

Déterminants psychosociaux de l'assiduité au lithium chez des clients présentant un trouble bipolaire

Jean-Pierre Bonin

Physical, cognitive, and social factors play a central role in the lithium compliance of people with bipolar disorder. However, studies provide only a partial understanding of this phenomenon and there is currently no nursing model that takes into consideration a combination of factors. This study, based on Pender's preventive health beliefs model, was intended to identify the psychosocial determinants of lithium compliance. A random sample (n = 149) of outpatients at a large Montreal psychiatric hospital was used to measure lithium compliance on the basis of 5 criteria : compliance according to the nurse and according to the patient, appointment compliance, and compliance according to two criteria related to hyperuricemia. Polytomous logistic regression analyses were computed by regressing a composite of these criteria on sociodemographic variables and on the variables of the Pender model: susceptibility, seriousness, control over health, motivation to be healthy, perceived benefits and obstacles, and triggering factors. It appears that being female, being elderly, living with a partner, and perceived treatment benefits and obstacles are determining factors in lithium compliance. These results are all the more important in light of Quebec's newly implemented drug insurance plan, which could increase the obstacles to medication. Nurses will have to be increasingly vigilant with respect to these new obstacles and will have to adjust their interventions accordingly.

Chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire, plusieurs facteurs d'ordre physique, cognitif et social joueraient un rôle particulier dans l'assiduité au lithium. Cependant, les études n'offrent qu'une compréhension partielle de ces facteurs et aucun modèle en sciences infirmières n'a étudié ce phénomène de façon à prendre en compte un ensemble de facteurs. En s'inspirant du modèle préventif des croyances en matière de santé de Pender (1982), la présente étude vise à identifier les déterminants psychosociaux de l'assiduité au lithium. Cette étude a été menée auprès d'un échantillon probabiliste (n= 149) de clients fréquentant les cliniques externes d'un grand hôpital psychiatrique de Montréal. L'assiduité au lithium était mesurée à partir de cinq critères : l'assiduité selon l'infirmière, selon le client, l'assiduité aux rendez-vous, et l'assiduité selon deux critères reliés aux lithémies. Des analyses de régression logistiques polytomées ont été réalisées en régressant un composite de ces critères sur des variables sociodémographiques et sur les variables du modèle de Pender, soit la susceptibilité, la gravité, le contrôle sur la santé, la motivation à la santé, les bénéfices et les barrières perçus, et les éléments générateurs

Jean-Pierre Bonin, M. Sc. Inf., Ph.D. (cand.), enseigne à l'Université de Montréal en sciences infirmières et est membre d'une équipe de recherche au Centre de recherche Fernand-Séguin, affilié au Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine.

d'action. Il ressort que le sexe féminin, l'âge plus élevé, le fait d'être en couple, ainsi que les barrières et les bénéfices perçus face au traitement, sont les déterminants significativement reliés à l'assiduité au lithium. Ces résultats sont d'autant plus importants du fait qu'un nouveau régime d'assurance-médicaments vient d'être mis en place au Québec et risque d'augmenter les barrières à la médication. Il importe que les infirmières soient doublement vigilantes face à ces barrières qui s'ajoutent à celles déjà existantes et ajustent leurs interventions.

Introduction

Dans son plan de transformation des services en santé mentale, le Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS, 1996) se donne comme priorités de transférer certaines ressources vers la communauté et de privilégier des types de services comme le suivi intensif dans le milieu. Toutefois, même si ce type de programme a démontré son efficacité, il semble que l'assiduité à la médication psychiatrique serait le principal facteur relié à l'amélioration des personnes atteintes de troubles mentaux bénéficiant d'un suivi intensif dans la communauté (Dixon, Weiden, Torres et Lehman, 1997). Les infirmières dans ce programme de suivi jouent un rôle important quant au soutien quotidien de la clientèle, notamment en ce qui a trait à l'adoption de comportements de santé et l'adhésion au régime thérapeutique. Elles jouent donc un rôle important de soutien et d'éducation, entre autres auprès des personnes atteintes d'un trouble bipolaire. Chez cette clientèle, plusieurs facteurs d'ordre physique, cognitif et social joueraient un rôle particulier dans l'assiduité au lithium. Cependant, les études n'offrent qu'une compréhension partielle de ces facteurs et aucun modèle en sciences infirmières n'a étudié ce phénomène de façon à prendre en compte un ensemble de facteurs. La présente étude vise à identifier les facteurs reliés à l'assiduité au lithium à l'aide du modèle préventif des croyances en matière de santé de Pender (1982)¹.

Troubles bipolaires, assiduité au traitement et difficultés de mesure

Le trouble affectif bipolaire est souvent identifié comme un des troubles mentaux graves et persistants et l'on estime sa prévalence à vie entre 0,3 à 1,5 % de la population (Weissman, Bland et Canino, 1996). La personne atteinte, en plus de devoir accepter sa maladie, est contrainte à un régime thérapeutique à long terme qui a fait ses preuves dans la régulation des symptômes et la prévention des rechutes, mais qui n'est

¹ La présente étude utilise le modèle préventif de Pender (1982), à ne pas confondre avec le modèle de promotion de la santé Pender souvent utilisé en sciences infirmières

pas sans présenter divers effets secondaires. Par ailleurs, les écrits scientifiques démontrent que l'assiduité au traitement est moins grande pour les médicaments psychiatriques (Cramer et Rosenheck, 1998) et les traitements s'étalant sur une longue période (Sackett et Haynes, 1976). Or, les troubles affectifs bipolaires regroupent ces deux caractéristiques.

La principale conséquence de la non-assiduité à la médication est l'hospitalisation, qui signifie des coûts financiers et sociaux considérables. Une étude de Keck, McElroy, Strakowski, Bourne et West (1996) a démontré que 64 % des clients réadmis en psychiatrie n'avaient pas été assidus à leur traitement au cours du mois précédent. Green (1988) rapporte que parmi la population des clients souvent hospitalisés, le facteur le plus prévalent (92 % des cas) est la non-assiduité à la médication, suivi de près par la non-assiduité aux rendez-vous (76 %). Dans une révision de différentes études, Cochran (1986) estime qu'entre 9 et 57 % des patients traités au lithium éprouvent des problèmes à suivre l'ordonnance de façon assidue et que les taux les plus élevés sont probablement les plus justes.

Une des embûches inhérentes aux études sur l'assiduité au traitement réside dans la difficulté de la mesurer de façon adéquate (Cramer et Rosenheck, 1998). Les méthodes utilisées pour mesurer l'assiduité se divisent en deux catégories : directes et indirectes. Les méthodes directes, telle la lithémie, sont essentielles pour une mesure précise, mais présentent des difficultés liées à la mesure elle-même (sensibilité et spécificité) et des difficultés pour définir ou classer les clients assidus et non-assidus (Sackett et Snow, 1976). Parmi les méthodes indirectes, l'entrevue, qui consiste à demander au client s'il a bien suivi les recommandations thérapeutiques, est la méthode la plus simple et la plus largement employée. Toutefois, la validité de cette méthode soulève des doutes. Ainsi, Becker (1985) rapporte que si quelques études ont démontré une assiduité surestimée par le client, plusieurs autres ont établi une corrélation entre l'assiduité rapportée par le client et la mesure directe. Une étude récente réalisée auprès d'un vaste échantillon rapporte que les patients se considèrent généralement plus assidus que ne l'évalue leur médecin traitant (Valenstein, Barry, Blow, Copeland et Ullman, 1998). Par contre, Roth (1987) note que les médecins tendent à surévaluer l'assiduité de leurs clients ; il soutient par ailleurs que lorsque le client affirme ne pas prendre sa médication, des mesures directes corroborent généralement cette assertion. Dans un autre contexte, soit auprès de clients suivis en hémodialyse, Cummings, Becker et Kirscht (1982) ont démontré que l'évaluation de l'infirmière était la plus fiable en ce qui a trait à l'assiduité à la médication. Pour

contrer les difficultés inhérentes à la mesure de l'assiduité, Hays et Di Matteo (1987) ont conclu que plusieurs méthodes devraient être utilisées conjointement de façon à minimiser les erreurs de mesure.

Les facteurs liés à l'assiduité au lithium

Quelques études ont mis en évidence les raisons de la non-assiduité au lithium et la raison principale invoquée serait la présence d'effets secondaires : l'incoordination, la paresthésie, la sensibilité diminuée et les tremblements (Nilsson et Axelsson, 1989). Par ailleurs, Gitlin, Cochran et Jamison (1989) ont constaté que les problèmes cognitifs (p. ex. difficultés de concentration) et le gain de poids constituaient les effets les plus dérangeants chez les patients traités au lithium.

Selon Lenzi, Lazzerini, Placidi, Cassano et Akiskal (1989), il est difficile d'identifier les prédicteurs de non-assiduité, laquelle résulterait d'une interaction complexe de facteurs tels l'âge, le sexe, le statut civil, la condition sociale, le type et la sévérité de la maladie, la longueur des intervalles entre les rechutes, l'environnement thérapeutique et les caractéristiques de la médication en elle-même. Frank, Prien, Kupfer et Albert (1985) ont décelé que les clients plus âgés, mariés, et plus scolarisés étaient plus assidus au lithium, ainsi que ceux ayant démontré une bonne assiduité dans le passé. Selon Becker (1985), la famille peut apporter de l'assistance et de l'encouragement, tout en améliorant la supervision. Cependant, cet auteur rapporte que l'individu est constamment exposé, via les médias, à des controverses remettant en cause les médicaments et les services de santé, lesquelles controverses influencent l'assiduité du client .

Si plusieurs études attribuent le manque d'assiduité au lithium aux différents effets secondaires du médicament, paradoxalement son effet bénéfique pourrait aussi nuire à l'assiduité de certains clients (Schou, 1999). En effet, une étude classique de Jamison, Gerner et Goodwin (1979) portant sur l'attitude des clients traités au lithium rapportait qu'une des principales raisons justifiant l'interruption de la médication était la perte de l'euphorie (*missing high*). De plus, selon Mercier (1989), lorsque l'état du patient se stabilise, celui-ci croit ne plus avoir besoin du médicament. L'arrêt du lithium peut, selon la perception du malade, s'accompagner alors d'effets positifs dont l'hypomanie et la disparition des effets secondaires.

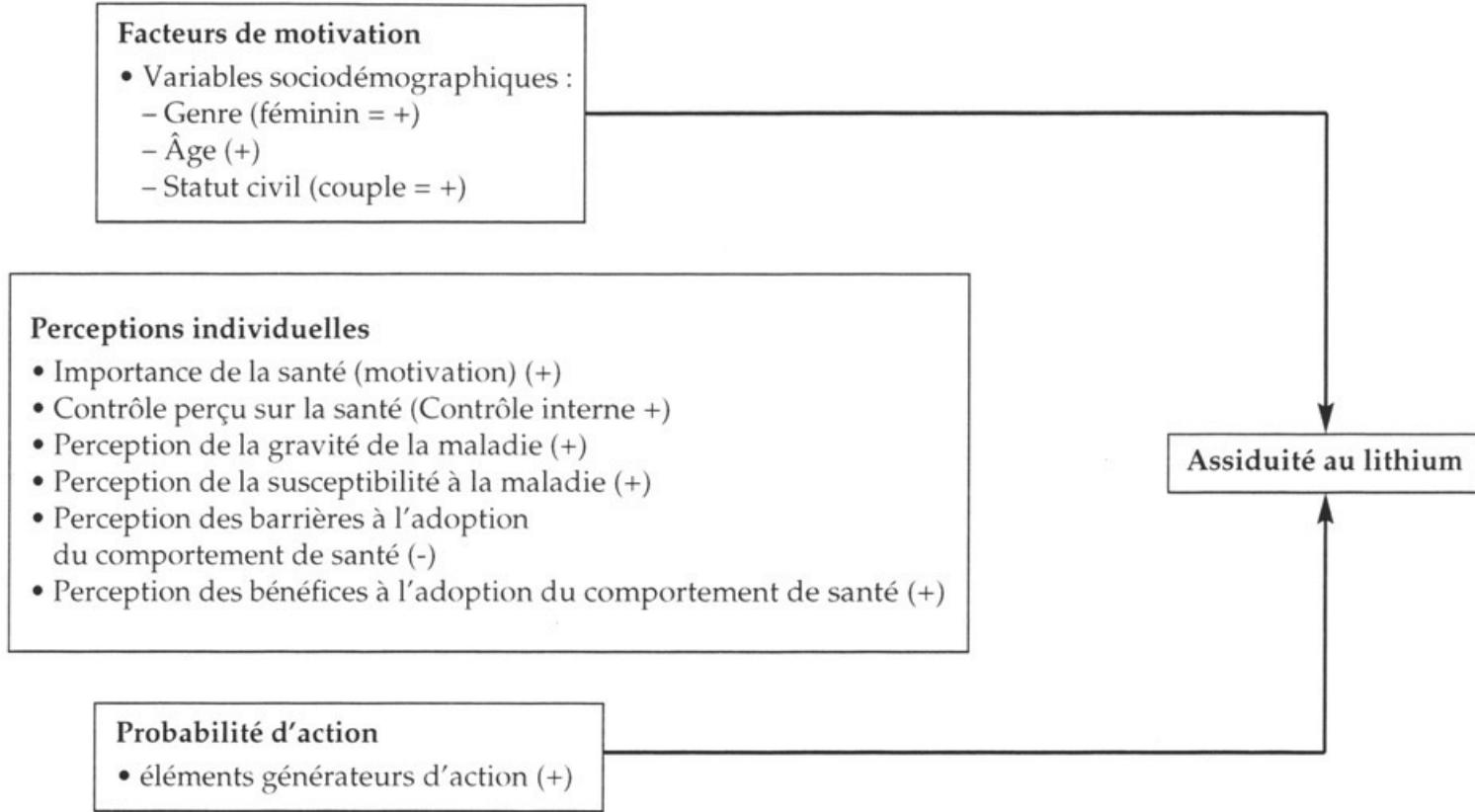
L'assiduité au lithium s'avère donc reliée à plusieurs facteurs : sociaux, psychologiques, physiologiques, cognitifs et situationnels. Cependant, l'articulation et l'identification de ces variables dans un

cadre conceptuel n'ont pu être réalisées jusqu'à maintenant. Davidhizar (1982) considère qu'une approche multi-variable doit être considérée pour évaluer la non-assiduité en psychiatrie et propose à cet effet le modèle des croyances en matière de santé comme cadre théorique pour guider le choix des variables à l'étude.

Les modèles théoriques

Plusieurs modèles théoriques ont tenté d'expliquer l'assiduité au traitement pharmacologique avec plus ou moins de succès. Le modèle des croyances en matière de santé (Rosenstock, 1974) s'est avéré efficace dans plusieurs études pour prédire l'assiduité à d'autres types de médication et il intègre plusieurs variables se retrouvant dans les autres modèles (Cohen, 1979) (Figure 1). Ce modèle a été développé au début des années 1950 pour proposer un cadre de référence permettant d'explorer pourquoi certaines personnes adoptaient des comportements pour protéger leur santé alors que d'autres ne le faisaient pas (Pender, 1987). Selon Rosenstock (1974), le modèle propose que la probabilité qu'une personne entreprenne des actions relativement à sa santé est déterminée par sa disposition à prendre une action (*readiness*) et par l'évaluation des coûts versus les bénéfices perçus de ladite action. Certains facteurs dits modifiants influencent les perceptions de l'individu. Ces facteurs sont : les variables démographiques, interpersonnelles et situationnelles. Les perceptions de l'individu sont : la perception de la susceptibilité, de la menace et de la sévérité de la maladie, ainsi que des bénéfices et des barrières face à l'action de santé. La susceptibilité perçue consiste en la probabilité estimée par l'individu de développer une maladie ou de faire une rechute. La sévérité perçue évoque la reconnaissance par l'individu du sérieux de la maladie ou de la rechute, ou comment il compare son problème de santé à d'autres. Les deux variables précédentes (susceptibilité et sévérité) réunies constituent la menace perçue par la maladie et celle-ci dépendrait en partie des connaissances sur la maladie (Rosenstock, 1974). Les bénéfices perçus réfèrent à la croyance de l'individu que le régime thérapeutique proposé guérira ou contrôlera la maladie. Les coûts ou barrières perçues incluent les coûts financiers et les inconvénients du traitement, tels la douleur, la stigmatisation, ou les effets secondaires possibles. Pender (1982) a proposé d'inclure les variables de lieu de contrôle et de motivation envers les comportements de santé. Le modèle préventif des croyances en matière de santé de Pender se veut donc un cadre conceptuel adéquat pour articuler les différentes variables identifiées dans les écrits comme étant reliées à l'assiduité au lithium.

Figure 1 *Modèle préventif des croyances en matière de santé de Pender (1982)*



Note : (+) et (-) indiquent les sens des hypothèses.

Ce modèle a été utilisé entre autres par Connely (1984) qui a tenté en vain d'établir des corrélations significatives entre l'assiduité au lithium et les éléments du modèle original des croyances en matière de santé. Celle-ci recommandait d'utiliser un instrument validé pour mesurer les croyances en matière de santé et un échantillon plus large. Récemment, Budd, Hugues et Smith (1996), de même que Nageotte, Sullivan, Duan et Camp (1997) l'ont utilisé pour expliquer l'assiduité à la médication chez des personnes atteintes de schizophrénie; la sévérité, la susceptibilité à la maladie et les bénéfices perçus ont été identifiés comme reliés à l'assiduité à la médication. Cependant, ces études incluait totalement ou partiellement l'assiduité à des neuroleptiques de longue action (*dépôt*), ce qui représente une autre problématique.

But

La présente étude a pour but d'identifier, à l'aide du modèle préventif de Pender (1982), les déterminants psychosociaux de l'assiduité au lithium chez des personnes atteintes de troubles bipolaires (Figure 1).

Méthode

Milieu et échantillon

Cette recherche a été effectuée dans un centre hospitalier psychiatrique de Montréal, auquel sont affiliées six cliniques externes couvrant chacune un secteur de l'est de la ville, ainsi qu'une clinique centrale de lithium. Le projet a été accepté par le comité d'éthique de ce centre hospitalier. Un échantillon probabiliste en grappe comptant 150 sujets souffrant d'un trouble affectif bipolaire a été formé à partir de la clientèle des différentes cliniques. L'échantillon a été construit en compilant, à l'aide du logiciel SPSS pour Windows, un échantillon aléatoire de jour-lieu nous permettant d'atteindre le nombre de sujets désirés. À cet effet, un relevé de tous les clients s'étant présentés dans les différentes cliniques au cours des quatre semaines précédentes avait été produit afin de connaître le nombre de sujets potentiels. Les critères d'inclusion étaient les suivants : 1) le trouble bipolaire devait être le diagnostic psychiatrique primaire, tel que stipulé au dossier du client; 2) les clients devaient avoir été traité au lithium depuis au moins un an; 3) leur état devait être considéré comme stable par l'infirmière de la clinique concernée; 4) les sujets devaient avoir entre 18 et 70 ans et pouvoir lire et comprendre le français.

Déroulement de l'étude

Le chercheur et une collègue infirmière se sont présentés à des cliniques et à des jours déterminés aléatoirement et ont invité tous les clients présents répondant aux critères d'inclusion à remplir un questionnaire. Le projet avait préalablement été présenté et expliqué au client qui devait signer la formule de consentement. Au total, 150 des 153 personnes rencontrées ont accepté de remplir le questionnaire ; les personnes ayant refusé disaient ne pas avoir le temps (2 personnes) ou ne pas se sentir assez bien pour parler d'un vécu personnel (1 personne). Un questionnaire a été rejeté lors de l'examen préliminaire des données.

Instruments de mesure

Évaluation de l'assiduité au lithium. L'assiduité a été évaluée de cinq façons. Premièrement, les clients et leur infirmière étaient invités à coter l'assiduité au traitement sur une échelle de Likert de 1 (« très assidu ») à 5 (« pas du tout assidu »). Puis, l'assiduité était évaluée selon les lithémies et ce, de deux façons. Ainsi, le sujet devait présenter un taux de lithium sanguin entre 0,5 et 1,5 mEq/L lors des lithémies effectuées au cours de l'année précédant l'entrevue et ce taux devait présenter une stabilité, c.-à-d. n'afficher aucune variation de plus de $\pm 0,15$ mEq/L, afin d'être considéré comme assidu. Les clients dont la lithémie variait de façon injustifiée et ceux dont le taux se situait hors de la norme thérapeutique étaient considérés comme non-assidus. Enfin, nous avons évalué l'assiduité aux rendez-vous : le client qui se présentait à plus de 75 % des rendez-vous était considéré comme très assidu au traitement (cote=1) et les autres, moins assidus (cote=0). Ces données provenaient de la clinique de lithium où étaient notés les rendez-vous prévus et ceux que le client avait manqué.

Puisque les différentes mesures d'assiduité se sont avérées peu concordantes— seules les deux mesures de lithémies présentaient un kappa significatif ($k=0,76$; $p<0,05$) — un composite de ces scores tenant compte de ces mesures a été créé de la façon suivante. D'abord, chacune des mesures a été dichotomisée. Par exemple, une personne qui avait une cote de 5 (« parfaitement assidue ») selon l'évaluation de l'infirmière, se voyait attribuer la cote de 1 et la cote de 0 était attribuée aux autres. Le même processus était appliqué aux autres mesures. Ensuite, le composite variant de 0 à 5 était formé en additionnant les scores d'assiduité dichotomisés.

Mesure des concepts du modèle. La mesure des concepts relatifs au modèle de Pender (Figure 1) a été réalisée à l'aide d'une version modi-

fiée du questionnaire de Champion (1984) afin d'inclure des questions pertinentes à l'assiduité au lithium. Trente-quatre des 39 items créés par Champion ont été ainsi adaptés : la susceptibilité (4 items), la gravité (11 items), les bénéfices (4 items), les barrières perçus (8 items), et la motivation à la santé (7 items) ; les items retirés ne pouvaient s'appliquer à la présente problématique. Ces échelles de type Likert offrent cinq choix, de fortement en accord (5 points) à fortement en désaccord (1 point), et les scores de chaque item sont additionnés pour former un score global pour chaque concept. Les analyses de consistance interne pour l'instrument original révèlent des coefficients alpha de Cronbach variant de 0,60 à 0,78. Une série de 11 items provenant du Health Locus of Control Scale (HLC) (Wallston, Wallston, Kaplan et Maides, 1976) a été ajoutée au questionnaire de Champion afin de mesurer le contrôle perçu sur la santé. Cet instrument a été utilisé dans maintes recherches, dont celle de Pender (1987). Les analyses de fidélité pour cette sous-échelle ont démontré un alpha de Cronbach de 0,76. De plus, une série d'items ont été traduits et adaptés de Kelly, Mamon et Scott (1987) afin de mesurer les éléments générateurs d'action, soit une liste de symptômes possibles pouvant jouer un rôle dans l'assiduité chez une personne psychotique. Certains items ont été enlevés ou modifiés afin de correspondre à des éléments susceptibles d'être retrouvés chez des clients souffrant de maladie affective bipolaire. Les coefficients alpha de Cronbach des différentes échelles pour la présente étude varient de 0,66 (susceptibilité perçue) à 0,85 (barrières perçues).

Validation des instruments. La traduction et la validité de contenu des instruments a d'abord été vérifiée par un statisticien, un psychiatre et une psychologue bilingue. La compréhension a été vérifiée à l'aide d'un prétest effectué auprès des 30 premiers sujets de la recherche ; quelques items ont été légèrement modifiés pour faciliter la compréhension.

Procédures statistiques

Les données ont été analysées à l'aide des logiciels SPSS v. 9 pour Windows et SAS v. 6,03 pour Windows. Des corrélations simples ont d'abord été réalisées entre les variables du modèle et le composite d'assiduité. Puis, des analyses de régression logistique polytomée ont été réalisées avec le composite d'assiduité décrit plus haut comme variable dépendante. Les variables sociodémographiques (sexe, âge et statut civil) et les variables du modèle (susceptibilité, gravité, motivation, bénéfices, barrières, contrôle et éléments générateurs d'action) sont les variables indépendantes retenues (Figure 1). Puisque Hosmer et Lemeshow (1989) estiment que le chi-carré de Wald rejette souvent des variables

qui pourraient être significatives, surtout lorsque l'échantillon dépasse 100 sujets, le seuil de signification pour cette statistique a été fixé à 0,10.

Résultats

L'échantillon se compose de 54,4 % de femmes, la moyenne d'âge des répondants étant de 47,3 (E.T. :12,11). Près de 45 % des répondants vivent en couple, la majorité ont complété au moins des études de niveau secondaire, et plus du tiers de l'échantillon rapporte que leur source principale de revenus est générée par un emploi. Près de 30 % des sujets de l'échantillon ont été hospitalisés plus de cinq fois en psychiatrie et 13,6 % ne l'ont jamais été; les personnes rencontrées prenaient toutes du lithium depuis plus d'un an.

Tel que décrit précédemment, l'évaluation de l'assiduité au lithium a été réalisée par plusieurs mesures concomitantes. Ainsi, 68,9 % des patients ont répondu avoir respecté la prescription à la lettre et 27,0 % ont dit avoir suivi la prescription la plupart du temps, tout en omettant une ou plusieurs doses; l'évaluation des infirmières présente des proportions semblables (63,2 % parfaitement assidus), bien que le pourcentage d'accord ne soit que de 50,7 % entre ces mesures. Quant aux données objectives, 87,2 % des patients ont été présents à plus de 75 % de leurs rendez-vous. Pour les lithémies, 93,2 % des sujets ont maintenu un taux de lithium à l'intérieur des normes et 89,9 % ont présenté des lithémies qui ne variaient pas de plus de 0,15 mEq/L au cours de l'année précédente. Enfin, 30,9 % des clients ont obtenu la cote de 5 pour le composite; 44,3 % la cote de 4; 15,3 % la cote de 3; et le reste 2 ou moins.

Le tableau 1 présente les résultats de l'analyse de régression logistique polytomée du composite d'assiduité sur les variables socio-démographiques et les variables du modèle de Pender. Il ressort que le modèle d'analyse démontre un degré d'ajustement assez élevé, soit un pseudo R² de Nagelkerke (1991) de 0,45 et un coefficient de vraisemblance de 290,25 (chi-carré=78,03; dl=40, p< 0,000). Le test de ratio de vraisemblance (*likelihood ratio test*) permet de vérifier la différence de coefficients de vraisemblance entre le modèle final et un modèle réduit, ce dernier étant formé en omettant l'effet d'une variable du modèle final. L'hypothèse nulle considérait l'effet de tous les paramètres égal à zéro. À la lumière de ce tableau, nous pouvons constater que plusieurs variables, prises individuellement, apportent une contribution significative au modèle, soit : le sexe et l'âge du répondant, les barrières perçues, les bénéfices perçus et les éléments générateurs d'action. Cette étape a été suivie d'une étape multifactorielle (Tableau 2), où les

Tableau 1 Régression logistique polytomée des variables individuelles

Source	-2 log <i>likelihood</i> du modèle réduit	dl	Chi- carré	Sign.
<i>Intercept</i>	295,64	4	5,39	0,25
Sexe	302,59	4	12,35	0,01
Âge	304,96	4	14,71	0,00
Situation familiale (1=couple)	295,26	4	5,01	0,29
Susceptibilité	295,47	4	5,22	0,26
Gravité	298,94	4	8,69	0,07
Barrières	302,60	4	12,35	0,01
Bénéfices	310,88	4	20,63	0,00
Contrôle	294,56	4	4,31	0,37
Motivation	292,45	4	2,20	0,69
Éléments générateurs	301,51	4	11,26	0,02

R2 de Nagelkerke : 0,45
-2 Log *likelihood*: 290,25 (chi-carré=78,03 ; dl=40, p<0,000).

Tableau 2 Régression logistique polytomée et multivariée du composite d'assiduité sur les variables sociodémographiques et du modèle de Pender

Variable	dl	Estime du paramètre	Erreur standard	Wald Chi-carré	Sign. Chi-carré	Ratio de cotes
Sexe	1	0,67	0,33	4,10	0,04	1,96
Âge	1	0,04	0,01	9,34	0,00	1,04
Situation familiale (1=couple)	1	0,55	0,32	2,88	0,09	1,73
Susceptibilité	1	-0,05	0,22	0,06	0,81	0,95
Gravité	1	-0,10	0,23	0,19	0,67	0,91
Bénéfices	1	0,58	0,22	6,88	0,01	1,79
Barrières	1	-0,40	0,25	2,64	0,10	0,67
Contrôle	1	-0,34	0,27	1,62	0,20	0,71
Motivation	1	0,16	0,28	0,33	0,57	1,18
Éléments générateurs	1	-0,81	0,92	0,77	0,38	0,44

données ont été entrées ensemble dans la régression polytomée (méthode *enter*). À cette étape, on constate que les variables significativement reliées à l'assiduité sont : le fait d'être de sexe féminin (R.C.= 1,96; $p < 0,05$), l'âge plus élevé (R.C.=1,04; $p < 0,01$), le fait d'être en couple (R.C.= 1,73; $p = 0,10$), les barrières (R.C.= 0,67; $p < 0,10$) et les bénéfices perçus (R.C.=1,79; $p < 0,01$).

Discussion

L'échantillon de la présente étude était constitué de 149 sujets souffrant de trouble affectif bipolaire, rencontrés aux différentes cliniques externes et à la clinique de lithium d'un grand centre hospitalier de la région de Montréal, lequel dessert une population de 340 000 personnes. À notre connaissance, peu de recherches ont pu rassembler un échantillon de cette taille et possédant le même diagnostic, soit celui de trouble affectif bipolaire. En effet, seules l'étude de Frank et al. (1985) ($n=216$) et celle de Tramoni, Dufour, Azorin et Tatossian (1992) ($n=205$) portaient sur plus de sujets. Cependant, dans ces études, les sujets ne prenaient pas tous du lithium ou ne souffraient pas tous d'un trouble affectif bipolaire. Également, la présente recherche a été faite à partir d'un échantillon probabiliste, soit un échantillon en grappe de jour-lieux. Cette technique a permis de constituer un échantillon qui nous apparaît assez représentatif.

Par ailleurs, nous avons observé une plus forte proportion de patients assidus que dans les études recensées; cette caractéristique peut avoir restreint la variation entre les sujets et limiter l'identification de certaines. Notons cependant que la présente étude est la seule, à notre connaissance, qui utilise cinq critères d'assiduité, ce qui renforce la précision de la mesure. Par ailleurs, lors de recherches récentes effectuées aux mêmes cliniques externes que la présente recherche, Ricard et al. (Ricard et Fortin, 1993; Ricard, Fortin et Bonin, 1995) ont retrouvé des proportions de 81,0 % et 81,5 % de sujets très assidus, tel qu'évalué par le soignant naturel du malade souffrant de maladie affective bipolaire. Ces dernières données, recueillies auprès de vastes échantillons ($N=359$; $N=200$) démontrent que les personnes fréquentant ces services semblent très assidues.

Dans la présente recherche, le sexe, l'âge et la situation de famille se sont avérés significativement reliées à l'assiduité au lithium. Ces résultats concordent avec ceux de plusieurs autres recherches (Wilder, Plutchnik et Conte, 1977; Maajbjerg, Aagaard et Vestergaard, 1988; Frank et al., 1985; Connely, Davenport et Nurnberger; 1982; Kucera-Bozarth, Beck et Lyss, 1984). Il importe donc que les infirmières

œuvrant auprès de personnes atteintes de troubles bipolaires gardent à l'esprit les caractéristiques sociodémographiques des personnes qui risquent, plus que les autres, de ne pas rester assidues à leur médication. Elles doivent porter une attention particulière, lors de leur enseignement et de leur soutien, aux clients de sexe masculin, aux plus jeunes, ainsi que ceux qui ne sont pas en couple. Nageotte et al. (1997) suggèrent des actions qui aident à améliorer l'assiduité au traitement : apport de renseignements sur la maladie, utilisation de rappels fréquents, renforcement positif des comportements d'assiduité et implication du soutien social pour le traitement. Les infirmières peuvent intégrer ces interventions dans leurs tâches auprès de cette clientèle.

La présente recherche identifie comme prédicteurs reliés au modèle de Pender les barrières, les bénéfiques et les éléments générateurs d'action. Or, une revue des études sur le modèle (Janz et Becker, 1984) a identifié les barrières perçues comme le prédicteur le plus puissant tandis que les bénéfiques perçus se classaient au deuxième rang. Notons que deux études ayant utilisé le questionnaire de Champion (Champion, 1984; Wyper, 1990) ont aussi isolé les barrières comme étant liées à l'auto-examen des seins. Ces résultats suggèrent que les infirmières doivent vérifier la perception de leurs clients face aux difficultés de prendre leurs médicaments : Comment la prise de lithium s'intègre-t-elle dans la routine quotidienne? Comment le client sera perçu par ses proches et ses pairs s'il prend du lithium? D'autre part, il faut renforcer les bénéfiques de la médication, tels l'évitement de la rechute et de l'hospitalisation, et le fait de pouvoir continuer ses activités quotidiennes.

Enfin, puisque les barrières se sont avérées un prédicteur important de l'assiduité au lithium, il faut noter que cette étude a été réalisée avant la mise sur pied d'un programme d'assurance-médicament au Québec. Ce programme entraîne chez certains clients des déboursés supplémentaires ce qui, selon certains témoignages de clients et reportages dans les médias, entraînerait une baisse d'assiduité au traitement. Il importe donc que les infirmières soient doublement vigilantes face aux coûts, à titre de nouvelles barrières. Les infirmières œuvrant dans la communauté sont les mieux placées pour vérifier les perceptions de leurs clients face à la médication et au traitement. Elles peuvent et doivent prendre des ententes avec des personnes du réseau social du client, de la famille au pharmacien du coin, afin de favoriser l'assiduité de la personne souffrant de troubles bipolaires. Les infirmières à l'interné doivent poursuivre la relation thérapeutique et utiliser le temps d'hospitalisation pour transmettre au client l'importance de bien suivre leur traitement, même lorsque le client vit des tensions ou ressent des

effets secondaires. Enfin, les infirmières n'ont qu'à continuer leur travail d'enseignement et d'encouragement auprès du client pour qu'il puisse se prendre en charge sur le plan de sa santé.

Références

- Becker, M.H. (1985). Patient adherence to prescribed therapies. *Medical Care*, 23, 539-555.
- Budd, R.J., Hugues, I.C., et Smith, J.A. (1996). Health beliefs and compliance with antipsychotic medication. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 393-397.
- Champion, V.L. (1984). Instrument development for Health belief model constructs. *Advances in Nursing Science*. Avril 1984.
- Cochran, S.D. (1986). Compliance with lithium regimen in the outpatient treatment of bipolar affective disorder. *The Journal of Compliance in Health Care*. 1.153-168.
- Cohen, S.J. (1979). *New directions in patient compliance*. Toronto : Lexington.
- Connelly, C.E. (1984). Compliance with outpatient lithium therapy. *Perspectives in Psychiatric Care*, 22(2), 44-50
- Connelly C.E., Davenport Y.B., et Nurnberger J.I. fils (1982). Adherence to treatment regimen in a lithium carbonate clinic. *Archives of General Psychiatry*, 39, 585-588
- Cramer, J.A., et Rosenheck, R. (1998). Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatric Services*, 49, 196-201.
- Cummings, K.M., Becker, M.H. et Kirscht, J.P. (1982). Psychosocial factors affecting adherence to medical regimens in a group of hemodialysis patients. *Medical Care*, 20, 567-579.
- Davidhizar, R.E. (1982). Compliance by persons with schizophrenia: A research issue for the nurse. *Issues in Mental Health Nursing*, 4, 233-255.
- Dixon, L., Weiden, P., Torres, M., et Lehman, A. (1997). Assertive community treatment and medication compliance in the homeless mentally ill. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1302-1304.
- Frank, E., Prien, R.F., Kupfer, D.J., et Albert, L. (1985). Implications of noncompliance in affective disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 21(1), 37-42.
- Gitlin, M.J., Cochran, S.D., et Jamison, K.R. (1989). Maintenance lithium treatment: side effects and compliance. *Journal of Clinical Psychiatry*, 50, No 4.
- Green, J.H. (1988). Frequent rehospitalization and noncompliance with treatment. *Hospital and Community Psychiatry*, 39, 963-966.
- Hays, R.D., et DiMatteo, M.R. (1987). Key issues and suggestions for patient compliance assessment: sources of information, focus of measures, and nature of response options. *The Journal of Compliance in Health Care*, 2(1), 37-53.
- Hosmer, D.W., et Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York : Wiley and Sons.

- Jamison K.R., Gerner, R.H., et Goodwin, F.K. (1979). Patient and physician attitudes toward lithium: relationship to compliance. *Archives of General Psychiatry*, 36, 866-869.
- Janz, N.K., et Becker, M.H. (1984). The health belief model: A decade later. *Health Education Quarterly*, 11, 1-47.
- Keck, P.E., McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Bourne, M.L., et West, S.A. (1996). Compliance with maintenance treatment in bipolar disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 87-91.
- Kelly, G.R., Mamon, J.A., et Scott, J.E. (1987). Utility of the health belief model in examining medication compliance among psychiatric outpatients. *Social Science and Medicine*, 25, 1205-11.
- Kucera-Bozarth, K., Beck, N.C., et Lyss, L. (1982). Compliance with lithium regimens. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 20(7), 11-15.
- Lenzi, A., Lazzerini, F., Placidi, G.F., Cassano, G.B., et Akiskal, H.S. (1989). Predictors of compliance with lithium and carbamazepine regimens in the long-term treatment of recurrent mood and related psychotic disorders. *Pharmacopsychiatry*, 22, 34-37.
- Maarbjerg, K., Aagaard, J., et Vestergaard, P. (1988). Adherence to lithium prophylaxis: I. Clinical predictors and patient's reasons for nonadherence. *Pharmacopsychiatry*, 21, 121-125.
- Mercier, C. (1989). Le rôle des facteurs subjectifs dans la fidélité à la médication. *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, 662-667
- Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) (1996). *Orientation pour la transformation des services de santé mentale : document de consultation*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Nagelkerke, N.J.D. (1991). A note on general definition of the coefficient of determination. *Biometrika*, 78, 691-692.
- Nageotte, C., Sullivan, G., Duan, N., et Camp, P.L. (1997). Medication compliance among the seriously mentally ill in a public mental health system. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32, 49-56.
- Nilsson, A., et Axelsson, R. (1989). Factors associated with discontinuation of long-term lithium treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 80, 221-30.
- Pender, N.J. (1982). *Health Promotion in Nursing Practice*. Norwalk : Appleton-Century-Crofts.
- Pender, N.J. (1987). *Health promotion in nursing practice* (2e éd.). Norwalk : Appleton et Lange.
- Ricard, N., et Fortin, F. (1993). *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental*. Rapport de recherche. Montréal : Université de Montréal.
- Ricard, N., Fortin, F., et Bonin, J.P. (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*. Rapport de recherche soumis au CQRS. Montréal : Université de Montréal.

- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monograph*, 2, 328-335.
- Roth, H.P. (1987). Ten years update on patient compliance research. *Patient Education and Counseling*, 10, 103-105.
- Sackett, D.L., et Haynes, R.B. (1976). *Compliance with therapeutic regimen*. Baltimore : Hopkins
- Sackett, D.L., et Snow, J.C. (1976). The magnitude of non-compliance. Dans Sackett, D.L., Haynes, R.B. (1976) *Compliance with therapeutic regimen*. Baltimore : Hopkins.
- Schou, M. (1999). The combat of non-compliance during prophylactic lithium treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 95, 361-363.
- Tramoni, A.V., Dufour, H., Azorin, J.M., et Tatossian, A. (1992). Catamnèse de 15 ans d'utilisation du lithium à la clinique de psychiatrie de Marseille. *L'Encéphale*, 18, 86-89.
- Valenstein, M., Barry, K.L., Blow, F.C., Copeland, L., et Ullman, U. (1998). Agreement between seriously mentally ill veterans and their clinicians about medication compliance. *Psychiatric Services*, 49, 1043-1048.
- Wallston, B.S., Wallston, K.A., Kaplan, G.H., et Maides, S.A. (1976). Development and validation of health locus of control (HCL) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 580-585.
- Weissman, M.M., Bland, B.C., et Canino, G.J. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276, 293-299.
- Wilder, J.F., Plutchnick, R., et Conte, H.R. (1977). Compliance with psychiatric emergency room referrals. *Archives of General Psychiatry*, 31, 67-72.
- Wyper, M.A. (1990). Breast self-examination and the health belief model: variations on a theme. *Research in Nursing and Health*, 13, 421-428.

Remerciements

L'auteur tient à remercier Nicole Ricard pour son soutien inestimable et son encouragement au cours des différentes étapes du mémoire de maîtrise ayant mené à cet article.