

Université de Montréal

**L'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles
psychotiques**

par

Kathe Villeneuve

Département de psychiatrie

Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté de médecine
en vue de l'obtention du grade de maîtrise
en sciences biomédicales
option sciences psychiatriques

avril, 2010

© Kathe Villeneuve, 2010

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

**L'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles
psychotiques**

Présenté par :

Kathe Villeneuve

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Roger Godbout, président-rapporteur
Dr Alain Lesage, directeur de recherche
Dr Luc Nicole, co-directeur
Stéphane Potvin, co-directeur
Ridha Joobar, membre du jury

Résumé en français

Objectifs : Ce mémoire propose d'explorer l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques en répondant à trois questions : 1- Quels sont les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales pour une clientèle atteinte de troubles psychotiques? 2- Sont-ils comparables aux facteurs influençant l'observance à la médication? 3- Quel est le taux d'abandon des interventions psychosociales et quels sont les facteurs qui font varier ce taux?

Méthodes : Cette étude a permis de faire la synthèse des facteurs influençant l'observance à la médication à partir des revues systématiques publiées sur le sujet, et d'établir les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales à partir des raisons d'abandon citées dans les essais cliniques randomisés publiés. Une méta-analyse a permis de combiner les essais cliniques rapportant les abandons et ainsi d'en établir un taux.

Résultats : Nous avons répertorié 92 essais cliniques randomisés sur les interventions psychosociales avec les personnes atteintes de troubles psychotiques. De ce nombre, 43 ont permis de répertorier les raisons d'abandon. Les raisons d'abandon s'avèrent principalement liées à la maladie et liées à l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Un taux d'abandon de 13% a été obtenu à partir de l'agrégation de 74 études dans la méta-analyse. Des facteurs faisant varier ce taux ont été identifiés.

Conclusion : Plusieurs facteurs (personnels, lié aux traitements, sociaux) influençant l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques ont été identifiés. De plus, le faible taux d'abandon obtenu démontre bien la faisabilité clinique de ce type d'intervention. S'ajoutant à l'efficacité déjà bien démontrée de certaines modalités d'intervention psychosociales, le taux d'assiduité à ces mêmes modalités constitue un argument supplémentaire pour en assurer la disponibilité aux personnes atteintes d'un trouble psychotique.

Mots-clés : troubles psychotiques, observance, interventions psychosociales, médication

Abstract

Aims : This report suggest investigating the compliance in the psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder by answering three questions : 1- What are factors influencing compliance in the psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder? 2- Are they comparable to factors influencing compliance with pharmacological treatment? 3- What is the dropout rate of the psychosocial treatment and which are the factors which make vary this rate?

Methods : A systematic review allowed to make the synthesis of factors influencing the compliance in the medication from the systematic reviews published on the subject and to establish factors influencing the compliance in the psychosocial treatment from the reasons of drop-out specified in the published randomized clinical trials. A meta-analysis allowed to combine clinical trials reporting drop-out and so to establish a rate.

Results : We listed 92 clinical trials randomized on the psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder , of this number 43 allowed to list the reasons of drop-out. The reasons of drop-out turn out mainly related to the disease and related to the accessibility, the continuity and the quality of the care and the services. A 13 % dropout rate was obtained from the aggregation of 74 studies in the meta-analysis. Factors making vary this rate were identified.

Conclusions: Several factors which influence the compliance in the psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorders are identified. Furthermore, the low drop-out rate calculated demonstrates well the clinical feasibility of this type of treatment. Being added to the efficiency already well demonstrated by certain psychosocial modalities of treatment, the compliance rate in these same modalities establishes an additional argument to assure the availability among persons suffering from schizophrenia spectrum disorders.

Keywords : schizophrenia spectrum disorder, compliance, psychosocial treatment, pharmacological treatment

Table des matières

RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	I
ABSTRACT	II
LISTE DES TABLEAUX	V
LISTE DES FIGURES	VI
REMERCIEMENTS	VIII
CHAPITRE 1 INTRODUCTION ET MÉTHODOLOGIE	9
INTRODUCTION.....	10
<i>Définir et mesurer l'observance médicamenteuse</i>	11
<i>Les troubles psychotiques et leurs traitements</i>	13
<i>L'observance aux traitements chez les personnes atteintes de troubles psychotiques</i>	15
MÉTHODOLOGIE	17
<i>Modèle théorique</i>	17
<i>Devis de recherche</i>	19
<i>La revue systématique</i>	21
<i>Étape pour l'élaboration de la revue systématique (Blettner, 1999):</i>	22
<i>La méta-analyse</i>	24
CHAPITRE 2 FACTEURS INFLUENÇANT L'OBSERVANCE À LA MÉDICATION ET L'ASSIDUITÉ AUX INTERVENTIONS PSYCHOSOCIALES CHEZ DES PERSONNES ATTEINTES DE TROUBLES PSYCHOTIQUES : UNE REVUE SYSTÉMATIQUE	31
RÉSUMÉ EN FRANÇAIS	32
ABSTRACT	33
INTRODUCTION	34
MÉTHODOLOGIE	36
PRÉSENTATION DES RÉSULTATS	39
DISCUSSION	45
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	48
CHAPITRE 3 META-ANALYSIS OF RATES OF DROP-OUT FROM PSYCHOSOCIAL TREATMENT AMONG PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDER	51

ABSTRACT	52
INTRODUCTION	53
METHODS	54
<i>Literature Search</i>	54
<i>Study selection</i>	54
<i>Data extraction and quantitative data synthesis</i>	54
RESULTS	55
<i>Study characteristics</i>	55
<i>Drop-out rates</i>	56
<i>Moderators of treatment drop out</i>	57
DISCUSSION	58
REFERENCES	61
CHAPITRE 4 CONCLUSION, BIBLIOGRAPHIE	65
CONCLUSION	66
LIMITE DE L'ÉTUDE	66
L'IMPLICATION POUR L'ORGANISATION DES SERVICES	71
<i>Niveau régional</i>	72
<i>Niveau local</i>	74
<i>Niveau patient</i>	75
BIBLIOGRAPHIE DU MÉMOIRE	79

Liste des tableaux

Chapitre 2

Tableau 1 : Répartition des 92 essais cliniques randomisés sur les interventions psychosociales en fonction de leur modalité d'intervention.

Tableau 2 : Facteurs influençant l'observance à la médication de 36 revues systématiques.

Tableau 3 : Facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales de 43 essais cliniques randomisés.

Liste des figures

Chapitre 1

Figure 1 : Modèle théorique des facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales.

Figure 2 : Calcul du biais de publication selon le graphique en entonnoir

Chapitre 3

Figure 1: Metaanalysis of drop-out rates (event rate) in 74 randomized trials of psychosocial treatments

"S'il n'y avait qu'une seule vérité, on ne pourrait pas faire cent toiles sur le même thème"

Pablo Picasso

Remerciements

Je tiens d'abord à remercier mes directeurs de recherche qui, sans eux, ce projet n'aurait pu se réaliser. Mon directeur principal Dr Alain Lesage qui, malgré un horaire impossible, fut d'une grande disponibilité. Sa rigueur et son désir de m'emmener à toujours approfondir plus loin la réflexion m'a permis de me dépasser.

Un grand merci à Dr Luc Nicole, co-directeur, qui a apporté sa vision clinique au projet et a permis d'enrichir les discussions par sa vaste expérience de la clientèle.

Un merci très spécial à Stéphane Potvin, mon second co-directeur, qui s'est joint en cours de route au projet et dont l'apport fut indispensable. Sa générosité et la complicité développée dans le travail conjoint m'a permis de démystifier le processus de méta-analyse, mot qui au début de ma maîtrise m'apparaissait si impressionnant.

Un merci à ma nouvelle supérieure, Linda Fortier, qui m'a offert une flexibilité dans mon horaire de travail ainsi qu'un support ce qui m'a donné le dernier coup de pouce pour mettre la touche finale.

Un merci particulier à mon conjoint, Jean-François, qui a su me supporter dans cette grande aventure.

Un merci à ma belle-sœur Marie-Eve pour la révision du manuscrit.

Chapitre 1

Introduction et méthodologie

Introduction

Hippocrate, dans ses écrits, évoquaient déjà la problématique d'observance au traitement, mais la question de l'observance a pris un regain d'intérêt à partir des années 1970. Depuis l'engouement pour cette problématique, des milliers de recherche ont été publiées. Une simple recherche dans PUBMED avec le terme *patient compliance* donnera plus de 50 000 publications.

Cet intérêt de recherche pour cette problématique est en lien direct avec les nombreuses et importantes conséquences de l'inobservance. Cette citation de C. Everett Koop, MD, le résume assez bien: *Drugs don't work if people don't take them* (Université de Laval, 2007). L'inobservance occasionne une augmentation des coûts de santé, des rechutes, une chronicisation, etc. L'Organisation Mondiale de la Santé qualifie l'inobservance comme une problématique de santé publique (OMS, 2003).

La participation au symposium sur l'adhésion au traitement, organisé par l'université Laval, m'a permis de voir à quel point l'observance est une problématique qui préoccupe tous les champs de la médecine (Université de Laval, 2007). En général, il est rapporté que 30% à 50% des patients seraient inobservants à leur traitement. Les études portent majoritairement sur les populations souffrant de maladies chroniques (asthme, hypertension artérielle, diabète, sida, etc.) et une grande variabilité dans les résultats est observée étant donné la complexité du concept de l'observance.

Le domaine de la psychiatrie est également préoccupé par les problématiques d'observance au traitement. Ce projet de maîtrise met en lumière des perspectives différentes sur la question de l'observance. Il aborde l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. La citation de Picasso, en début de mémoire, illustre bien les multiples possibilités pour aborder un même sujet. En effet, cet aspect particulier de l'observance n'a pas été abordé dans la littérature

malgré la documentation de l'importance d'utiliser ce type d'intervention en complémentarité aux traitements pharmacologiques en présence de ces troubles complexes, sévères et persistants. Étant donné que la problématique de l'observance à la médication est bien documentée, l'établissement d'un modèle des facteurs l'influençant servira d'assise pour établir les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales.

Définir et mesurer l'observance médicamenteuse

Les auteurs ont initialement décrit l'observance comme étant le respect de la prescription, la conformité entre la conduite du patient et les conseils du médecin (Marder, 2003). Puis, le concept d'observance ne s'est plus réduit à un point de vue pharmacologique, sa définition s'est élargie pour inclure la capacité pour un patient d'amorcer et de poursuivre un programme thérapeutique jusqu'à son terme. Cette nouvelle définition inclut désormais le respect des autres modalités thérapeutiques telles que les diètes, les interventions d'autres professionnels, les habitudes de vie, etc. (Marder, 2003).

Le concept d'observance a apporté avec lui différents termes connexes dont certains sont des synonymes alors que d'autres permettent de le nuancer. Les termes observance, sous-observance, persistance, adhésion, compliance (anglicisme), observance partielle, sur-observance, observance variable sont retrouvés dans la littérature. L'inobservance est l'absence de la prise totale du traitement; la sous-observance est associée à l'omission de prendre le traitement ou son interruption; l'observance variable correspond aux patients qui modifient leur traitement en fonction de leur état alors que la sur-observance désignerait un respect excessif ou une majoration des doses (Corruble et coll., 2003). Les termes adhésion et compliance sont quant à eux des synonymes au terme observance alors que la notion d'observance partielle ferait référence à une prise variable du traitement.

Le concept de l'observance ne peut se résumer simplement à prendre ou ne pas prendre le traitement. L'observance fait intervenir non seulement l'aspect de bien suivre le traitement tel que prescrit (bonne dose, bon moment de la journée), mais également de le

prendre pour la durée intégrale indiquée. Cette durée peut être circonscrite dans une période définie ou sur une longue période, voire pour la vie. J.A. Cramer, chercheuse de file dans ce domaine, définit très bien dans une revue de littérature cette différence entre l'observance et la persistance (Cramer, 2008). Elle décrit l'observance comme étant le pourcentage de doses prescrites prises entre le début et la fin de l'observation alors que la persistance correspond au nombre de jours de prise de la médication dans cette même période d'observation.

Différentes méthodes sont proposées pour mesurer l'observance, chacune comportant ses inconvénients et ses avantages. Toutefois, la plupart des outils développés permettent de mesurer l'observance en lien avec la prise de la médication laissant ainsi la mesure de l'observance reliée aux autres modalités thérapeutiques peu documentée. Ces différentes méthodes pour mesurer l'observance à la médication sont bien décrites dans les études de plusieurs auteurs (Cramer, 1998 et 2008, Corruble et coll., 2003). L'évaluation par le clinicien peut se faire de trois façons soit l'entretien clinique (ex : les plaintes du patient sur les effets secondaires ou un questionnement direct sur l'observance), la présence aux rendez-vous et l'utilisation de questionnaires standardisés (ex : le *Rating of Medication Influence*). Il existe des questionnaires remplis par les patients qui, selon les auteurs, s'avèrent moins fiables qu'un entretien clinique bien conduit. Aussi, il y a l'utilisation de mesures sériques, lorsque possible, pour certains types de molécules. Par contre, le décompte des comprimés dans le pilulier s'avère une mesure peu fiable puisque l'absence d'une pilule ne garantit pas la prise de celle-ci par le patient. Finalement, il y a le *Medication Event Monitoring System* (MEMS) qui est un pilulier électronique permettant d'enregistrer les jours et les moments de la prise des comprimés. On constate dans les études que, pour assurer une meilleure fiabilité dans la mesure de l'observance, l'utilisation simultanée de plusieurs méthodes est recommandée.

Différents modèles sont présents dans la littérature pour décrire les interactions entre les facteurs pouvant influencer l'observance. Le modèle classique fait référence

uniquement à la relation patient-médecin et se centre sur les aspects concrets de l'observance soient le respect des doses et le nombre de prises. Le modèle comportementaliste met de l'avant l'acquisition de compétences chez le patient et la famille face au traitement. Le modèle éducatif mise davantage sur l'information donnée au patient et à sa famille. Le *Health Belief Model* (Becker, 1985) est un modèle psychosocial reposant sur la perception du patient quant aux avantages et inconvénients du traitement. Selon ce modèle, les patients seront davantage observant au traitement selon leur conscience de leur propre vulnérabilité à la maladie et de la sévérité de cette maladie. Une étude sur des patients psychiatriques suivis en ambulatoire a démontré que ce modèle expliquerait 20 % de la problématique de l'observance ce qui laisse envisager l'interaction d'autres facteurs (Corruble et coll., 2003). Différents auteurs exposent d'autres modèles plus complexes sur l'observance à la médication (Seo et coll., 2005, Fleischhacker et coll., 2003). Ces modèles font interagir plusieurs facteurs.

Différents facteurs sont cités dans la littérature comme influençant l'observance pharmacologique. Les auteurs citent entre autres l'insight, les effets secondaires, les symptômes de la maladie, l'alliance thérapeutique, la mauvaise planification du suivi, les déficits cognitifs, l'abus de substance, etc. Ces facteurs sont regroupés sous diverses catégories : les facteurs liés au traitement, les facteurs liés au patient, les facteurs liés au médecin, les facteurs liés à la relation malade-médecin et les facteurs liés à l'entourage du patient (Corruble et coll., 2003).

Les troubles psychotiques et leurs traitements

Les troubles psychotiques correspondent à un groupe de maladies psychiatriques qui se caractérise par la présence de symptômes psychotiques tels que les idées délirantes, la pensée et les comportements désorganisés ainsi que les hallucinations. Il existe plusieurs troubles psychotiques tels que la schizophrénie, le trouble schizoaffectif, le trouble schizophréniforme, le trouble délirant, le trouble psychotique bref, le trouble psychotique induit par une substance ou une affection médicale et le trouble psychotique non spécifié

(American Psychiatric Association, 2000). De manière générale, la schizophrénie demeure le trouble psychotique le plus répandu et le plus fréquemment étudié. La prévalence mondiale de la schizophrénie est de 1% et elle est plus fréquente que la sclérose en plaques, le diabète insulino-dépendant et la dystrophie musculaire. Elle survient chez les jeunes vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, généralement entre 15 et 30 ans (Société Québécoise de la Schizophrénie, 2010).

Les symptômes de la maladie se répartissent en différentes catégories soient les symptômes positifs (idées délirantes, hallucination, désorganisation de la pensée et du comportement), les symptômes négatifs (affect plat, alogie, anhédonie, avolition, apathie), les déficits cognitifs (ex : fonctions exécutives, mémoire) et les autres symptômes (anxiété, dépression). Malgré que la cause exacte demeure toujours incertaine, la schizophrénie est une maladie occasionnée par une importante perturbation des fonctions du cerveau (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2004). Les personnes atteintes de schizophrénie sont plus à risque de suicide, de violence, d'abus, de problème de consommation et d'itinérance (Association des Psychiatres du Canada, 2004). Cette maladie entraîne également des impacts sur le plan fonctionnel affectant ainsi les habiletés de la personne à s'insérer dans la communauté et à y prendre une part active (ex : travail).

Le traitement de la schizophrénie est bien documenté dans la littérature et a fait l'objet de plusieurs guides de pratiques dans divers pays (American Psychiatric Association, 2004, Association des Psychiatres du Canada, 2004, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2004). Ces guides mettent tous l'accent sur l'importance de combiner traitements pharmacologiques et interventions psychosociales.

Les interventions psychosociales visent non seulement une gestion des symptômes résiduels mais s'attaquent également aux incapacités fonctionnelles et sociales dans un objectif ultime de rétablissement de la personne atteinte. Ces interventions sont donc une partie essentielle du traitement de la schizophrénie. Les interventions psychosociales

regroupent différentes approches (ex : Thérapie cognitivo-comportementale, psychoéducation, thérapie occupationnelle, intervention vocationnelle, etc.) et peuvent être administrées en groupe, en individuel ou avec la famille.

L'observance aux traitements chez les personnes atteintes de troubles psychotiques

Le présent mémoire s'intéresse particulièrement à l'observance dans le domaine de la psychiatrie. L'observance en psychiatrie au traitement pharmacologique fait également état d'une problématique importante avec une moyenne variant de 58% à 65% (Cramer et coll., 1998). Des aspects particuliers liés au traitement pharmacologique propre aux maladies psychiatriques sont relatés dans la littérature. Par exemple, dans le cas des antidépresseurs, un long délai d'action peut laisser croire aux patients que le traitement est inefficace. De plus, les effets secondaires combinés aux symptômes de la maladie (distorsion cognitive) influent également sur l'observance à ce type de médication (Corruble et coll., 2003).

En ce qui concerne les personnes atteintes de troubles psychotiques, l'observance moyenne aux antipsychotiques est de 58% (Cramer et coll., 1998, Corruble et coll., 2003). De plus, il est estimé qu'un an après l'hospitalisation initiale, 50% des patients seront hospitalisés à nouveau étant donné une mauvaise observance, alors que ce taux atteindra les deux tiers après une période de deux ans (Cramer et coll., 1998). Plusieurs études ont regardé les divers facteurs pouvant influencer l'observance au traitement pharmacologique.

L'apport spécifique du présent mémoire est d'effectuer une synthèse de toutes les revues systématiques publiées sur le sujet permettant ainsi de dégager un modèle regroupant l'ensemble des facteurs contributifs à l'inobservance au traitement pharmacologique chez les personnes souffrant de troubles psychotiques. Ce modèle est présenté dans le second chapitre.

Si la problématique de l'observance aux traitements pharmacologiques avec les personnes atteintes de troubles psychotiques est très bien documentée, il n'en va pas de même pour l'assiduité aux interventions psychosociales. Les études publiées en lien avec ce sujet discutent de l'impact des interventions psychosociales sur l'observance à la médication ou encore quelques études explorent l'assiduité aux rendez-vous de suivis médicaux (Centorinno et coll., 2001, Compton et coll., 2006, Killaspy et coll., 2000, Kreyenbuhl et coll., 2009, Lecomte et coll., 2008, MacDonald et coll., 2007, Mitchell et coll., 2007, Reda et coll., 2001, Tait, 2003). Il y a également des études qui traitent de l'impact de l'assiduité à l'intervention psychothérapeutique comme facteur de l'efficacité de celle-ci. Il apparaît logique que si le patient ne participe pas à l'intervention qu'il ne pourra pas en retirer les bénéfices. *Drugs don't work if people don't take them; so psychosocial treatments won't be useful, if people don't follow them!* Une seule étude traite spécifiquement de la problématique d'assiduité aux interventions psychosociales avec une clientèle souffrant de troubles psychotiques. Dans cette étude, l'auteur (Tarrier et coll., 1998) a voulu connaître les raisons pour lesquelles un patient cessait son traitement psychosocial. Il s'agit ici d'un complément à une étude plus large qui compare l'efficacité d'une intervention psychosociale de type cognitivo-comportementale (CBT) avec une intervention de thérapie de support. Les raisons les plus fréquemment (44% et plus) citées par les patients furent : la thérapie ne m'aide pas pour mon problème, rien n'a aidé dans le passé, parler de mes problèmes me les fait voir comme plus important, mes symptômes ne me dérangent pas, la période d'évaluation est trop longue, je ne pense pas que je peux m'adapter à la thérapie, mes symptômes me dérangent, mais je ne peux imaginer vivre sans eux. En somme, le besoin de mieux documenter la question de l'assiduité aux interventions psychosociales apparaît essentiel.

Le présent mémoire a donc pour objectifs :

1- d'effectuer une synthèse des facteurs influençant l'observance aux traitements pharmacologiques chez les personnes atteintes de troubles psychotiques

2- d'établir les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques

3- d'établir le taux d'abandon aux interventions psychosociales et les facteurs pouvant influencer ce taux.

L'atteinte de ces trois objectifs a donné lieu à l'élaboration de deux articles se trouvant aux chapitres 2 et 3 de ce présent mémoire. Le chapitre 2 présente la démarche visant à établir un modèle des facteurs influençant l'observance à la médication et à partir de ce modèle, de tenter d'établir les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales. Le chapitre 3 présente la démarche menant à établir le taux d'abandon des études sur les interventions psychosociales et d'évaluer les facteurs pouvant influencer ce taux.

Méthodologie

Modèle théorique

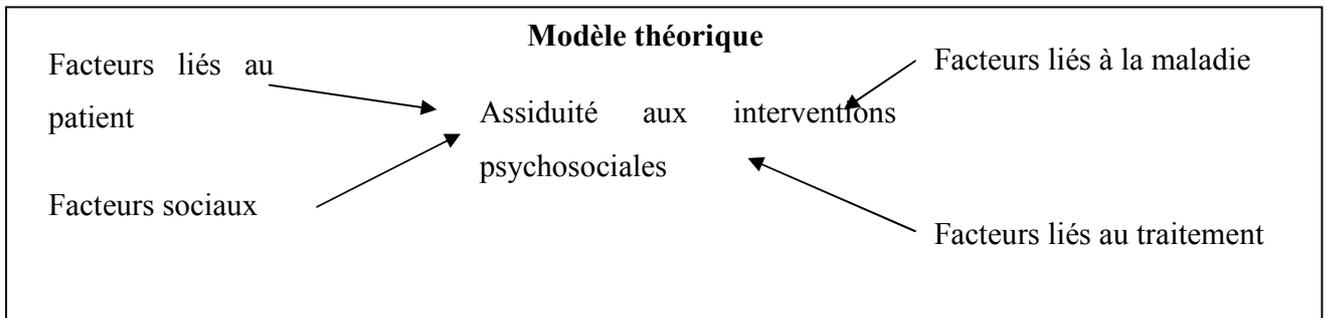
Pour mettre en relation les différents facteurs pouvant influencer l'observance, il a été nécessaire d'élaborer un modèle théorique. Plusieurs auteurs ont tenté de mettre en relation les facteurs pouvant influencer l'observance à la médication. Le modèle présenté dans l'étude de revues systématiques de Fleischhacker (2003) a servi d'assise pour l'élaboration du modèle théorique puisqu'il découle d'une synthèse de différentes études rapportant des facteurs influençant l'observance à la médication. Il implique quatre catégories principales de facteurs influençant l'observance à la médication comprenant à leur tour des facteurs spécifiques.

L'élaboration du modèle théorique concernant les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales a été réalisée par la définition des thèmes principaux et

par la catégorisation des facteurs influençant l'observance à la médication chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. Les facteurs influençant l'observance à la médication ont été obtenus à partir de la synthèse de toutes les revues systématiques publiées sur le sujet. Les thèmes à l'étude sont les troubles psychotiques, l'assiduité, les facteurs et les interventions psychosociales. Voici leur définition :

- La définition de troubles psychotiques fut établie selon les critères du DSM-IV ou de l'ICD-10 qui représentent les outils de références internationales pour la classification des maladies psychiatriques. Donc, elle exclut tous les diagnostics de troubles affectifs auxquels sont associés des éléments psychotiques (ex : dépression psychotique, trouble bipolaire).
- Le terme assiduité a été préféré au terme observance pour les interventions psychosociales. Le terme assiduité signifie avoir une présence régulière à un poste, un lieu où l'on doit être (Dictionnaire de la langue française, 2010). Il fait intervenir les notions de continuité, de présence, de régularité, de persévérance. Ce terme nous apparaît plus approprié pour les interventions psychosociales qui demandent le déplacement du client à un endroit et à un moment précis pour recevoir le traitement contrairement à la médication qui sera prise à la maison.
- Les facteurs regroupent différents éléments pouvant influencer l'assiduité. Une catégorisation des facteurs a été établie suite à la recherche effectuée sur les facteurs identifiés comme influençant l'observance à la prise de médication chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. Elle regroupe donc des facteurs personnels (ex : sexe), des facteurs liés à la maladie (ex : symptômes), des facteurs liés au traitement (ex : effets secondaires) et des facteurs sociaux (ex : soutien social).
- La notion d'interventions psychosociales fait référence à toute intervention thérapeutique de groupe ou individuelle autre qu'un traitement pharmacologique telles que la prescription et l'administration de médicaments.

Figure 1 : Modèle théorique des facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques.



Il s'agit en somme d'un modèle théorique qui tente d'expliquer les effets des différents facteurs susceptibles d'avoir un impact sur l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. Selon ce modèle, les personnes atteintes de troubles psychotiques possèdent des facteurs personnels (ex : âge, sexe, autocritique, origine ethnique...), des facteurs liés à la maladie (ex : symptômes, déficits cognitifs, abus de substances, début de la maladie...) et des facteurs sociaux (ex : soutien social, stigmatisation, accessibilité aux soins...) pouvant influencer leur assiduité aux interventions psychosociales. Il faut également considérer les facteurs liés au traitement lui-même qui pourraient avoir une influence sur l'assiduité et qui varieront en fonction du type d'intervention (ex : effets secondaires, incident en cours d'intervention, durée...). Il est à noter que la combinaison de plusieurs facteurs ou le poids de certains facteurs pourraient avoir un impact différent sur le risque d'arrêt du traitement.

Devis de recherche

Pour choisir la stratégie de recherche ainsi que le devis approprié, divers éléments furent considérés soient les objectifs de la recherche et l'aspect exploratoire du sujet à l'étude. Considérant qu'aucune étude spécifique ne se retrouve dans la littérature concernant les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales avec des personnes atteintes de trouble psychotiques, les études de revues systématiques documentant

l'observance à la médication ainsi que les facteurs en cause ont donc servi de référence. Le choix d'utiliser une stratégie de recherche synthétique a été fait afin de pouvoir explorer largement le sujet de recherche plutôt que de manière spécifique. En effet, on veut aborder l'assiduité à toutes les interventions psychosociales avec les personnes atteintes de troubles psychotiques dans son ensemble puisque le sujet n'a pas été traité au lieu de l'étudier pour un aspect spécifique comme par exemple avec une intervention cognitivo-comportementale dans une clinique de premiers épisodes. De plus, la recherche synthétique comparative permet d'explorer l'ensemble des relations entre plusieurs variables dépendantes et plusieurs variables indépendantes dans un modèle de relations interdépendantes (Conrandiopoulos et coll., 1990). Ceci est approprié à notre modèle théorique qui fait intervenir plusieurs variables indépendantes (les facteurs) ayant un impact sur la variable d'intérêt, soit l'assiduité aux interventions psychosociales.

Selon la stratégie de recherche synthétique comparative retenue, le devis approprié pour permettre de répondre aux objectifs de la recherche peut être une revue systématique avec ou sans méta-analyse. Ainsi, afin de répondre aux trois objectifs de notre étude, ces deux devis ont été retenus. Dans un premier temps, une revue systématique permettra de colliger les données empiriques favorisant l'établissement des facteurs en cause dans la variation de l'assiduité aux interventions psychosociales chez les sujets à l'étude. Puis, une méta-analyse permettra quant à elle d'établir quantitativement, à partir d'analyses statistiques, quel est le taux d'abandon aux interventions psychosociales et quels sont les facteurs influençant ce taux.

Dans le cas de ces deux types de devis, la sélection des études ayant un devis d'essai clinique randomisé assurera la validité interne. De plus, l'utilisation du devis de recherche de type revue systématique et méta-analyse permet d'obtenir une bonne validité externe (Conrandiopoulos et coll., 1990). Toutefois, la limitation à l'utilisation d'étude d'essai clinique randomisé pour assurer une meilleure validité interne a un impact sur la validité

externe puisque ce type d'étude est réalisé dans des contextes et des conditions s'apparentant davantage à des conditions de laboratoire que des conditions naturalistiques représentatives de la réalité clinique. Les résultats seront critiqués en tenant compte de cette double contrainte.

Lorsque nous travaillons avec des devis de type revue systématique et méta-analyse, il est primordial de bien comprendre ce qu'ils impliquent. Tout d'abord, la distinction entre la revue de littérature, la revue systématique et la méta-analyse est à établir. L'article de Green (Green, 2000) définit clairement les différences entre ces trois types d'études. La revue de littérature correspond à une démarche de synthèse des résultats et de la conclusion de deux publications ou plus sur un sujet donné. La revue systématique ressemble à la revue de littérature, mais elle implique une démarche exhaustive et structurée d'identification et de synthèse de toute la littérature sur un sujet. Finalement, la méta-analyse implique l'utilisation de stratégies statistiques pour combiner un ensemble de résultats de différentes études afin de répondre à une question de recherche précise. Il est également à préciser que le terme revue systématique correspond à une synthèse qualitative, mais peut parfois inclure le volet quantitatif, soit la méta-analyse.

La revue systématique

Étant donné qu'elle synthétise l'ensemble de la littérature disponible sur un sujet donné, la revue systématique constitue un outil important pour informer et faciliter l'accès aux évidences scientifiques. Les revues systématiques sont généralement la meilleure forme de preuve sur un sujet donné. C'est un outil scientifique qui permet d'évaluer, de résumer et de communiquer les résultats et les implications d'un sujet d'étude dans lequel un nombre considérable d'études scientifiques sont publiées. Une revue systématique doit être méthodique dans le processus d'identification et d'évaluation des études de la littérature, objective dans son processus d'interprétation des données et reproductible dans les conclusions qu'elle tire (Green, 2000). La revue systématique considère donc toutes les

études publiées sur le sujet et considère toutes les évidences disponibles dans ses conclusions.

Étape pour l'élaboration de la revue systématique (Blettner, 1999):

1. Définition d'une question claire et appropriée :

- a. Quels sont les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales chez des personnes atteintes de troubles psychotiques et sont-ils comparables à ceux influençant l'observance à la médication?

2. Recherche de la littérature :

- a. Utilisation de plusieurs bases de données : Pubmed, Embase, PsychInfo, Cochrane et Web of Sciences.
- b. Utilisation de mots-clés :

Articles sur l'observance à la médication : « schizophrenia », « psychosis », « compliance treatment », « patient compliance », « treatment refusal », « compliance »

Articles sur les interventions psychosociales : « schizophrenia », « psychosis », « psychosocial rehabilitation », « psychotherapy », « rehabilitation », « group psychotherapy », « group therapy » et « therapy ».

- c. Définition de limite : publié en anglais et en français, entre 1997 et 2007

3. Sélection des études en fonction de critères d'inclusion établis :

- a. Pour les articles sur la médication : revue systématique présentant des facteurs influençant l'observance à la médication avec des personnes atteintes de troubles psychotiques.
 - b. Pour les interventions psychosociales : études d'essais cliniques randomisés portant sur une intervention psychosociale avec une clientèle atteinte de troubles psychotiques.
4. Extraction des données :
- a. Observance à la médication : Facteurs cités qui influencent l'observance.
 - b. Assiduité aux interventions psychosociales : raisons citées d'abandon à l'intervention psychosociale
5. Résultats et conclusion :
- a. Présentés en fonction du modèle théorique.

En ce qui concerne la revue systématique sur les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales, la question de recherche a été clairement posée avec une définition des résultats attendus, soit d'identifier les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales. Puis, la population à l'étude (troubles psychotiques) a été définie ainsi que les termes clés de l'étude, soit les interventions psychosociales et les facteurs (les raisons d'abandon). Une démarche systématique de recherche de la littérature a été élaborée avec une diversité de bases de données et de mots-clés pour repérer les articles. De plus, les articles en français et en anglais ont été retenus ainsi que les études d'essais cliniques randomisées pour diminuer les biais. Les critères d'inclusion ont été définis pour permettre une sélection rigoureuse des études. Certaines études ont dû être exclues puisqu'elles ne répondaient pas aux critères d'inclusion tel que par exemple ne pas

présenter le bon devis, inclus des participants souffrant d'autres problèmes de santé mentale qu'un trouble psychotique, porte sur une intervention familiale qui n'inclut pas la personne souffrant de troubles psychotiques. Cette démarche est davantage explicitée dans le chapitre 2 qui présente l'article sur la revue systématique.

La méta-analyse

La méta-analyse a été utilisée pour la première fois en 1976 par Glass. On la définit comme une analyse globale faisant la synthèse des résultats de différentes études au moyen de méthodes statistiques appropriées. Le principal avantage de la méta-analyse est de pouvoir réunir un nombre important de patients et d'évènements et d'arriver à des conclusions plus solides que les études individuelles tout en tenant compte de l'hétérogénéité des résultats individuels. Elle permet d'obtenir une puissance statistique, d'identifier la taille de l'effet, d'identifier la direction de la taille des effets, de faciliter des comparaisons et de déterminer si les résultats des études sont homogènes ou hétérogènes. Bien que considérée comme une étude permettant d'établir de fortes évidences scientifiques, elle contient des faiblesses non négligeables auxquelles il faut s'attarder tels que l'omission d'étude de langues étrangères, la difficulté de retracer les études non publiées, la piètre qualité de certaines études retenues dans l'analyse globale, les biais que génèrent une démarche rétrospective, la discordance entre les résultats de diverses méta-analyses portant sur le même sujet et l'application clinique des résultats à la population. La rigueur méthodologique est donc primordiale. Sacks et L'Abbé furent les premiers en 1987 à faire ressortir les étapes essentielles devant être franchies pour effectuer une méta-analyse d'études cliniques (L'abbé et coll., 1987, Sacks et coll., 1987). L'élaboration d'une méta-analyse s'avère un processus complexe qui nécessite plusieurs étapes afin d'assurer la validité des résultats (Higgins et coll., 2009, Dersimonian et coll., 1998, Chung et coll., 2006) :

1. Définition de la question de recherche

2. Définir la stratégie de recherche des études :
 - a. base de données, liste bibliographique, littérature grise, compagnie pharmaceutique, internet, communication scientifique.
 - b. mots-clés adaptés pour chaque base de données.
 - c. les restrictions : langue de publication, période couverte par la recherche.
 - d. documenter la recherche.
3. Sélection des études :
 - a. critères d'inclusion définis selon le devis des études à retenir, la population, les types d'interventions, les résultats à mesurer
 - b. validation de la qualité des études
4. Extraire les données :
 - a. établir un formulaire de collecte de données
 - b. validation de la procédure de collecte de données
5. Analyse des données :
 - a. statistiques adaptées à la question de recherche
 - b. évaluation des biais : biais de publication et hétérogénéité
 - c. sous-analyse et analyse de méta-régression
6. Présentation des résultats et conclusion

L'élaboration de la question de recherche constitue l'élément initial permettant de bien saisir le résultat attendu. Dans le cas présent, la question posée consiste à déterminer le taux d'abandon des personnes qui souffrent de troubles psychotiques et qui bénéficient d'une intervention psychosociale.

La stratégie de recherche et la sélection des études ont déjà été présentées dans les étapes de la revue systématique. Par contre, les études d'essais cliniques randomisés portant sur des interventions psychosociales avec des personnes atteintes de troubles psychotiques rapportant le nombre de sujets en début et fin d'intervention ont été retenus pour la méta-analyse contrairement aux études qui mentionnaient uniquement des raisons d'abandon pour la revue systématique. Les études qui ne mentionnaient pas le nombre de participant en début et en fin d'intervention ou qui ne répondaient aux critères d'inclusion n'ont pas été retenues pour les analyses. Le critère de qualité pour le choix des études fut d'inclure uniquement des essais cliniques randomisés.

L'extraction des données s'est effectuée dans le logiciel Excel et comportait toutes les variables d'intérêts pouvant affecter le taux d'abandon. Étant donné que la présentation des résultats varie selon les études, toutes les données ont été uniformisées afin de faciliter la comparaison. Le formulaire a été validé par les coauteurs quant aux types de données à extraire, mais l'extraction de données a été effectuée par une seule personne. Une contre validation de l'extraction aurait permis davantage de rigueur.

Il existe différentes statistiques permettant de mesurer la taille de l'effet telles que l'*odds ratio*, le *risk ratio*, etc . En ce qui concerne le taux d'abandon, un calcul de l'*event rate* fut utilisé. L'*event rate* permet d'obtenir la proportion de personnes dans un groupe où le phénomène est observé. Il consiste donc à effectuer une agrégation des différentes tailles de l'effet obtenant ainsi une taille de l'effet combinée sous la forme d'un *event rate*. Ce calcul a été effectué sur 74 études ce qui correspond à un nombre élevés d'étude pour une méta-analyse.

Le principe de la méta-analyse est de calculer une taille de l'effet pour chacune des études retenues et d'effectuer une agrégation de ces différentes tailles de l'effet pour obtenir une taille de l'effet combiné. Cette agrégation correspond à une moyenne pondérée qui tient compte de la taille de l'échantillon et de la variabilité dans l'étude. Deux modèles statistiques permettent de mettre en lien les différentes tailles de l'effet, soient le modèle fixe et le modèle aléatoire. Le modèle fixe tient compte de la taille des échantillons des différentes études retenues, alors que le modèle aléatoire tient compte à la fois de la taille des échantillons et de l'hétérogénéité entre les études. De ce fait, la variation de l'estimation peut avoir deux sources soit à l'intérieur de l'étude ou entre les études (Leandro, 2005). Le modèle fixe tient compte uniquement de la variabilité intra alors que le modèle aléatoire tient compte de la variabilité intra et inter étude. Le modèle aléatoire permet de compenser lorsqu'une hétérogénéité est présente.

Les principaux biais du processus de méta-analyse sont le biais de publication et l'hétérogénéité. L'hétérogénéité correspond au biais indiquant le niveau de comparabilité des études alors que le biais de publication correspond à la problématique de la non-publication de toutes les études réalisées sur le sujet. Il est donc primordial de considérer ces deux biais et de les mesurer.

L'hétérogénéité est un biais qui permet de déterminer le niveau de comparabilité des études qui seront combinées. L'hétérogénéité peut avoir différentes sources telles que les types d'études (contrôlées ou non), les types de statistiques combinées (t-tests, khi-carré, etc) ainsi que le résultat et sa mesure (Fletcher, 2007). Dans le cas de notre méta-analyse, on peut penser que le résultat et la mesure peuvent être le type de sources pouvant expliquer une partie de notre hétérogénéité, étant donné que le concept d'abandon demeure un concept difficile à bien mesurer.

Dans le cas de l'hétérogénéité, deux tests peuvent être utilisés soit le *Cochrane's Q* qui mesure la variation typique de chaque taille de l'effet par rapport à la taille de l'effet combiné et le I^2 qui détermine le pourcentage de la variation totale entre les études dû à

l'hétérogénéité. Lorsque la méta-analyse contient peu d'études, le *Cochrane's Q* est peu fiable (Leandro, 2005). Dans le cas de notre méta-analyse, la quantité d'études étant très importante, le *Cochrane's Q* a pu être utilisé et une hétérogénéité a été constatée. Diverses procédures peuvent être utilisées pour contrer le biais dû à l'hétérogénéité.

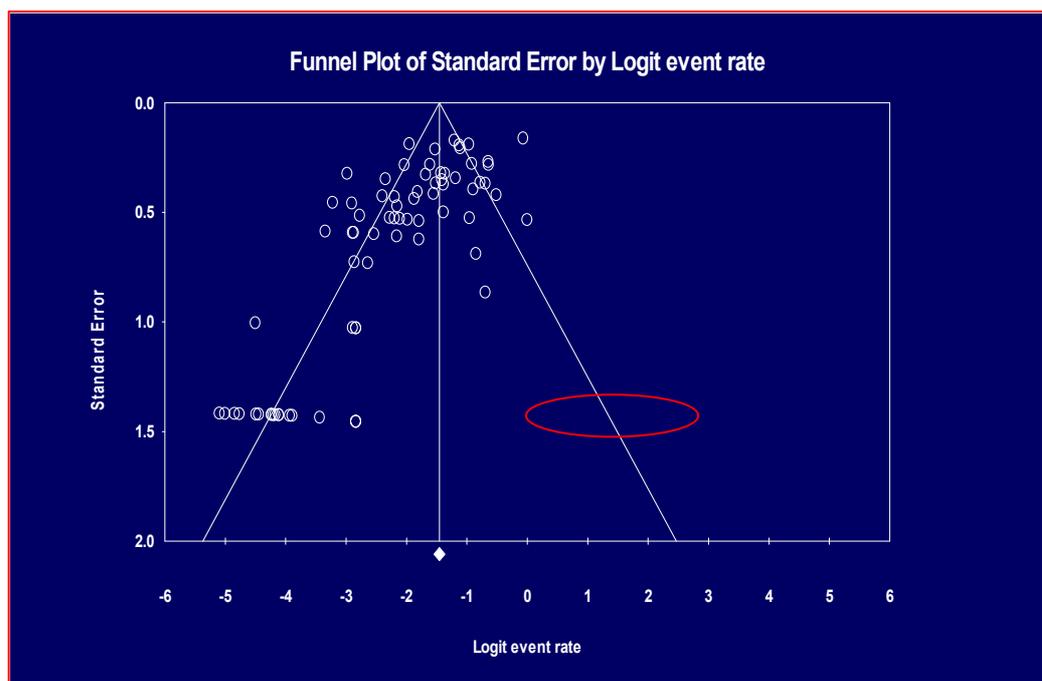
Pour pallier à l'hétérogénéité, il est possible d'identifier les études *outliers* et de les retirer. Il est toutefois préférable d'avoir des raisons méthodologiques pour justifier le retrait d'une étude répondant aux critères d'inclusion initiaux. Les autres méthodes ont toutefois été utilisées pour remédier au problème d'hétérogénéité identifié. L'utilisation du modèle aléatoire pour calculer l'*event rate* a été préconisée. Le modèle aléatoire a été utilisé afin d'agrèger les tailles de l'effet et de produire la taille de l'effet combinée, tout en tenant compte de l'hétérogénéité entre les études.

Des sous-analyses permettent également de mieux comprendre ce qui peut influencer l'hétérogénéité ou la variation entre les études. Des sous-analyses avec des variables catégorielles peuvent être réalisées comme, par exemple, le type d'intervention (groupe vs individuel) ou encore le lieu de résidence de la clientèle (interne vs externe). Lorsque nous avons des analyses avec des variables continues, l'utilisation des analyses de type méta-régression permet de mieux comprendre si la variable a une influence sur notre variable dépendante. Diverses analyses de méta-régression ont été réalisées lors de notre étude de méta-analyse et sont expliquées au chapitre 3.

En ce qui concerne le biais de publication, il existe certains tests statistiques pour l'évaluer tels que le *Klein's method*, le *Fail safe*, le *Egger's* et le *Begg*. L'utilisation du graphique en entonnoir (« funnel plot ») demeure la méthode la plus simple et la plus efficace pour repérer le biais de publication (Leandro, 2005). Le graphique est obtenu à partir du calcul de la taille de l'effet et de la taille de l'échantillon de chaque étude (Leandro, 2005). Le graphique se compose d'une dispersion de points formant un entonnoir inversé. Lorsqu'il y a une asymétrie dans la dispersion des points, c'est qu'il y a présence d'un biais de publication. Un exemple de biais de publication est représenté dans la figure 2

où le cercle démontre une asymétrie dans la dispersion des études en comparaison avec l'opposé de l'entonnoir. Le biais de publication va souvent dans le sens d'une publication moindre des études à résultats négatifs. Les études avec de petits échantillons ont tendance à rapporter des résultats positifs, si bien qu'on peut établir une relation négative entre la taille de l'effet et la taille de l'échantillon. Lorsque c'est le cas, nous sommes en présence d'un biais de publication. Graphiquement, ce biais est facile à percevoir lorsqu'on crée une figure où l'un des axes est la taille de l'effet et l'autre axe est la précision de l'étude (qui est inversement proportionnelle à la taille de l'échantillon).

Figure 2 : Calcul du biais de publication selon le graphique en entonnoir



En résumé, la méta-analyse s'avère une étude qui permet d'atteindre un haut niveau de preuves lorsque la procédure méthodologique est rigoureuse et tient compte de toutes les étapes nécessaires à sa réalisation. Une citation de Messerli résume bien les dangers d'un manque de rigueur: « A meta-analysis is like a Mediterranean bouillabaisse-in concert, all

ingredients will enhance its delightful flavour but, no matter how much fresh fish is added, one rotten fish will make it stink. » (Hopayian, 2001).

Chapitre 2

Facteurs influençant l'observance à la médication et l'assiduité aux interventions psychosociales chez des personnes atteintes de troubles psychotiques : une revue systématique

Factors influencing compliance in medication and in psychosocial rehabilitation with psychotic disorders people: a systematic review.

K. Villeneuve,¹ BSc (ergothérapeute), A. Lesage, MD MPhil², L. Nicole, MD MSc³

Auteur pour la correspondance :

Kathe Villeneuve, BSc, erg.

Article soumis à la revue les Annales Médico-Psychologiques en octobre 2007.

¹ BSc ergothérapie, candidate MSc sciences biomédicales, Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, unité 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

² Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine, unité 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

³ Programme des troubles psychotiques, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

Résumé en français

Environ 50% des personnes atteintes de troubles psychotiques ne sont pas observant à leur médication et de nombreuses revues systématiques précisent différents facteurs influençant cette inobservance. Cependant, aucune étude ni revue ne documentent de façon systématique les facteurs influençant l'inobservance aux interventions psychosociales jugées comme des interventions essentielles au traitement et à la réhabilitation de ces personnes. Méthode : une synthèse des facteurs influençant l'inobservance à la médication à partir de revues systématiques ainsi qu'une recension des facteurs influençant l'inobservance aux interventions psychosociales à partir des raisons d'abandon aux essais cliniques randomisés a été réalisée. Les raisons ont été classifiées selon quatre catégories : les facteurs personnels, les facteurs liés au traitement, les facteurs liés à la maladie et les facteurs sociaux. Résultats : Les facteurs influençant l'observance à la médication sont principalement des facteurs personnels, liés au traitement et liés à la maladie alors que pour les interventions psychosociales, ces facteurs sont liés à la maladie et lié à l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Conclusion : L'organisation des services de santé aurait avantage à mieux planifier l'intégration des interventions psychosociales afin d'en faciliter l'accès à un plus grand nombre de personnes.

Mots-clés : interventions psychosociales, schizophrénie, assiduité, médication, revue systématique

Abstract

Around 50% of persons suffering from psychotics disorders are non-compliant with pharmacotherapy and a lot of systematic review found different factors about this non-compliance. However, no study or review inform in a systematic way the factors influencing the non-compliance in the psychosocial interventions considered as essential interventions in the treatment and in the rehabilitation of these persons. Method: A synthesis of factors influencing the non-compliance in the medication from systematic reviews as well as a review of factors influencing the non-compliance in the psychosocial interventions from the reasons of drop out in the randomized clinical trials was realized. The reasons were classified according to four categories: the personal factors, the treatment factors, disease factors and the social factor. Results: Factors influencing the compliance in the medication are mainly personal factors, treatment factors and disease factors while for the psychosocial interventions, these factors are disease factors and factors about the accessibility, the continuity and the quality of the care and the services. Conclusion: The organization of health services would have advantage to plan better the integration of the psychosocial interventions to facilitate the access to a largest number of persons.

Key words: psychosocial rehabilitation, schizophrenia, compliance, systematic review,

Introduction

L'observance se définit traditionnellement comme le respect de la prescription, la conformité entre la conduite du patient et les conseils du médecin [18]. Sous un angle plus large, ce concept réfère à la capacité pour un patient d'amorcer et de poursuivre un programme thérapeutique jusqu'à son terme [18]. Les termes adhésion ou concordance sont souvent retrouvés et mettent l'emphase sur le rôle du patient dans la collaboration et la prise de décisions face aux traitements [3, 10, 11, 17].

Selon l'OMS, environ 50% des personnes n'adhèrent pas à leur traitement pharmacologique [20]. Cette problématique est étudiée pour de nombreuses conditions chroniques de santé nécessitant un traitement à long terme (ex : hypertension, diabète, asthme, sida, etc.). Pour l'hypertension, une méta-analyse portant sur l'adhésion à des mesures préventives ou curatives rapporte une observance de l'ordre de 23% à 100% avec une moyenne de 60% [6]. Pour les troubles psychotiques, un taux d'observance au traitement pharmacologique qui varie de 11% à 80% avec une moyenne de 50% a été documenté [7]. Des facteurs personnels, sociaux, liés au traitement ou encore à la maladie sont couramment évoqués pour expliquer ces taux [9, 10, 18, 21]. De même, 36 revues systématiques abordant l'inobservance au traitement pharmacologique chez des personnes atteintes de troubles psychotiques ont été répertoriées. Parmi ces études, 22 ont traité spécifiquement des facteurs influençant l'observance à la médication. Les 14 autres ont étudié des thèmes en lien avec l'observance (ex : interventions favorisant l'observance) et ont évoqués des facteurs. Des conséquences de l'inobservance sont discutées et ainsi l'on estime la propension de directement attribuée à un défaut partiel ou complet de prise de la médication le deux tiers des réhospitalisations[18].

Les lignes directrices pour le traitement des troubles psychotiques soulignent l'importance d'offrir des traitements pharmacologiques en combinaison avec des traitements psychosociaux afin d'atténuer les symptômes, permettre la réhabilitation et la réintégration

sociale [1, 2, 23]. Les interventions psychosociales auprès des personnes atteintes de troubles psychotiques visent la prévention des rechutes, l'amélioration des stratégies adaptatives, l'amélioration du fonctionnement social et vocationnel et l'amélioration des habiletés permettant un fonctionnement plus autonome [1]. Ces modalités thérapeutiques comportent différents types d'interventions (ex : individuelles, de groupe, familiales). Les interventions d'entraînement aux habiletés sociales et de vie autonome, de psychoéducation, de thérapie cognitivo-comportementale (TCC), de thérapie vocationnelle, d'insertion en emploi, de suivi intensif dans la communauté (Program of Assertive Community Treatment (PACT)) ont démontrés leur efficacité auprès des personnes atteintes de troubles psychotiques et sont considérées comme essentielles pour améliorer le fonctionnement quotidien et la compréhension de la maladie [5, 14,15].

Cependant, contrairement à l'observance à la médication, seulement trois études sur l'assiduité aux interventions psychosociales ont été recensées et aucune ne représente une revue systématique des facteurs sur l'assiduité. Une première étude a évalué les raisons d'abandon à partir d'un questionnaire administré à des patients atteints de schizophrénie chronique [25]. 87 patients ont participé à cette étude et sont alloués par randomisation à une thérapie de soutien ou à une thérapie cognitivo-comportementale ou aux traitements usuels. Douze n'ont pas complété l'étude et seulement 9 ont accepté de répondre aux questionnaires. Les patients qui ont abandonné étaient des hommes, sans emplois, seuls, avec un faible niveau d'éducation et un faible QI pré-morbide. Les raisons principales d'abandon ont été le manque de compréhension des bénéfices du traitement et une crainte que le traitement n'aggrave leurs symptômes. Une seconde étude a rapporté les raisons influençant le processus d'engagement aux services de réadaptation après une rechute [24]. Finalement, une revue Cochrane a exploré l'efficacité des moyens utilisés (appels téléphoniques vs lettres) pour rappeler les rendez-vous en clinique [22].

La problématique d'inobservance aux interventions psychosociales peut être aussi importante que celle à la médication. Cette revue systématique a pour objectifs :

- de répertorier les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques
- d'effectuer une synthèse des facteurs influençant l'observance à la médication
- d'évaluer si les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales sont comparables à ceux influençant l'observance à la médication.

Méthodologie

La cueillette des données s'est effectuée en deux étapes : d'abord par une recherche des revues systématiques portant sur l'observance à la médication, puis par une recension des essais cliniques randomisés documentant des interventions psychosociales auprès d'une clientèle atteinte de troubles psychotiques. L'absence de revue systématique publiée sur le sujet explique la décision d'utiliser des essais cliniques randomisés et de répertorier les raisons d'abandon rapportées pour les interventions psychosociales.

Les interventions psychosociales ont été classifiées selon le type d'intervention (ex : individuel, de groupe) plutôt que selon l'approche (ex : TCC, PACT). Quatre catégories ont donc été identifiées : individuelles, de groupe, reliées à l'insertion au travail ou multimodale (faisant intervenir plus d'un type d'intervention, ex : individuelle et de groupe). Ce choix s'est imposé vu la diversité dans l'application d'une même approche d'intervention (ex : TCC en individuel, TCC dans un but de retour au travail).

Une recherche bibliographique à partir de bases de données en sciences biomédicales et dans le domaine psychosocial (Pubmed, Embase, PsychInfo, Cochrane et Web of Sciences) a permis de recenser les revues systématiques publiées sur l'observance à la médication. Les mots-clés suivants ont permis d'effectuer la recherche: « schizophrenia », « psychosis », « compliance treatment », « patient compliance », « treatment refusal » et « compliance ».

Ces recherches ont permis de recueillir 97 articles. Les critères d'inclusion suivants ont ensuite été appliqués :

- présenter une revue systématique rapportant des facteurs influençant l'observance à la médication
- être écrit en anglais ou français et être publié entre 1997 et 2007
- inclure une clientèle atteinte de troubles psychotiques excluant les états psychotiques dans le cadre d'un trouble affectif.

Trente-six revues systématiques ont répondu à ces critères.

Une démarche similaire de recherche dans les mêmes bases de données a permis de recueillir les données concernant l'assiduité aux interventions psychosociales. Au préalable, les concepts de l'étude ont été définis:

- Interventions psychosociales : Toute intervention thérapeutique qui ne soit pas un traitement pharmacologique. Les interventions psychosociales suivantes ont été exclues : celles s'adressant uniquement à la famille, car elles ne font pas intervenir directement la population à l'étude et les études portant sur des organisations de services (ex : les « club house », les hébergements spécialisés). Par contre, les interventions complexes comme le PACT sont considérées.
- Troubles psychotiques : Sont inclus tous les diagnostics de troubles psychotiques selon le DSM-IV ou le ICD-10. Sont exclus les troubles affectifs avec symptômes psychotiques. La méthode utilisée par les auteurs des études pour valider le diagnostic a été considérée (ex : évaluation par un psychiatre, utilisation d'outils standardisés).

Les mots-clés suivants ont été utilisés pour la recherche des études d'essais cliniques randomisés: « psychosocial rehabilitation », « psychotherapy », « rehabilitation », « group psychotherapy », « group therapy », « therapy », « schizophrenia », « psychosis ». Ces études devaient être publiées entre 1997 et 2007, et en anglais ou en français. La recherche par mots-clés a permis de faire ressortir 643 articles. Les titres et résumés ont été lus ce qui a entraîné

une pré-sélection de 146 articles qui ont été révisés (K.V.) pour valider leurs conformités avec les critères et les concepts de l'étude. Les références bibliographiques des 146 articles ont été vérifiées pour voir si d'autres études non obtenues par la recherche informatisée s'y trouvaient. Au total, 92 articles ont été conservés.

Pour effectuer la cueillette des facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales, seuls les 68 articles rapportant des abandons parmi les 92 articles ont été consultés. Les raisons citées lors d'abandon avant de débiter l'intervention, pendant l'intervention ou lors des périodes de suivi ont été recueillies. Divers modèles disponibles dans la littérature permettant de regrouper les facteurs influençant l'observance à la médication ont été examinés. Notre modèle de quatre catégories de facteurs s'est inspiré du modèle présenté dans la revue systématique de Fleischhacker [9]. Lors de l'élaboration des sous-catégories pour les facteurs, un regroupement a dû être effectué afin de permettre davantage de cohérence et de clarté. Certaines sous-catégories nécessitent d'être précisées :

- La sous-catégorie « perception et compréhension des effets positifs du traitement » regroupe majoritairement, dans le cas des interventions psychosociales, les raisons d'abandon par désintéressement.
- La sous-catégorie « socioéconomique » fait intervenir les raisons d'abandon liées au niveau d'éducation, au statut marital et au statut économique.
- La sous-catégorie « symptômes de la maladie » comprend les raisons d'abandon dues aux rechutes, aux symptômes positifs ou négatifs et aux réhospitalisations pour décompensation.
- La sous-catégorie « accessibilité, continuité et qualité des soins et services » couvre un vaste éventail de raisons d'abandon telles que la disponibilité de programmes gouvernementaux de couverture des coûts de traitement, le congé de l'hôpital ou du programme avant la fin de la thérapie, la distance du lieu de traitement, les conflits d'horaire avec d'autres traitements, le déménagement, l'emprisonnement, un incident en cours de traitement, des compensations (ex: paiement des frais de déplacement),

des renforçateurs (ex : appel de l'intervenant principal la veille de l'intervention). Vu son exhaustivité, la sous-catégorie « accessibilité, continuité et qualité des soins et services » a été divisée en quatre autres sous-catégories.

Les raisons d'abandon recueillies pour chaque revue systématique sur l'observance à la médication ont été répertoriées et distribuées dans les sous-catégories de facteur du modèle. Chaque raison n'a été classée qu'à un seul endroit. Les raisons d'abandon obtenues dans les essais cliniques randomisés sur les interventions psychosociales ont été classifiées selon les sous-catégories de facteurs déjà créés pour l'observance à la médication. Toutefois, une sous-catégorie de facteurs dans le traitement psychosocial a dû être ajoutée, soit l'observance à la médication.

La documentation et la sauvegarde du processus de recherche des articles de même que la création d'un tableau qui détaille le contenu des articles pré-sélectionnés et les motifs amenant leur exclusion (disponible auprès de l'auteur principal) ont permis d'assurer la validation de la démarche de cueillette de données. De plus, les coauteurs ont lu un article pour valider la correspondance entre les raisons recueillies et celles documentées. Finalement, des discussions régulières effectuées avec les coauteurs ont permis d'établir le regroupement des raisons d'abandon et d'effectuer des ajustements dans un but de présentation plus succincte et cohérente.

Présentation des résultats

Le tableau 1 présente la répartition des 92 essais cliniques randomisés sur des interventions psychosociales avec une clientèle atteinte de troubles psychotiques. Diverses approches d'interventions sont incluses dans ces études: la TCC, la thérapie cognitive, la remédiation cognitive, *l'Integrated Psychological Therapy (IPT)*, le *Community Re-entry Program*, le PACT, la thérapie de soutien, la psychoéducation, l'entretien motivationnel, l'entraînement aux habiletés sociales, un module d'estime de soi, la thérapie occupationnelle,

la musicothérapie, des programmes d'exercice physique, un programme vocationnel, etc. La durée de ces interventions est également très variable soit de une rencontre à 36 mois avec plusieurs rencontres. Les personnes atteintes de troubles psychotiques dans ces études diffèrent tant dans la durée de la maladie, l'âge, les symptômes, le niveau d'autonomie. Les interventions ont lieu tant à l'interne qu'en externe.

Cette diversité dans les études permet d'obtenir une représentativité de la clientèle et des interventions cliniques.

Tableau 1 : Répartition des 92 essais cliniques randomisés sur les interventions psychosociales en fonction de leur modalité d'intervention.

Répartition des études	Interventions individuelles (nombre d'études)	Interventions de groupe (nombre d'études)	Interventions liées travail (nombre d'études)	Interventions multimodales (nombre d'études)	Total d'études
Nombre total d'essais cliniques randomisés recensés	41	33	9	9	92
Nombre d'études rapportant des abandons	32	23	6	7	68
Nombre d'études ne donnant pas d'informations sur les causes d'abandons	14	6	3	2	25
Nombre total d'études rapportant des causes pour les abandons	18	17	3	5	43

Les résultats présentés dans le tableau 1 sont donnés en fonction du nombre d'études répertoriées pour chacune des catégories. Les interventions de type individuelles

et les interventions de groupe représentent la majorité (N= 74) des essais cliniques randomisés publiés chez cette clientèle. Des 92 essais cliniques, plus de la moitié (N=68) ont rapportés des abandons. Toutefois, il fut impossible de trouver les raisons spécifiques d'abandon pour 25 de ces études ce qui a réduit l'échantillon à 43 études. Les études sur des interventions de groupe représentent les études dont les raisons d'abandon sont le plus souvent documentées.

Il est possible dans le tableau 2 d'apprécier une synthèse des différentes raisons d'abandon classifiées en sous-catégories de facteurs influençant l'observance à la médication selon 36 revues systématiques. Les résultats présentés donnent le nombre d'études citant des raisons d'abandon regroupé dans la sous-catégorie de facteur et le pourcentage que représente chaque sous-catégorie par rapport à l'ensemble des études.

Tableau 2 : Facteurs influençant l'observance à la médication de 36 revues systématiques.

Facteurs influençant l'observance à la médication	Nombre de revues systématiques rapportant ce facteur pour la médication (%).
Facteurs liés au patient	33 études (92%)
Perception/compréhension des effets positifs du tx	24 (66%)
Âge	9 (25%)
Genre	9 (25%)
Statut socioéconomique	15 (42%)
Origine ethnique	6 (17%)
Autocritique/Déni de la maladie	26 (72%)
Comportement antérieur de non-observance	6 (17%)
Facteurs liés au traitement	34 études (94%)
Type d'antipsychotique (atypique vs typique)	4 (11%)
Posologie et polypharmacie	15 (42%)
Tolérance à la médication/ effets secondaires	33 (92%)
Délai d'action de la médication/ effets positifs	7 (19%)

Pauvre alliance thérapeutique	25 (69%)
Injectable à longue action	13 (36%)
Non-observance à la médication	N/A
Facteurs liés à la maladie	30 études (83%)
Début de la maladie	6 (17%)
Symptômes de la maladie	20 (55%)
Déficits cognitifs	17 (47%)
Abus de substances	20 (55%)
Facteurs sociaux	26 études (72%)
Faible réseau social	14 (39%)
Implication de la famille	11 (31%)
Stigmatisation	5 (14%)
Accessibilité, continuité et qualité des soins et services : 1. coûts des traitements : 2 (5%) 2. suivi spécialisé : 1 (2,7%) 3. accès au traitement : 4 (11%) 1. planification du traitement et intégration des services: 7 (19%)	14 (39%)
Nombre total d'études	36 études (100%)

Le tableau 3 présente les résultats concernant les raisons d'abandon classifiées en sous-catégorie de facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales selon les 43 essais cliniques randomisés portant sur des interventions psychosociales pour une clientèle atteinte de trouble psychotique. Les résultats sont présentés en fonction du nombre de fois que les études ont cités une raison d'abandon avant, en cours d'intervention ou lors des suivis post-interventions regroupée dans l'une des sous-catégories de facteur.

Tableau 3 : Facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales de 43 essais cliniques randomisés.

Facteurs influençant l'assiduité	Nombre d'essais cliniques randomisés rapportant ce facteur pour les interventions psychosociales (%).
Facteurs liés au patient	10 études (23%)
Perception/compréhension des effets positifs du traitement	5 (12%)
Âge	1 (2%)
Genre	1 (2%)
Statut socioéconomique	2 (4%)
Origine ethnique	1 (2%)
Autocritique/Déni de la maladie	2 (4%)
Comportement antérieur de non-observance	0 (0%)
Facteurs liés au traitement	7 études (16%)
Type d'antipsychotique (atypique vs typique)	1 (2%)
Posologie et polypharmacie	0 (0%)
Tolérance à la médication/ effets secondaires	3 (7%)
Délai d'action de la médication/ effets positifs	2 (4%)
Pauvre alliance thérapeutique	0 (0%)
Injectable à longue action	0 (0%)
Non-observance à la médication	3 (7%)
Facteurs liés à la maladie	11 études (25%)
Début de la maladie	1 (2%)
Symptômes de la maladie	12 (28%)
Déficits cognitifs	0 (0%)

Abus de substances	3 (7%)
Facteurs sociaux	32 études (74%)
Faible réseau social	0 (0%)
Implication de la famille	2 (4%)
Stigmatisation	0 (0%)
Accessibilité, continuité et qualité des soins et services :	37 (86%)
1. renforçateurs/compensateurs : 8 (18%)	
2. incidents/emprisonnement : 5 (12%)	
3. déménagement/distance : 15 (35%)	
4. planification du traitement : 10 (23%)	
Nombre total d'études	43 études (100%)

La comparaison entre les facteurs concernant la médication et ceux concernant les interventions psychosociales est limitée par la différence entre les sources de données. D'une part, les facteurs influençant l'observance à la médication découlent de la synthèse d'un ensemble de revues systématiques tandis que les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales représentent en quelque sorte une seule revue systématique puisqu'ils sont issus des données recueillies d'un ensemble d'essais cliniques randomisés. La comparaison ne s'effectue donc pas au même niveau.

Toutefois, des différences intéressantes entre les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales et ceux influençant l'observance à la médication sont observées. Pour la médication, les sous-catégories de facteurs les plus cités s'avèrent être :

- perception/compréhension des effets positifs du traitement,
- autocritique,
- tolérance à la médication,
- pauvre alliance thérapeutique,
- symptôme de la maladie,
- abus de substance.

Alors que pour les interventions psychosociales, les sous-catégories de facteurs les plus cités sont :

- symptôme de la maladie,
- accessibilité, continuité et qualité des soins et services.

Une différence considérable entre les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales et l'observance à la médication est constatée par l'absence de certains facteurs. En ce qui concerne les interventions psychosociales, les essais cliniques randomisés n'ont pas rapporté les comportements antérieurs d'inobservance à la médication, la posologie et la polypharmacie, la pauvre alliance thérapeutique, l'utilisation d'un injectable, les déficits cognitifs, le réseau social et la stigmatisation comme raisons potentielles d'abandon. Certains de ces facteurs sont davantage en lien avec le traitement pharmacologique, mais il s'avère surprenant que l'alliance thérapeutique, les déficits cognitifs ainsi que le réseau social soient peu investigués dans les études. Finalement, une sous-catégorie de facteur s'est ajoutée pour les interventions psychosociales soit l'observance à la médication qui ne peut être un facteur pour la médication étant l'objet d'étude.

Discussion

Il en ressort que les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales s'avèrent davantage en lien avec l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services et la maladie que propre aux traitements ou à la personne. En effet, la sous-catégorie de l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins s'est avérée la plus importante et fait ressortir des raisons d'abandon tel que :

- les renforçateurs/compensateurs,
- les incidents/emprisonnements,
- les déménagements/la distance du lieu de traitement,
- la planification du traitement.

Une hypothèse concernant la nature du traitement et la particularité dans son administration (pas un traitement autogéré comme la prise de médication) peut expliquer l'impact des raisons d'abandon. Il peut s'avérer difficile de demander à un patient souffrant de symptômes psychotiques de se déplacer une à deux fois semaine pour se rendre en thérapie s'il doit effectuer un long trajet d'autobus. En somme, la combinaison des symptômes de la maladie ainsi que des obstacles au niveau de l'accessibilité, de la continuité et de la qualité des soins et des services entraînent des impacts considérables sur l'assiduité des participants à leurs interventions psychosociales. Étant donné la différence dans les modalités d'administration des traitements pharmacologiques et psychosociaux, il n'est pas surprenant de constater que les raisons d'abandon regroupées sous le facteur traitement sont celles qui diffèrent le plus lors de la comparaison. En effet, le client prend habituellement de chez lui quotidiennement et à heure régulière son traitement pharmacologique alors qu'il doit se déplacer et s'adapter à l'horaire parfois irrégulier des différents traitements psychosociaux. Des limites sont relevées pour cette étude. L'absence de raisons d'abandon liées aux déficits cognitifs et au réseau social concernant l'assiduité aux interventions psychosociales est préoccupante. La littérature documente la présence de ces déficits et l'impact de ceux-ci pour les personnes atteintes de troubles psychotiques [1, 8, 23]. Les essais cliniques randomisés documentent peu les déficits cognitifs sauf si l'objectif principal de l'intervention concerne les habiletés cognitives. Il se peut que les différentes études n'aient pas soulevés les déficits cognitifs comme raison d'abandon étant donné que le but principal de ces études n'était pas de documenter les abandons et que des évaluations spécifiques seraient nécessaires pour identifier cette cause. Il en est de même pour l'alliance thérapeutique qui constitue un facteur important de l'observance à la médication, mais qui n'est pas documentée pour l'assiduité aux interventions psychosociales. Les études sur les interventions psychosociales démontrent des lacunes considérables dans la mesure de l'impact de l'alliance thérapeutique, de la présence d'un réseau social et des déficits cognitifs documentés comme éléments importants dans le traitement des personnes atteintes de troubles psychotiques [1, 8, 23]. Une autre limite de l'étude peut être attribuable à la répartition des raisons d'abandon et le regroupement des

différents facteurs. Les auteurs sont conscients qu'une répartition différente de certains facteurs serait défendable, par exemple d'inclure sous le facteur lié au traitement, la sous-catégorie d'accessibilité, de continuité et de qualité des soins et services.

En conclusion, les résultats obtenus concernant les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales relèvent majoritairement une problématique en lien avec l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et services. Ce résultat démontre que la nature de ce type d'intervention, pourtant reconnue comme essentielle dans les données probantes, demeure peu considérée dans l'organisation des services de santé. Cette observation face à une problématique entre l'organisation des services et l'intégration des interventions psychosociales est également soulevée dans d'autres études américaines [14, 15, 16, 19]. Malgré les évidences sur l'efficacité des interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, la plupart des patients ne reçoivent pas un ensemble approprié de traitement bio-psycho-social. La nécessité d'intégrer ces traitements dans l'organisation et la planification des services pour cette clientèle s'avère essentielle [12, 13, 16, 19]. Des interventions au niveau systémique pour favoriser l'implantation sont en cours du côté américain [4]. Du côté québécois, une volonté d'améliorer l'intégration des pratiques basées sur les données probantes est également mise de l'avant avec la création d'un centre national de soutien et d'évaluation des nouvelles pratiques en santé mentale.

Références bibliographiques

1. American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition. *The American Journal of Psychiatry* 2004; 161 (2): 1-56.
2. Canadian association of psychiatry. Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry* 1998; 43 (2): 25-40.
3. Carvajal C. Poor response to treatment: Beyond medication. *Dialogue in Clinical Neuroscience* 2004; 6 (1): 93-103.
4. Drake RE, Goldman HH, Leff HS, Lehman AF, Dixon L, Mueser KT, Torrey WC. Implementing evidence-based practices in routine mental health service settings. *Psychiatry Services* 2001; 52 (2): 179-182.
5. Dickerson FB, Lehman A. Evidence-Based Psychotherapy for Schizophrenia. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006; 194 (1): 3-9.
6. Di Matteo R. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative Review of 50 Years of Research. *Medical Care* 2004; 42 (3): 200-209.
7. Dolder C R, Lacro J P, Leckband S, Jeste D V. Interventions to improve antipsychotic medication adherence : review of recent literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 2003; 23 (4): 389-399.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) DSM IV. Washington DC, 1995.
9. Fleischhacker W, Oehl M, Hummer M. Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients. *Journal Clinical Psychiatry* 2003; 64 (16): 10-13.
10. Gray R, Wykes T, Gournay K. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9: 277-284
11. Keith SJ, Kane JM. Partial Compliance and Patient Consequences in Schizophrenia: Our Patients Can Do Better. *Journal Clinical of Psychiatry* 2003; 64 (11): 1308-1315.

12. Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating Treatment With Rehabilitation for Persons With Major Mental Illnesses. *Psychiatric Services* 2003; 54 (11): 1491-1498
13. Kopelowicz A, Wallace CJ, Zarate R. Teaching psychiatric inpatients to re-enter the community: a brief method of improving the continuity of care. *Psychiatric Services* 1998; 49(10):1313-1316.
14. Lehman AF, Steinwachs DM. Evidenced-based Psychosocial Treatment Practices in Schizophrenia: Lessons from the Patient Outcomes Research Team (PORT) Project. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry* 2003; 31 (1): 141-154.
15. Lehman AF, Kreyenbuhl J, Buchanan RW, Dickerson FB, Dixon L B, Golberg R et al. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations 2003. *Schizophrenia Bulletin* 2004; 30 (2): 193-217.
16. Lenroot R, Bustillo JR, Lauriello J, Keith SJ. Integrated Treatment of Schizophrenia. *Psychiatric Services* 2003; 54 (11): 1499-1507.
17. Marder SR. Overview of partial compliance. *Journal of Clinical Psychiatry* 2003; 64 (16):3-9.
18. Misdrahi D, Llorca PM, Lancon C, Bayle FJ. Compliance in schizophrenia: Predictive factors, therapeutical considerations and research implications. *L'Encéphale* 2002; 28 (1): 266-272.
19. Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S et al. Illness Management and Recovery: A Review of the Research. *Psychiatric Services* 2002; 53 (10): 1272-1284.
20. OMS, Adherence to long-terme therapies: Evidence for action. WHO Library Publication; mars 2003; 1-209.
21. Perkins DO. Predictors of Noncompliance in Patients with Schizophrenia. *Journal Clinical of Psychiatry* 2002; 63 (12): 1121-1128.

22. Reda S, Makoul S. Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness (Review). *Cochrane Data base of systematic reviews* 2001; 2: 1-16.
23. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. Clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2004; 39: 1-30.
24. Tait L. Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style. *British Journal of Psychiatry* 2003; 182: 123-128.
25. Tarrier N, Yusupoff L, McCarthy E, Kinney C, Wittkowski A. Some reasons why patients suffering from chronic schizophrenia fail to continue in psychosocial treatment. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 1998; 26: 177-181.

Chapitre 3

Meta-analysis of rates of drop-out from psychosocial treatment among persons with schizophrenia spectrum disorder.

K. Villeneuve,⁴ BSc (occupational therapist),

A. Lesage, MD MPhil⁵,

S. Potvin⁶, PhD,

L. Nicole, MD MSc⁷

Please send correspondence to:

Kathe Villeneuve, BSc, OT

Article publié dans la revue Schizophrenia Research en août 2010, vol. 121 (1-3) : p.266-270.

⁴ BSc, Occupational Therapy, MSc candidate in Biomedical Sciences, Fernand-Séguin Research Centre, Hôpital Louis.-H Lafontaine, Unit 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

⁵ Fernand-Séguin Research Centre, Hôpital Louis.-H Lafontaine, unit 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

⁶ Fernand-Séguin Research Centre, Hôpital Louis.-H Lafontaine, unit 218, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

⁷ Psychotic Disorders Program, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal, Québec.

Abstract

Non-compliance with pharmacotherapy among persons suffering from schizophrenia disorders stands at an average rate of 42% and is the subject of numerous studies. However, no studies to date have addressed the specific question of non-compliance with psychosocial treatment. The present study therefore aimed to determine the rate of drop out from psychosocial treatment and to assess the influence of factors on this rate. **Method:** A meta-analysis was conducted based on 74 studies of randomized clinical trials on psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder. **Results:** A drop-out rate of 13% was obtained. Age, gender, duration of illness, duration of treatment, treatment setting and study quality affected drop-out rates. **Conclusion:** The 13% rate of drop-out from psychosocial treatment is markedly lower than the drop-out rate from pharmacotherapy studies. This finding supports the feasibility of evidence-based psychosocial treatment -- which has, moreover, clearly been shown to be clinically effective -- as part of a complete care program for schizophrenia.

Key words: schizophrenia, drop-out, psychosocial treatment, compliance

Introduction

In psychiatry, non-compliance with treatment among persons suffering from severe mental disorders is associated with increased clinical, social and economic costs and is linked to relapse, re-hospitalization and poor outcomes (Centorino et al., 2001). According to studies on non-compliance among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder, the average rate of non-compliance with pharmacotherapy has been shown to be 42% (Cramer, Rosenheck, 1998) and the rate of missed medical appointments has been estimated at 24% (Kreyenbuhl et al., 2009). The literature documents the need for integrated treatment among these persons, that is, a biopsychosocial approach including pharmacotherapy, psychosocial treatment and family-based interventions (Kreyenbuhl et al., 2009, Meyer, 2007). Although psychosocial treatment is as important as pharmacotherapy, the level of patient non-compliance with psychosocial treatment has nevertheless not been examined in the literature.

This meta-analysis was thus the first to examine drop-out rates and associated factors with regard to psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder. Its goals were as follows: (i) to determine the rate of drop-out from psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder; and (ii) to examine the influence on this drop-out rate of potential moderator variables such as age, gender, treatment setting, duration of illness, severity of illness, treatment modality, duration of treatment and study quality.

Methods

Literature Search

The literature search was performed using computerized literature databases (PubMed, Embase, PsycInfo, Web of Sciences and Cochrane) with the following keywords: “Schizophrenia” and “Psychotherapy” or “Rehabilitation” or “Psychosocial Rehabilitation” or “Group Psychotherapy” or “Group Therapy” or “Therapy.” Studies were also identified by cross-referencing studies meeting inclusion criteria.

Study selection

A detailed reading of pre-selected articles led us to retain for the meta-analysis only those that met our inclusion criteria, namely: randomized studies (quality criterion) on psychosocial treatment among a study population suffering from schizophrenia spectrum disorder, published between 1997 and 2007, presenting data on the number of participants prior to and at the end of treatment, and published in French or English.

Data extraction and quantitative data synthesis

For drop-out rates, the number of participants suffering from a schizophrenia spectrum disorder prior to treatment and at the end of treatment, respectively, was extracted from each study. Data on age (average age in terms of years), gender (number of men and women), duration of treatment (number of weeks), treatment modality (individual, group, work-related, multimodal), treatment setting (inpatient, outpatient, or mixed), duration of illness (average number of years), severity of illness (PANSS and BPRS scores), and study

quality (impact factor) were also gathered. For severity of illness, BPRS scores were converted to PANSS scores based on a mean score determined in a published systematic review (N=12649) (Geddes et al., 2000). Data extraction was verified by two authors of this article. Comprehensive Meta-Analysis 2 software (Borenstein, Rothstein, 1999) was used to conduct meta-regression analyses as well as analyses of effect size, between-study heterogeneity (Cochran's Q) and publication bias (assessed using Egger's test). Effect size represents the drop-out rate and is calculated by combining event rates based on a random effect model, which allows population-level inferences (DerSimonian, Laird, 1988). Sub-analyses were conducted for the following variables: treatment setting (inpatient, outpatient, or mixed) and treatment modality (individual, group, work-related, multimodal). Meta-regression analyses were used to examine the effects of the other continuous variables (age, duration of illness, severity of illness, duration of treatment, gender and study quality). Publication bias was evaluated using a funnel plot and Egger's test, which are graphical and statistical procedures for estimating whether authors avoided reporting studies involving small sample sizes with negative or unfavourable results. (Leandro, 2005) It is presumed that a publication bias is present when studies involving small samples of patients can be shown to be linked to a more favourable outcome (in this case, a lower drop-out rate), and vice versa.

Results

Study characteristics

The literature search initially resulted in 673 articles: 146 were consulted and 74 were included in the meta-analysis, representing 4374 patients. Most of the studies that were excluded dealt with family-based interventions, did not provide information on drop-out during treatment or involved persons suffering from other psychiatric disorders (psychotic depression and bipolar disorder). Between-study heterogeneity was assessed, and the results showed the presence of heterogeneity ($Q= 337.100$; $p(Q)= 0.0001$) and justified the use of the random effect model in the event rate analyses.

Drop-out rates

The drop-out rate represents the loss of participants, either prior to treatment (never showed up) or during treatment (stopped treatment before it was completed), among persons who had agreed to undergo psychosocial treatment. A drop-out rate differs from a compliance rate, as the former refers to complete withdrawal from treatment rather than being based on a percentage of treatment visits. Also, the drop-out rate corresponds to withdrawal from treatment rather than refusal to participate in a study, since the refusal rate was not available for all of the articles consulted or because the information available was not specific enough to allow for a distinction to be made between refusal to participate in the research project and refusal of the treatment itself. For all studies combined, a composite drop-out rate of 13% was obtained [event rate= 0.129, 95% CI (0.106 - 0.156) p-value= 0.0001] (Figure 1). However, this may be an underestimate of the actual rate, given the presence of a publication bias ($\beta= -2.544$; $t(\beta)= 6.999$; $p(\beta)= 0.00001$) which showed a lack of published studies presenting higher drop-out rates.

Moderators of treatment drop out

The moderator variables potentially affecting the drop-out rate (age, gender, treatment setting, duration of illness, severity of illness, treatment modality, duration of treatment and study quality) were analyzed. Significant positive results were obtained indicating that higher drop-out rates were associated with higher age (N= 64; β = 0.019; 95% CI= (0.001-0.036) p-value= 0.032 Q= 4.609), longer illness duration (N= 47; β = 0.039; 95% CI= (0.020-0.057) p-value= 0.00004, Q=16.707), and longer treatment duration (N= 73; β = 0.003; 95% CI= (0.0001-0.004) p-value= 0.035, Q=4.428). Men were more likely to drop out of treatment (N=58; β = 0.677; 95% CI= (-0.002-1.357) p-value= 0.051, Q=3.808). Study quality affected the drop-out rate, which was lower in journals with a higher impact factor (N=70; β = -0.033; 95% CI= (-0.060—0.004) p-value= 0.024, Q=5.115). Studies involving hospitalized subjects reported slightly better compliance with treatment (outpatient: N=45; event rate= 0.134, 95% CI= (0.104-0.171) p-value=0.0001 Q= 3.152; inpatient: N =18; event rate= 0.091, 95% CI= (0.058-0.142) p-value=0.0001 Q= 3.152; mixed: N=11; event rate= 0.158, 95% CI= (0.100-0.240) p-value= 0.0001 Q=3.152). Treatment modality had no effect on the drop-out rate (individual: N=36, event rate: 0.117, 95% CI= (0.091-0.150) p-value=0.0001, Q=12.703; group: N= 27, event rate: 0.137, 95% CI= (0.100-0.186) p-value=0.0001, Q=12.703 ; multimodal: N=8, event rate: 0.114, 95% CI= (0.069-0.182) p-value=0.0001, Q=12.703; work-related: N=3 event rate: 0.329, 95% CI= (0.199-0.491) p-value=0.039, Q=12.703). No effect was observed for severity of illness (N=41 β =0.00501, 95% CI= (-0.0002- 0.0112) p-value= 0.20781, Q=1.158).

Discussion

This meta-analysis was the first to determine the rate of drop-out from psychosocial treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder. Results indicated that approximately 13% of participants who had agreed to undergo psychosocial treatment dropped out prior to or during treatment. This average rate was calculated by combining 74 studies involving treatment lasting 25.58 weeks, on average. Factors that might cause this rate to vary were also identified.

Some limitations in our study suggest that the drop-out rate obtained is probably an underestimate of the actual rate. The presence of a publication bias in favour of studies presenting lower drop-out rates meant that studies presenting higher drop-out rates could not be considered. The presence of heterogeneity, which could not be eliminated even when studies were combined, is another limitation that might cause the results to vary. In terms of generalizing the results to a more naturalistic context, it would have been worthwhile to include research designs other than randomized clinical trials. Furthermore, it can be presumed that the subjects selected in these randomized trials were volunteers for a research study and might therefore have been more likely to comply with treatment. The choice of moderator variables was limited to those in the data presented in the studies used, but there may be other factors affecting the drop-out rate. Several studies highlight, in particular, the influence on non-compliance of drug addiction, insight, therapeutic alliance and low social functioning (Lecomte et al., 2008). Lastly, using the impact factor to evaluate the quality of studies constitutes another limitation of our study. While there may

be a correlation between the impact of a journal and the methodological rigor of the studies they publish, the two are not equivalent.

A comparison with various studies on compliance with pharmacological treatment brings out the fact that the 13% rate of drop-out from psychosocial treatment found in our study (average length of treatment = 24.58 weeks) is lower. A 42% rate of non-compliance was reported in a study summarizing all studies on pharmacological treatment between 1975 and 1996 reporting a rate of compliance (Cramer, Rosenheck, 1998). In a more naturalistic study, a drop-out rate of 52% was found (N=1432, length of treatment = 72 weeks) (Lieberman, Hsiao, 2006) while in a randomized study (comparable to the randomized psychosocial treatment trials combined here), a drop-out rate of 29% was found (N=423, length of treatment = 6 weeks) (Rosenheck et al., 2000). The 13% drop-out rate obtained for psychosocial treatment trials is lower than the drop-out rate for controlled pharmacological treatment trials and is remarkable considering that the average length of psychosocial treatment was 6 times longer. Clearly, psychosocial treatment is as feasible a treatment option as medication, as part of a complete care program for schizophrenia spectrum disorder.

Moreover, this study identified some factors that might cause this rate to vary. Thus, higher age, longer illness duration and longer treatment duration had a negative effect on the drop-out rate, as did the fact of being male. On the other hand, study quality had a positive effect on the drop-out rate and studies involving hospitalized subjects also presented lower drop-

out rates. These factors need to be considered when setting up psychosocial treatment programs in order to implement strategies that will foster compliance with treatment.

To conclude, non-compliance with treatment among persons suffering from schizophrenia spectrum disorder is an important issue in terms of ensuring the effectiveness of treatment. It is clearly established in the literature that using an integrated approach involving both psychosocial treatment and pharmacotherapy is the most effective way to treat these persons. Nevertheless, large-scale studies (PORT, CATIE) have demonstrated an under-use of psychosocial treatment in the treatment of schizophrenia (Meyer, 2007, Lehman & all, 2003). This study, however, demonstrates a good rate of compliance with psychosocial treatment among these persons in an optimal treatment research setting, a rate of compliance which may be better lower than that for medication alone. It is thus essential to integrate this type of treatment, which has been shown to improve functioning, into mental health services, especially given that such treatment can be used to address non-compliance with pharmacotherapy (Bechdolf et al., 2005; Degmečić et al., 2007).

References

Bechdolf A, Kohn D, Knost B, Pukrop R, Klosterkotter J. A randomized comparison of group cognitive-behavioural therapy and group psychoeducation in acute patients with schizophrenia: outcome at 24 months. *Acta Psychiatr Scand* Sep 2005;112(3):173-179.

Borenstein, M., Rothstein, H., 1999. *Comprehensive Meta-Analysis: A Computer Program for Research Synthesis*. Englewood, New Jersey: Biostat.

Centorrino, F., Hernan, M.A., Drago-Ferrante, G., Rendall, M., Apicella, A., Langar, G., Baldessarini, R.J, 2001. Factors associated with noncompliance with psychiatric outpatient visits. *Psychiatric Services* 52: 378-380.

Cramer, J.A., Rosenheck, R, 1998. Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services* 49: 196-201.

Degmečić D, Pozgain I, Filaković P. Psychoeducation and compliance in the treatment of patients with schizophrenia. *Coll Antropol*. 2007 Dec;31(4):1111-5

DerSimonian, R., Laird, N.M., 1988. Meta-analysis in clinical trials. *Contr Clin Trials* 7 (3): 177-188.

Geddes, J., Freemantle, N., Harrison, P., Bebbington, P., 2000. Atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia: systematic overview and meta-regression analysis. *BMJ* 321: 1371-1376.

Kreyenbuhl, J., Nossel, I.R., Dixon, L.B., 2009. Disengagement from Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature. *Schizophrenia Bulletin* 2: 1-8.

Leandro, G., 2005. *Meta-analysis in Medical Research: The handbook for the understanding and practice of meta-analysis*, Italy: BMJ Books, Blackwell Publishing: 97p

Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, W.G., Greaves, C., Bentall, P.R., 2008. Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis. *Schizophrenia Research* 102: 295-302.

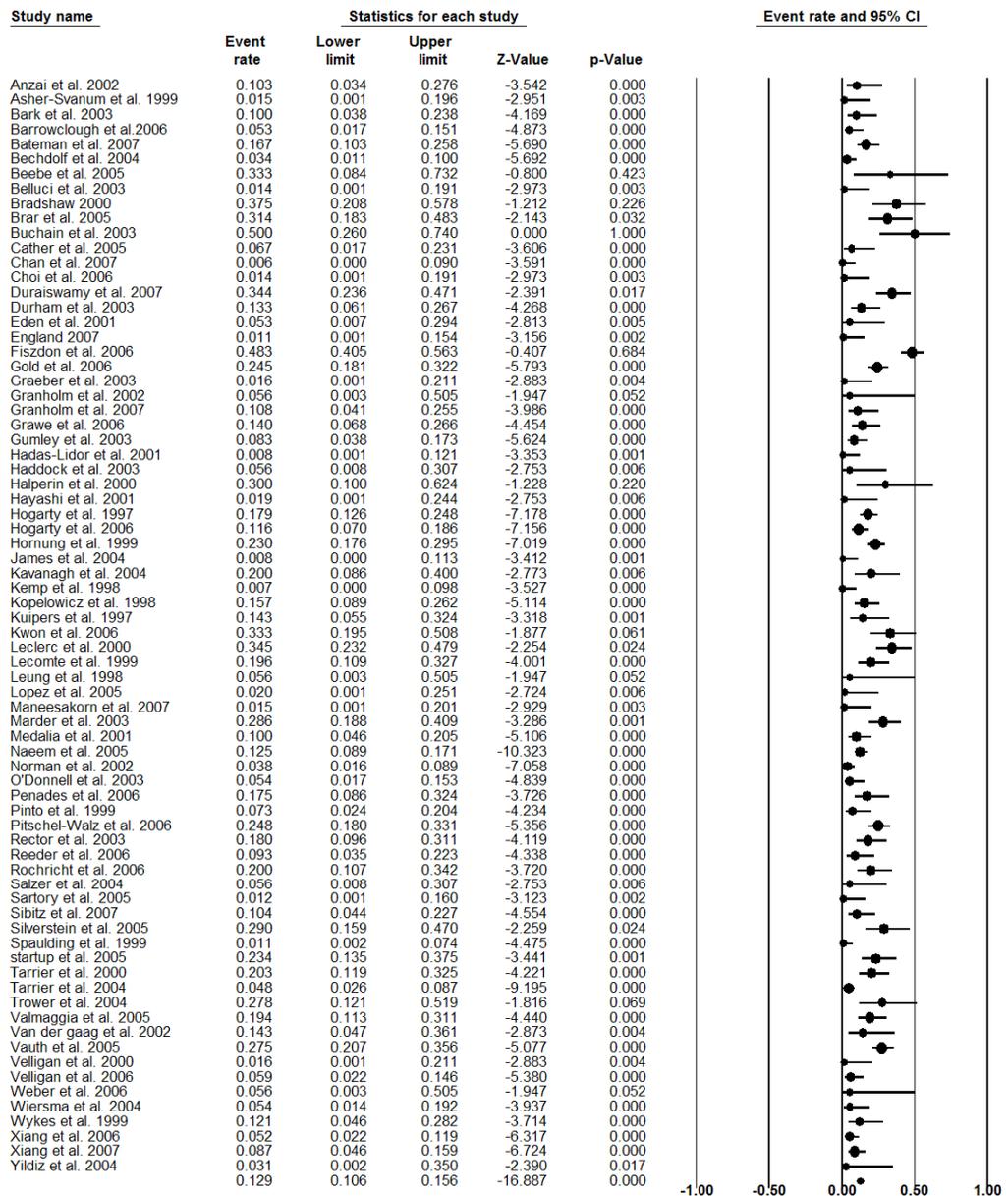
Lehman, F.A., Kreyenbuhl, J., Buchanan, W.R., Dickerson, B.F., Dixon, B.L., Goldberg, L.D., 2003. The Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): Updated Treatment Recommendations. *Schizophrenia Bulletin* 30: 193-217.

Lieberman, J.A., Hsiao, H.K., 2006. Interpreting the results of the CATIE study. . *Psychiatric Services* 57: 139.

Meyer, M. J., 2007. Strategies for the long-term treatment of schizophrenia: real-world lessons from the CATIE trial. *Journal of Clinical Psychiatry* 68: 28-33.

Rosenheck, R., Chang, S., Choe, Y., Cramer, J., Xu, W., Thomas, J., Henderson, W., Charney, D., 2000. Medication continuation and compliance: A comparison of patients treated with clozapine and haloperidol. *Journal of Clinical Psychiatry* 61: 382-386.

Figure 1: Metanalysis of drop out rates (event rate) in 74 randomized trials of psychosocial treatments



Chapitre 4

Conclusion, bibliographie

Conclusion

Ce projet de recherche constitue une première étape menant à une meilleure compréhension de la problématique de l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques. Les deux articles ont traités de différents aspects de l'assiduité. D'une part, l'assiduité aux traitements pour les personnes atteintes de troubles psychotiques soit pharmacologiques et psychosociales ont été abordés dans le premier article pour en répertorier les raisons l'influençant citées par les auteurs. D'autre part, le taux d'abandon du traitement psychosocial a été traité dans le deuxième article. Les termes assiduité et abandon sont vus comme des concepts similaires. En effet, l'abandon correspond à l'arrêt total du traitement alors que l'assiduité inclut l'aspect d'arrêt total du traitement ainsi que la régularité de présence à une intervention. Les discussions des deux articles ont mis en évidence les points suivants :

- L'assiduité aux interventions psychosociales est influencée principalement par des facteurs liés à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des services que par des facteurs propres à la personne ou au traitement.
- Le taux d'abandon lié à ces interventions dans des cadres contrôlés s'avère peu élevé, soit 13%, et il semble moins élevé que celui au traitement pharmacologique dans des cadres similaires.
- Ce taux d'abandon peut également varier en fonction de certains facteurs comme l'âge, la durée de la maladie, la durée du traitement et le sexe du patient.

Pour la conclusion, nous discuterons des limites de l'étude et de l'implication future de cette recherche au niveau de l'organisation des soins et des services.

Limites de l'étude

Étant donné l'aspect exploratoire et les contraintes méthodologiques du devis de recherche choisi, il est clair que certains éléments plus spécifiques n'ont pu être soulevés. Entre autres, les facteurs identifiés s'avèrent être ceux déjà cités dans les études

ce qui ne permet pas de valider un facteur précis. Dans les études de revues systématiques sur l'observance à la médication, la question de la relation patient-médecin ressort comme un élément important pouvant influencer l'observance (Awad, 2004). Dans notre étude, l'alliance thérapeutique n'est pas ressortie comme un facteur influençant l'assiduité aux interventions psychosociales, mais n'a pas été mesurée systématiquement dans toutes les études, voire rarement. Un clinicien verra spontanément l'alliance thérapeutique comme un aspect essentiel de la participation au traitement. Si son existence est incontestable, l'alliance thérapeutique est un concept abstrait qui est lui-même défini par un modèle complexe (Baillargeon et coll., 2005). Il en va de même que l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique repose en partie sur l'alliance thérapeutique (Martin et coll., 2000). De plus, les interventions psychosociales peuvent s'administrer en individuel ou en groupe ce qui entraîne une autre dimension de l'alliance thérapeutique à considérer. En somme, l'alliance thérapeutique s'avère un élément essentiel du traitement psychosocial et il est légitime de penser qu'elle pourrait influencer l'assiduité tout comme la relation patient-médecin influence l'observance à la médication. Cette question sera discutée plus loin à la page 73.

Un autre élément n'ayant pas été abordé dans cette étude et qui selon nous constitue une limite importante, est la vision du patient face à l'assiduité aux interventions psychosociales. Dans la seule étude répertoriée sur les raisons d'abandon à une intervention psychosociale, les raisons citées provenaient des patients qui avaient sélectionné des raisons dans une liste préétablie par les auteurs de l'étude (TARRIER et coll., 1998). Les raisons choisies par les participants qui ont abandonné s'avèrent davantage liées à leur perception de la thérapie et de leurs problèmes. Dans le contexte de l'émergence de la philosophie du rétablissement, la personne atteinte devient un partenaire encore plus actif dans l'élaboration du traitement et est considérée comme un expert de sa propre situation (Wargner, 2009). La perception du traitement offert et la définition des problématiques par la personne atteinte s'avèrent un élément important à considérer quant à l'assiduité et à l'implication dans le traitement. De plus, il apparaît essentiel dans une approche de traitement centré sur la personne que la participation active du patient dans les prises de

décision face à son traitement devienne une composante centrale (Steward, 2001). Des études supplémentaires qui intégreront la perspective du patient, permettront de mieux comprendre les questions relatives à l'assiduité aux traitements psychosociaux.

D'autres facteurs, qui s'avèrent présents dans l'observance à la médication n'ayant pas été soulevé pour l'assiduité aux interventions psychosociales, demanderaient à être considérés. La présence du réseau social pourrait, entre autres, être envisagée comme un facilitateur de l'assiduité aux interventions psychosociales. En effet, certaines études ont utilisé l'apport de l'intervenant principal comme renforçateur auprès de l'utilisateur afin de favoriser sa présence à l'intervention (Reda et coll., 2001, MacDonal et coll., 2000). L'intervenant principal étant perçu comme significatif pour l'utilisateur et pouvant ainsi avoir une influence positive, on peut penser que ceci pourrait être similaire dans le cas du réseau social. On pourrait également supposer que l'intervenant principal soit plus significatif dans les plus petits groupes et que cela est un impact sur le taux d'abandon. En fait, dans les essais cliniques randomisés qui ont été utilisés pour la méta-analyse, les thérapeutes qui animaient les groupes étaient souvent des intervenants de l'équipe de recherche qui ne sont pas nécessairement connus des patients. Dans le quotidien des cliniques, les intervenants qui animent les groupes ou activités ne sont pas nécessairement les intervenants principaux des clients. Par exemple, un patient d'une clinique de premier épisode psychotique peut avoir comme intervenant principal le conseiller en orientation, mais participe à un groupe animé par l'ergothérapeute et la travailleuse sociale de la clinique. Dans ce cas, l'intervenant principal peut avoir une influence positive sur le client en lui rappelant l'importance de participer à cette intervention. Donc, l'intervenant principal est la personne de l'équipe qui détient l'alliance thérapeutique la plus importante avec le patient, voit à l'évolution des objectifs du patient en fonction de ses différents besoins et fait le lien avec les différents intervenants agissant auprès de celui-ci. Dans une intervention en groupe, le concept de dynamique de groupe apparaît un facteur à considérer. Selon l'article de Crowe, 2008, il apparaît que la cohésion dans le groupe a une valeur prédictive sur le résultat de la psychothérapie alors que l'alliance thérapeutique n'en aurait pas. On peut penser que cela

pourrait avoir le même impact dans le cas de l'assiduité. D'ailleurs, dans un article répertorié pour l'article 1 (Buchain, 2003), un incident dans le cadre de la thérapie de groupe a entraîné la perte de plusieurs participants, car cela a eu un impact sur la dynamique du groupe.

L'abus de substances ainsi que les déficits cognitifs n'ont pas été soulevés comme raisons d'abandon, mais ils sont toutefois peu considérés dans les études consultées sur les interventions psychosociales. Par contre, ce sont des éléments essentiels à considérer dans le traitement des personnes atteintes de troubles psychotiques et ils ont une influence sur l'observance à la médication, ce qui demande d'explorer leur impact sur l'assiduité aux interventions psychosociales, d'autant plus que ces problèmes de toxicomanies peuvent répondre à des interventions de type psychosocial.

Étant donné les limites occasionnées par les choix méthodologiques, une incohérence apparente peut être soulevée entre les résultats de l'article 1 et de l'article 2 en ce qui concerne les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales. En effet, les facteurs reliés au patient ne ressortent pas comme influençant l'assiduité dans l'article 1, mais le sexe et l'âge des patients influencent le taux d'abandon dans les résultats de la méta-analyse. Cette différence provient de la méthodologie employée pour chacun des articles. Dans la revue systématique, les facteurs cités dans les articles comme ayant eu un impact sur l'arrêt du traitement des participants étaient répertoriés. Il est plus difficile dans un tel contexte de retrouver l'âge ou le sexe quand on questionne les thérapeutes ou les patients sur leurs raisons d'arrêter le traitement. La méta-analyse a toutefois permis de faire ressortir ces facteurs étant donné qu'il est possible d'utiliser les données sociodémographiques répertoriées dans les études pour effectuer des analyses de régressions.

Une comparaison entre les facteurs influençant l'observance à la médication et les facteurs influençant l'assiduité aux interventions psychosociales est réalisée, mais cette comparaison comporte des limites. En effet, les deux approches de traitements sont utilisées

avec des objectifs différents et ils comportent des facteurs différents. En termes d'objectifs de traitement, ils diffèrent puisque la médication cible principalement les symptômes de la maladie alors que les interventions psychosociales ciblent les symptômes résiduels, les impacts de la maladie sur le fonctionnement de la personne. Ils comportent des modes d'administration différents soit un traitement autogéré dans le cas de la médication alors que les interventions psychosociales sont effectuées selon des périodes de rendez-vous définis impliquant des déplacements. De plus, les deux modèles de facteurs élaborés ne sont pas au même niveau puisque pour les interventions psychosociales, ils proviennent de la synthèse des raisons cités dans les essais cliniques alors que pour les traitements pharmacologiques, ils proviennent d'une synthèse de revues systématiques sur le sujet. Les facteurs qui en ressortent pour chacun diffèrent en partie. L'observance à la médication est davantage influencée par des facteurs liés au traitement et la maladie alors que l'assiduité aux interventions psychosociales est influencée par des facteurs liés à l'organisation des services et à la maladie. Les stratégies pour améliorer l'observance à chacun de ces traitements seront donc différentes. Pour les interventions psychosociales, des compensations matérielles (ex : billet autobus) et des renforçateurs (ex : appel de l'intervenant principal) peuvent être utilisés pour favoriser l'assiduité. Pour les traitements pharmacologiques, une gestion des effets secondaires est un exemple de stratégie. Il est intéressant toutefois de constater que les interventions psychosociales peuvent être une stratégie permettant d'améliorer l'observance au traitement pharmacologique par des interventions de type psychoéducation à la famille ou directement au patient (Degmečić, 2007; Rummel-kluge, 2008).

Dans la discussion du second article, un biais de publication peut être soulevé et entraîne une conséquence sur le taux d'abandon calculé. Une solution pourrait permettre de mieux répertorier les études réalisées quelles soient publiées ou non. Pour les études pharmacologiques, un registre permettant de répertorier les études réalisées publiées ou non a été créé. La création d'un registre similaire pour les études sur les interventions psychosociales serait souhaitable.

Finalement, des contraintes méthodologiques étant donné le contexte de l'étude effectuée dans le cadre d'un projet de maîtrise ont entraîné une limite temporelle. En effet, une limitation à une recension des études sur une période de dix ans antérieure au début du projet (2007-1997) a pu avoir un impact sur le taux d'abandon. Les études publiées avant 1997 ne sont pas incluses. Toutefois, il fut constaté que la plupart des essais cliniques répertoriés pour le projet se retrouvent dans les années 2000 et très peu sont publiés entre 1997 et 2000.

L'implication pour l'organisation des services

L'étude de la problématique d'assiduité aux interventions psychosociales a fait émerger, à travers les résultats obtenus, le besoin d'agir au niveau de l'organisation des soins et des services de santé ainsi que dans les pratiques cliniques. En effet, les résultats du présent projet de recherche permettent d'identifier des facteurs liés principalement à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des soins et des services. Le faible taux d'abandon quant à lui démontre bien la faisabilité des interventions psychosociales avec les personnes atteintes de troubles psychotiques. En somme, l'identification de certains éléments pouvant faire varier ce taux donne des pistes de prévention.

Dans l'organisation des services de santé, il s'avère primordial de pouvoir offrir les meilleurs soins et services aux personnes atteintes de troubles psychotiques étant donné l'impact de cette maladie sur le fonctionnement de la personne. De plus, l'instauration rapide d'un traitement efficace diminue les risques de chronicisation. Il est clairement établi dans les guides de pratique que les traitements pharmacologiques et les interventions psychosociales doivent être offerts en combinaison pour cette clientèle (American Psychiatric Association, 2004, Association Canadienne des Psychiatres, 2004, Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists, 2004).

L'organisation des services et des soins de santé reposent sur un modèle complexe et impliquent différents niveaux d'organisation. Selon Thornicroft et Tansella, psychiatres et experts dans le domaine de l'organisation des services en santé mentale, il existe trois

niveaux distincts dans lequel s'inscrit l'organisation des services soit le niveau national/, le niveau local/régional et le niveau individuel (Thornicroft, Tansella, 2006). Il est donc primordial de considérer ces différents niveaux et d'envisager les stratégies possibles pour chacun d'eux afin d'améliorer l'assiduité aux interventions psychosociales puisque les facteurs identifiés touchent majoritairement la notion de continuité, d'accessibilité et de qualité des soins et des services.

Niveau régional

Ce modèle définit le niveau régional comme celui où les politiques, les lois, les guides de pratiques cliniques, les standards cliniques minimums sont énoncés. Dans le contexte québécois, ce niveau va englober entre autres le Ministère de la Santé et des Services Sociaux, ainsi que les ordres et les associations professionnels.

À ce niveau, le gouvernement doit énoncer des politiques permettant un investissement pour améliorer la qualité de vie et l'allocation de ressources pour les services aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale. Dans les faits, la disparité des ressources peut occasionner une absence du traitement nécessaire dans le secteur où réside le client.

De plus, des politiques sociales ayant pour but d'offrir l'accès à des logements sociaux pour les personnes atteintes de troubles psychotiques ainsi que des mesures pour faciliter le développement de programmes d'employabilité adaptés sont également des actions qui peuvent être posées à ce niveau. En effet, l'accès facilité à des programmes d'employabilité adaptés pour ces personnes rend disponible une forme d'interventions psychosociales nécessaire à leur intégration sociale. Une politique pour offrir le transport en commun accessible et sans frais aux personnes atteintes de troubles mentaux en processus de réinsertion sociale est un bon exemple de politique qui facilite l'assiduité aux interventions psychosociales.

Un autre aspect important à ce niveau est l'énonciation des normes minimales de pratique tant par les ordres professionnels et les associations que par les orientations ministérielles. Entres autres, l'Association Canadienne des Psychiatres publie des normes de pratiques dans lesquelles elle énonce que les interventions psychosociales s'avèrent une partie essentielle du traitement des personnes atteintes de troubles psychotiques (Association Canadienne des Psychiatres, 2004) et doivent être offertes en combinaison avec le traitement pharmacologique. Du côté des ordres professionnels, leur cadre législatif demande à ses membres de poursuivre une formation continue afin d'offrir les meilleurs services aux patients.

Un exemple concret de politique actuelle au Québec est le Plan d'Action en Santé Mentale 2005-2010 qui réfère à une organisation de services hiérarchisée où la continuité entre les services de première, deuxième et troisième ligne est à développer (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2005). Ces principes directeurs sont en lien avec une amélioration de la qualité, de la continuité, et de l'accessibilité des soins et des services à travers une réorganisation des services. Cette réorganisation des services se voit nécessaire afin de combler des lacunes au niveau de services jugés essentiels et actuellement déficitaires tels que les services d'intégration sociale (Ministère de la Santé et Services sociaux, 2005). Il est clair que les interventions psychosociales sont en lien direct avec les services d'intégration sociale et que des lacunes sont constatées dans leur accessibilité actuellement.

Il y a aussi pour la qualité des interventions, place pour un rôle au niveau du système provincial, comme pour le Centre National d'Excellence en Santé Mentale mis sur pied par le Ministère de la Santé et des Services Sociaux et les Instituts Universitaires en Santé Mentale du Québec. Visant d'abord l'implantation du suivi intensif en équipe et d'intensité variable, le Centre National d'Excellence en Santé Mentale s'inscrit dans un rôle d'assurer la qualité des soins par certaines actions provinciales quand d'autres mécanismes de régulation de la qualité n'existent pas pour l'intervention que l'on désire appliquer partout au Québec. On pensera également que pour les médicaments, dont les psychotropes,

il y a le Conseil du médicament du Québec, qui sera bientôt fusionné à l'Institut National d'Excellence en Santé et Services Sociaux (INESSS).

Niveau régional/local

Le niveau régional/local correspond à un secteur géographique qui englobe une population donnée où les services de santé mentale seront organisés en fonction de la population de ce secteur. Dans le contexte Québécois, les Agences Régionales de la Santé et des Services Sociaux et les Centres de Santé et de Services Sociaux (CSSS) représentent un exemple d'organisation de services au niveau régional et local tout comme un établissement précis comme un hôpital psychiatrique l'est au niveau local également.

Que le facteur nuisant à l'assiduité aux interventions psychosociales soit une problématique liée à la distance du lieu de traitement, à un conflit d'horaire pour les rendez-vous ou à un congé du service avant la fin de l'intervention, cela démontre bien des problématiques en lien avec l'organisation du travail et la continuité des soins et des services au niveau régional et local. La continuité des soins et des services fait appel à la notion d'épisode de soins qui peut être vue à deux niveaux soit de personne à personne ou face à la continuité de la progression du patient dans le système (Jones et coll., 2009).

Les principes directeurs sur lesquels reposent le Plan d'Action provincial, soient la nécessité d'offrir des services de proximité, une fluidité de passage entre les niveaux de services et un accès aux services spécialisés, devraient permettre la mise en place d'une organisation de services au niveau régional et local favorisant l'assiduité aux interventions psychosociales pour les personnes atteintes de troubles psychotiques. En effet, le facteur lié à l'accessibilité, à la continuité et à la qualité des soins et des services est identifié comme influençant principalement l'assiduité aux interventions psychosociales. Il sera possible d'accroître l'accessibilité pour tous les patients de la région ou du CSSS, en favorisant une organisation de l'épisode de soins et de services basés sur les besoins de la personne. Il faudra miser sur des stratégies de type intervenant pivot entre les points de service pour assurer cette continuité pour les patients les plus handicapés, sur la valorisation du travail en interdisciplinarité, sur le développement de l'expertise permettant ainsi l'élaboration de

programmation clinique basée sur les approches reconnues comme efficaces telles que les interventions psychosociales avec les personnes atteintes de troubles psychotiques et accessible peu importe où se trouve la communauté de vie choisie par le patient et son entourage.

Une organisation locale par programme clientèle, à l'intérieur d'un établissement universitaire de santé mentale par exemple, peut favoriser également un accès aux traitements spécialisés et une concentration de l'expertise professionnelle. Une fluidité efficace avec les partenaires communautaires, de première et deuxième ligne devrait également permettre aux personnes de recevoir le bon traitement au moment opportun. Toutefois, le risque de rupture entre les différents points de services au cours de l'épisode de soins est important, c'est pourquoi l'utilisation du rôle d'intervenant pivot s'avère là aussi un rôle à considérer comme permettant l'assiduité aux traitements au cours de l'épisode de soins.

Niveau individuel du patient

Le niveau patient réfère au domaine thérapeutique et inclut les traitements, les soins et les supports offerts aux patients ainsi qu'à son réseau social. Ce niveau s'adresse principalement aux cliniciens traitants les patients, c'est le lieu de l'alliance thérapeutique

À ce niveau, le clinicien, agissant comme intervenant principal ou non, doit avoir une pratique centrée sur le client où un partenariat face aux choix du traitement est clairement établi (Thornicroft, Tansella, 2006). L'implication de la famille et du réseau social doivent également être privilégiées vu leur influence sur le patient et ce sont eux qui demeurent présents tout au long de l'épisode de soins. La famille peut être un allié facilitant l'assiduité du client aux interventions psychosociales et aux traitements. Ceux-ci sont appuyés par les associations de parents qu'on retrouve au niveau local et qui sont des acteurs importants dans la promotion du rétablissement. Le clinicien doit tout de même avoir une approche longitudinale et favoriser les liens entre les différents services du

système et avec les partenaires de la communauté afin d'éviter les ruptures de services pour le client. Une meilleure connaissance des interventions jugées efficaces afin de pouvoir les offrir à la clientèle s'avère être à la base de la pratique des cliniciens. L'utilisation de stratégies identifiées dans les articles explorés dans cette étude peut également aider les cliniciens à favoriser l'assiduité des personnes atteintes de troubles psychotiques.

En effet, des stratégies telles que les renforçateurs (ex : appel téléphonique de l'intervenant principal pour rappeler le rendez-vous, offrir une collation) et des compensateurs (ex : paiement des déplacements) se sont avérées efficaces. De plus, la durée de l'intervention est également un élément à considérer. Il n'est pas exclu d'offrir des programmes de longue durée, mais le niveau de motivation et les caractéristiques des personnes sélectionnées devront être pris en considération. En effet, l'âge, la durée de la maladie et le sexe du patient se sont avérés des facteurs pouvant faire varier le taux d'abandon. Une gamme diversifiée d'interventions de durée variable et s'adressant aux divers besoins des personnes atteintes de troubles psychotiques faciliteront l'assiduité. Il s'avère donc essentiel pour le clinicien d'être non seulement à jour dans ses connaissances, mais d'être sensible aux besoins de ses clients afin d'adapter sa pratique.

Il est également essentiel à ce niveau de parler de l'alliance thérapeutique qui s'avère pour le clinicien d'une importance capitale pour la réussite du traitement qu'il offre à son client. La création d'une bonne alliance thérapeutique, où empathie, compréhension et écoute sont présents, est primordiale pour favoriser l'observance à la médication selon plusieurs études (Awad, 2004). Le clinicien doit donc être sensible à la relation qu'il développe avec son patient, car celle-ci pourrait avoir une influence sur l'assiduité aux interventions psychosociales du patient. Il en va de même que l'efficacité d'un traitement psychothérapeutique repose en partie sur l'alliance thérapeutique (Martin et coll., 2000).

Il est également important que les cliniciens soient en mesure d'avoir accès à de la formation continue pour développer leurs pratiques quotidiennes. Une grande majorité des

professionnels œuvrant dans le réseau de la santé ont une formation universitaire. Toutefois, la formation continue s'avère un élément essentiel étant donné le développement constant des connaissances dans le domaine de la santé et la spécialisation des approches propres à chaque type de clientèle et de problématiques abordés. Les professionnels doivent donc avoir accès tant à de la formation sur les nouvelles approches jugées comme efficaces afin de les offrir à leurs clients qu'aux nouvelles connaissances reliés aux problématiques quotidiennes telles que les facteurs pouvant influencer l'assiduité aux interventions psychosociales. Bien entendu, le milieu dans lequel œuvre le professionnel doit permettre un accès facile aux nouvelles connaissances ainsi qu'à la formation continue étant donné le peu de temps vu la charge de travail du clinicien.

Pour terminer, les changements majeurs en cours dans l'organisation des soins et des services de santé au Québec amèneront une partie des réponses à la problématique de l'accès aux soins et aux services de pointes pour les personnes atteintes de troubles psychotiques. Ces changements sont en conformité avec une problématique importante soulevée concernant l'assiduité aux interventions psychosociales chez les personnes atteintes de troubles psychotiques soit l'accessibilité, la continuité et la qualité des soins et des services. L'implantation des services en programmes clientèles dans les établissements universitaires permet également de concentrer l'expertise professionnelle, la développer et d'offrir ainsi les interventions reconnues comme efficaces dans la littérature. Celle-ci devra aussi demeurer accessible. De plus, les gestionnaires sont appelés à tenir compte des *evidence based practice* dans leur travail et dans la prise de décision pour l'organisation des services. Ils doivent donc consulter la littérature scientifique et l'accès à des études de type revue systématique et méta-analyse demeure un outil privilégié. Aussi, des courtiers des connaissances, comme des agents de planification, programmation et recherche, pourraient soutenir les responsables de programme submergés dans l'organisation quotidienne, à accéder à ces connaissances. Ce projet ayant produit deux articles de ce type éclairera, je l'espère, les décideurs, les cliniciens et les patients pour les aspects devant être pris en considération pour favoriser l'assiduité aux interventions psychosociales, tout en

démontrant que les patients peuvent dans de bonnes conditions se montrer aussi assidus, sinon plus, à ces interventions démontrées efficaces et essentielles dans le cadre d'un programme de soins complet pour les patients atteints de troubles psychotiques.

Bibliographie du mémoire

American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed) DSM IV. Washington DC, 2004.

American Psychiatric Association. *Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia, Second Edition*. The American Journal of Psychiatry, 2004, 161 (2): 1-56.

Association des Psychiatres du Canada. *Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia*. Canadian Journal of Psychiatry, 2005, 43 (2): 25-40.

Awad, G., *Antipsychotic medications: compliance and attitudes towards treatment*, Current Opinion Psychiatry, 2004, 17: 75 à 80.

Baillargeon, P., Pinsof, W-M., Leduc, A., *Modèle Systémique de l'alliance thérapeutique*, Revue Européenne de Psychologie Appliquée, 2005, 55 : 137-143.

Becker, MH., *Patient adherence to prescribed therapies*, Medical Care, 1985, 23: 539-555.

Blettner, M., Sauberbrei, W., Schlehofer, B., Scheuchenpflug, T., Friedenreich, C., *Traditionnal reviews, meta-analyses and pooled analyses in epidemiology*. International Journal of Epidemiology, 1999, 28 : 1-9

Buchain P.C., Vizzotto A.D., Henna Neto J., Elkis H. *Randomized controlled trial of occupational therapy in patients with treatment-resistant schizophrenia*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 2003, 25 (1) : 26-30

Centorrino, F., Hernan, MA., Drago-Ferrante, G., Rendall, M., Apicella, A., Långar, G., Baldessarini, RJ., *Factors Associated With Noncompliance With Psychiatric Outpatient Visits*, Psychiatric Services, 2001, 52: 378-380

Chung, KC., Burns PB., Kim, M., *Clinical Perspective : A Practical Guide to Meta-Analysis*, The Journal of Hand Surgery, 2006, 31A : 1671-1678

Compton, M., Rudisch, BE., Craw, J., Thompson, T., Owens, DA., *Predictors of Missed First Appointments at Community Mental Health Centers After Psychiatric Hospitalization*, Psychiatric Services, 2006, 57: 531-537

Contrandiopoulos, A-P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J-L., Boyle, P. *Savoir Préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Les Presses de l'Université de Montréal, 1990 : 197 p.

Corruble, E., Hardy, P., *Observance du traitement en psychiatrie*, Paris, Encyclopédie Médico Chirurgicale, Éditions Scientifiques et Médicales Elsevier, Psychiatrie, 2003, 37-860-A-60 : 6 p

Cramer, J., *Medicine Partnerships*, Hearth, 2003, 89 (suppl II): ii19-ii21

Cramer, J.A., Rosenheck, R., *Compliance with medication regimens for mental and physical disorders*. Psychiatric services, 1998, 49: 196-201.

Cramer, J., Roy, A., Burrell, A., Fairchild, CJ., Fuldeore, MJ., Ollendorf, DA., Wong, PK., *Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions*. International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research, 2008, 11: 44-47

Crowe, T.P, Grenyer, B.F. *Is therapist alliance or whole group cohesion more influential in group psychotherapy outcomes?* Clinical Psychology and Psychotherapy, 2008 vol. 15 (4): 239-246.

Degmečić D, Pozgain I, Filaković P. *Psychoeducation and compliance in the*

treatment of patients with schizophrenia. Coll Antropol. 2007 Dec;31(4):1111-5

DerSimonian, R., Laird, N.M., *Meta-analysis in clinical trials*. Controlled Clinical Trials, 1998, 7 (3): 177-188.

Dictionnaire de la langue française consulté le 23 août 2010 sur le site l'internaute: www.linternaute.com/dictionnaire/fr/definition/assidue/

Fleischhacker W, Oehl M, Hummer M. *Factors Influencing Compliance in Schizophrenia Patients*. Journal Clinical of Psychiatry, 2003, 64 (16): 10-13.

Fletcher, J., *What is heterogeneity and is it important ?*, British Medical Journal, 2007, 13: 94-96.

Glass GV . Primary, secondary and meta-analysis of research. Educational Researcher, 1976, 10, 3-8.

Green, S., *Systematic Reviews and meta-analysis*, Singapore Medical Journal, 2005, 46 (6): 270-274

Higgins, JPT., Grenn, S. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions, Version 5.0.2*, The Cochrane Collaboration, 2009: www.cochrane-handbook.org.

Hopayian, K., *The need for caution in interpreting high quality systematic reviews*. British Medical Journal, 2001, 323: 681-684

Jones, RI., Ahmedb, N., Catty, J., McLaren, S., Rose, D., Wykes, T., Burns, T., *Illness careers and continuity of care in mental health services: A qualitative study of service users and carers*, Social Science and Medicine, 2009, 69: 632-639

L'Abbé, KA., Detsky, AS., O'Rourke, K., *Meta-analysis in clinical research.*, Annales Internationales de Médecine, 1987, 107: 224-233

Leandro, G., *Meta-analysis in Medical Research : The handbook for the understanding and practice of meta-analysis*, Italy: BMJ Books, Blackwell Publishing, 2005: 97p

Killaspy, H., Banerjee, S., King, M., Lloyd, M., *Prospective controlled study of psychiatric out-patient non-attendance.* British Journal of Psychiatry, 2000, 176: 160-165

Kreyenbuhl, J., Nossel, I.R., Dixon, L.B., *Disengagement from Mental Health Treatment Among Individuals With Schizophrenia and Strategies for Facilitating Connections to Care: A Review of the Literature.* Schizophrenia Bulletin, 2009, 2: 1-8.

Lecomte, T., Spidel, A., Leclerc, C., MacEwan, W.G., Greaves, C., Bentall, P.R., *Predictors and profiles of treatment non-adherence and engagement in services problems in early psychosis.* Schizophrenia Research, 2008, 102: 295-302.

MacDonal, J., Brown, N., Ellis, P., *Using Telephone Prompts to improve Initial Attendance at a Community Mental Health Center,* Psychiatric Services, 2000, 51 (6): 812-814

Marder, SR. *Overview of partial compliance.* Journal of Clinical Psychiatry, 2003, 64 (16):3-9.

Martin DJ., Garske JP., Davis MK. *Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: a meta-analytic review.* Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2000, 68 (3): 438-450

Ministère de la Santé et Services sociaux. *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens*, Ministère de la Santé et Service sociaux, Québec, 2005 : 97 p.

Mitchell, A.J., Selmes, T., *A Comparative Survey of Missed Initial and Follow-up appointments to Psychiatric Specialties in the United Kingdom*, Psychiatric Services, 2007, 58: 868-871

OMS, *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. WHO Library Publication; mars, 2003; 1-209.

Reda S, Makoul S. *Prompts to encourage appointment attendance for people with serious mental illness (Review)*. Cochrane Data base of systematic reviews, 2001, 2: 1-16.

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. *Clinical practice guidelines for the treatment of schizophrenia and related disorders*. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 2004, 39: 1-30.

Rummel-Kluge, C., Kissling, W. *Psychoeducation for patients with schizophrenia and their families*. Expert Review Neurotherapy, 2008, 8 (7): 1067-1077.

Sacks, HS., Berrier, J. Reitman, D., et coll., *Meta-analysis of randomized controlled trials*. New England Journal Medical, 1987, 316: 450-455

Seo, M et al. *Development of a structural Model explaining medication compliance of person with schizophrenia*. Yonsei Medical Journal, 2005, 46 (3): 331-340.

Société Québécoise de la Schizophrénie: <http://www.schizophrenie.qc.ca>. Site internet consulté le 1 mars 2010.

Stewart M. *Towards a global definition of patient-centred care*. British Medical Journal, 2001, 322:444-445.

Tait L. *Predicting engagement with services for psychosis: insight, symptoms and recovery style*. British Journal of Psychiatry, 2003, 182: 123-128.

Tarrier N, Yusupoff L, McCarthy E, Kinney C, Wittkowski A. *Some reasons why patients suffering from chronic schizophrenia fail to continue in psychosocial treatment*. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 1998, 26: 177-181.

Thornicroft G, Tansella M., *The Mental Health Matrix : a manual to improve services*. Cambridge University Press, second edition, 2006: 317 p.

Université de Laval, *Pleins feux sur l'adhésion aux traitements: Vers une stratégie visant l'amélioration de la persistance et de l'observance*, Symposium sur l'adhésion au traitement, Château Frontenac, Québec, 13 novembre 2007.

Warner, R., *Recovery from schizophrenia and the recovery model*, Current Opinion Psychiatry, 2009, 22: 374-380.

