des études futures seraient nécessaires pour enquêter sur sur les résultats à long terme (symptômes, qualité de vie et fonctionnement social)
Commentaires	<p><i>À utiliser pour le TB</i></p> <p>Self-repair : auto-réparation Psychiatre était significativement plus élevée dans l'intervention que dans le groupe témoin. $P < 0.011$</p> <p>Sel-confident : La confiance en soi dans la communication avec un patient atteint de psychose montre une différence significative avant et après la formation.</p> <p>La relation thérapeutique : La qualité de la relation thérapeutique est améliorée significativement dans le groupe d'intervention en comparaison au groupe témoin.</p> <p>Commentaire sur la formation : La participation était bonne. Les psychiatres n'ayant pas assisté à une session spécifique ont reçu la session en vidéo.</p> <p>La formation est estimée à 8.910 en termes de bénéfice.</p>

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERP

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Shepherd, S., Depp, C. A., Harris, G., Halpain, M., Palinkas, L. A., & Jeste, D. V. (2012) Perspectives on Schizophrenia Over the Lifespan : A Qualitative Study. <i>Schizophrenia Bulletin</i> . 38, 295-303. doi:10.1093/schbul/sbq075
Introduction Problème de recherche	Etant donné qu'on ne sait pas comment les personnes âgées atteintes de schizophrénie perçoivent les changements dans leur existence tout au long de leur vie en lien avec à leur pathologie. Dans cette étude, 32 personnes âgées de 50 ans et plus souffrant de schizophrénie ont dévoilé leurs changements perçus dans les symptômes de la maladie et leur fonctionnement.
Recension des écrits	<p>La « vision » de la schizophrénie est celle d'un déclin progressif. Cependant, des études transversales et longitudinales indiquent une hétérogénéité importante au cours de la schizophrénie sur le long terme. Certaines études indiquent un degré de stabilité surprenante des capacités cognitives avec peu de preuve que la capacité cognitive diminue à un rythme plus rapide par rapport aux sujets normaux. Ajouté à ça, les symptômes apparus en début de maladie peuvent s'atténuer à la fin de l'âge adulte. Toutefois, certaines personnes atteintes de schizophrénie institutionnalisées peuvent présenter une aggravation des capacités cognitives.</p> <p>En ce qui concerne le fonctionnement, les études transversales traitant des effets de l'âge en lien avec la qualité de vie ont été contradictoires. En effet, certaines montrent un effet positif et d'autre un effet négatif.</p> <p>De plus, il existe peu d'instruments validés pour avoir une meilleure perception des changements au cours de la schizophrénie. C'est pour cela que cette étude qualitative prend son sens. Effectivement, les études qualitatives fournissent une approche utile afin d'évaluer les perceptions individuelles sur la durée dans la schizophrénie. À savoir qu'il existe une seule étude selon les auteurs pratiquant une étude qualitative pour aborder les perspectives sur le cours de la schizophrénie. Toutefois, cette étude a interrogé six femmes âgées souffrant de schizophrénie. En effet, le nombre limité des échantillons (schizophrène et âgé) peut-être dû en partie au fait que les sujets peuvent potentiellement fournir des informations de mauvaises qualités en lien avec leur déficience cognitive. Néanmoins, cette étude a démontré que les entretiens qualitatifs sur ce type de population sont réalisables et instructifs.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	

Question de recherche/buts	de	Le but de cette étude est de mieux comprendre les perspectives des personnes âgées atteintes de schizophrénie. En effet, l'étude vise à comprendre comment leur perception de la maladie au cours de la durée de vie ainsi que d'identifier les changements de celle-ci et leurs attentes pour l'avenir.
Méthodes Devis de recherche	de	Étude qualitative dans le but d'obtenir la perception des participants dans leur propre expérience.
Population, échantillon et contexte	et	<p>Les participants de l'étude ont été recrutés dans la base de données de l'université de Californie (UCSD) par le centre avancé pour l'innovation dans les services et la recherche d'intervention qui se concentre sur les psychoses en fin de vie. De plus, l'étude a été financée par l'institut national de la santé mentale. Au total 32 personnes ont été interviewées.</p> <p>Pour avoir un échantillonnage maximal. Les auteurs ont cherché un échantillonnage avec un maximum de variations, afin d'avoir une grande diversité au niveau de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique et au niveau de la situation de vie. Néanmoins, l'âge minimum afin de participer à l'étude était de 50 ans. Ensuite, les participants ne démontrant pas la capacité à fournir un consentement éclairé ont été exclus.</p> <p>Selon la base de données de l'UCSD, les participants avaient déjà fait l'objet d'une évaluation de diagnostic structuré. Par conséquent, le diagnostic de schizophrénie avait déjà été confirmé par un psychiatre.</p> <p>Tous les participants ont dû consentir au fait que leurs dires lors des entretiens allaient être enregistré vocalement. Ainsi les participants ont dû signer et approuver le consentement éclairé pour participer à l'étude.</p>
Méthode de collecte des données	de	Après avoir donné leur consentement éclairé. Les participants ont été interviewés à l'UCSD ou dans leur résidence, selon leur préférence. La rencontre comprenait un entretien semi-structuré et un questionnaire démographique à compléter.

<p>Déroulement de l'étude</p>	<p>Les entretiens ont été réalisés par deux membres de la communauté et deux chercheurs universitaires. Les membres de la communauté occupaient/occupent des postes dans la direction de l'affiliation de UCSD dans l'alliance nationale pour les maladies mentales. Les intervieweurs ont dû assister à deux réunions formatrices de 3 heures afin de bien cerner les objectifs du projet, les procédures/techniques des entretiens et la sécurité.</p> <p>Sur la base des réunions formatrices, un format d'entretien semi-structuré a été élaboré et tous les participants ont répondu aux mêmes questions.</p> <p>Voici les questions :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comment était-ce quand vous avez commencé à présenter des symptômes de schizophrénie ? 2. Comment votre vision de la schizophrénie a-t-elle changé au cours de votre vie ? Croyez-vous que votre condition a changé avec le temps ? 3. Comment décririez-vous votre vie actuelle ? Pouvez-vous me parler de choses dans votre vie qui l'améliorent ? Y'a-t-il des domaines particuliers de votre vie rendue difficile à cause de la maladie, selon vous ? 4. Quelles sont vos attentes pour le futur ? Si tout se passait bien, comment serait votre vie future ? <p>Les entretiens se voulaient ouverts afin que les participants puissent donner des détails sur d'autres domaines s'ils jugeaient cela important pour mieux décrire leur perception de la schizophrénie au cours de leur vie. Les entretiens duraient en moyenne entre 45' et 1 heure. Tous les entretiens ont été enregistrés et transcrits. À la fin de l'entretien, les participants devaient fournir les informations démographiques suivantes : âge, sexe, origine ethnique, éducation, situation de vie ainsi que l'âge d'apparition des symptômes et du diagnostic.</p>
<p>Considérations éthiques</p>	
<p>Résultats Traitement/ Analyse des données</p>	<p>Les enregistrements ont été transcrits et traités à l'aide de la théorie de la co-occurrence et la comparaison. Les dires des participants ont été indépendamment codés par deux codeurs (SS et CD) pour élaborer une typologie des réponses.</p> <p>Étant donné que le but de l'étude était de comprendre la perception au fil du temps de la schizophrénie, toutes les unités de texte ont été attribuées à « un code » correspondant au domaine de la vie (par exemple, la situation de vie et les relations) et le temps (c.-à-prédiagnostique, du diagnostic jusqu'à présent, actuels, les changements au fil du temps et l'avenir).</p> <p>Suite à un consensus fait par les codeurs, la concordance des codeurs était acceptable.</p> <p>Les transcriptions ont été entrées dans un logiciel de qualité qui est QSR NVivo.</p>

Présentation des résultats	Caractéristiques de l'échantillon : (tabl 1)								
	<ul style="list-style-type: none">• Âge moyen : 55.7 ans• 40,6% de femme• 67.7% étaient d'ethnie caucasienne• 12.9% étaient d'ethnie afro-américaine• 9.7% étaient d'ethnie hispanique• 9.7% étaient d'ethnie autre• 56.2% vivaient à la maison• 43.8% vivaient dans un établissement médico-social• 46.9% n'ont jamais été mariés/célibataires• 18.8% étaient mariés• 34.4% étaient divorcés• Le revenu médian des participants était sous le seuil de pauvreté• 12.9% occupaient un emploi• Âge moyen du premier diagnostic : 25.7 ans• Âge moyen des premiers symptômes : 20.5 ans• 93% ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.								
	Principaux thèmes (Figure 1)								
	<table><tr><td>Début de la maladie</td><td>Milieu de la maladie</td><td>Maintenant et le futur</td></tr><tr><td><ul style="list-style-type: none">• Pertes/bouleversement• Confusion• évasion</td><td><ul style="list-style-type: none">• Avoir une meilleure compréhension de la maladie/soi• Amélioration des symptômes• Développement d'auto-soins et compétences• Adaptations dans les relations sociales</td><td><ul style="list-style-type: none">• Espoir/optimisme• Acceptation/résignation• Désespoir</td></tr></table>			Début de la maladie	Milieu de la maladie	Maintenant et le futur	<ul style="list-style-type: none">• Pertes/bouleversement• Confusion• évasion	<ul style="list-style-type: none">• Avoir une meilleure compréhension de la maladie/soi• Amélioration des symptômes• Développement d'auto-soins et compétences• Adaptations dans les relations sociales	<ul style="list-style-type: none">• Espoir/optimisme• Acceptation/résignation• Désespoir
	Début de la maladie	Milieu de la maladie	Maintenant et le futur						
<ul style="list-style-type: none">• Pertes/bouleversement• Confusion• évasion	<ul style="list-style-type: none">• Avoir une meilleure compréhension de la maladie/soi• Amélioration des symptômes• Développement d'auto-soins et compétences• Adaptations dans les relations sociales	<ul style="list-style-type: none">• Espoir/optimisme• Acceptation/résignation• Désespoir							
Début de la maladie : bouleversement/confusion/évasion									
<p>Les participants ont décrit au début de leur maladie : des « » sentiments différents « » pendant l'enfance, ainsi que chaotique environnement social et familial (par exemple, des situations de vie instables, des expériences traumatiques, les membres de la famille souffrant de maladie mentale).</p> <p>« Quand j'étais en classe spéciale, des voix dans ma tête me parlaient beaucoup et je leur demandais de ne pas me déranger.</p>									

Et plusieurs fois je suis parvenu à les faire disparaître pendant quelques minutes. Cependant, elles revenaient. Et puis ce fut tragique après. Je voulais tout le temps rester à la maison. Je ne voulais plus sortir. Mon père devait me forcer à aller jouer dehors avec les enfants parce que j'avais peur qu'ils rient et se moque de moi. »

Les pertes ont été fréquentes, par exemple, plusieurs femmes ont été contraintes de donner leur nouveau-nés à l'adoption ou à renoncer à la garde de leurs enfants plus âgés sans pouvoir les revoir. De plus, les participants ont mentionné avoir été confus au sujet des symptômes et les réactions d'autrui face à la schizophrénie. Le mot « évasion » était un désir commun face à ces situations troublantes. En réponse à ce besoin il y avait la prise/abus de substances auto-dommageable et/ou les tentatives de suicide.

« Lorsque vous êtes étiqueté comme schizophrène ou vous avez des psychoses et que vous ne comprenez pas parce que vous n'avez pas de connaissances à ce sujet. Vous êtes comme dans un cauchemar et personne ne peut vous aider parce que personne ne vous comprend. Pour vous, le monde entier est mort et vous êtes le seul vivant dans ce grand cimetière (le monde). Vous devez survivre sans argent et sans endroit pour dormir. De plus, tous ces gens morts essayent de vous tuer ».

« Je n'arrivais pas à comprendre ma situation et je voulais me suicider. Et j'ai essayé de me suicider. J'ai pris la voiture, j'ai commencé à conduire très vite et j'ai essayé de détruire la voiture. Mais je suis finalement arrivé à me dire que j'avais déjà un bébé et je ne voulais pas laisser mon bébé orphelin. »

Le soutien financier a été souvent problématique en lien avec la capacité des individus à se défendre eux-mêmes dans leurs relations avec les organismes de services sociaux.

« J'ai vécu dans la rue pendant deux ans, car je n'avais pas les informations adéquates afin de faire les démarches nécessaires pour ne pas être seul avec moi-même. De plus, ma mère et mon beau-père m'ont mis à la porte. »

Les participants ont décrit une série d'essais de médicaments différents, avec des périodes de non-adhésion au régime de médicaments en raison du manque d'efficacité ou d'effets secondaires.

Milieu de la maladie : Adaptation à la maladie

Les participants ont décrit une longue période de transition après les premières expériences avec la schizophrénie. Dans cette transition, il y avait des luttes entre les hospitalisations, trouver des médicaments adaptés, la rue (SDF), les incarcérations (délits), les problèmes familiaux, et le manque/absence de soutien. Cependant, les participants interrogés ont décrit les mesures qu'ils ont prises pour s'adapter à la schizophrénie. Ce qui a amélioré des symptômes et certains ont trouvé un logement stable (établissements médico-sociaux/appartement indépendant).

Les personnes interrogées ont décrit gagner en compréhension de la maladie ce qui a contribué à améliorer leur situation de vie.

« En 1998, j'étais hospitalisé. Je fumais ma cigarette dans la cour et je me suis demandé à moi-même « Est-ce que c'est vraiment ce que je veux ? » « Je suis ici depuis longtemps. Est-ce que je vais vraiment mourir ici ? » J'ai jeté ma cigarette et je suis allé voir mon thérapeute. Je lui ai dit « je ne veux pas mourir ici, qu'est-ce que je peux faire ? »

Les participants ont choisi de prendre leur maladie au sérieux en s'informant à ce sujet. Afin d'acquérir des compétences efficaces sur les auto-soins et l'auto-gestion de la maladie.

« J'ai appris à m'observer et j'ai commencé à apprendre des choses sur moi-même. »

Presque tous les participants ont estimé que leurs symptômes sont devenus plus faciles à gérer et moins perturbateurs. Les personnes interrogées ont attribué ces améliorations au développement de meilleures capacités d'adaptation, l'adhésion à un régime de traitement stable et la participation à des activités liées aux thérapies de groupe. Ils ont également accepté la médication pour contrôler leur maladie et ont reconnu l'importance d'une relation de collaboration avec les soignants.

Les participants ont décrit un certain nombre de techniques qu'ils utilisaient pour faire face aux voix. Cela comprenait : les ignorer, leur dire de se taire, regarder la télévision ou écouter la radio pour distraire leur attention.

« Chaque fois que je passais devant un groupe de personnes, je pensais qu'ils parlaient de moi. Toutefois, je me suis rendu compte que j'étais capable de me raisonner et dire « hé bien, attendez une minute, ce n'est pas vrai » « Pourquoi parlerait-il de moi? »

Milieu de la maladie : Les pertes dans les relations sociales

La plupart des participants ont décrit de l'isolement social. Néanmoins, quelques-uns ont entretenu des contacts réguliers avec les membres de leur famille ou de leur réseau social. Par contre, ils ont démontré des possibilités limitées pour la socialisation et de la peur d'être rejetés ou victimes de discrimination. En effet, ils se méfiaient d'interagir avec les gens en dehors des environnements familiaux. Pour terminer, les personnes interrogées ont souvent montré de l'inquiétude au sujet de présenter des symptômes en public.

« je m'isole juste, parce que je ne me sens pas à l'aise avec la plupart des gens. »

La majorité des personnes ont déclaré maintenir une certaine forme de lien avec leur famille, alors que certaines

personnes avaient des parents dont ils n'avaient pas de contact avec depuis l'âge de 20-30 ans.

« J'ai les numéros de téléphone d'un grand nombre des membres dans ma famille, mais j'ai peur de les appeler. Je suppose que je me sente en quelque sorte embarrassé au sujet de ma maladie. »

Cependant, certaines familles étaient très soutenantes. Certains se sont déplacés pour se rapprocher du participant pour être en mesure de fournir un soutien. Un frère réapprovisionnait régulièrement le crédit du téléphone d'un participant afin qu'ils puissent rester en contact.

Présent et perspectives d'avenir

Alors que tous les participants étaient cohérents en ce qui concerne leur expérience en début / milieu de la maladie. Cependant, en ce qui concerne leur appréciation de la situation actuelle et leur perspective, 3 sous-groupes ont été faits. Un sous-groupe se rapporte au désespoir et les occasions perdues (n = 6), un autre sur les résignations/acceptation de la situation (n=16) et le dernier sur l'espoir et une vision optimiste (n=10). Il n'y avait pas de différence significative au niveau démographique entre les différents sous-groupes d'âge.

Sous-groupe : désespoir

Bien qu'ils ont une meilleure compréhension de la maladie, certains participants montraient des regrets sur leurs incapacités à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

« Je me reproche de ne pas être assez intelligent pour faire certaines choses, faire plus d'argent ou avoir les mêmes choses que d'autres personnes ont. »

Diagnostiqué schizophrène à l'âge de 17 ans, un homme âgé de 52 ans, vivant avec sa sœur (qui est aussi la schizophrénie) et leur mère avant qu'elle décède (il y a 4ans), décrit une conversation avec sa sœur.

« Je lui ai demandé une fois « Où avons-nous eu tort, pourquoi sommes-nous dans ces établissements médico-socio? » Je me sens que nous sommes ici parce que nous avons renoncé à nous ou parce que les gens nous ont abandonné. »
« Si je vivais mon appartement, je pourrais avoir un peu plus d'estime de moi. Je sens que je suis ici parce que je ne peux pas m'assumer et parce que je n'ai plus d'espoir. Voilà pourquoi on m'a mis ici. »

Un autre homme âgé de 50 ans a déclaré: «Je me sens comme si je n'avais jamais vécu assez et que je continue d'aggraver mon cas parce que je sens que je ne me sens pas à la hauteur de mes attentes à propos de ma vie imaginée. Et je ne cesse de vieillir donc je continue juste à perdre. »

Sous-groupe avec résignation et acceptation

Ce sous-groupe de participants semblent avoir accepté leur situation et ils ne se sentent plus en marge par rapport à la « norme » imposée par la communauté.

« J'ai un toit au-dessus de ma tête, j'ai de la nourriture, des vêtements, mon ordinateur et ma stéréo. Si je compare ma vie avec certaines de ces personnes qui meurent de faim dans d'autres pays, c'est comme si que je vivais au paradis."

« Il y a toujours quelqu'un de pire ou de mieux que vous »

Une femme âgée de 61 ans a décrit sa vie actuelle dans une maison de retraite. « J'ai tout ce que je veux ... j'ai un repas...Je peux aller au lit en tout temps... et être paresseuse... Je n'ai pas besoin de parler/communiquer... Et je ne suis pas dans une unité fermée.

Parmi les grands obstacles, dans ce sous-groupe, les participants ont mentionné les limites financières

« Je ne pense pas que je puisse contrôler mon avenir, c'est ma situation financière qui la contrôle. Je n'ai pas vraiment d'objectifs à long terme. »

Sous-groupe : espoir et optimisme

Le troisième sous-groupe de participants ont exprimé l'espoir de l'avenir. Ces personnes étaient fières de leur capacité à participer à des activités normales.

« C'est maintenant la rémission, comme je le dis. Je peux mener une vie normale et productive. Je peux faire ce que tout le monde peut faire, vous le savez? Je peux conduire une voiture. Je peux ouvrir des comptes bancaires. Je peux obtenir un nouvel abonnement de téléphone. Je peux fonctionner. »

Une autre personne interrogée a enseigné un cours sur la gestion des symptômes dans un centre de santé pour les jeunes et a également travaillé comme caissière.

	« Tant que ma performance au travail est bonne, je vais bien. Je n'ai jamais eu un emploi, une voiture et une maison en même temps, jamais. Cela fait sept mois que je travaille et c'est le plus long emploi que j'ai pu garder tout au long de ma vie depuis que j'ai 23 ans. »
Discussion Interprétation des résultats	<p>Les entrevues personnelles menées auprès des personnes âgées atteintes de schizophrénie ont révélé un certain nombre d'aspects de l'expérience du vieillissement avec cette maladie. En effet, une amélioration des symptômes de la maladie ont été identifiées au fil du temps. La plupart des participants interrogés croyaient que les symptômes de la schizophrénie, en particulier les symptômes positifs, ont été les plus graves au début du cours de la maladie et se sont améliorés au cours du temps. Les participants ont attribué cette amélioration à leur développement actif de compétences d'autogestion, détaillant une variété de stratégies utilisées pour faire face à des hallucinations et des délires. Les participants parvenaient à adapter leur réseau social avec leur famille ou/et le personnel soignants pour certains. En dépit de ces cohérences entre les participants, ils diffèrent les uns des autres dans leurs perspectives actuelles et vers l'avenir.</p> <p>Des études indiquent que plus l'individu ayant des troubles psychotiques vieillit, plus le système dopaminergique responsable des symptômes positifs s'atténue. Cette étude va dans ce sens et suggère que la population schizophrène âgée a une plus grande capacité à gérer les symptômes psychotiques.</p> <p>Les personnes interrogées semblent avoir bénéficié du système de soins dans la mesure où ils ont reconnu des améliorations subjectives des symptômes, ce qui peut donner de l'espoir pour les jeunes adultes schizophrènes.</p>
Forces et limites	<p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'échantillon a été limité aux patients d'âge moyen et plus dans une région géographique délimitée. Qui plus est, ils suivaient tous un traitement. • Les participants devaient être prêts et capables de participer à une interview au sujet de leur expérience avec la schizophrénie (consentement). Les participants présentant des symptômes psychotiques graves, les personnes qui ne voulaient pas participer à la recherche et les personnes ayant des troubles cognitifs ont été exclus. Par conséquent ces résultats ne peuvent pas généraliser la population des personnes atteintes de schizophrénies. • La petite taille de l'échantillon.
Conséquences et recommandations	Des études futures devraient examiner les expériences de ces personnes afin de déterminer comment ils ont réussi à modifier positivement leurs trajectoires de vie vers la guérison.
Commentaires	<i>Résultats à utiliser pour le TB :</i>

Bien que la compréhension de la maladie est meilleure, certains participants montraient des regrets sur leurs incapacités à atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés.

« Je me reproche de ne pas être assez intelligent pour faire certaines choses, faire plus d'argent ou avoir les mêmes choses que d'autres personnes ont. »

Un autre homme âgé de 50 ans a déclaré: «Je me sens comme si je n'avais jamais vécu assez et que je continue d'aggraver mon cas parce que je sens que je ne me sens pas à la hauteur de mes attentes à propos de ma vie imaginée. Et je ne cesse de vieillir donc je continue juste à perdre. »

«Je lui ai demandé une fois « Où avons-nous eu tort, pourquoi sommes-nous dans ces établissements médico-socio? » Je me sens que nous sommes ici parce que nous avons renoncé à nous ou parce que les gens nous ont abandonné. »
« Si je vivais mon appartement, je pourrais avoir un peu plus d'estime de moi. Je sens que je suis ici parce que je ne peux pas m'assumer et parce que je n'ai plus d'espoir. Voilà pourquoi on m'a mis ici. »

Ce sous-groupe de participants semblent avoir accepté leur situation et ils ne se sentent plus en marge par rapport à la « norme » imposée par la communauté.

Parmi les grands obstacles, dans ce sous-groupe, les participants ont mentionné les limites financières

Le troisième sous-groupe de participants ont exprimé l'espoir de l'avenir. Ces personnes étaient fières de leur capacité à participer à des activités normales.

« Tant que ma performance au travail est bonne, je vais bien. Je n'ai jamais eu un emploi, une voiture et une maison en même temps, jamais. Cela fait sept mois que je travaille et c'est le plus long emploi que j'ai pu garder tout au long de ma vie depuis que j'ai 23 ans. »

Références :

- Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.
Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERP

Grille résumée pour l'analyse de guidelines

Titre du Guideline	Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia Spectrum Disorders
Groupe-s ayant élaboré-s le guideline	Department of Psychiatry, Hotchkiss Brain Institute, Foothills Hospital / University of Calgary, Calgary, Alberta Being Mentally Healthy Company, Calgary, Alberta/ Department of Family Medicine, University of Calgary, Calgary, Alberta / Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Université de Montréal, Montreal, Québec/ Schizophrenia Society of Canada, Winnipeg, Manitoba
Objectifs du Guideline	L'objectif de cette guideline est d'identifier les caractéristiques et les composantes d'un système complet de services pour les personnes atteintes de schizophrénie. Un système complet a été conçu pour desservir l'ensemble des personnes atteintes de schizophrénie et a été conçu en tenant compte de l'incidence et de la prévalence de la schizophrénie. Le système devrait donner accès à toute la gamme des services fondés sur des données probantes, être axés sur le rétablissement et offrir des soins axés sur le patient.
Questions cliniques traitées	Au Canada, les services de santé mentale sont gérés par région, il n'y a donc pas de standards nationaux pour les soins de santé mentale malgré qu'il y ai une stratégie nationale. Beaucoup de régions suivent cette stratégie mais il y a peu de preuve qu'elle soit efficace.
Patient-s concerné-s	Personnes atteintes de schizophrénie
Utilisateurs du guideline	
Preuves sélectionnées pour élaborer le Guideline	<p>Critères d'inclusion :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Guideline publiée après 2010 • Rédigée en anglais • Recommandations élaborées au moyen d'un processus défini et systématique

(critères de sélection, forces et limites)	
Recommandations proposées - avec options de prise en charge et recommandations-clé	<p>Recommandation 1 : soins complets à toutes les phases</p> <p>La planification des soins pour les personnes atteintes de schizophrénie peut être organisée en fonction de la population, des estimations de la prévalence et des besoins de traitement.</p> <p>Dans les pays développés, les services devraient inclure une gamme de services tels que :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des services ambulatoires • Des équipes communautaires de santé mentale (ESMC) • Des soins actifs aux patients hospitalisés et des soins résidentiels communautaires (community residential care) avec des services plus spécialisés tels que des programmes pour la schizophrénie résistante au traitement • Des équipes d'ACT (assertive community treatment) • Des solutions de rechange aux soins pour patients hospitalisés • D'autres types de soins résidentiels communautaires et d'autres types de soins alternatifs • De l'occupation et de la réhabilitation <p>Recommandation 2 : Gamme complète d'intervention</p> <p>Les services de santé mentale devraient être en mesure d'offrir des services psychologique, pharmacologique, social, occupationnel et des interventions culturelles recommandées.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Être compétent pour fournir toutes les interventions offertes. • Mettre l'accent sur l'engagement plutôt que sur la gestion des risques • Offrir des traitements et des soins les moins restrictifs et les moins contraignants possible. • Mieux servir la population en offrant des pratiques liées à la diversité. <p>Recommandation 3 : Équipes communautaires de santé mentale (CMHT) desservant une population déterminée</p>

- Des services communautaires de santé mentale sont disponibles pour tous les patients atteints de schizophrénie, d'autres troubles mentaux graves, leurs familles, et le fournisseur devrait être responsable des services offerts.
- Les CMHT's devraient couvrir environ 1,5 % de la population.
- Ces équipes communautaires en santé mentale doivent avoir suffisamment de ressources pour fournir un soutien de haute intensité (1 personnel pour 10 patients) à 10% des schizophrènes, afin d'appliquer les normes d'ACT, et aussi un soutien de moyenne intensité (1 personnel pour 20 patients) à un autre 20% des personnes atteintes de schizophrénie et d'appliquer la norme de gestion intensive des cas (GIC) au 70% restants.
- La majorité des patients doivent recevoir des services conventionnels, des services de réhabilitation et des services sociaux avec 1 membre du CMHT agissant à titre de gestionnaire de cas (1 employé pour 80 patients).

Recommandation 4 : Expérience des utilisateurs des services

Améliorer l'expérience des soins aux personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie par les services de santé mentale.

- Travailler en partenariat avec les personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches aidants.
- Offrir de l'aide, des traitements et des soins dans une atmosphère donnant de l'espoir, de l'optimisme et qui sont orientés vers la récupération.
- Prendre le temps d'établir des relations de soutien et d'empathie
- Viser à favoriser l'autonomie des personnes, promouvoir la participation active dans la prise de décision des traitements et soutenir l'autogestion.

Recommandation 5 : Communication avec les personnes atteintes de schizophrénie et leurs proches aidants

- Évitez d'utiliser un langage professionnel ou l'utiliser au minimum.
- S'assurer que l'information écrite est disponible dans un langage approprié ou en format audio si possible.
- Fournir des interprètes et travailler efficacement avec eux si nécessaire.

	<ul style="list-style-type: none"> • Offrir une liste de professeurs qui peuvent enseigner la langue utilisée dans le pays pour les personnes qui ont des difficultés à la parler et à la comprendre. <p>Recommandation 6 : traitement communautaire dynamique</p> <p>Il faudrait offrir de l'<i>assertive outreach</i> aux personnes qui souffrent de troubles mentaux (y compris les personnes schizophrènes), qui ont souvent recours à des services hospitaliers, qui présentent des symptômes psychotiques et qui ont des antécédents de mauvais engagement avec des services, conduisant à des rechutes fréquentes et/ou des ruptures sociales (p. ex., sans-abri, emprisonnement).</p> <p>Recommandation 7 : accompagnement communautaire intensif</p> <p>Envisager l'ICM (intensive case management) pour les personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie qui sont susceptibles de se désengager du traitement ou des services.</p> <p>Recommandation 8 : Modèles de soins pour les premières épisodes psychoses</p> <p>Les individus expérimentant un premier épisode psychotique devraient recevoir un traitement fondé sur des données probantes et dans des services spécialisés. Ils devraient être multidisciplinaire et englober les éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Approche <i>assertive outreach</i> • Implication et intervention familiale • Accès aux interventions psychologiques et aux soins basés sur des données probantes • Interventions professionnelles/éducatives • Accès aux médicaments antipsychotiques <p>Recommandation 9 :</p> <p>Lorsqu'une personne se présente dans un service de psychiatrie pour des psychoses, elle devrait être prise en charge dans les plus brefs délais. Si le service ne peut pas fournir des services d'urgence, la personne devrait être redirigée vers un autre service d'urgence psychiatrique.</p> <p>Recommandation 10 : Interventions précoce</p>
--	--

	<p>L'intervention précoce par les services de psychose devrait être accessible à toutes les personnes ayant un premier épisode de psychose, indépendamment de l'âge ou de la durée de la psychose non traitée.</p> <p>Recommandation 11 : Équipes de résolution de crise et de traitement à domicile</p> <p>Offrir des équipes de résolution de crise et de traitement à domicile comme première ligne de soutien aux personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie pendant un épisode aigu si la gravité ou le niveau de risque pour soi-même ou les autres dépasse la capacité de l'intervention précoce dans les services de psychose ou d'autres équipes communautaires pour la gérer efficacement.</p> <p>Recommandation 12 : Maisons de crise ou accueil de jour</p> <p>Envisager d'abord un traitement communautaire aigu dans le cadre de la résolution d'une crise et des équipes de traitement à domicile avant l'hospitalisation d'un patient mais aussi l'envisager comme un moyen de décharger les hôpitaux. Les maisons de crise ou les accueils de jour devraient être additionnel aux équipes de résolution de crise et d'autres traitements à domicile selon les préférences et les besoins de la personne.</p> <p>Recommandation 13 : Hospitalisation</p> <p>Si une personne souffrant de psychose ou de schizophrénie a besoin d'être hospitalisée, il faut se soucier de l'impact que cela aura sur la personne, ses aidants et d'autres membres de la famille, surtout si l'unité est loin d'où ils vivent. Si l'admission à l'hôpital est inévitable, il faut s'assurer que le cadre est adapté à la personne, à son âge, à son sexe et à son niveau de vulnérabilité, il faut également soutenir leurs aidants</p> <p>Recommandation 14 : Aide à l'emploi</p> <p>Offrir des programmes d'aide à l'emploi aux personnes atteintes de psychose ou de schizophrénie qui souhaitent trouver ou retourner au travail.</p> <p>Recommandation 15 : appartements protégés et établissement de soins à long terme</p> <ul style="list-style-type: none"> • Les personnes atteintes de schizophrénie doivent vivre dans le lieu de leur choix. • Les appartements protégés doivent être disponibles pour chaque personne schizophrène.
--	--

- Étant donné que de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie ont indiqué qu'ils préfèrent vivre dans un petit environnement ressemblant à leur domicile, les gouvernements doivent reconsidérer le rôle des établissements résidentiels non institutionnels. Mettre en place des installations qui créent un environnement accueillant et offrant aux gens un foyer sûr et digne à long terme pour les personnes atteintes de schizophrénie et qui ne peuvent pas vivre de manière indépendante.

Recommandation 16 : pairs-aidant et auto-soin

Envisager de faire appel à des pairs aidant pour les personnes qui ont une schizophrénie afin d'améliorer leur expérience des différents services ainsi que leur qualité de vie. Un service de pair aidant devrait être donné par un pair ayant reçu une formation, qui n'a plus de psychose et qui est stable. Les pairs aidants devraient recevoir du soutien de toute l'équipe et un mentorat par d'autres pairs aidants plus expérimentés.

Recommandation 17 : retour à des soins primaires

Pour les personnes avec des psychoses ou une schizophrénie qui répondent favorablement aux traitements et qui sont stables, leur proposer de retourner à des soins primaires pour une prise en charge ultérieure. Si la personne souhaite le faire, l'inscrire dans son dossier et coordonner le transfert de responsabilités.

Recommandation 18 : Rechute et réadmission aux soins secondaires

Quand une personne qui a un diagnostic établi de psychose ou de schizophrénie se présente avec une rechute inhabituelle (symptômes psychotiques augmentés ou une augmentation significative de la consommation de substances), les professionnels des soins primaires devraient se référer à la section de crise pour le plan de soin.

Recommandation 19 : Transferts entre régions

Lorsqu'une personne souffrant de psychose ou de schizophrénie prévoit de changer de région et ainsi de service de santé, une rencontre devrait être organisée entre les services impliqués et le bénéficiaire des soins afin d'être en accord avec le plan de transition avant le transfert.

<p>Bénéfices, effets secondaires et risques en termes de santé des recommandations proposées</p>	<p>Recommandation 1 :</p> <p>Dans la réalité il est plus difficile de trouver des liens clairs entre les résultats et les différents modèles et coûts des services en raison de la complexité de l'infrastructure, de la prestation de services sociaux et de l'éducation. Toutefois, au cours des dernières années, le essais américain et italien randomisés portant sur la vie réelle et l'intégration de programmes, spécifiques à la psychose de première intention dans le cadre des soins réguliers gérés par le secteur public, se sont avérés faisables, efficaces et rentables.</p> <p>Recommandation 2 :</p> <p>La présente recommandation porte sur la prestation de services de qualité. Pour ce faire, le système de santé mentale doit avoir la capacité d'évaluer la qualité des services fournis et les compétences des cliniciens pour fournir ces services. Au niveau clinique individuel, des compétences spécifiques sont requises pour offrir des programmes psychosociaux fondés sur des données probantes comme la thérapie cognitivo- comportementale ou l'éducation et le support familial.</p> <p>Recommandation 3 :</p> <p>Pas décrit</p> <p>Recommandation 4 :</p> <p>Une étude systématique qui portait sur la satisfaction des patients, comme mesure des résultats, a permis de constater que la présence d'un plus grand nombre de praticiens chaleureux, moins négatifs et ayant une plus grande écoute, était associé à une plus grande satisfaction des patients.</p> <p>Recommandation 5 :</p> <p>Le Canada est un pays dont 20,6% de la population est étrangère, il est donc important pour eux que ces services existent</p>
--	---

Recommandation 6 :

La gestion des cas a été examinées selon trois niveaux d'intensité :

L'ACT (assertive community treatment) est le plus haut niveau d'intensité, l'ICM fournit un niveau de soins intermédiaires et la gestion des cas standard offre la plus faible intensité de soins, mais est suffisante pour subvenir aux besoins des cas complexes. Le consensus de l'IHE suggère que l'ACT peut être considéré comme un élément essentiel du service communautaire pour la santé mentale et peut être intégré avec les CMHTs.

Les équipes d'ACT ont un personnel élevé pour les patients (1 pour 10) et certaines équipes sont en disponibilité 24 heures sur 24, 7/7 jours. Les membres du personnel travaillent dans l'environnement des patients, ont une approche des traitements plus spécialisée concernant les personnes atteintes de troubles psychotique. Les programmes d'ACT sont disponibles dans la plupart des secteurs de compétence et réduisent efficacement le taux de réadmission à l'hôpital et améliore la qualité de vie.

Recommandation 7 :

Comme le modèle ACT, l'ICM utilise un faible ratio patient-personnel, fournit de l'*assertive outreach dans la communauté* et apporte une aide à la vie quotidienne. Une différence entre l'ICM et la TIA est que les charges de travail ne sont pas partagées entre les praticiens dans l'ICM.

Un examen Cochrane a révélé qu'en comparaison avec des soins standards, la gestion des cas augmente les hospitalisations et la durée du séjour, ce qui entraîne une augmentation des coûts.

La pratique générale est d'utiliser la gestion des cas pour les patients qui ont des besoins de service complexe. L'ACT et l'ICM sont plus souvent utilisés pour les patients résistants ou difficile à traiter.

Une combinaison des trois niveaux de soins a été approuvée par le consensus de l'IHE en 2014 qui a insisté sur le fait que les services communautaires de santé mentale doivent être dotés de ressources suffisantes pour fournir les 3 niveaux de soins.

Recommandation 8 :

La qualité des soins dispensés pour le premier épisode de psychose peut être évalué par l'échelle *the First Episode Psychosis Fidelity Scale* (FEPS-FS). Une auto-évaluation de certains services donné aux personnes souffrant de premiers épisodes psychotiques au Canada et aux États-Unis, suggèrent que bien

qu'il y ait certaines variations dans les populations desservies et le financement des services, la majorité des programmes sondés étaient fondés sur des données probantes.

Recommandation 9 :

Deux sources de données appuient la nécessité d'une intervention précoce.

Le premier est le résultat négatif associé à une psychose non traitée, y compris tentative de suicide, agression et violence. La tentative de suicide, qui est souvent l'événement qui précipite l'aiguillage vers un traitement, se produit dans 15 % à 29 % des cas. L'agression et la violence sont également courant dans une psychose non traitée. Dans une cohorte de population, 1 patient sur 3 atteint de psychose étaient agressifs au moment de leurs présentations, 1 patient sur 14 s'est livré à des actes de violence qui ont causés ou qui étaient susceptible de causer des blessures à autrui.

Recommandation 10 :

L'âge d'apparition de la schizophrénie est déterminé initialement avant la date de la première admission à l'hôpital.

Des études détaillées révèlent que l'âge moyen d'apparition pour les hommes est à 21,4 ans et celui des femmes est à 27,4 ans. Ces résultats se répercutent sur la prestation des services, car 27 % des femmes hospitalisés pour une premier épisode psychotique ont plus de 35 ans.

Recommandation 11 :

La résolution de crise a été définie, par un personnel avec un mandat spécifique à ces situations, comme étant un type de traitement d'un épisode psychiatrique aigu, les équipes sont multidisciplinaires et comprennent des infirmières, des psychiatres et du personnel de santé. En Angleterre, où ces équipes ont été mises en œuvre, ils évaluent tous les patients ayant été admis. Une récente revue de Cochrane a trouvé seulement 8 petites études qui pouvaient être incluses ; les preuves de ces études avaient des résultats de qualité faible à modéré qualité. Les auteurs ont conclu que l'approche semble être une façon viable et acceptable de traiter les gens sujet à des maladies mentales graves, mais plus d'études sont encore nécessaires.

Recommandation 12 :

Les maisons de crise sont des alternatives résidentielles à l'admission en milieu hospitalier. La recherche est limitée, mais une étude a comparé les maisons de crise avec les soins standards et a jugé que la qualité des preuves était faible.

Les hôpitaux de jour sont des unités qui fournissent des services de diagnostic et de traitement pour les personnes gravement malades qui autrement seraient traitées dans des unités traditionnelles de soins. Une revue de Cochrane a inclus 10 études. Sur plusieurs mesures, aucune différence n'a été trouvée entre les soins à domicile et les soins aux malades hospitalisés. Le groupe hospitalier de jour passait moins de temps à l'hôpital l'année suivante, et donc les soins hospitaliers de jour ont été considérés comme une alternative pour les patients avec soutien à domicile le soir et la nuit.

Recommandation 13 :

L'hospitalisation est nécessaire pour de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie, y compris celles qui ont besoin d'une évaluation médicale urgente, ceux atteints de comorbidités sévères somatiques et psychiatriques, ceux qui rechutent et ceux qui ont un trouble du comportement ou un niveau élevé de suicidalité ou d'agressivité. Les services doivent être le plus près possible de la collectivité dans lesquels les patients et leurs aidants vivent afin de fournir du soutien pendant l'hospitalisation.

Recommandation 14 :

L'aide à l'emploi, aussi appelé placement individuel et de soutien, est une approche de réhabilitation professionnelle basée sur un certain nombre de principes clés sur l'emploi concurrentiel, l'admissibilité fondée sur les choix des consommateurs, la recherche d'emploi rapide, l'intégration de la réhabilitation et aux préférences des consommateurs.

Les résultats de 18 études menées auprès de 3476 participants ont démontré que l'aide à l'emploi était plus efficace que les formations antérieures à l'obtention d'un emploi.

Recommandation 15 :

La réduction du nombre de lits de longue durée dans les hôpitaux psychiatriques a entraîné des problèmes dans le logement des personnes ayant des troubles mentaux persistant. Une large proportion de cette population est schizophrène avec souvent, des troubles liés à la consommation de substances. Les

appartements protégés sont un service qui fournit un logement aux personnes avec des troubles mentaux qui sont à risque d'être sans-abri. Les appartements protégés contrastent avec les programmes de réhabilitation résidentiel traditionnels, qui commencent par des traitements à long terme puis abaissent le niveau d'hébergement ainsi que le soutien et exigent que les résidents participent à des plans de traitement obligatoires. La plus grande étude menée sur le logement subventionné fut au Canada où ils ont utilisé un programme nommé « Housing first » pour les personnes sans-abris. Ce programme est caractérisé par la combinaison entre l'accès à de bons logements, souvent par le biais d'une aide au loyer et un soutien par les équipes d'ACT ou d'ICM.

Des résultats ont montré que le modèle pourrait être appliqué dans divers contextes et population. En outre, ceux qui le reçoivent atteignent des résultats supérieurs en matière de logement, de fonctionnement dans la collectivité et dans la qualité de vie en comparaison avec ceux qui reçoivent une prise en charge habituelle.

Recommandation 16 :

Cette guideline a trouvé des preuves de qualité faible à très faible disant que le soutien des pairs aidants améliore le rétablissement et non l'empowerment ou la qualité de vie. Néanmoins, ces programmes offrent une opportunité aux utilisateurs de ce service d'obtenir de la reconnaissance et de donner du soutien aux autres. Au Canada, un groupe nommé : « the Peer Support and Accreditation and Certification Canada » promeut et rend accessible le travail des pairs aidants, elle offre également des formations. Ces pairs aidants travaillent par la suite dans des programmes tels que les CMHT's et les équipes d'ACT.

Recommandation 17 :

N'est pas décrit

Recommandation 18 :

Il est recommandé que le retour aux soins primaires et le renvoi soient formulés dans le contexte du service national de santé. Cela comprendrait un plan de soins rédigé par un professionnel de la santé mentale en collaboration avec le patient, qui serait partagé avec le fournisseur de soins primaires. De plus, le patient serait inscrit dans un registre de soins primaires pour surveiller sa santé physique et mentale.

Dans le contexte canadien, ni les services de santé mentale ni les soins primaires ne sont aussi structurés. Il serait approprié d'envisager l'aiguillage vers des soins primaires si le patient est stable, s'est rétabli et n'a pas besoin de services tels que des interventions psychologiques ou de réhabilitation qui sont disponibles

	<p>uniquement dans les CMHT's. Les ressources disponibles en milieu de soins primaires devraient être prises en compte, car leurs pratiques varient que ce soit en cabinet individuel, auprès d'équipes de soins multidisciplinaires, au sein de réseaux de soins primaires ou de groupes de médecine familiale.</p> <p>Recommandation 19 :</p> <p>Cette recommandation, qui apparaît clairement dans le contexte du service national de santé, doit être adapté à l'organisation des différents services de santé mentale partout au Canada. Le message clé de cette recommandation est la nécessité d'adopter une approche active pour la continuité des soins.</p>
Conseils-outils proposés avec éléments facilitant et freinant la mise en pratique des recommandations	<p>La plupart des interventions EBN identifiés dans cette guideline peuvent se retrouver dans les différents services de psychiatrie mais celles-ci sont rarement intégrées dans un système complet et sont rarement évaluées sur le plan de l'accès, de la qualité et des résultats. Ces recommandations peuvent améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie mais les services ont besoin d'être organisés de manière à ce que système soit accessible pour toutes les personnes qui en ont besoin.</p>
Implication pour le projet	<p>Les recommandations de cette guideline peuvent être utilisés si notre population était jeune et qu'elle vivait à domicile. Néanmoins, les recommandations 1,2,3,4,5,13,15,et 18 pourraient également être appliqués dans le cadre de personnes vivant en EMS</p>

Adaptation par Danielle Bulliard Verville de la grille AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation Instrument / Grille d'évaluation de la qualité des recommandations pour la pratique clinique.)

- Centre de collaboration nationale des méthodes et outils (2011). *Évaluation critique de guides de pratique clinique : la grille AGREE II*. Hamilton, Université McMaster Récupéré à <http://www.nccmt.ca/fr/referentiels-de-connaissances/interrogez-le-registre/100>.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Ishii, S., Streim, J. E., & Saliba, D. (2010). Potentially Reversible Resident Factors Associated with Rejection of Care Behaviors. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(9), 1693-1700. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03020.x
Introduction Problème de recherche	L'interaction avec les aidants ou le personnel d'un EMS peuvent déclencher des comportements de rejet des soins, qui sont le plus souvent observés dans le contexte du bain, de la toilette, de l'habillage ou lors des tentatives de réorientation du patient.
Recension des écrits	<p>Les comportements de rejet de soins sont souvent assimilés à de l'agitation, qui est couramment utilisée comme un terme global pour décrire les comportements perturbateurs, mais des preuves récentes suggèrent que les comportements de rejet de soins et l'agitation peuvent être des entités cliniques différentes, avec des étiologies différentes. Le comportement de rejet des soins est couramment observé chez les patients atteints de démence. Dans un petit échantillon communautaire, les soignants ont déclaré que jusqu'à 27 % des patients avec une démence rejettent les soins offerts.</p> <p>Les comportements de rejet des soins peuvent rendre difficile la pratique de soins infirmiers et créer des relations tendues entre les soignants et les résidents. De tels comportements peuvent frustrer les soignants, ce qui entraîne moins d'interactions et de l'évitement. Les patients qui sont perçus comme peu coopératifs sont plus susceptibles d'être physiquement restreints et de recevoir des antipsychotiques.</p> <p>Une étude transversale portant sur 49 résidents de sexe masculin dans deux départements du ministère des Anciens Combattants a montré que la déficience cognitive était associée à la résistance aux soins. Une autre étude transversale sur 23,837 résidents d'EMS atteints de démence a démontré que la déficience cognitive et les délires avaient des relations bivariées avec la résistance aux soins. Il faut également retenir qu'une gamme de facteurs et de covariable qui pourraient être présents dans l'EMS n'ont pas été pris en compte.</p>
Cadre théorique ou conceptuel	

Hypothèses/question de recherche/buts	L'objectif principal de l'étude était d'identifier des cibles d'intervention efficaces pour les comportements de rejet de soins en déterminant les caractéristiques potentiellement modifiables associées à ceux-ci.
Méthodes Devis de recherche	Étude transversale
Population, échantillon et contexte	L'échantillon de l'MDS 3.0 comprenait 3 258 résidents. 28 participants (0,9 %) avaient des valeurs manquantes dans les variables de rejet des soins et ont été exclues de l'échantillon initial de l'MDS, ce qui a réduit le nombre à 3 230 résidents.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les données ont été tirées de l'essai national sur le terrain du MDS (Minimum Data Set) 3.0. de septembre 2006 à février 2007. Des États régionalement répartis (New Jersey, Pennsylvanie, Géorgie, Caroline du Nord, Texas, Colorado, Illinois et Californie) ont été recrutés. Dans chaque état, des EMS ont été recrutés de sorte que l'échantillon reflète la proportion nationale. Seize infirmières et infirmiers ont procédé à la collecte de données. Afin de normaliser le protocole de collecte de données, les 16 infirmières ont assisté à deux séances de quatre jours de formation sur les éléments de la MDS 3.0, les essais de validation, les protocoles de collecte de données et la confidentialité. Ces infirmiers sont ensuite retournés dans leurs états respectifs, où ils ont formé une infirmière de chaque établissement participant au nouveau formulaire de MDS.
Déroulement de l'étude	<p>Rejet des soins : Le formulaire MDS 3.0 fournit une définition des soins qui ne comprend pas les comportements qui ont déjà fait l'objet de discussions ou de planifications de soins avec le résident ou sa famille ou qui ont été jugés conformes aux valeurs, aux préférences ou aux objectifs du résident. L'infirmière de projet et l'infirmière évaluatrice d'institution évaluent les comportements et les documentent.</p> <p>Caractéristiques potentiellement modifiables des résidents pour le rejet des soins Le délire, la dépression, la psychose, la déficience sensorielle, l'infection et la douleur ont été choisies en fonction de leur association hypothétique avec le rejet des soins et ont été jugées importantes en fonction de l'expérience clinique. Les troubles de l'ouïe et de la vue ont été considérés comme potentiellement modifiables, car des études antérieures menées dans des EMS ont montré qu'ils sont souvent sous-traités et que l'équipement adaptatif, lorsqu'il est prescrit, fonctionne souvent mal. Ces facteurs potentiellement modifiables ont été mesurés et analysés comme suit. Le délire a été évalué à l'aide de la méthode d'évaluation de la confusion (CAM). L'évaluation de l'ouïe et de la vision ont été divisées en deux, déficience adéquate ou minimale versus déficience modérée ou élevée. Les</p>

	<p>informations sur les différentes infections ont été obtenues à partir de la liste de diagnostic dans MDS 3.0 et ont été combinées en une seule variable binaire : « infection ». La douleur a été évaluée à l'aide d'une échelle de descripteurs verbaux à cinq niveaux ou d'une échelle numérique (0 à 10).</p> <p>La dépression a été évaluée à l'aide d'une entrevue : le Questionnaire sur la santé des patients (PHQ-9) et classée comme mineure ou majeure. La douleur a été évaluée par le personnel pour les comportements liés à la douleur (sons non verbaux, plaintes vocales de douleur, expressions faciales et mouvements ou postures protecteurs du corps). Le nombre de comportements de douleur observés a été utilisé comme indicateur de la gravité de la douleur.</p> <p>Facteurs covariable</p> <p>Les covariables comprennent l'âge du résident, le sexe, la capacité de communication, la fonctionnalité et la fonction cognitive. Les capacités de communication ont été évaluées en deux domaines : capacité de se faire comprendre (exprimer des idées) et l'emploi d'expression verbale et non verbale) et capacité de comprendre le contenu verbal (avec un appareil auditif ou dispositif si utilisé). La mesure de l'état fonctionnel combinait l'autoperformance et le niveau d'aide reçu dans 12 activités (mobilité au lit, transfert, transfert de toilettes, toilettes, marche dans la chambre, marche dans l'établissement, moyen de locomotion, pansement sur le haut du corps, pansement sur le bas du corps, la nourriture, la toilette et l'hygiène personnelle, le bain). Elles ont été résumées à l'aide de l'échelle hiérarchique et récapitulative ADL en quatre catégories : relativement indépendant, déficience limitée, besoin d'une aide importante, dépendance totale.</p>
Considérations éthiques	<p>La commission d'examen institutionnel RAND a approuvé, surveillé la collecte des données et la protection de celles-ci et surveillé la collecte des données et le plan de protection des données. La RAND, le VA et les IRB de Harvard ont accordé une renonciation au consentement éclairé.</p>
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Analyse bivariée des caractéristiques des résidents</p> <p>Chaque caractéristique des résidents a d'abord été analysée séparément pour déterminer s'il y avait une association possible avec les comportements de rejet de soins. Les variables ont été sélectionnées pour leur hypothétique pertinence clinique par rapport aux comportements. Par conséquent, les variables qui présentaient une significativité à un niveau alpha de 0,25 dans l'analyse bivariée ont été autorisées à entrer dans l'analyse de régression multiple. Parce que l'âge pouvait avoir une association non linéaire avec le rejet des soins, elle était classée comme suit : ayant moins de 65 ans, de 65 à 84 ans et de 85 ans et plus.</p> <p>La douleur a été mesurée à l'aide de deux mesures différentes : l'une pour ceux qui pouvaient se déclarer et l'autre pour ceux qui ne le pouvaient pas. Trente résidents ont été évalués au moyen d'échelles d'autodéclaration et d'échelles de douleur cotées par le personnel. Pour ces 30 résidents, les deux approches d'évaluation de la douleur n'avaient qu'une corrélation modeste. Pour créer des scores équivalents pour les échelles d'autodéclaration et de douleur observée, ils ont utilisé l'imputation multiple pour analyser les scores pour ces résidents.</p>

		<p>Analyses de régression multiple</p> <p>Une régression logistique multiple à effets mixtes a été effectuée pour le modèle qui comprenait toutes les hypothétiques caractéristiques potentiellement modifiables. Le risque attribuable (exprimé en pourcentage) a également été calculé pour les caractéristiques potentiellement modifiables en utilisant la formule $[P(OR\ 1)]/[11P(OR\ 1)] \times 100$. Par conséquent, le pourcentage de l'incidence du rejet des soins chez les résidents dont le facteur de risque serait éliminé et que l'association observée était causale. Dans un modèle distinct, ils ont utilisé plusieurs méthodes d'imputation dans le modèle multinomial saturé pour vérifier si les valeurs manquantes faussaient les résultats.</p> <p>Les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de SAS, version 9.2 (SAS Institute, Inc., Cary, NC) et R, version 2.9.0</p>
Présentation des résultats	des	<p>Sur les 3 230 résidents, 312 (9,7 %) ont eu des comportements de rejet de soins au moins une fois dans les 5 jours précédant leur date d'évaluation. L'âge médian des résidents qui présentaient des comportements de rejet des soins était de 82 ans; 61,9 % étaient des femmes, 51,9 % présentaient une déficience cognitive grave et 26,0 % une déficience cognitive modérée.</p> <p>Dans l'analyse bivariable, toutes les hypothétiques caractéristiques modifiables, sauf l'infection ($P=.86$), étaient associées à des comportements de rejet de soins. Parmi les covariables dans l'analyse bivariable, une déficience cognitive grave et modérée, les capacités de communication (pour se faire comprendre et comprendre les autres), une aide importante pour les AVQ, et une dépendance totale sévère des AVQ était associée au rejet des soins.</p> <p>Dans le modèle de régression multiple, l'illusion avait les plus fortes chances de rejet des soins, suivie par la dépression majeure, la dépression mineure, le délire, et la douleur grave à horrible. La présence d'une infection, d'hallucinations, de douleurs légères à modérées et de troubles de l'ouïe et de la vision n'a pas été associées au rejet des soins dans l'ensemble de données. Parmi les covariables du modèle, le sexe féminin était associé à une plus faible probabilité de rejet des soins. La présence de troubles cognitifs modérés et graves étaient associés à une plus grande probabilité de rejet des soins. La déficience des capacités de communication, l'âge et la déficience dans les AVQ n'étaient pas associés au rejet des soins.</p>
Discussion Interprétation des résultats	des	<p>Six caractéristiques au niveau des résidents ont été associées aux comportements de rejet des soins dans l'analyse de régression multiple. Quatre de ces facteurs (délire, dépression mineure et majeure, délire et douleur grave à horrible) sont potentiellement mutables et traitables. Les deux autres caractéristiques des résidents associées de</p>

	<p>façon significative au rejet des soins étaient le sexe féminin, qui était associé à des probabilités plus faibles de rejet des soins, et une déficience cognitive modérée à grave, qui était associée à des probabilités plus élevées de rejet des soins.</p> <p>La seule différence notable entre les résultats de ces analyses était que l'odd ratio de la douleur grave à la douleur horrible était plus élevé dans le modèle qui ne comprenait que les résidents ayant une mesure de la douleur autodéclarée et excluait ceux qui avaient été mesuré par le personnel. Cela peut être attribuable aux différences dans la sensibilité des mesures de la douleur, en ce sens que la mesure de la douleur autodéclarée entraîne une prévalence et une gravité plus élevées de la douleur rapportée que la mesure de la douleur notée par le personnel.</p> <p>La conclusion selon laquelle les délires étaient associés au rejet des soins suggère que les délires peuvent jouer un rôle important dans le développement des comportements de rejet des soins. Bien que les essais cliniques sur l'efficacité des traitements des délires et des hallucinations chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer aient donné des résultats contradictoires, des études récentes ont démontré que certains résidents d'EMS atteints de démence associée à la psychose peuvent tolérer et bénéficier d'un traitement. Par conséquent, la psychose devrait être considérée comme une condition réversible, même chez les résidents d'EMS étant donné que le risque attribuable aux délires était élevé (19,3 %), les illusions peuvent être une cible importante pour le traitement des comportements de rejet de soins.</p> <p>Le délirium était associé au rejet des soins dans l'analyse. Bien qu'ils aient signalé que le délire était courant dans les EMS, sa reconnaissance demeure difficile. La méthode d'évaluation de la confusion, a été utilisée. Son utilisation dans les établissements de soins de longue durée n'a pas été validée mais son utilisation pour la détection du délire est recommandée dans plus de 30 guidelines. Les données relatives à la prévention et au traitement dans les EMS font généralement défaut, mais les études menées dans d'autres contextes suggèrent que la prévention ou l'atténuation des symptômes pourraient être atteints au moins chez un sous-ensemble de patients.</p> <p>L'infection n'était pas associée à des comportements de rejet des soins, même dans la relation bivariable, alors que le délire l'était, bien que l'infection soit une cause courante de délire.</p> <p>La dépression et la douleur aiguë étaient associées au rejet des soins. Cette constatation sur la douleur est conforme à un rapport antérieur chez les résidents des établissements de soins de longue durée. La reconnaissance et la prise en charge de ces conditions peuvent être difficiles et elles peuvent être sous-traitées entraînant un décalage entre les besoins des patients et les soins fournis. La présente étude a utilisé des mesures plus sensibles pour identifier ces conditions. Le PHQ-9 a été testé chez les adultes plus âgés et dans les soins à domicile et il s'est avéré avoir de bonnes propriétés diagnostiques.</p>
Forces et limites	<p>Limites :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Une séquence temporelle entre le rejet des soins et des caractéristiques associées ne pouvait être évalué. Le lien entre les caractéristiques des résidents et le rejet des soins observés peuvent être simplement une association, plutôt qu'une relation de cause à effet.

	<ul style="list-style-type: none"> • L'imputation multiple a été utilisé pour convertir la mesure de la douleur autodéclarée. Ce tableau de concordance reposait sur l'hypothèse selon laquelle les 30 participants ayant reçu les deux mesures ne différaient pas systématiquement du reste de la population de patients, ce qui peut ne pas être une hypothèse valable. Mais les analyses qui limitaient l'échantillon aux personnes ayant déclaré elles-mêmes des scores de douleur et excluaient celles ayant observé des scores de douleur ont abouti à des conclusions semblables, ce qui appuie indirectement la robustesse de l'approche. • Toute étude d'observation comme celle-ci ne peut être exempte de confusion possible en raison des variables non contrôlées ou non mesurées. Bien que l'échantillon de 71 EMS représente une combinaison nationale de services à but lucratif, sans but lucratif et hospitaliers, l'échantillon de résidents était fondé sur les évaluations prévues du MDS pendant la période de collecte des données et pourrait donc ne pas être entièrement représentatif de tous les résidents de l'établissement. <p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cette étude est, à la connaissance des auteurs, la première à examiner l'association entre les comportements de rejet de soins et les caractéristiques modifiables des résidents, ajustée en fonction des facteurs de confusion possibles. Les données proviennent de l'essai national sur le terrain MDS 3.0, qui a adopté des outils d'évaluation clinique normalisés et est largement utilisés pour plusieurs caractéristiques importantes des résidents, comme la dépression et délire. • Les EMS qui ont participé à l'étude étaient régionalement répartis et reflétaient la proportion nationale des établissements à but lucratif et à but non lucratif.
Conséquences et recommandations	Les résultats de cette étude font ressortir la nécessité pour les fournisseurs de reconnaître et de traiter ces conditions cibles lorsque des comportements de rejet sont observés. Le traitement et la prise en charge efficaces de ces conditions potentiellement modifiables peuvent aider à atténuer ou à résoudre certains comportements de rejet des soins.
Commentaires	Le résultat qui est le plus significatif pour notre travail est celui-ci : Dans le modèle de régression multiple, des variables potentiellement modifiables, l'illusion avait les plus fortes chances de rejet des soins, suivie par la dépression majeure, la dépression mineure, le délire, et la douleur grave à horrible. La présence d'une infection, d'hallucinations ou d'illusions, de douleurs légères à modérées et de troubles de l'ouïe et de la vision n'ont pas été associées au rejet des soins dans l'ensemble de données. Parmi les covariables du modèle, le sexe féminin était associé à une plus faible probabilité de rejet des soins. La présence de troubles cognitifs modérés et graves était associée à une plus grande probabilité de rejet des soins. La déficience des capacités de communication, l'âge et la déficience dans les AVQ n'étaient pas associés au rejet des soins.

Grille de résumé d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Contenu de l'article
Références complètes	Meesters, P. D., Comijs, H. C., de Haan, L., Smit, J. H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. <i>Schizophrenia Research</i> , 147(2-3), 275-280. doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.030
Introduction Problème de recherche	Dans les décennies à venir, une croissance rapide de la population des personnes âgées atteintes de schizophrénie est prévue mais, à ce jour, peu d'études ont été consacré à la qualité de vie de ces personnes.
Recension des écrits	The Subjective Quality Of Life (SQOL), ou Qualité de Vie Subjective (QVS) en français, est associées à un certain nombre de variables selon ce qui en est ressortit la documentation existante. Une méta-analyse récente a démontré que la psychopathologie générale (p. ex. dépression, anxiété) contribue davantage à la QVS que les symptômes psychotiques positifs et négatifs (Eack et Newhill, 2007). Alors que la neurocognition n'est en grande partie pas liée à la QVS (Tolman et Kurtz, 2012), la cognition sociale y contribue, les patients ayant un processus cognitif relativement intacte signalent une QVS inférieure (Maat et al., 2012). Des études transversales ont suggéré que des facteurs sociaux favorables (p. ex. vie autonome, plus de soutien social) contribuent à une meilleure qualité de vie (Yanos et Moos, 2007). De plus, le fait de répondre à des besoins en matière de soins (tels que signalés par les patients) peut également entraîner une amélioration de la qualité de vie (Slade et coll., 2005). Une seule étude a mesuré la qualité de vie au moyen d'un concept générique. Bankole et al. (2007) ont constaté une baisse de la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes de schizophrénie à New York (n = 198 ; âge moyen de 62 ans), comparativement à leurs pairs du même âge. Notamment, la QVS moyenne dans le groupe schizophrène était bien au-dessus du seuil de satisfaction positif et les différences absolues entre les deux groupes n'étaient que modestes. Des 19 variables indépendantes sélectionnées, six analyses de régression ont été associées de façon significative à une QVS plus élevée : moins de symptômes dépressifs, plus de déficits cognitifs, moins de facteurs de stress aigus, moins d'effets secondaires des médicaments, moins de contraintes financières et une meilleure autoévaluation de la santé.
Cadre théorique ou conceptuel	SQOL fait référence au sentiment de bien-être et de satisfaction d'une personne à l'égard de la vie. Tout en visant une perspective globale, elle est généralement considérée comme un concept multidimensionnel impliquant divers domaines de la vie.

Hypothèses/question de recherche/buts	Ils ont cherché à répondre aux questions suivantes : (1) quel est le niveau de SQOL et sa variabilité parmi les participants, (2) quelles variables prédisent le SQOL et dans quelle mesure les variables prédictives chevauchent-elles leurs effets sur le SQOL, (3) quelle partie de la variance du SQOL s'explique par les variables combinées ?
Méthodes Devis de recherche	Cross-sectional
Population, échantillon et contexte	177 patients âgés de 60 ans et plus et atteints de schizophrénie ont été recrutés dans le district sud d'Amsterdam. Au total, 107 patients ont été en mesure et disposés à donner leur consentement éclairé par écrit pour la présente étude.
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	<ul style="list-style-type: none"> • La symptomatologie a été mesurée à l'aide de l'échelle <i>Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Le PANSS se compose de 30 items, évalués par l'intervieweur sur une échelle de 1 (absent) à 7 (extrême). Les scores totaux au PANSS peuvent varier de 30 à 210. Les sous-échelles positives et négatives des PANSS comprennent toutes les deux 7 items (notation de 7 à 49). • La qualité de vie a été évaluée à l'aide de l'évaluation abrégée de la qualité de vie de Manchester (MANSA). <ul style="list-style-type: none"> • Le MANSA est une version brève et modifiée du profil de qualité de vie bien établi du Lancashire (Oliver et al., 1997), et est facilement applicable aux patients âgés. L'instrument applique un concept générique de qualité de vie, évalue la satisfaction des patients à l'égard de 12 aspects de la vie. La satisfaction est évaluée sur une échelle à 7 points, allant de 1 ("ne pourrait pas être pire") à 7 ("ne pourrait pas être meilleur"), avec 4 ("alternativement satisfait et insatisfait") comme point intermédiaire. Le score total de MANSA est la moyenne des 12 scores individuels des items. • L'échelle <i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Le CES-D est une échelle d'auto-évaluation en 20 points, mesurant la présence et la durée de symptômes dépressifs au cours de la semaine précédente. La sommation donne des scores allant de 0 à 60. • Le <i>Beck Anxiety Inventory (BAI)</i> <ul style="list-style-type: none"> • Le BAI est une échelle d'auto-évaluation en 21 points, qui évalue la présence et l'intensité des symptômes liés à l'anxiété au cours de la semaine précédente. Les scores varient de 0 à 63. • L'état cognitif global a été évalué par le <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>. • Les activités sociales ont été mesurées à l'aide de l'échelle de participation sociale, avec des scores allant de 0 (aucune activité) à 20 (participation régulière à toutes les activités). • Le niveau de fonctionnement social a été évalué par l'<i>échelle d'évaluation du fonctionnement social et professionnel (SOFAS)</i>.

Déroulement de l'étude	<p>SOFA : Pour évaluer leur réseau social, les participants ont estimé quel était le nombre de personnes avec qui ils avaient des contacts réguliers et significatif. Des scores ≥ 61 indiquant peu ou pas de déficiences sociales.</p> <p>MANSA : Ce score a été complété lors d'une entrevue orale. Les entrevues ont été menées par un psychiatre et deux résidents psychiatriques expérimentés et par trois infirmières psychiatriques bien formées.</p> <p>PANSS : Les entrevues enregistrées sur vidéo ont été évaluées par les enquêteurs au début, au cours de l'étude et à la fin. S'en est suivie une discussion et un examen des évaluations.</p>
Considérations éthiques	L'étude a été approuvée par le comité d'éthique médicale du VU University Medical Center.
Résultats Traitement/Analyse des données	<p>Les données ont été analysées à l'aide de la méthode statistique Package of the Social Sciences (SPSS), version 20.0. Afin d'examiner la relation entre les variables indépendantes et celles de SQOL, des analyses bivariées ont été effectuées avec le score MANSA total en tant que variable dépendante. Les écarts expliqués comptabilisés pour chacun des trois domaines (démographique, clinique et social) ont été calculés.</p> <p>Dans l'analyse multivariable, ils ont d'abord examiné chaque domaine, en entrant dans le champ d'analyse les variables qui avaient atteint un niveau de signification de $p < 0,10$ en analyse bivariable. De plus, l'âge et le score MMSE ont été entrés, en raison de leur importance théorique dans cette population âgée à l'étude.</p> <p>Le score BAI n'a pas été inclus dans l'analyse multivariable, car il était fortement corrélé avec l'échelle CES-D ($r = 0,72$ de Pearson), $p < 0,001$). Le nombre de personnes de confiance a également été exclu, car il était hautement en corrélation avec la taille du réseau (r de Pearson = $0,58$, $p < 0,001$). Ensuite, toutes les variables avec $p < 0,10$ dans les analyses spécifiques au domaine ont été saisies dans l'analyse multivariable finale.</p>
Présentation des résultats	<p>Caractéristiques des patients</p> <ul style="list-style-type: none"> • L'âge moyen des participants était de 67,9 ans (intervalle de 60 à 94 ans), • Les deux tiers étaient des femmes • Une grande majorité d'entre eux (68,2 %) vivaient de façon autonome, tandis que 23,4 % vivaient dans un établissement de soins psychiatriques (21,5 %) ou dans un établissement de soins de longue durée ou dans des résidences (1,9 %). • 8,4 % des participants ont été hospitalisés au moment de l'étude. • Les résultats des PANSS indiquent qu'en moyenne, les participants aux PANSS avaient des niveaux relativement faibles de symptômes psychotiques. • Les scores MMSE ont démontré que la plupart des participants n'avaient pas de troubles cognitifs cliniquement significatifs

	<ul style="list-style-type: none"> • 15,9 % de tous les participants avaient un MMSE inférieure à 24. • De tous les participants, 28 % avaient soit un très faible taux de participation soit aucun taux moyen de participation à leur réseau social. • Le score moyen au SOFAS (52,4) correspond à une difficulté modérée de fonctionnement social. <p>Qualité de vie subjective</p> <p>La note moyenne de tous les items MANSA était de $4,83 \pm 0,96$. Près de la moitié des patients (47,7 %) ont déclaré une qualité de vie globalement favorable (moyenne du score MANSA ≥ 5).</p> <p>Prédicteurs de la qualité de vie subjective</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dans le cadre démographique, le sexe féminin étant associé à un SQOL plus élevé. • Dans le domaine clinique, le score positif de la sous-échelle PANSS, le score CES-D, le BAI et le nombre de troubles physiques chroniques était négativement associés à la SQOL. • Dans le domaine social, la taille du réseau, la disponibilité d'une personne de confiance/de soutien, le score de l'Échelle de participation sociale et le score du SOFAS étaient à la SQOL • De la variance totale de la SQOL, les prédicteurs cliniques en expliquent 50 % tandis que les prédicteurs sociaux en expliquent 16 % • Les prédicteurs démographiques n'ont pas contribué de façon significative à la variance de la SQOL • Dans l'analyse multivariable, trois variables au sein de l'échantillon clinique (score PANSS positif, score CES-D, score MMSE) ont significativement prédit le SQOL. • Dans le domaine social, seul le score SOFAS était prédictif de la SQOL. • Dans l'analyse multivariable finale, le score MMSE et le score SOFAS sont restés prédictifs de la SQOL.
<p>Discussion</p> <p>Interprétation des résultats</p>	<p>Qualité de vie subjective</p> <p>Près de la moitié des participants (47,7 %) ont fait état d'un SQOL global favorable. La variation entre les différents domaines de la SQOL n'était que modeste. De plus, les patients atteints de schizophrénie évaluent généralement leur SQOL comme plus favorables que ceux qui souffrent de troubles de l'humeur et de troubles névrotiques, alors qu'il y a dans les trois troubles une association positive entre l'âge et le SQOL.</p> <p>Les normes de comparaison peuvent changer au fil du temps, à mesure que les patients s'adaptent à leur trouble et à son évolution. En conséquence, tout en vivant dans des conditions qui peuvent sembler contradictoires et désagréables aux autres, les patients peuvent néanmoins être relativement satisfaits de leur vie. Ceci est reflété par le faible taux de corrélations entre la SQOL et les indicateurs objectifs de qualité de vie chez les personnes atteinte de schizophrénie. Dans les populations âgées, il est tout à fait concevable qu'un niveau de fonctionnement plus élevé donne de meilleures chances de survivre jusqu'à un âge avancé. Une étude longitudinale serait nécessaire pour clarifier davantage la relation entre le vieillissement et SQOL dans la schizophrénie.</p>

	<p>Prédicteurs de la qualité de vie subjective</p> <p>Dans l'analyse bivariée, neuf des 18 variables prédisaient la qualité de vie de façon significative ($p \leq 0,05$).</p> <p>Dans le domaine clinique, le fait d'être moins positif et dépressif ou d'avoir des symptômes d'anxiété est lié à un SQOL plus élevé.</p> <p>Dans le domaine social une taille de réseau plus importante, la présence d'une personne de confiance, plus de participation sociale et un niveau plus élevé de fonctionnement social étaient associés avec un SQOL plus élevé.</p> <p>Dans l'analyse multivariable finale, le fait d'avoir moins de symptômes dépressifs et un meilleur fonctionnement social étaient les prédicteurs d'un SQOL plus élevé. En outre, un effet significatif de la neurocognition globale a été trouvée dans l'analyse multivariable, en effet, un fonctionnement cognitif dégradé prédit un SQOL plus élevé.</p> <p>Les symptômes d'humeur expliquent une grande partie de la variante SQOL (38%). Les niveaux de symptômes dépressifs déclarés dans notre échantillon étaient relativement élevés, 46,2 % des patients ayant obtenu des résultats supérieurs à la moyenne pour la dépression dans la population générale (Score CES-D ≥ 16). En revanche, les participants avec les scores du CES-D les plus élevés ne répondaient pas aux critères du DSM-IV pour la dépression majeur, une constatation qui a déjà été signalée chez les personnes âgées schizophrènes (Jin et coll., 2001).</p> <p>Bankole et al. (2007) ont également constaté qu'une dépression autodéclarée plus élevée était associée à un SQOL plus bas, bien que les symptômes dépressifs expliquent moins de variante dans leur étude que dans celle-ci. Il en va de même pour les jeunes schizophrènes, dont l'influence des symptômes dépressifs sur la qualité de vie n'a cessé de s'accroître. a été démontrée, mais avec un impact moindre que dans notre étude (Eack et al. Newhill, 2007).</p> <p>La relation entre les symptômes dépressifs autodéclarés et le SQOL doit être évaluée avec prudence. Premièrement, un biais potentiel peut être impliqué, étant donné que SQOL et des symptômes dépressifs auto-déclarés peuvent partiellement refléter le même état affectif sous-jacent (Priebe, 2007). Ensuite, pendant que l'humeur dépressive peut entraîner une baisse de la SQOL, celui-ci peut à son tour avoir des conséquences affectives négatives.</p> <p>Un effet prédictif de la neurocognition globale sur la SQOL est devenu apparent seulement dans l'analyse multivariable, démontrant que cet effet impliquait une interaction avec d'autres variables. Dans une analyse séparée (données non montrées), il a été constaté qu'il s'agissait principalement du niveau des symptômes dépressifs, les participants ayant obtenu de faibles scores au MMSE et au CES-D ont fait état d'un SQOL relativement élevé.</p>
Forces et limites	<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> • données épidémiologiques qui comprends tous les patients traités en psychiatrie, incluant également les personnes vivant en communauté, les patients institutionnalisés, et il n'y a aucune restriction quant à l'âge d'apparition de leur trouble. • le modèle final explique 53% de la variante dans SQOL. <p>Limites</p> <ul style="list-style-type: none"> • ne concernent que les patients qui étaient en mesure et disposés à consentir à participer à cette recherche ce qui fait que les patients avec un niveau de symptômes plus élevés ont manqué.

	<ul style="list-style-type: none"> • l'administration de l'instrument SQOL au cours d'une entrevue orale peut avoir incité certains participants à répondre aux questions d'une manière socialement souhaitable. • l'utilisation de comparaisons multiples a augmenté la probabilité d'erreurs.
Conséquences et recommandations	<p>L'étude indique que dans l'âge avancé, la schizophrénie, l'humeur dépressive et le fonctionnement social sont parmi les prédicteurs pertinents de la QVS. Les symptômes dépressifs semblent être une source plus importante de détresse que les symptômes psychotiques, sur lesquels le traitement traditionnel tendent plus à se concentrer.</p> <p>L'émergence de la littérature suggère que diverses formes de réadaptation psychosociale offrent des points de départ prometteurs pour cibler la qualité de vie chez les personnes âgées atteintes de schizophrénie</p> <p>En ce qui concerne les recherches à venir, les méthodes d'étude qualitative peuvent offrir une approche plus sophistiquée pour explorer plus à fond SQOL et ses déterminants</p>
Commentaires	<p><i>Pour le travail nous retiendrons les prédicteurs de la qualité de vie subjective car elle nous indique ce qui influence la QDV.</i></p>

Appendice B

Grille lecture critique

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?			x	Mais la qualité de vie est un concept amené de manière implicites. Ce concept n'est pas défini à proprement dit.
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	x			
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			SPSS 19.0
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?			x	Procédure expliquée de manière très concise.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			<i>Tableaux + résumé narratif</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?			x	Tous en lien avec la QDV, mais vu que le concept n'est pas clairement défini c'est peu clair.
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		x		Il n'y a pas la discussion
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	x			
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			

	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?	x			
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			La description est minime, mais compréhensible.
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			<i>Le lien entre PANSS et les variables est présent, mais il est indirect.</i>
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			<i>Tableaux et résumé narratif</i>
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			Sel-repair, self-confidence et relation thérapeutique
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?		x		
	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			

	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?	x			
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?		x		
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?			x	La conclusion est mélangée dans la discussion.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche qualitative

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes					
Titre	Précise-t-il clairement les concepts et la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les grandes lignes de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?		x		Il n'y a pas un résumé clair.
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et placé en contexte ?	x			
Recension des écrits	Présente-t-elle l'état des connaissances actuelles sur le phénomène ou le problème étudié ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	La base philosophique/le cadre conceptuel/le cadre théorique sont-ils définis ?		x		
Question de recherche/buts	La question de recherche/les buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ?	x			
	Y'a-t-il une adéquation entre le devis de recherche et le phénomène/problème à l'étude ?	x			
Population, échantillon et contexte	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			

		L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires	
Méthode de collecte des données	Les méthodes de collecte des données sont-elles explicites (où, quand, avec qui, saturation, enregistrement, transcription) ?	x				
Déroulement de l'étude	Le déroulement de l'étude est-il décrit clairement ?	x				
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants (éthique) ?	x				
Résultats Traitement/ Analyse des données	L'analyse des données est-elle détaillée ?	x				
	Des moyens pour assurer la rigueur scientifique et la crédibilité des données ont-ils été utilisés ?	x			<i>Divers logiciels scientifiques utilisés pour traiter les résultats</i>	
	Le résumé des résultats est-il compréhensible et contient-il des extraits rapportés (verbatim) ?	x				
Présentation des résultats	Les thèmes ou les modèles représentent-ils de façon logique le phénomène ?	x				
	L'auteur a-t-il fait évaluer les données aux participants ou par des experts ?	x			<i>Données évaluées par des experts</i>	
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils discutés à la lumière d'études antérieures ?	x				
	Soulève-t-on la question de la transférabilité des conclusions ?		x			

Conséquences et recommandations	Les chercheurs présentent-ils des conséquences/recommandations pour la pratique et les recherches futures ?	x			
Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x		x	Il manque le chapitre conclusion, mais il est intégré dans la discussion.
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Meesters, P. D., Comijs, H. C., de Haan, L., Smit, J. H., Eikelenboom, P., Beekman, A. T. F., & Stek, M. L. (2013). Subjective quality of life and its determinants in a catchment area based population of elderly schizophrenia patients. <i>Schizophrenia Research</i> , 147(2-3), 275-280. doi.org/10.1016/j.schres.2013.04.030				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?	x			Leur recherche se base sur la qualité de vie subjective qui est un outcome
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?	x			
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?		x		Ils ont spécifié le nombre, leur âge et leur pathologie mais ils n'ont pas indiqué combien d'entre eux vivaient en EMS et combien vivaient à domicile, ce qui aurait été intéressant pour nous de savoir.
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?		x		
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?		x		Ils décrivent très clairement ce qu'ils ont fait mais ils n'ont pas spécifié l'ordre dans lequel ils ont procédé.
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants ?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			Il est néanmoins difficile de les interpréter si nous n'avons pas de bonnes bases en statistique
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?	x			
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			

Conséquences et recommandations	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		x		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.

Grille de lecture critique d'un article scientifique
Approche quantitative et mixte

Éléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu clair	Commentaires
Références complètes	Ishii, S., Streim, J. E., & Saliba, D. (2010). Potentially Reversible Resident Factors Associated with Rejection of Care Behaviors: POTENTIALLY REVERSIBLE RESIDENT FACTORS. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> , 58(9), 1693-1700. doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03020.x				
Titre	Précise-t-il clairement le problème/les concepts/la population à l'étude ?	x			
Résumé	Synthétise-t-il clairement les parties principales de la recherche : problème, méthode, résultats et discussion ?	x			
Introduction Problème de recherche	Le problème ou phénomène à l'étude est-il clairement formulé et situé dans un contexte ?	x			
Recension des écrits	Fournit-elle une synthèse de l'état des connaissances sur le sujet en se basant sur des travaux de recherche antérieurs ?	x			
Cadre théorique ou conceptuel	Les principales théories et concepts sont-ils définis ? Y-a-t-il une théorie infirmière ?		x		Ils n'ont pas utilisé de cadre conceptuel
Hypothèses/question de recherche/buts	Les hypothèses, question de recherche et buts sont-ils clairement formulés ?	x			
Méthodes Devis de recherche	Le devis de recherche est-il explicité ? Si non, qu'en diriez-vous ?			x	Ont sait seulement que c'est quantitatif au vu de la taille de l'échantillon
Population, échantillon	La population à l'étude est-elle définie de façon précise ?	x			

et contexte	L'échantillon est-il décrit de façon détaillée ?	x			
	La taille de l'échantillon est-elle justifiée sur une base statistique ?			x	Ils les ont recruté selon un réseau d'une organisation de l'amélioration de la qualité mais nous ne savons pas si ceux-ci se basent sur des données statistique
Eléments du rapport	Questions	Oui	Non	Peu Clair	Commentaires
Méthode de collecte des données et instruments de mesure	Les instruments de collecte des données sont-ils décrits clairement ?	x			
	Sont-ils en lien avec les variables à mesurer ?	x			
Déroulement de l'étude	La procédure de recherche est-elle décrite clairement, pas à pas ?	x			
Considérations éthiques	A-t-on pris les mesures appropriées afin de préserver les droits des participants?	x			
Résultats Traitement/Analyse des données	Des analyses statistiques sont-elles entreprises pour répondre à chacune des questions et/ou vérifier chaque hypothèse ?	x			
Présentation des résultats	Les résultats sont-ils présentés de manière claire (résumé narratif, tableaux, graphiques, etc.) ?	x			
Discussion Interprétation des résultats	Les principaux résultats sont-ils interprétés en fonction du cadre théorique ou conceptuel ?		x		Étant donné qu'il n'y en a pas
	Sont-ils interprétés au regard des études antérieures ?	x			Ils ont été mis en lien

	Les chercheurs rendent-ils compte des limites de l'étude ?	x			
	Les chercheurs abordent-ils la question de la généralisation des conclusions ?		x		
Conséquences et recommandations	Les chercheurs traitent-ils des conséquences de l'étude sur la pratique clinique ?		x		
	Font-ils des recommandations pour les travaux de recherche futurs ?	x			
Questions générales Présentation	L'article est-il bien écrit, bien structuré et suffisamment détaillé pour se prêter à une analyse critique minutieuse ?	x			
Commentaires :					

Références :

Fortin, M.-F. (2010). *Fondements et étapes du processus de recherche* (2^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche* (3^{ème} éd.). Montréal, QC : Chenelière Education.

Loiselle, C.G., & Profetto-McGrath, J. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières*. Québec, QC : ERPI.