

**Faculté de Médecine
DE Infirmier en Pratique Avancée**

La saillance aberrante dans la schizophrénie

Définir autrement la production délirante pour mieux la comprendre

Mémoire présenté et soutenu par

Tristan Lagier

Année 2021/2022



Tuteurs

Valérie Delaide

Noémie Marchat

Remerciements

- Aux trois femmes de ma vie. Ma **compagne Camille** qui a porté notre famille à bout de bras pendant mes absences répétées lors de ces deux dernières années. Merci d'être la réponse à toute mes questions... **Alma** notre fille ainée qui a accepté le vide que je laissais quand je partais à Limoges. **Billie** notre petite dernière qui a pointé le bout de son nez pendant la rédaction de ce mémoire.
- A Thierry **mon père**, Isabelle **ma mère**, mes **frères** (Jonathan, Michaël, Audren et Gwendal) et **sœurs** (Perle et Jade) pour leur amour et leur soutien inconditionnel. Plus particulièrement **mon frère Jessy** qui est devenu mon relecteur favori pendant ces deux ans ! Mais aussi à ma belle-famille : merci à vous Martinez, Pillet, Navarro et Carrere de m'avoir soutenu dans mes choix...
- A mes collaborateurs Doctorants du Centre Hospitalier de Thuir. **Dr Didier Vidal (Anthropologie)** pour m'avoir montré la voie de l'émancipation de la profession infirmière ; **Dr Régis Bouquié (Pharmacie)** pour ses conseils avertis et sa bonne humeur ; **Dr Denys Gaudin (Psychologie)** pour son oreille attentive et son soutien personnalisé.
- Aux Médecins psychiatres **Dr Benjamin Calvet**, Dr Etienne Caylar et Dr Bertrand Thévenot qui nous ont enseigné les bases fondamentales de la psychiatrie du sujet adulte.
- Aux enseignantes de l'UE Recherche : **Pascale Beloni, Valérie Delaide, Noémie Marchat et Jean Toniolo**. Mais aussi à l'enseignante d'anglais Sylvie Gauthier...
- Aux infirmiers chercheurs **Jean-Paul Lanquetin** et **Dominique Friard**, merci à ces vieux singes qui nous montrent comment faire la grimace chaque année aux journées de la recherche en soins en psychiatrie. Je remercie au passage la revue Santé Mentale qui me permet de rester à la page !
- Au **personnel d'encadrement du Centre Hospitalier de Thuir** qui m'a accompagné dans ce projet de promotion professionnelle : Christine Bardez et Corinne Sliwka (Directrices des soins et de la qualité), **Daniel Chavanette** (Cadre supérieur du pôle Sud), **Maxime Petit** (Cadre de Santé du CMP d'Argelès), Jean François Pesquidoux (ancien Cadre de Santé de l'unité F), Jean-François Benzaquin (Cadre de Nuit) et Yannick Le Blé (Cadre du CMP de Céret).
- Aux médecins du pôle Sud : Dr Maurs-Ferrer, Dr Boussouira, Dr Mohellebi, Dr Meniaï, Dr Larabi et Dr Bardou. Vos transferts de connaissances m'auront été très utiles lors de ces deux années.
- A Madame **Francine Gourinel** (Directrice des soins du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges) pour m'avoir accompagné dans le processus de candidature pour intégrer l'Université de Limoges.
- A Hélène Courrech (documentaliste de l'IMFSI de Perpignan) et Frederic Pierson (de la Bibliothèque médicale du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges).
- A mes **collègues** de la **promotion 2020-2022** du Diplôme d'État d'IPA de l'Université de Limoges.
- A mes **fidèles reviewers** : Dr Corine Smadja (Psychiatre), Dr Marie Médus (infectiologue), Alice Reinauld (Interne en Médecine), Dr Damien Bram (Psychiatre), Dr Jean Mirouse (Médecin généraliste), Remy Chinaud (IDE, journaliste, influenceur), Sarah Sellon (IDE), Fabien Huart (IDE), Yann Moogin (IDE et éducateur sportif), Sandrine Bonnet (IDE) et Thomas Peyretout (IDE).

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Charte anti-plagiat

La Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale délivre sous l'autorité du Préfet de région les diplômes du travail social et des auxiliaires médicaux et sous l'autorité du Ministre chargé des sports les diplômes du champ du sport et de l'animation.

Elle est également garante de la qualité des enseignements délivrés dans les dispositifs de formation préparant à l'obtention de ces diplômes.

C'est dans le but de garantir la valeur des diplômes qu'elle délivre et la qualité des dispositifs de formation qu'elle évalue que les directives suivantes sont formulées à l'endroit des étudiants et stagiaires en formation.

Article 1 :

Tout étudiant et stagiaire s'engage à faire figurer et à signer sur chacun de ses travaux, deuxième de couverture, l'engagement suivant :

Je, soussigné Tristan Lagier

**atteste avoir pris connaissance de la charte anti plagiat élaborée par la DRDJSCS NA
– site de Limoges et de m'y être conformé.**

Et certifie que le mémoire/dossier présenté étant le fruit de mon travail personnel, il ne pourra être cité sans respect des principes de cette charte.

Fait à Perpignan, le lundi 30 mai 2022

Suivi de la signature.



Article 2 :

« Le plagiat consiste à insérer dans tout travail, écrit ou oral, des formulations, phrases, passages, images, en les faisant passer pour siens. Le plagiat est réalisé de la part de l'auteur du travail (devenu le plagiaire) par l'omission de la référence correcte aux textes ou aux idées d'autrui et à leur source ».

Article 3 :

Tout étudiant, tout stagiaire s'engage à encadrer par des guillemets tout texte ou partie de texte emprunté(e) ; et à faire figurer explicitement dans l'ensemble de ses travaux les références des sources de cet emprunt. Ce référencement doit permettre au lecteur et correcteur de vérifier l'exactitude des informations rapportées par consultation des sources utilisées.

Article 4 :

Le plagiaire s'expose aux procédures disciplinaires prévues au règlement intérieur de l'établissement de formation. Celles-ci prévoient au moins sa non-présentation ou son retrait de présentation aux épreuves certificatives du diplôme préparé.

En application du Code de l'éducation et du Code pénal, il s'expose également aux poursuites et peines pénales que la DRJSCS est en droit d'engager. Cette exposition vaut également pour tout complice du délit.

Vérification de l'anonymat

Rapport de stage DE Infirmier en Pratique Avancée

Session de juin 2021

Attestation de vérification d'anonymat

Je soussigné Tristan Lagier

Étudiant de DE IPA

Atteste avoir vérifié que les informations contenues dans mon mémoire respectent strictement l'anonymat des personnes et que les noms qui y apparaissent sont des pseudonymes (corps de texte et annexes).

Si besoin l'anonymat des lieux a été effectué en concertation avec mon Directeur de mémoire.

Fait à : Perpignan

Le : lundi 30 mai 2022

Signature de l'étudiant





*« Les tentatives d'explication de la folie n'ont abouti qu'à réduire le phénomène. On passe à côté de sa signification, faute d'admettre qu'il s'agit d'un processus propre à l'élaboration humaine de chacun. En ce sens **la folie peut être dite le noyau de l'être humain.** » (1)*

François Tosquelles

Glossaire

ASI : Aberrant Saliency Inventory - *Inventaire de la saillance aberrante*

CIM : Classification Internationale des Maladies

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*

IPA : Infirmier en Pratique Avancée

IRM : Imagerie à Résonance Magnétique

IRMf : Imagerie à Résonance Magnétique cérébrale fonctionnelle

MESH : MEical Subject Heading - *Intitulé du sujet médical*

PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale - *Échelle des syndromes positifs et négatifs*

SAT : Saliency Attribution Test – *Test d'Attribution de la saillance*

rIRMf : Imagerie à Résonance Magnétique fonctionnelle à l'état de repos

Table des matières

Introduction	12
1. Méthode	16
1.1. Éligibilité	16
1.2. Recherche et sélection des études	16
1.3. Stratégie de recherche	17
1.4. Extraction des données	19
2. Résultats	20
2.1. Diagramme de flux	20
2.2. Tableau des résultats	22
2.3. Synthèse descriptive	31
2.4. Qualité des études	33
3. Discussion	34
3.1. La neuroscience en Psychiatrie	34
3.2. Comprendre le fonctionnement des réseaux cérébraux du sujet sain pour mieux appréhender les processus physiopathologiques et psychopathologiques des troubles psychotiques.	34
3.3. La saillance aberrante dans la schizophrénie	35
3.4. Phénoménologie et saillance aberrante dans la schizophrénie	36
3.5. Dépister et traiter la schizophrénie avec l'inventaire de la saillance aberrante.....	36
3.6. L'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie à l'aide du paradigme de la saillance aberrante pour faire évoluer les représentations sociales de la maladie	37
3.7. Les limites de notre revue de littérature narrative	39
Conclusion	40
Références bibliographiques.....	42
Annexes	45

Table des illustrations

Figure 1 : Dissection surréaliste de Charlotte d'Humieres ©.....	Couverture
Figure 2 : Photographie de R. Vigouroux © issue des archives de la famille Tosquelles.....	p.7
Figure 3 : Diagramme de flux de la revue de littérature.....	p.20
Figure 4 : Représentation schématique des régions cérébrales présentant des effets détectés entre les patients schizophrènes et les témoins sains dans les études IRMf de la saillance aberrante et du contrôle de la source.....	p.35

Table des tableaux

Tableau 1 : Méthode PICO d'aide à la formulation de la question de recherche	p.18
Tableau 2 : Tableau des résultats de la revue.....	p.22
Tableau 3 : Récapitulatif des scores de la « Check-list Down and Black ».....	p.33
Tableau 4 : Récapitulatif des équations de recherche utilisées.....	p.46
Tableau 5 : Évaluation de la qualité des études incluses : Down & Black Scale.....	p.47

Introduction

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la prévalence de la schizophrénie dans le monde est de 0,6 à 1% de la population mondiale et il s'agit de la **huitième cause d'incapacité chez les personnes âgées de 15 à 44 ans** (2). **En France, 600 000 personnes sont concernées** par ce trouble psychiatrique invalidant (3).

Définitions des troubles schizophréniques

Selon le DSM-V :

« Le spectre de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques comprend la schizophrénie, les autres troubles psychotiques et la personnalité schizotypique. Ces troubles sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes, hallucinations, pensée désorganisée (discours), comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs. » (4)

Les critères diagnostics du DSM-V de la schizophrénie sont (4) :

« A. Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes 1, 2 ou 3 doit être présent :

- 1. Idées délirantes.*
- 2. Hallucinations.*
- 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).*
- 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.*
- 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).*

B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (...).

C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. (...)

D. Un trouble schizo-affectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus (...)

E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (...) ou à une autre pathologie médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants (...). »

La CIM 10 présente la schizophrénie de la sorte :

« Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. » (5)

L'approche dimensionnelle décrit la schizophrénie ainsi :

« La schizophrénie associe dans sa phase d'état trois dimensions : la dissociation, au cœur de la maladie, qui se manifeste au niveau intellectuel (troubles du cours de la pensée), idéo affectif (discordance) et comportemental ; le délire paranoïde flou, diffus, mal systématisé, dont le mécanisme prédominant est souvent les hallucinations et l'automatisme mental ; le syndrome autistique caractérisé par le repli sur le monde intérieur et le désinvestissement de la réalité. » (6)

L'interprétation délirante est définie comme :

« L'attribution d'un sens erroné à un fait réel : tendance à reconstituer, à partir de faits exacts, un scénario conforme au projet délirant. Le point de départ est réel, le raisonnement consécutif faux. Il n'y a plus de hasard. Tout est appelé en confirmation du délire. » (7)

Le paradigme de la saillance aberrante

Les neurosciences proposent une nouvelle façon de définir une expérience psychotique : c'est la **saillance aberrante**.

D'après la Fédération pour la Recherche sur le Cerveau *« Les neurosciences sont multidisciplinaires. Elles regroupent des chercheurs venus de tous horizons : anatomistes, biochimistes, pharmacologues, généticiens, biologistes moléculaires... Elles s'organisent en huit grands domaines identifiables : neurobiologie du développement, neuroanatomie, neurobiologie moléculaire et cellulaire, neurochimie et neuropharmacologie, neuroendocrinologie, neurosciences cliniques, neurophysiologie, sciences cognitives et neurosciences théoriques » (8).*

La saillance est la *« capacité du cerveau à traiter automatiquement l'information de façon à sélectionner les stimuli les plus importants pour la survie et à éliminer les autres, considérés comme du bruit » (9).*

Selon le Professeur en Psychiatrie Charles Bonsack : *« L'attribution de saillance est la capacité de transformer une information sensorielle neutre en stimulus attractif ou répulsif. Le système dopaminergique mésolimbique est le médiateur de l'attribution de la saillance : c'est ce processus qui attire l'attention, dirige l'action et influence les comportements tendus vers un but en raison de l'anticipation d'une récompense ou d'une punition » (9).*

Lors d'une **expérience psychotique la saillance de la personne est donc perturbée** et elle attribue un degré aberrant à certains stimuli non pertinents. **Les idées délirantes seraient des explications cognitives pour attribuer du sens à cette saillance aberrante** (10).

En 2003, Shitij Kapur publie l'article « La psychose en tant qu'état de saillance aberrante : Un cadre reliant la biologie, la phénoménologie et la pharmacologie de la schizophrénie » (11). Depuis, de nombreux travaux de recherche explorent le prisme de la saillance aberrante dans la schizophrénie.

Cette nouvelle façon de définir la psychose pourrait détenir un réel potentiel d'éducation à la maladie et aux traitements neuroleptiques agissant sur les voies dopaminergiques mésolimbiques (11).

L'Infirmier(e) en Pratique Avancée

Le concept de pratique avancée émerge aux USA dès le milieu du XX^{ème} siècle et il est intimement lié à la psychiatrie. En effet les travaux de l'infirmière théoricienne de « l'école de l'interaction » Hildegard Peplau (12) ont favorisé la création du premier programme de maîtrise en soins infirmiers psychiatriques à l'Université Rutgers dans le New Jersey (13). A la fin des années 1990 d'autres anglo-saxons comme le Canada et l'Australie ouvrent des programmes similaires.

C'est en 2003 que le Conseil International des Infirmières propose une définition unifiée de la pratique avancée : « Le professionnel infirmier ayant acquis des connaissances théoriques d'expert, une capacité de prise de décisions en situation complexe et des compétences cliniques lui permettant une pratique avancée dans un domaine spécifique pour lequel il sera [reconnu, identifié, désigné, validé] » (14).

En France, il faut attendre juillet 2018 et la publication du Décret 2018-619 pour que le métier d'Infirmier en Pratique Avancée soit créé (15). Il est destiné à trois spécialités : Pathologies Chroniques Stabilisées, Maladie Rénale Chronique, Dialyse et Transplantation Rénale ou Oncologie et Hémato-oncologie.

C'est en août 2019 que le législateur officialise l'avènement de la mention « Psychiatrie et Santé Mentale » du Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée (16). Ce nouveau métier vient enrichir l'offre de soins.

Le modèle de la Docteure en Soins Infirmiers Ann Hamric présente les six compétences de l'IPA :

- La pratique clinique directe ;
- Le travail en collaboration ;
- La guidance dans le parcours de soins ;
- La mobilisation du raisonnement éthique ;
- Le raisonnement professionnel sur les données probantes ;
- Le leadership (17).

Au travers des compétences de pratique clinique, du raisonnement professionnel basé sur des données probantes et du leadership, l'IPA pourrait jouer un rôle dans la démocratisation de ce nouveau prisme qui définit autrement l'expérience psychotique.

Ce travail de recherche souhaite recenser et analyser les récentes publications scientifiques sur la saillance aberrante dans les troubles schizophréniques pour que nous puissions identifier le potentiel d'éducation de la saillance aberrante dans la schizophrénie.

Ainsi nous pourrions exercer dans un futur proche en qualité d'IPA notre leadership sur les plans :

- Clinique, dans le suivi des personnes vivant avec un trouble schizophrénique en proposant de l'éducation thérapeutique qui mobiliserait le concept de saillance aberrante,
- Professionnel, en participant à la diffusion de la saillance aberrante dans la schizophrénie,
- Systémique voire même politique pour informer les partenaires et le grand public et peut-être modifier les représentations sociales autour de ce trouble psychique invalidant qu'est la schizophrénie (18).

Cette revue de littérature a vocation à répondre à la problématique suivante :

En quoi les connaissances sur la saillance aberrante peuvent-elles modifier l'éducation sur les troubles schizophréniques ?

Son objectif principal est d'**identifier le potentiel d'éducation à la maladie et aux traitements de la saillance aberrante dans la schizophrénie.**

L'objectif secondaire de cette revue est d'évaluer son potentiel d'influence sur les représentations sociales de la schizophrénie.

1. Méthode

1.1. Éligibilité

Les critères d'inclusions de cette étude étaient les suivants :

- Les publications publiées dans des revues disposant d'un comité de relecture ;
- Les publications qui ont moins de 10 ans (depuis 2015) ;
- La population cible est humaine ;
- La population cible est âgée de plus de 18 ans ;
- La population cible composée uniquement de personnes qui ont un diagnostic de **schizophrénie** qui a été **préalablement posé** ;
- Le **thème principal** des études est la **saillance aberrante**.

Les critères de non-inclusion :

- Les articles portant sur des animaux ;
- Les articles portant sur les **premiers épisodes psychotiques** ;
- Les articles portant sur les psychoses induites par des **troubles liés à l'usage de substances psychoactives** ;
- Les articles portant sur les **personnes à risque de développer une schizophrénie** ;
- Les articles portant sur la maladie de Parkinson ;
- Les articles portant sur les **troubles de la personnalités** schizoïde, schizotypiques et borderline ;
- Les revues de littérature ;
- Les études de cas ;
- Les textes d'experts, les livres ou les chapitres de livres.

1.2. Recherche et sélection des études

Nous avons procédé à des recherches sur les **cinq bases de données** suivantes :

- **Medline** (via le moteur de recherche Pubmed),
- **Embase**,
- **Central** (via Cochrane),
- **PsycInfo** et **PsyArticles** (via psycnet.apa.org).

Pour réaliser la bibliographie de ce travail de recherche nous avons utilisé le **logiciel bibliographique** Zotero ®. Pour faciliter la gestion et le tri des informations de cette revue de littérature narrative nous avons utilisé le site internet <https://rayyan.ai>.

1.3. Stratégie de recherche

Les mots clés de notre travail de recherche sont « **saillance aberrante** » et « **schizophrénie** ». Le prisme de la saillance aberrante étant relativement nouveau, nous n'avons pas recensé de travaux de recherche sur des programmes d'éducation thérapeutique sur la saillance aberrante dans la schizophrénie. De la même manière il n'existe aucun Mesh term associé à « saillance aberrante ».

Pour formuler clairement la question de recherche nous avons utilisé la méthode PICO qui peut être résumée par le tableau suivant.

Méthode PICO d'aide à la formulation de la question de recherche		
	Mots clés associés en Français	Mots clés associés en Anglais
Patient : sur qui et/ou sur quoi porte l'étude ?	<ul style="list-style-type: none"> - Saillance aberrante - Psychose ; Schizophrénie ; Trouble du spectre de la schizophrénie. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Aberrant Salience</i> - <i>Psychosis ; Schizophrenia, Schizophrenia spectrum.</i>
Intervention : Qu'est-ce que nous regardons précisément ?	<ul style="list-style-type: none"> - Les zones neuroanatomiques et les fonctionnements neurophysiologiques du réseau de la saillance dans la schizophrénie. - Les biais cognitifs associés à la saillance aberrante dans la schizophrénie. - Les comportements inadaptés associés à la saillance aberrante dans la schizophrénie. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>Neuro anatomical areas and neurophysiological function of the salience network in schizophrenia.</i> - <i>Cognitive biases associated with aberrant salience in schizophrenia.</i> - <i>The maladaptive behaviors associated to aberrant salience in schizophrenia.</i>
Comparatif : A quoi notre thématique est confrontée ?	<ul style="list-style-type: none"> - Des personnes qui n'ont pas de diagnostic de troubles psychiatriques. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>People who do not have a diagnosis of a psychiatric disorder.</i>
Outcome : Qu'est-ce qui est évalué dans notre travail ?	<ul style="list-style-type: none"> - L'évolution des connaissances neuroscientifiques sur la saillance aberrante dans la schizophrénie et son potentiel d'éducation à la maladie et aux traitements de la schizophrénie. 	<ul style="list-style-type: none"> - <i>The evolution of neuroscientific knowledge about aberrant salience in schizophrenia and its potential for disease education and treatment of schizophrenia.</i>

La rédaction d'une équation de recherche précise a permis d'optimiser l'utilisation des moteurs de recherche des grandes bases de données scientifiques.

C'est pourquoi la méthodologie PICO nous a permis de rédiger les équations de recherche situées en Annexe 1.

1.4. Extraction des données

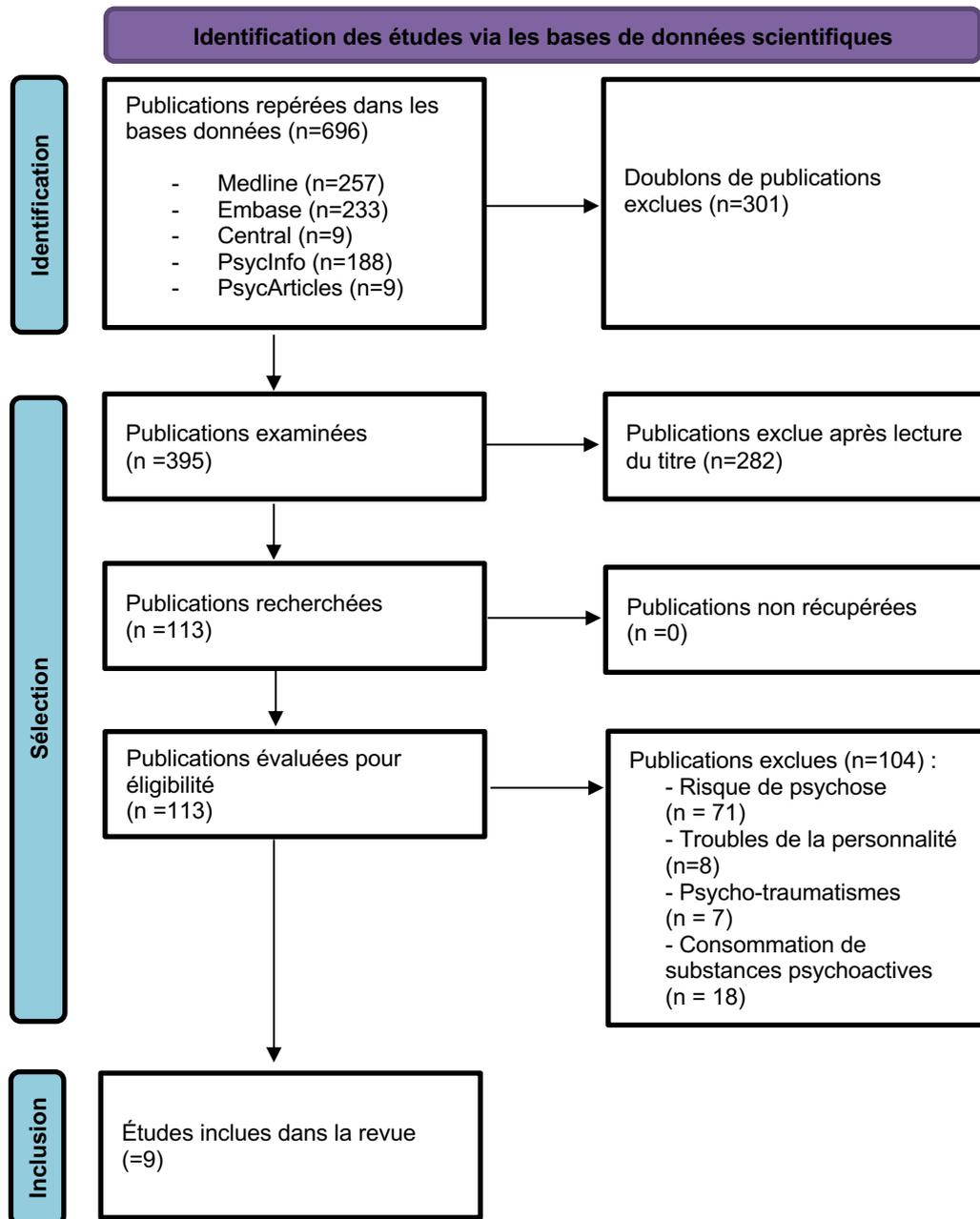
Pour faciliter notre travail de recherche, nous avons récapitulé les critères de la méthodologie PICO de chacune des publications sélectionnées dans un tableau de synthèse.

L'évaluation de la qualité des études incluses à notre revue de littérature narrative s'est faite à l'aide de l'échelle « Down and black ».

Le tableau de synthèse et l'échelle d'évaluation de la qualité figurent dans la partie résultat de cette revue.

2. Résultats

2.1. Diagramme de flux



Nos recherches sur les cinq bases de données nous ont permis de trouver 696 articles. Nous avons exclu 301 doublons.

Après la lecture des titres de 395 publications sélectionnées, nous en avons retenu 113.

Après lecture de ces 113 articles : nous en avons exclu 104 articles (71 études qui concernaient les dépistages de schizophrénie des personnes à risque de transition psychotique, huit articles traitaient des troubles de la personnalité schizoïde et schizotypique, sept sur les psycho-traumatismes de l'enfance chez les personnes psychotiques et 18 publications traitaient des psychoses induites par la consommation de substances psychoactives).

Finalement, neuf études ont été incluses et analysées.

2.2. Tableau des résultats

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Aspects spécifiques de la saillance aberrante : comparaison entre des patients avec ou sans psychose et des participants sains" (19)</i>						
Debora Martinez 28 juillet 2021 Swiss archives of neurology psychiatry and psychotherapy (0,05) Suisse	→ Déterminer dans quelle mesure plusieurs dimensions cognitives et perceptives liées à la saillance aberrante sont spécifiques aux patients psychotiques ou aux patients psychiatriques en général par rapport à la population générale.	→ Étude d'observation analytique → Étude comparative : cas-témoins → 432 personnes francophones ont participé à l'étude : - 150 patients hospitalisés dans des services psychiatriques - 282 personnes issues de la population générale.	→ Échelle d'aberration perceptive (PAS) → Questionnaire sur le style de codage interne et externe (ESQ) → L'Inventaire de la Saillance Aberrante (ASI) → L'échelle des personnes hautement sensibles (HSPS) → Échelle d'idéation magique (MIS)	→ Comparaison par modèle bayésien des participants : - ayant un diagnostic de psychose, - ayant un autre diagnostic psychiatrique, - des participants issue de la population générale.	→ Les différences dans les processus de bas niveau (perception) n'étaient pas spécifiques à la psychose, mais plutôt aux troubles psychiatriques. → Les aspects liés à la cognition, à la sensibilité et à l'idéation semblent être spécifiques à la psychose.	→ Certaines caractéristiques démographiques différaient entre la population générale et l'échantillon de population clinique. → Les patients étaient plus âgés, plus souvent des hommes et des célibataires. → La méthode bayésienne de comparaison des moyennes ne permet pas d'inclure des covariables. → La taille de l'échantillon clinique est modérée.

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Enquête psychométrique de la version française de l'Aberrant Saliency Inventory (ASI) : différencier les patients atteints de psychose, les patients avec d'autres diagnostics psychiatriques et les participants non cliniques" (20)</i>						
Philippe Golay 3 octobre 2020 Annals of Général Psychiatry (14.480) Suisse.	<p>→ Évaluer les propriétés psychométriques de la version française de l'Inventaire de la Saillance Aberrante (ISA) dans des échantillons cliniques et non cliniques.</p> <p>→ Identifier le score de seuil clinique de l'Inventaire de la Saillance Aberrante.</p>	<p>→ Étude d'observation analytique</p> <p>→ Étude comparative : cas-témoins.</p> <p>→ Comparaison de résultats de plusieurs questionnaires et échelle pour valider la version française de l'ASI.</p> <p>→ 432 participants francophones : - le premier échantillon : 282 témoins Belges, - le second : 150 patients Suisses.</p>	<p>→ Cohérence interne.</p> <p>→ L'ASI est un questionnaire d'auto-évaluation qui mesure la saillance aberrante et la prédisposition à la psychose.</p> <p>→ L'échelle des personnes hautement sensibles</p> <p>→ Le questionnaire sur le style de codage interne et externe,</p> <p>→ L'échelle d'idéation magique,</p> <p>→ L'échelle d'aberration perceptible</p> <p>→ L'échelle des hallucinations de Launay-Slade.</p>	<p>→ Évaluation de la validité des scores de l'ASI en testant les modèles : à 5, 3 et 1 facteur(s).</p> <p>→ Utilisation de l'approche de test et re-test dans un intervalle de 2 à 14 jours pour 40 patients.</p> <p>→ Calcul des estimations de cohérence interne sur la base de la première évaluation.</p> <p>→ Estimation de la validité convergente entre les scores de l'ASI et les scores des autres échelles.</p> <p>→ La sensibilité de la version française de l'ASI a été examinée en comparant trois groupes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - les participants avec un diagnostic de psychose, - les personnes avec un autre diagnostic psychiatrique - la population sans diagnostic psychiatrique. 	<p>→ Le meilleur modèle distinguait trois facteurs : interprétation et émotion améliorées, affûtage des sens et cognition accrue.</p> <p>→ L'Inventaire de la Saillance est un outil valide et fiable pour étudier la saillance aberrante chez les patients atteints de psychose, chez les patients ayant d'autres diagnostics psychiatriques et dans la population générale.</p> <p>→ Le facteur d'affûtage des sens a permis de faire la distinction entre les patients et la population générale.</p> <p>→ Le facteur de cognition accrue est capable de discriminer les patients atteints de psychose des autres patients psychiatriques.</p> <p>→ Il est difficile de définir un score de seuil clinique de l'ASI.</p>	<p>→ La prédiction de la conversion en psychose n'a pas été étudiée.</p> <p>→ Les aspects de la saillance aberrante peuvent ne pas être spécifiques à la psychose.</p> <p>→ Des différences démographiques entre la population générale et l'échantillon de population clinique.</p> <p>→ Il est nécessaire d'explorer l'invariance de mesure entre la population clinique et l'échantillon de la population générale saine.</p>

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Relation entre la saillance aberrante et la méconnaissance des émotions positives dans la rechute aiguë de la schizophrénie" (21)</i>						
Anna Comparelli Mars 2020 Asian journal of Psychiatry (3,543) Italie, Rome.	→ Explorer la relation entre la saillance aberrante et le traitement des émotions chez des patients avec un diagnostic établi de schizophrénie présentant des symptômes psychotiques aigus.	→ Étude d'observation descriptive → Étude transversale → Un échantillon de 42 patients	→ La psychopathologie a été évaluée à l'aide des 3 items de la Brief Psychiatric Rating Scale → La saillance aberrante a été mesurée à l'aide de l'Inventaire de la Saillance Aberrante (ASI). → Le Test d'Identification des Émotions Faciales → Les analyses ont été effectuées avec le progiciel statistique SPSS	→ La rechute a été définie comme une augmentation de 3 (douce), de 6 (grave) ou 7 (très sévère) sur un des trois éléments du BPRS : - Contenu de pensée inhabituel, - Hallucinations, - Désorganisation conceptuelle. La durée de la déficience était d'au moins une semaine, la dose quotidienne moyenne de médicaments a été rapportée en équivalents à l'olanzapine. → L'ISA est une auto-déclaration avec un format oui/non (fourchette de 0 à 29 points). → Le TIEF implique des photographies de 55 visages pour identifier l'émotion présentée. Le score total est noté sur 55.	→ Il existe des preuves d'une relation entre la saillance aberrante et le traitement de la reconnaissance des émotions. → La saillance aberrante peut affecter la qualité de la reconnaissance, mais aussi le temps de réponse à la tâche, avec pour résultat une attribution incorrecte aux visages positifs d'une émotion de valence négative.	→ Échantillon de petite taille : risque de conclusions biaisées accru. → Biais de sélection de l'échantillon possible. → Une étude transversale ne permet pas de formuler des hypothèses spécifiques. → La population de patients n'est pas exempte de drogues → Absence de groupes de contrôle sains et psychiatriques non psychotiques des données

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Diminution de la sensibilité aux valeurs dans la schizophrénie" (22)</i>						
Christina Martinelli Janvier 2018 Psychiatry Research (2.96) Royaume-Uni	→ Évaluer la sensibilité aux valeurs dans la schizophrénie. → Apprécier le lien entre la sensibilité aux valeurs et la saillance aberrante dans la schizophrénie.	→ Étude d'observation analytique → Étude comparative : cas-témoins. → 20 patients schizophrènes et 22 témoins sains → Utilisation d'une tâche de jeu monétaire dans laquelle les participants étaient explicitement informés des valeurs associées aux différentes options.	→ Évaluation cognitive de la mémoire de travail (Digit Span) → Échelle d'intelligence pour adultes selon Wechsler (WASI) → Échelle des syndromes positifs et négatifs (PANSS) → L'ASI → La tâche adaptée de Rigoli programmée à l'aide de Cogent 2000, du FIL et de l'ICN (480 essais). → Progiciel statistique pour les sciences sociales.	→ Comparaison des performances entre un groupe de patients schizophrènes et un groupe de témoins sains dans une tâche de pari nécessitant des expressions répétées de préférence en l'absence d'apprentissage. → Déduire les mécanismes spécifiques qui sous-tendent la saillance aberrante.	→ Les patients ont montré une influence moindre du montant de la récompense sur leurs choix par rapport aux participants sains. → La sensibilité réduite à la valeur est liée à une expérience de saillance aberrante.	→ Les traitements antipsychotiques reçus par les patients expliquent certains des résultats de la tâche comportementale. → Absence de corrélation entre les symptômes et la performance à la tâche. → La tâche impliquait de petits montants monétaires et des contextes de récompense avec des distributions de récompense similaires.

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Validation de la construction d'une saillance aberrante dans la schizophrénie - Preuves comportementales d'un processus automatique" (23)</i>						
Teresa Katthagen Décembre 2016 Schizophrenia research cognition (1,76) Allemagne	→ Savoir si la saillance aberrante est un processus conscient qui conduit à des jugements erronés explicites ou s'il s'agit d'un processus inconscient qui guide implicitement le comportement motivationnel. → Savoir si la saillance aberrante interfère avec l'attribution de la saillance appropriée ou s'il s'agit d'un processus indépendant. → Comprendre les effets de l'attribution de la saillance sur les déficits cognitifs.	→ Étude d'observation analytique → Étude comparative : cas-témoins. → 49 patients schizophrènes à 44 témoins sains	→ Test d'attribution de la saillance (SAT) → Paradigme de la saillance implicite (ISP) → Tâche d'apprentissage par inversion → Test neurocognitifs : rappel différé de listes de mots, test d'empan numérique à rebours, Digit Symbol Substitution Test, Trail Making Test-A, Trail Making Test-B, test d'intelligence verbale.	→ L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du programme statistique pour les sciences sociales, version 23 (SPSS ; IBM Corp, 2013). → Comparaisons des scores de tâches des différents groupes → Analyses de corrélation et Analyse des Composantes Principales (ACP)	→ Les patients ont montré une augmentation de la saillance aberrante implicite et une diminution de la saillance adaptative implicite et explicite par rapport aux témoins sains. → Les attributions de saillance aberrante et adaptative sont des processus distincts. → Pour la saillance aberrante, pas de corrélation entre les mesures implicites basées sur le temps de réaction et les mesures explicites d'auto-évaluation. → La saillance aberrante implicite est corrélée avec la sévérité des symptômes négatifs. → La saillance aberrante implicite dans les deux tâches était accrue chez les patients et il n'y avait pas d'association entre la saillance aberrante et la saillance adaptative. → Cela suggère que la saillance aberrante devrait être traitée comme une construction distincte et plutôt "automatique".	→ Les mesures de saillance ont été réduites aux aspects motivationnels → Les résultats de l'ACP doivent être interprétés avec prudence en raison de la taille limitée de l'échantillon. → La mesure des symptômes négatifs n'est pas assez affinée. → Les résultats transversaux nécessitent des données longitudinales pour explorer les altérations parallèles de la saillance aberrante et des symptômes

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Connectivité structurelle et fonctionnelle aberrante dans le réseau de saillance et le circuit du réseau exécutif central en schizophrénie" (24)</i>						
Quan Chen Août 2016 Neuroscience letters (3.046) Chine	→ Déterminer si les patients atteints de schizophrénie présentent : - une réduction significative de la connectivité structurelle et fonctionnelle du circuit entre le réseau de saillance et le réseau central exécutif ; - une altération de l'intégrité des voies de la substance blanche.	→ Étude d'observation analytique → Étude comparative : cas-témoins → 22 patients atteints de schizophrénie (traité par neuroleptique) et 21 témoins sains → Tous les participants ont reçu l'ordre de garder les yeux fermés et d'éviter de s'endormir ou de se laisser distraire pendant la scintigraphie.	→ L'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle cérébrale à l'état de repos → L'imagerie tenseur de diffusion (DTI)	→ Le prétraitement des données DTI et l'analyse des statistiques spatiales basées sur les voies (TBSS) ont été effectués à l'aide d'un logiciel dévoué. → Les données de l'IRMf ont été analysées avec l'utilisation conjointe des programmes AFNI. → L'analyse corrélative de Pearson pour étudier la corrélation entre 'Anisotropie Fractionnée altérée dans le fascicule long inférieur droit et la connectivité fonctionnelle aberrante entre le cortex fronto-insulaire droit (rFIC) et le cortex pariétal postérieur droit (rPPC) dans les 2 groupes. → La transformation en z de Fisher pour étudier la différence entre deux coefficients de corrélation.	→ Perturbation de la connectivité structurelle au sein du circuit entre le réseau de saillance et le réseau central exécutif dans la schizophrénie, dont une altération de l'intégrité du fascicule long inférieur droit (ILF) qui peut exercer une puissante influence. → Les patients atteints de schizophrénie ont démontré des anomalies fonctionnelles par rapport aux participants en bonne santé (diminution de la connectivité fonctionnelle entre le cortex fronto-insulaire et le cortex pariétal postérieur). → Une altération de la connectivité structurelle dans la schizophrénie au sein de l'ILF s'accompagne d'une réduction de la connectivité fonctionnelle entre le réseau de saillance et le réseau central exécutif dans la schizophrénie.	→ Les patients ont été recrutés avec un traitement antipsychotique, cela peut influencer les altérations de la connectivité.

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"Signalisation de saillance anormale dans la schizophrénie : le rôle des oscillations bêta intégratives" (25)</i>						
Elisabeth B. Liddle 8 février 2016 Human Brain Mapping (5.038) Royaume-Uni	→ Observer la modulation de la pertinence des tâches et l'amplitude bêta liée à un évènement dans la schizophrénie.	→ Étude d'observation analytique → Étude comparative : cas-témoins. → 10 patients atteints de schizophrénie (phase stable de la maladie et traité par neuroleptique) et 12 témoins sains	→ La tâche de modulation de la pertinence : c'est une tâche de détection de cible qui a des exigences minimales de réponse motrice et dans laquelle la pertinence des stimuli est manipulée. → Magneto-encéphalogramme à 275 canaux. → Des cartes spatiales pondérées (spectrogrammes) qui représentent les corrélations temporelles entre les 4 bandes ainsi qu'à l'intérieur des 4 bandes (thêta, alpha, bêta et delta).	→ Tests statistiques des hypothèses. → Test de l'hypothèse selon laquelle la modulation bêta liée aux événements reflète deux schémas oscillatoires superposés différents. → Calcul du spectrogramme gamma (8 bandes se chevauchant) pour chaque type d'essai dans un réseau visuel → Comparaison des corrélations pour chaque sujet des 900 points temporels échantillonnés post-stimulus moyennés.	→ La modulation par la pertinence de la tâche des oscillations de la bande bêta liées aux événements dans l'insula serait perturbée dans la schizophrénie. → Le signal bêta croissant serait modulé anormalement par la pertinence de la tâche chez les patients (conformément à l'hypothèse de la saillance aberrante). → L'insula joue un rôle clé dans l'intégration des réseaux nécessaires pour traiter les événements saillants.	Non communiquée

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"L'activité striatale est associée à des déficits de contrôle cognitif et à une saillance aberrante chez les patients atteints de schizophrénie" (26)</i>						
Alan E. Ceaser 3 février 2016 Frontiers in human neurosciences USA	<p>→ Examiner l'activation du cortex et des ganglions de la base au cours de certains processus de contrôle cognitif</p> <p>→ Déterminer la relation entre : - l'activation du cortex et des ganglions de la base lors de processus de contrôle cognitif - et la saillance aberrante dans la psychose.</p>	<p>→ Étude d'observation analytique</p> <p>→ Étude comparative : cas-témoins.</p> <p>→ 22 patients schizophrènes, 20 témoins en bonne santé.</p>	<p>→ L'échelle d'évaluation des symptômes négatifs.</p> <p>→ L'échelle d'évaluation des symptômes positifs.</p> <p>→ Échelles de prédisposition à la psychose.</p> <p>→ La saillance aberrante a été mesurée à l'aide de l'Inventaire de la Saillance Aberrante (ASI).</p> <p>→ L'IRM fonctionnelle</p>	<p>→ Proposition 120 essais de tâches (10 séries de 12 essais) à l'intérieur d'une IRMf :</p> <ul style="list-style-type: none"> - des tâches de mémoire de travail ; - des tâches de mise à jour du signal ; - des tâches de validation de propositions. <p>→ Collecte d'images fonctionnelles à résonance magnétique.</p> <p>→ Comparaisons des images de 2 groupes.</p>	<p>→ Les personnes atteintes de schizophrénie ont une activité striatale dérégulée lors du traitement des demandes de contrôle cognitif et cette activité striatale est associée à des symptômes de saillance aberrante.</p> <p>→ Lors des essais de contrôle d'interférence, l'augmentation de l'activité striatale est associée à une augmentation de la gravité des symptômes de délire, d'hallucinations et de l'indice de saillance aberrante de l'ISA.</p>	<p>→ Taille de l'échantillon relativement modeste (possible déficit de représentation).</p> <p>→ L'altération de la signalisation de la dopamine n'a pas été mesurée.</p>

1 ^{er} auteur Date Journal (Impact Factor) Lieux	Objectif	Design Étude Échantillon	Critères de jugement Outils	Interventions	Résultats	Limites identifiées par l'auteur
<i>"La saillance aberrante est liée à un traitement auto-référentiel dysfonctionnel dans la psychose" (27)</i>						
Anne Pankow Janvier 2016 Schizophrenia bulletin (9.306) Allemagne	<p>→ Mesurer l'attribution de la saillance de manière implicite par le biais des temps de réaction au test d'attribution de la saillance (SAT).</p> <p>→ Analyser le traitement de l'auto-pertinence au niveau cérébral pour relier le fonctionnement cognitif implicite au traitement neuronal.</p> <p>→ Comprendre le processus neurocognitif de la formation de délires.</p>	<p>→ Étude d'observation analytique</p> <p>→ Étude comparative : cas-témoins.</p> <p>→ 29 patients schizophrènes, 24 personnes en bonne santé avec des idées délirantes subcliniques et 50 personnes en bonne santé</p>	<p>→ Le test d'attribution de la saillance (SAT) est un paradigme d'apprentissage par renforcement conçu pour mesurer l'attribution aberrante et adaptative de la saillance de manière implicite via les différences de temps de réaction et de manière explicite via les estimations sur une échelle visuelle analogique.</p> <p>→ L'Imagerie par Résonance Magnétique fonctionnelle.</p>	<p>→ Le SAT pour mesurer l'attribution explicite et implicite de la saillance ainsi que la saillance aberrante. Les données ont été analysées à l'aide de SPSS 19.</p> <p>→ Pour identifier le traitement autoréférentiel au cours de l'IRMf, les participants devaient juger si un mot neutre de trait de personnalité était applicable à eux-mêmes, à Angela Merkel, ou si le mot contenait exactement 2 syllabes. Ces 3 conditions ont été présentées en 18 blocs alternés. Ce paradigme a été mis en œuvre à l'aide du logiciel Presentation ®.</p>	<p>→ Les patients schizophrènes ont montré une attribution de saillance aberrante accrue par rapport aux témoins sains.</p> <p>→ Les patients ont affiché une activation réduite pendant le traitement autoréférentiel dans le cortex préfrontal ventromédian par rapport aux témoins sains et aux individus ayant des idées délirantes subcliniques.</p> <p>→ L'activation dans le cortex préfrontal ventromédian était corrélée négativement avec la saillance aberrante chez les patients schizophrènes.</p> <p>→ Le traitement autoréférentiel et l'attribution de saillance sont altérés dans la schizophrénie.</p>	<p>→ La plupart des patients schizophrènes de notre échantillon prenaient des médicaments.</p> <p>→ Aucune différence dans les jugements autoréférentiels comportementaux n'a été retrouvé entre les groupes.</p> <p>→ D'autres associations pourraient être présentes dans différentes régions du cerveau chez les individus en bonne santé</p> <p>→ La mesure de la saillance aberrante a été dérivée d'une tâche d'apprentissage probabiliste.</p>

2.3. Synthèse descriptive

Cette revue de littérature narrative est composée de **neuf textes** qui ont été rédigés entre janvier 2016 et juillet 2021. On y a trouvé six études comparatives qui sont des études d'observations analytiques entre des personnes qui vivent avec des troubles schizophréniques et des témoins sains. De plus, il y a deux études comparatives qui ont confronté de manière différente un même échantillon de 432 personnes. Cet échantillon était composé d'un groupe de patients vivant avec des troubles psychiatriques et d'un groupe de témoins sains. Le groupe de patient a été distillé en deux sous-groupes : les psychotiques et les personnes vivant avec des troubles psychiatriques et ils ont ensuite été comparés aux témoins sains. A cela s'est ajoutée une étude d'observation descriptive d'une cohorte de 42 patients schizophrènes. Ces articles ont été rédigés en anglais dans les pays suivants : le Royaume-Uni (n=2), l'Allemagne (n=2), la Suisse (N=2), l'Italie (n=1), les USA (n=1) et la Chine (n=1). Au total ce sont **344 personnes** qui vivent avec une **psychose schizophrénique** qui ont été étudiées. Ces patients sont issus de plusieurs continents (n=3, Europe, Asie et Amérique).

Il existe deux outils spécifiques permettant d'évaluer la saillance : le **Test d'Attribution de la Saillance** (SAT) et l'**Inventaire de la Saillance Aberrante** (ASI). Le premier est une tâche expérimentale informatisée et le second un questionnaire auto-administré permettant de mesurer la saillance aberrante. Ces deux outils ont été mobilisés à plusieurs reprises et l'un des textes de la revue est dévoué à la validation scientifique de la version française de l'ASI (20).

Deux techniques d'imagerie par résonance magnétique ont été utilisées pour localiser les zones cérébrales de la saillance aberrante : l'**Imagerie à Résonance Magnétique fonctionnelle** (IRMf) et l'**Imagerie à Résonance Magnétique fonctionnelle à l'état de repos** (rIRMf).

Le SAT couplé aux techniques d'IRMf ont permis de localiser précisément les zones neuroanatomiques et neurophysiologiques responsables de la saillance aberrante chez le sujet schizophrène. Il s'agit d'une **augmentation de l'activité de l'aire striatale** (26) et d'une **hypo-activation du cortex préfrontal ventro-médian** (27). Ces dysfonctionnements neurologiques seraient responsables de l'activité délirante de la personne atteinte de schizophrénie (26).

L'étude de Chen et al. (24) mobilisant les techniques d'IRMf à l'état de repos a observé des **perturbations de connectivité cérébrale entre le réseau de la saillance et le réseau exécutif** chez la personne schizophrène, particulièrement au niveau du **fascicule long inférieur droit** qui peut exercer une forte influence. Cet article a illustré une **diminution de la connectivité fonctionnelle entre le cortex fronto-insulaire et le cortex pariétal postérieur**.

L'étude de Liddle et al. (25) qui est consacrée à l'activité électrique du cerveau chez le patient schizophrène a utilisé un magnéto-encéphalogramme. Cet outil permet a permis d'observer que l'activité électrique du cerveau est perturbée dans la schizophrénie, notamment dans la **modulation anormale du signal bêta liée aux évènements**. Ceci est observable dans le cerveau au niveau de l'**insula**. L'insula joue donc un rôle déterminant pour traiter les évènements saillants.

Ces dysfonctionnements neurophysiologiques et neuro-électriques **influencent les cognitions et les comportements** de la personne qui vit avec des troubles schizophréniques.

L'article de Kattaghen et al. (23) a utilisé le SAT pour illustrer les preuves comportementales de la saillance aberrante dans la schizophrénie. Ce test a permis d'observer l'**augmentation de la saillance aberrante implicite** chez les personnes schizophrènes par rapport aux témoins sains. Cette saillance aberrante implicite est aussi **corrélée avec la sévérité des symptômes négatifs**. Les auteurs suggèrent que la saillance aberrante devrait être traitée comme une construction distincte et qu'il s'agirait d'un **processus « automatique »**.

Dans l'étude de Martinelli et al. (22) proposant une série de tests sur des options de choix monétaires, les personnes vivant avec un trouble schizophrénique ont montré une **influence moindre du montant de la récompense sur leurs choix** par rapport aux participants sains. Cette sensibilité réduite à la valeur est liée à une expérience de saillance aberrante.

La recherche de Comparelli et al. (21) sur la méconnaissance des émotions dans la rechute aiguë de la schizophrénie prouve qu'il y a une relation entre la saillance aberrante et le traitement de reconnaissance des émotions. La **saillance aberrante induirait une attribution incorrecte aux visages positifs** d'une émotion de valence négative.

L'enquête psychométrique de Golay et al. (20) de la version française de l'Inventaire de la Saillance Aberrante (ASI) a validé la fiabilité de cet outil pour mesurer la saillance aberrante chez le patient atteint de troubles psychiatriques. Ce travail de recherche a défini le modèle le plus adapté aux travers de trois facteurs : **l'amélioration de l'interprétation et de l'émotivité, l'affûtage des sens et les cognitions accrues**. Même s'il n'a pas été possible de définir un seuil clinique de la saillance aberrante, le facteur « affûtage des sens » a permis de faire la distinction entre les patients et la population générale et le facteur « **cognition accrue** » est capable de discriminer la psychose.

Enfin, la dernière étude de Martinez et al. (19) sur les aspects spécifiques de la saillance aberrante dans la psychose a illustré le fait que les processus de perceptions ne sont pas spécifiques à la psychose mais plutôt aux troubles psychiatriques en général. En revanche elle a considéré que les aspects liés à la **cognition, à la sensibilité et à l'idéation** semblent être spécifiques à la psychose.

2.4. Qualité des études

Pour déterminer la qualité des études, nous avons utilisé la « check-list de Down and Black ».

Le détail des échelles d'évaluation est situé en Annexe 2.

Tableau récapitulatif des scores de la « Check-list Down and Black »	
Noms des articles	SCORE TOTAL sur 28 points
<i>"Aspects spécifiques de la saillance aberrante : comparaison entre des patients avec ou sans psychose et des participants sains"</i>	10/28
<i>"Les associations de connectivité du glutamate convergent vers le réseau de saillance dans la schizophrénie et les témoins sains"</i>	13/28
<i>"Enquête psychométrique de la version française de l'Aberrant Saliency Inventory (ASI) : différencier les patients atteints de psychose, les patients avec d'autres diagnostics psychiatriques et les participants non cliniques"</i>	10/28
<i>"Relation entre la saillance aberrante et la méconnaissance des émotions positives dans la rechute aiguë de la schizophrénie"</i>	14/28
<i>"Diminution de la sensibilité aux valeurs dans la schizophrénie"</i>	15/28
<i>"Validation de la construction d'une saillance aberrante dans la schizophrénie - Preuves comportementales d'un processus automatique"</i>	14/28
<i>"Connectivité structurelle et fonctionnelle aberrante dans le réseau de saillance et le circuit du réseau exécutif central en schizophrénie"</i>	16/28
<i>"Signalisation de saillance anormale dans la schizophrénie : le rôle des oscillations bêta intégratives"</i>	17/28
<i>"L'activité striatale est associée à des déficits de contrôle cognitif et à une saillance aberrante chez les patients atteints de schizophrénie"</i>	15/28
<i>"La saillance aberrante est liée à un traitement auto-référentiel dysfonctionnel dans la psychose"</i>	16/28
Score moyen	14/28

L'absence d'essai randomisé, de méta-analyse et d'étude en aveugle ont eu un impact sur la qualité des études.

Selon la Haute Autorité de Santé le niveau de preuve des études de cas témoins et les études de cohortes ont un **niveau de preuve intermédiaire** (28). Le score moyen de 14/28 correspond à un tel niveau de preuve.

3. Discussion

Les résultats de cette revue de littérature illustrent à quel point les avancées scientifiques en neurosciences viennent enrichir les connaissances en matière de psychiatrie et notamment sur les troubles du spectre de la schizophrénie.

3.1. La neuroscience en Psychiatrie

Historiquement la spécialité de médecine « Neuropsychiatrie » avait été instaurée en 1949 mais elle avait été divisée en deux spécialités distinctes lors de la réforme des Universités d'Edgard Faure en décembre 1968. Deux nouveaux « Certificats d'études spécialisées » sont créés celui de « Neurologie » et celui de « Psychiatrie » (29). Au XXIème siècle, les neurosciences détiennent un réel potentiel de « réunion » entre ces deux spécialités pour faire évoluer les stratégies thérapeutiques et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques chroniques. En effet les **apports des techniques d'imageries cérébrales à résonance magnétique** permettent de mieux **localiser les zones neuroanatomiques** qui sont impliquées dans la psychose et de mieux observer les **processus physiopathologiques** du cerveau dans la schizophrénie. Les nombreux travaux de recherche qui mobilisent les IRM, les IRMf, les rIRMf et la spectrométrie par résonance magnétique couplés à des **expériences de réalisation de tâches** favorisent la **compréhension** des troubles du spectre de la **schizophrénie**.

3.2. Comprendre le fonctionnement des réseaux cérébraux du sujet sain pour mieux appréhender les processus physiopathologiques et psychopathologiques des troubles psychotiques.

Les avancées en neuro-imagerie suggèrent que le cerveau peut fonctionner selon 3 grands états :

- *Un état actif : lié à l'efficacité cognitive et au stress qui mobilise le réseau cérébral exécutif central.*
- *Un état intermédiaire, de vigilance tranquille qui **implique le réseau cérébral de la saillance**.*
- *Un état passif lié au repos et à la récupération qui sollicite le réseau cérébral du mode par défaut (30).*

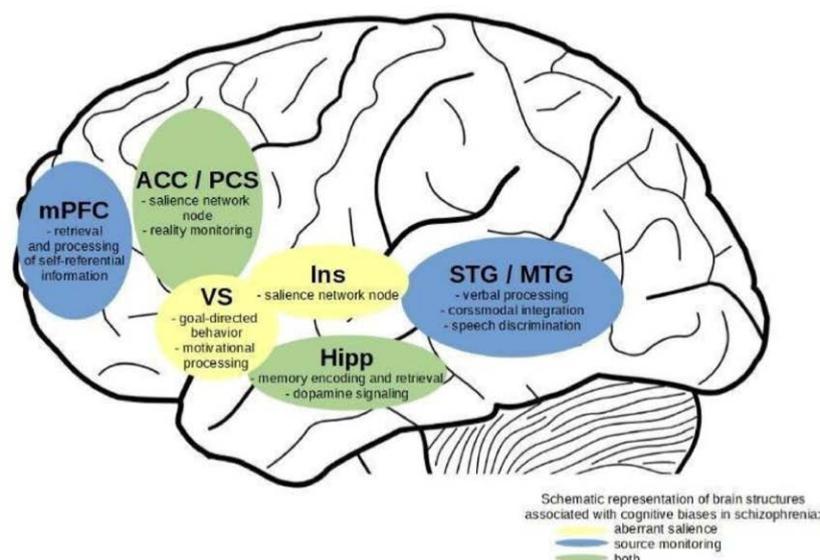
Cette approche simplifiée du fonctionnement cérébral permet de **cartographier l'activité physiologique** de ces **trois grands réseaux** : le réseau exécutif central, le **réseau de la saillance** et le réseau du mode par défaut.

3.3. La saillance aberrante dans la schizophrénie

Comme l'illustre cette revue c'est le dysfonctionnement du réseau de la saillance qui, par son fonctionnement aberrant, induit les troubles psychotiques. Le prisme de la saillance aberrante vient donc agrémenter la symptomatologie des troubles schizophréniques avec des données issues de l'imagerie qui viennent illustrer les troubles de la cognition, des émotions et des comportements. Ainsi, **les personnes qui vivent avec une schizophrénie** disposeraient d'un **réseau de saillance dysfonctionnel ne signalant pas la saillance des stimuli pertinents**. Ceci entraîne une perturbation des processus d'intégration nécessaires à une évaluation efficace des stimuli et à une sélection adaptée des réponses. Ce dérèglement conduit à une incapacité à reconnaître ce qui est pertinent et à une attribution erronée de la saillance à ce qui n'est pas approprié. C'est ce processus dysfonctionnel de la saillance qui se produit dans la schizophrénie qui contribuerait à :

- **La distorsion de la réalité** et de la sensibilité réduite à la valeur (22),
- **La désorganisation de la pensée**, idéation (19) et reconnaissance de émotions (21),
- **L'appauvrissement de l'activité mentale** à l'apparition de symptômes négatifs (23),
- **La rationalisation délirante**.

La revue systématique de Kowalski et al. (31) sur les études d'IRMf dans la schizophrénie propose une représentation schématique des régions de l'hémisphère gauche du cerveau (illustrées en jaune et vert) responsable de la saillance aberrante. Cela correspond aux localisations des études d'imageries de notre revue de littérature (24) (25) (26) (27).



Les zones en jaune sont responsables de la saillance aberrante, il s'agit de l'**insula** (nœud du réseau de la saillance) et du **striatum ventral** (comportement orienté vers un objectif et

traitement de la motivation). Les zones vertes sont partagées entre la saillance aberrante et un autre biais cognitif qui est le contrôle des sources. Ces zones sont : le **cortex cingulaire antérieur** (ACC) couplé au **sillon para-cingulaire** (PCS) où se trouve le nœud du réseau de la saillance et du contrôle de la réalité puis l'**hippocampe** qui régit le codage et la récupération de la mémoire ainsi que la transmission de la dopamine.

3.4. Phénoménologie et saillance aberrante dans la schizophrénie

Les travaux de Charles Bonsack mettent en relation les connaissances sur la saillance aberrante et l'œuvre de Conrad sur la phénoménologie de la psychose (32) au travers d'une illustration clinique (10). Le modèle d'étape de Conrad de début de la schizophrénie permet une approche didactique de l'entrée dans la maladie :

- « *Tréma* : **l'atmosphère délirante**. Une qualité indéfinissable, mais de plus en plus bouleversante, s'étend des aspects saillants à l'ensemble du champ perceptif. Le patient ressent une excitation anticipée, de la méfiance, de l'aliénation, de la peur, de la culpabilité, de la dépression ou une combinaison de ceux-ci. Le patient peut effectuer des actions brusques, apparemment dénuées de sens
- *Apophanie* : **le délire comme révélation**. (...) Incapacité à transcender la perspective actuelle ou à changer de cadre de référence. Connexité anormale entre des significations apparemment sans rapport. (...) Perception délirante, identification erronée. Progression des délires de l'« espace » extérieur vers l'intérieur, sensations corporelles délirantes. Patient réceptif sans critique et incapable de se détacher, comme pris au piège entre le sommeil et la veille. Insertion de pensée, diffusion de pensée, hallucinations
- *Anastrophe* : **le patient se sent comme un point médian passif**. Le délire de référence. Les événements et les perceptions sont liés à soi » (32).

3.5. Dépister et traiter la schizophrénie avec l'inventaire de la saillance aberrante

L'état actuel des connaissances sur la saillance aberrante propose de **nouvelles perspectives concernant le dépistage précoce de la schizophrénie** notamment chez les personnes à risque de transition psychotique. Nous l'avons vu dans les résultats de cette revue de littérature, l'Inventaire de la Saillance Aberrante (ASI) est un outil psychométrique validé scientifiquement et il présente un potentiel important dans la mission de dépistage des troubles du spectre de la schizophrénie.

En tant qu'acteur de santé publique et dans le cadre de son approche populationnelle, l'IPA en Psychiatrie et santé mentale choisit et met en œuvre des actions de dépistage en

psychiatrie, notamment pour la schizophrénie (16). Des méta-analyses ont illustré que des interventions précoces de dépistage et le traitement des troubles du spectre de la schizophrénie permettent des **pronostics plus favorables sur une évolution à long terme des troubles, particulièrement sur la qualité de vie de l'usager** (33) (34).

Les stratégies thérapeutiques actuelles de traitement des troubles schizophréniques se font à l'aide d'antipsychotiques de première ou deuxième génération. Ces traitements agissent sur les voies dopaminergiques, la cible étant les récepteurs D2 des voies dopaminergiques et plus particulièrement la voie méso limbique. L'action des antipsychotiques étant de bloquer (antagonisme) l'action de la dopamine sur les récepteur D2. Cette **voie méso limbique dessert le système limbique qui correspond aux zones cérébrales impliquées dans la saillance aberrante** dans la schizophrénie (cf. schéma 3.3).

Comme le dit Kapur, « *la dopamine c'est le vent sur le feu de la psychose* » (11), en d'autres termes c'est le régulateur des symptômes de la schizophrénie. Traiter la schizophrénie c'est diminuer suffisamment le seuil de saillance pour rendre l'interprétation des stimuli internes et externes acceptables. Il s'agit de trouver le bon équilibre pour ne pas trop diminuer ce seuil au point d'altérer l'envie et la motivation de la personne qui vit avec un tel trouble psychique. Réussir à **trouver le juste dosage c'est améliorer la qualité de vie et tendre vers un rétablissement** (10). Le consensus des directives pour la surveillance thérapeutique des médicaments en neuropsychopharmacologie (35) considère que les **dosages plasmatiques des antipsychotiques varient en fonction de différents facteurs** endogènes (métabolisme, âge, sexe, origine ethnique, IMC) et exogènes (consommations de substances psychoactives, alimentation et traitement de comorbidités associées). Il nous semble envisageable qu'il soit possible dans le futur de **personnaliser l'adaptation des traitements antipsychotiques** en fonction du phénotype et du génotype du patient car ils déterminent le devenir des molécules dans l'organisme et influence les concentrations plasmatiques des antipsychotiques (36). Ces dosages sanguins pourraient être croisés avec des échelles psychométriques telles que l'ASI ou la PANSS. Ces perspectives correspondent totalement à la **Médecine 4 P** : Préventive, **Personnalisée**, Prédicative et **Participative** (37).

3.6. L'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie à l'aide du paradigme de la saillance aberrante pour faire évoluer les représentations sociales de la maladie

Les séances d'éducation thérapeutique mobilisant les connaissances sur la saillance aberrante dans la schizophrénie que nous venons de passer en revue pourraient être destinées à plusieurs types de populations. En effet, elles pourraient être destinées au personnel soignant non-initié au domaine d'exercice de la psychiatrie. En vulgarisant les

connaissances issues des neurosciences, il serait possible de présenter les zones neuroanatomiques et neurophysiologiques de la saillance aberrante dans la schizophrénie et **l'impact sur les perceptions sensorielles**, les émotions, les cognitions et les comportements. Nous pensons que les relations de cause à effet de la saillance aberrante dans la schizophrénie ont un réel pouvoir pédagogique notamment auprès des professionnels de santé qui ont un **tempérament rationnel** (38).

De manière plus subtile, le paradigme de la saillance aberrante dans la psychose pourrait permettre de proposer auprès des équipes soignantes qui exercent en psychiatrie une approche moins dépréciative de la schizophrénie. Les travaux de Charles Bonsack proposent une illustration clinique concrète d'expérience sensorielle augmentée qui évolue en expérience de saillance aberrante puis aboutit vers un état de psychose aiguë (10). Cette mise en situation sous forme de vignette rédigée ou de « *Stand Up Design of Instruction* » est un **modèle pédagogique qui permet de développer l'empathie et de réhumaniser la personne schizophrène** (39). C'est aussi une réelle opportunité pour analyser une situation clinique et pour proposer des conseils pour interagir et communiquer dans un contexte de soins avec une personne qui vit une expérience psychotique aiguë.

Contrairement aux modèles nosographiques restrictifs présentés en introduction, l'approche de la saillance aberrante dans la psychose est un paradigme scientifique qui **attribue à l'usager des perceptions en plus** (10). Ceci est une réelle opportunité pour la relation thérapeutique entre l'usager et le soignant. Lorsque le trouble schizophrénique est stabilisé, **l'ASI** peut être un **outil intéressant d'éducation thérapeutique** pour le sujet qui vit avec un trouble schizophrénique. Il permettrait de distinguer certains prodromes d'une décompensation et pourrait être un support intéressant pour aider à la rédaction du plan conjoint de crise (40). « *Le Plan de Crise Conjoint indique de façon anticipée les contacts, les mesures et pratiques ainsi que les soins préférés ou à éviter en cas de crise* » (41). Cet outil de personnalisation du projet de soins de la personne vivant avec un trouble psychique chronique permet de sortir d'une approche duelle (patient/soignant) pour s'inscrire dans la tierce et **inclure l'aidant dans l'accompagnement d'une décompensation aiguë** de la schizophrénie notamment (40).

Nous pensons que l'avenir des soins en psychiatrie consiste à **appréhender le système familial du sujet soigné pour proposer une approche holistique de l'accompagnement**. C'est pourquoi des séances d'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie qui mobilisent le paradigme de la saillance aberrante semble tout à fait indiquées. Il pourrait être intéressant de se rapprocher du « Programme Profamille » qui propose des séances de « *psychoéducation destiné aux parents, frères, sœurs, grands-parents, conjoints ayant un proche souffrant de troubles schizophréniques et apparentés* » (42).

Pour conclure nous dirons que l'information et **l'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie mériteraient de disposer d'un programme spécifique qui mobiliserait le paradigme de la saillance aberrante**. Cela pourrait permettre de faire évoluer les représentations sociales autour de la schizophrénie et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination.

En effet, une revue de littérature du Professeur Antoinette Prouteau illustre que les processus de **stigmatisation opèrent aussi auprès des soignants exerçant en psychiatrie et santé mentale** (43). Ce processus insidieux se diffuse aussi auprès de l'utilisateur de santé mentale qui procède à une **stigmatisation de soi** qui ne favorise pas la projection vers un **parcours de soin orienté vers le rétablissement**.

Le **programme de recherche STIGMA** de l'Université de Bordeaux porte sur la stigmatisation des troubles mentaux et notamment sur la schizophrénie (44). Il a pour objectif d'identifier les leviers utiles à la déstigmatisation auprès 3 groupes sociaux : les usagers et leurs familles, **les professionnels de santé mentale** et la population générale.

Les résultats de ce programme de recherche pourraient permettre au **Collège Psychiatrie et Santé Mentale de l'Association Nationale des IPA** de mieux cibler ses actions **d'information et d'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie**.

Ainsi, nous pourrions en tant qu'IPA mention Psychiatrie et Santé Mentale, mieux exercer notre **leadership** sur les plans : **clinique** auprès de l'utilisateur, **professionnel** au sein de l'équipe pluridisciplinaire, **systémique** avec le réseau de partenaires et politique auprès des pouvoirs exécutifs et des médias.

3.7. Les limites de notre revue de littérature narrative

Nous avons rédigé cette revue de littérature seul et nous étions novices en la matière. En effet il s'agissait d'un premier exercice et le sujet traité était exigeant en matière de connaissances neuroscientifiques. Nous nous sommes souvent confrontés à nos limites en matière de connaissance personnelle en neuroanatomie, neurophysiologie et neurobiochimie.

Le principal biais des neuf études retenues est que les **personnes vivant avec des troubles schizophréniques sont traitées par des antipsychotiques**. Il est donc difficile de savoir si les symptômes observés sont imputables aux effets indésirables des traitements ou aux troubles psychiques. De plus, les méthodologies des publications retenues ont un niveau de preuve scientifique intermédiaire.

Conclusion

Ce travail de recherche aura été une occasion extraordinaire pour développer notre curiosité intellectuelle et approfondir nos connaissances théoriques sur les troubles psychiques. Lors des différentes étapes de la rédaction de ce mémoire, nous avons mobilisé des savoirs issus des sciences médicales, de la psychologie, de la sociologie et de l'anthropologie mais aussi des sciences de l'éducation et des sciences de gestion. Les nombreux apports de ces disciplines complémentaires viennent alimenter la recherche en soins infirmiers. **Cette culture polymorphe confère à l'Infirmier(e) en Pratique Avancée une posture professionnelle singulière** qui vient enrichir son raisonnement clinique, sa réflexion éthique et son leadership.

Cette revue de littérature narrative sur le paradigme de la saillance aberrante propose un **prisme de compréhension de la psychose alternatif**. Il autorise à une **réflexion transdisciplinaire** qui mobilise des concepts issus de différents horizons, tels que les neurosciences, la phénoménologie, les approches nosographiques catégorielles et dimensionnelles. Cette façon d'aborder l'expérience psychotique sous une **approche plus sensorielle** rend la projection plus accessible, cela nous rapproche de l'utilisateur des services de santé mentale et nous invite à **développer notre empathie de soignant**. Il ne s'agit plus de considérer le sujet vivant un épisode psychotique comme quelqu'un en dehors de la réalité mais plutôt de lui attribuer des perceptions en plus qui sont génératrices de tensions intrapsychiques. Pour soulager ces tensions, la personne va rationaliser cette expérience exceptionnelle par le biais d'une interprétation délirante qui va rendre son vécu plus tolérable.

Les technologies d'imagerie permettent de localiser des zones neuroanatomiques et de cartographier les processus neurophysiologiques de la saillance aberrante dans la schizophrénie. Elles font émerger des implications cliniques **sans forcément remettre en cause le savoir expérientiel** de la personne vivant avec de tels troubles.

Ainsi, le traitement pharmacologique consiste à augmenter le seuil de saillance de l'utilisateur qui vit avec une schizophrénie pour pouvoir diminuer les tensions intrapsychiques et améliorer sa qualité de vie. La fonction des antipsychotiques étant de limiter l'afflux dopaminergiques dans les zones cérébrales responsables de cette saillance aberrante. L'enjeu étant de réussir à trouver **le juste dosage pour tendre vers un rétablissement**.

Les apports théoriques de ce travail de recherche nous ont autorisé à nous questionner sur nos pratiques soignantes et sur leurs représentations sociales. Ainsi, pendant notre stage, nous avons mobilisé nos nouvelles connaissances et notamment utilisé l'échelle psychométrique de l'inventaire de la saillance aberrante (ASI) lors de nos entretiens

d'évaluation clinique pour le suivi de personnes qui vivent avec une schizophrénie. Il s'agit d'une illustration concrète d'une **pratique clinique basée sur des données probantes**.

Enfin, cette revue nous a convaincu de la nécessité d'impulser une **étude expérimentale d'éducation aux troubles du spectre de la schizophrénie auprès du personnel soignant** (initié et non initié à la psychiatrie). Il s'agirait alors de **mesurer l'influence du paradigme de la saillance aberrante dans la psychose sur les représentations sociales de ce handicap psychique** et son potentiel de déstigmatisation sur cette pathologie encore trop souvent discriminée.

Références bibliographiques

1. Tosquelles F. L'enseignement de la folie. Paris: Dunod; 2014. (Idem).
2. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 13 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Schizophrénie · Inserm, La science pour la santé [Internet]. Inserm. [cité 5 janv 2022]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/dossier/schizophrenie/>
4. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
5. Organisation mondiale de la santé (OMS). CIM-10/ICD-10 Critères diagnostiques pour la recherche. MASSON; 248 p.
6. Krebs MO. Signes précoces de schizophrénie: des prodromes à la notion de prévention. Paris: Dunod; 2015. (Psychothérapies).
7. Tribolet S, Shahidi M. Nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques. Paris: Éd. Heures de France; 2005.
8. Les neurosciences [Internet]. Fédération pour la Recherche sur le Cerveau (FRC). [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://www.frcneurodon.org/comprendre-le-cerveau/a-la-decouverte-du-cerveau/les-neurosciences/>
9. Charles BONSACK. Vécu psychotique et saillance aberrante. Santé Mentale. Aout 2020;(Spécial formation):24-9.
10. Charles BONSACK, Alexandra NGUYEN, Laurent FROBERT, Jérôme FAVROD. Saillance aberrante et production délirante. Santé Mentale. déc 2020;(253):42-7.
11. Kapur S. Psychosis as a state of aberrant salience: a framework linking biology, phenomenology, and pharmacology in schizophrenia. Am J Psychiatry. janv 2003;160(1):13-23.
12. Pepin J, Ducharme F, Kérouac S. La pensée infirmière. 2017.
13. Jocelyne Tourigny. Le rôle de l'infirmière en pratique avancée : de la théorie à la réalité. L'infirmière clinicienne. 2010;7(2):30-4.
14. Jovic L, Guenot C, Naberes A, Maison P. Pratiques avancées des professionnels paramédicaux. Recherche en soins infirmiers. 2009;99(4):117-32.
15. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
16. Décret n° 2019-836 du 12 août 2019 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale. 2019-836 août 12, 2019.
17. Hamric AB, éditeur. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5th edition. St. Louis, Missouri: Elsevier/Saunders; 2014. 726 p.
18. Fischer GN. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. Paris: Dunod; 2015. (Psycho sup).
19. Martinez D, Laloyaux J, Favrod J, Silva B, Della Libera C, Lari F, et al. Specific aspects of aberrant salience: comparison between patients with or without psychosis and healthy participants. Swiss Arch Neurol Psychiatr Psychother [Internet]. 28 juill 2021 [cité 2 mai 2022]; Disponible sur: <https://doi.emh.ch/sanp.2021.03215>

20. Golay P, Laloyaux J, Moga M, Della Libera C, Larøi F, Bonsack C. Psychometric investigation of the French version of the Aberrant Saliency Inventory (ASI): differentiating patients with psychosis, patients with other psychiatric diagnoses and non-clinical participants. *Ann Gen Psychiatry*. 2020;19:58.
21. Comparelli A, Corigliano V, Montalbani B, Bargagna P, Forcina F, Cocco G, et al. Relationship between aberrant saliency and positive emotion misrecognition in acute relapse of schizophrenia. *Asian Journal of Psychiatry*. 1 mars 2020;49:101975.
22. Martinelli C, Rigoli F, Dolan RJ, Shergill SS. Decreased value-sensitivity in schizophrenia. *Psychiatry Research*. 1 janv 2018;259:295-301.
23. Katthagen T, Dammering F, Kathmann N, Kaminski J, Walter H, Heinz A, et al. Validating the construct of aberrant saliency in schizophrenia — Behavioral evidence for an automatic process. *Schizophrenia Research: Cognition*. 1 déc 2016;6:22-7.
24. Chen Q, Chen X, He X, Wang L, Wang K, Qiu B. Aberrant structural and functional connectivity in the saliency network and central executive network circuit in schizophrenia. *Neuroscience Letters*. 3 août 2016;627:178-84.
25. Liddle EB, Price D, Palaniyappan L, Brookes MJ, Robson SE, Hall EL, et al. Abnormal saliency signaling in schizophrenia: The role of integrative beta oscillations. *Human Brain Mapping*. 2016;37(4):1361-74.
26. Ceaser AE, Barch DM. Striatal Activity is Associated with Deficits of Cognitive Control and Aberrant Saliency for Patients with Schizophrenia. *Frontiers in Human Neuroscience* [Internet]. 2016 [cité 2 mai 2022];9. Disponible sur: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fnhum.2015.00687>
27. Pankow A, Katthagen T, Diner S, Deserno L, Boehme R, Kathmann N, et al. Aberrant Saliency Is Related to Dysfunctional Self-Referential Processing in Psychosis. *Schizophr Bull*. janv 2016;42(1):67-76.
28. Niveau de preuve et gradation des recommandations de bonne pratique - État des lieux [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1600564/fr/niveau-de-preuve-et-gradation-des-recommandations-de-bonne-pratique-etat-des-lieux
29. Schneckenburger R. La distinction entre neurologie et psychiatrie en France entre 1940 et 1968 : le point de vue de quelques neuropsychiatres. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*. 5 avr 2018;7(1):33-54.
30. Fondements scientifiques | Institut Lémanique du Cerveau [Internet]. [cité 27 mars 2022]. Disponible sur: <https://institut-cerveau.ch/fondements-scientifiques/>
31. Kowalski J, Aleksandrowicz A, Dąbkowska M, Gawęda Ł. Neural Correlates of Aberrant Saliency and Source Monitoring in Schizophrenia and At-Risk Mental States—A Systematic Review of fMRI Studies. *J Clin Med*. 13 sept 2021;10(18):4126.
32. Mishara AL. Klaus Conrad (1905–1961): Delusional Mood, Psychosis, and Beginning Schizophrenia. *Schizophr Bull*. janv 2010;36(1):9-13.
33. Marshall M, Lewis S, Lockwood A, Drake R, Jones P, Croudace T. Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients: a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*. sept 2005;62(9):975-83.
34. Penttilä M, Jääskeläinen E, Hirvonen N, Isohanni M, Miettunen J. Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*. août 2014;205(2):88-94.

35. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. janv 2018;51(1/2):9-62.
36. Lisbeth P, Vincent H, Kristof M, Bernard S, Manuel M, Hugo N. Genotype and co-medication dependent CYP2D6 metabolic activity: effects on serum concentrations of aripiprazole, haloperidol, risperidone, paliperidone and zuclopenthixol. *Eur J Clin Pharmacol*. févr 2016;72(2):175-84.
37. Médecine 4 P [Internet]. Fondation Fondamental Suisse. [cité 18 mai 2022]. Disponible sur: <https://fondamental-suisse.org/medecine-4-p/>
38. Keirse D, Bates MM. Please understand me: character & temperament types. 5th ed. Del Mar, CA: Distributed by Prometheus Nemesis Book Co; 1984. 210 p.
39. Centre ressource réhabilitation psychosociale. Vécu psychotique et saillance aberrante [Internet]. 2019 [cité 27 déc 2021]. Disponible sur: <https://youtu.be/uZo9PWVCqUE>
40. Bartolomei J, Ortiz N, Etter M, Rey-Bellet P, Bardet A, Etter F. Le plan de crise conjoint: familles, patients et soignants ensemble face à la crise. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy* [Internet]. 2012 [cité 9 mai 2022];163(02). Disponible sur: <https://www.readcube.com/articles/10.4414%2Fsanp.2012.02355>
41. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *PS*. janv 2008;59(1):63-71.
42. Qui sommes-nous ? [Internet]. Un programme destiné aux familles dont un proche a un trouble psychiatrique. [cité 9 mai 2022]. Disponible sur: <https://profamille.site/qui-sommes-nous-2/>
43. Pr. Antoinette Prouteau, Kévin-Marc Valery. Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés. *Revue de littérature*.
44. STIGMA [Internet]. [cité 10 mai 2022]. Disponible sur: <https://labpsy.u-bordeaux.fr/Travaux-de-recherche/STIGMA>

Table des Annexes

Annexe I. Tableaux des équations de recherche utilisées et du nombre de résultats trouvés en date du 19 février 2022.	46
Annexe II. Évaluation de la qualité des études incluses : Down & Black Scale.....	47

Annexe I. Tableaux des équations de recherche utilisées et du nombre de résultats trouvés en date du 19 février 2022.

Récapitulatif des équations de recherche utilisées et du nombre de résultats trouvés <i>En date du 19 février 2022</i>		
Base de données	Équations de recherche	Nombres de résultats
→ Medline	(Aberrant Saliency) AND (((Psychosis) OR (Schizophrenia) OR (Schizophrenia spectrum)))	257
→ Embase	(Aberrant Saliency) AND (Schizophrenia)	233
→ Central	(Aberrant Saliency) AND (Schizophrenia)	9
→ PsycInfo	(Aberrant Saliency) AND (Schizophrenia)	188
→ PsycArticles	(Aberrant Saliency) AND (Schizophrenia)	9

Annexe II. Évaluation de la qualité des études incluses : Down & Black Scale

1. Nom de l'article : "L'activité striatale est associée à des déficits de contrôle cognitif et à une saillance aberrante chez les patients atteints de schizophrénie". https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fnhum.2015.00687/full				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		Les hypothèses figurent en fin d'introduction. 1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>	NON			Ils sont mentionnés dans la section résultats. 1/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		Les critères d'inclusion/exclusion, l'âge et le sexe sont rapportés et la période de stabilité clinique minimum est mentionnée. 2/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		En introduction 3/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			3/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		4/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		5/7

8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON		5/8
9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.	NON		5/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI	6/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>			
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON		6/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON		6/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	NON		6/13
Validité interne - biais			
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON		6/14

15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON		7/15
16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>		OUI	8/16 – Non rapporté
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	9/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	10/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	11/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	12/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>		OUI	13/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>		OUI		14/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			14/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			14/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>		OUI		15/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>				15/26 – Impossible à déterminer
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			15/27
Score total sur 28 points				15/28

Nom de l'article II. "La saillance aberrante est liée à un traitement auto-référentiel dysfonctionnel dans la psychose" https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4681553/				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		3/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>		OUI		5/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? <i>Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).</i>		OUI		6/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		7/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			7/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? <i>Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.</i>	NON			7/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI		8/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON			8/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON			8/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	NON			8/13
Validité interne - biais				
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON			8/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON			8/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>		OUI	9/16 Non rapporté
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	10/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	11/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non-respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	12/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	13/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>		OUI	14/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>				Impossible à déterminer. 15/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			15/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			15/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>		OUI		16/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>				16/26. Impossible à déterminer
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			16/27
Score total sur 28 points				16/28

Nom de l'article : III. "Signalisation de saillance anormale dans la schizophrénie : le rôle des oscillations bêta intégratives" https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L608520263&from=export%20%20%20%20%20U2%20%20-%20L608520263				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		6/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			6/8
9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.	NON			6/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI		7/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				

11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON		7/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON		7/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	NON		7/13
Validité interne - biais			
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>		OUI	8/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?		OUI	9/15
16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>		OUI	Non rapporté 10/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est la même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	11/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	12/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non-respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	13/19

20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	14/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>		OUI	15/21
22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>	NON		15/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON		15/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON		16/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON		16/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	17/26
Puissance			
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON		17/27
Score total sur 28 points			17/28

Nom de l'article IV. "Validation de la construction d'une saillance aberrante dans la schizophrénie - Preuves comportementales d'un processus automatique"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		6/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			6/8
9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ?		OUI		7/9

Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.			
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI	8/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>			
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON		8/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON		8/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	NON		8/13
Validité interne - biais			
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON		8/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON		8/15
16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>		OUI	9/16

17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI		10/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		11/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		12/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		13/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)				
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>	NON			13/21 – Non Communiqué pour les patients.
22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>	NON			13/22 – Incapable à déterminer
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			13/23

24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON		13/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON		13/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	14/26
Puissance			
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON		14/27
Score total sur 28 points			14/28

Nom de l'article V. "Connectivité structurelle et fonctionnelle aberrante dans le réseau de saillance et le circuit du réseau exécutif central en schizophrénie"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.		OUI	6/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI	7/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>			
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON		7/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON		7/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>		OUI	8/13
Validité interne - biais			
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON		8/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON		8/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>		OUI	9/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	10/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	11/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non-respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	12/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	13/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>		OUI	14/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>		OUI		15/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			15/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			15/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON			15/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	OUI			16/26
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			16/27
Score total sur 28 points				16/28

Nom de l'article				
VI. "Diminution de la sensibilité aux valeurs dans la schizophrénie"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.		OUI	6/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI	7/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>			
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON		7/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON		7/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	NON		7/13
Validité interne - biais			
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON		7/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON		7/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>	OUI			8/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI		9/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		10/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		11/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		12/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)				
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>	NON			12/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>		OUI		13/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			14/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			14/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON			14/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		15/26
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			15/27
Score total sur 28 points				15/28

Nom de l'article VII. "Enquête psychométrique de la version française de l'Aberrant Salience Inventory (ASI) : différencier les patients atteints de psychose, les patients avec d'autres diagnostics psychiatriques et les participants non cliniques"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.	NON			5/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI		6/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON			6/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON			6/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>		OUI		7/13
Validité interne - biais				
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON			7/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON			7/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>	NON			7/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>	NON			7/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		8/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		9/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI		10/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)				
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>	NON			10/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>	NON			10/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			10/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			10/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON			10/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			10/26
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			
Score total sur 28 points				10/28

Nom de l'article VIII. "Relation entre la saillance aberrante et la méconnaissance des émotions positives dans la rechute aiguë de la schizophrénie"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5 Evoqué, mais pas liste.
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.	NON			5/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?	OUI			6/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON			6/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON			6/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>		OUI		7/13
Validité interne - biais				
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON			7/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON			7/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>	OUI		8/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	9/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	10/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	11/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	12/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>		OUI	13/21

22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>		OUI		14/22
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON			14/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON			14/24
25. Y-a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON			14/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			14/26
Puissance				
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON			14/27
Score total sur 28 points				14/28

Nom de l'article				
IX. "Les associations de connectivité du glutamate convergent vers le réseau de saillance dans la schizophrénie et les témoins sains"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.				5/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?		OUI		6/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON			6/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON			6/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>		OUI		6/13
Validité interne - biais				
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON			6/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON			6/15
16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ?		OUI		7/16

<i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>			
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>		OUI	8/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	9/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non-respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	10/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>		OUI	11/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)			
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>	NON		12/21
22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ? <i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>	NON		12/22 – Impossible à déterminer

23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON		12/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON		13/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON		13/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON		13/26 – Impossible à déterminer
Puissance			
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON		13/27
Score total sur 28 points			13/28

Nom de l'article X. "Aspects spécifiques de la saillance aberrante : comparaison entre des patients avec ou sans psychose et des participants sains"				
Rapport	0	1	2	Notes / Justification
1. L'hypothèse/le but/l'objectif de l'étude est-il clairement décrit ?		OUI		1/1
2. Les principaux résultats à mesurer sont-ils clairement décrits dans la section Introduction ou dans la méthode ? <i>Si les principaux résultats sont mentionnés pour la première fois dans la section Résultats, il convient de répondre par la négative à cette question.</i>		OUI		2/2
3. Les caractéristiques des patients inclus dans l'étude sont-elles clairement décrites ? <i>Dans les études de cohorte et les essais, les critères d'inclusion et/ou d'exclusion doivent être indiqués. Dans les études cas-témoins, une définition de cas et la source des témoins doivent être indiquées.</i>		OUI		3/3
4. Les interventions d'intérêt sont-elles clairement décrites ? Les traitements et le placebo (le cas échéant) qui doivent être comparés doivent être clairement décrits.		OUI		4/4
5. Les distributions des principaux facteurs de confusion dans chaque groupe de sujets à comparer sont-elles clairement décrites ? <i>Une liste des principaux facteurs de confusion est fournie.</i>	NON			4/5
6. Les principaux résultats de l'étude sont-ils clairement décrits ? Des données de résultats simples (y compris les dénominateurs et les numérateurs) doivent être pour tous les résultats principaux, afin que le lecteur puisse vérifier les principales analyses et les conclusions. (Cette question ne couvre pas les tests statistiques qui sont examinés ci-dessous).		OUI		5/6
7. L'étude fournit-elle des estimations de la variabilité aléatoire des données pour les principaux résultats ? <i>Dans le cas de données non normalement distribuées, l'écart interquartile des résultats doit être indiqué. Dans le cas de données normalement distribuées, l'erreur standard, l'écart standard ou les intervalles de confiance doivent être indiqués. Si la distribution des données n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON			5/7
8. Tous les événements indésirables importants qui peuvent être une conséquence de l'intervention ont-ils été rapportés ? <i>Il faut répondre par l'affirmative à cette question si l'étude démontre qu'il y a eu une tentative complète de mesurer les événements indésirables. (Une liste d'événements indésirables possibles est fournie).</i>	NON			5/8

9. Les caractéristiques des patients perdus de vue ont-elles été décrites ? Il convient de répondre par l'affirmative lorsqu'il n'y a pas eu de perte de suivi ou lorsque les pertes de suivi étaient si faibles que les résultats ne seraient pas affectés par leur inclusion. Il faut répondre non lorsqu'une étude ne rapporte pas le nombre de patients perdus de vue.	NON			5/9
10. Les valeurs de probabilité réelles ont-elles été indiquées (par exemple 0,035 plutôt que <0,05) pour les principaux résultats, sauf lorsque la valeur de probabilité est inférieure à 0,001 ?	NON			5/10
Validité externe <i>Tous les critères suivants tentent de déterminer la représentativité des résultats de l'étude et s'ils peuvent être généralisés à la population dont sont issus les sujets de l'étude.</i>				
11. Les sujets auxquels on a demandé de participer à l'étude étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>L'étude doit identifier la population source des patients et décrire comment les patients ont été sélectionnés. Les patients seraient représentatifs s'ils constituaient la totalité de la population source, un échantillon non sélectionné de patients consécutifs ou un échantillon aléatoire. L'échantillonnage aléatoire n'est réalisable que lorsqu'il existe une liste de tous les membres de la population concernée. Lorsqu'une étude ne rapporte pas la proportion de la population source d'où proviennent les patients, il convient de répondre à la question par "impossible à déterminer".</i>	NON			5/11
12. Les sujets qui ont accepté de participer étaient-ils représentatifs de l'ensemble de la population dans laquelle ils ont été recrutés ? <i>La proportion des personnes interrogées qui ont accepté doit être indiquée. Pour valider la représentativité de l'échantillon, il faut démontrer que la distribution des principaux facteurs de confusion est la même dans l'échantillon de l'étude et dans la population source.</i>	NON			5/12
13. Le personnel, les lieux et les installations où les patients ont été traités étaient-ils représentatifs du traitement que la majorité des patients reçoivent ? <i>Pour répondre à cette question par l'affirmative, l'étude doit démontrer que l'intervention était représentative de celle utilisée dans la population source. La réponse à la question doit être négative si, par exemple, l'intervention a été entreprise dans un centre spécialisé non représentatif des hôpitaux que la majorité de la population source fréquenterait.</i>	OUI			6/13
Validité interne - biais				
14. A-t-on essayé de rendre les sujets de l'étude aveugles à l'intervention qu'ils ont reçue ? <i>Pour les études où les patients n'ont aucun moyen de savoir quelle intervention ils ont reçue, il faut répondre par l'affirmative.</i>	NON			6/14
15. A-t-on essayé de rendre aveugles les personnes qui mesurent les principaux résultats de l'intervention ?	NON			6/15

16. Si certains des résultats de l'étude étaient basés sur un "dragage de données", cela a-t-il été clairement indiqué ? <i>Toute analyse qui n'avait pas été planifiée au début de l'étude doit être clairement indiquée. Si aucune analyse de sous-groupe rétrospective non planifiée n'a été rapportée, répondez par l'affirmative.</i>	OUI			7/16
17. Dans les essais et les études de cohorte, les analyses s'ajustent-elles aux différentes durées de suivi des patients, ou dans les études cas-témoins, la période entre l'intervention et résultat est le même pour les cas et les témoins ? <i>Lorsque le suivi est le même pour tous les patients de l'étude, la réponse devrait être oui. Si les différentes durées de suivi ont été ajustées, par exemple par une analyse de survie, la réponse devrait être oui. Les études où les différences de suivi sont ignorées doivent répondre par la négative.</i>	NON			7/17
18. Les tests statistiques utilisés pour évaluer les principaux résultats étaient-ils appropriés ? <i>Les techniques statistiques utilisées doivent être appropriées aux données. Par exemple, des méthodes non paramétriques doivent être utilisées pour les échantillons de petite taille. Lorsque peu d'analyses statistiques ont été entreprises mais qu'il n'y a pas de preuve de biais, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Si la distribution des données (normale ou non) n'est pas décrite, il faut supposer que les estimations utilisées étaient appropriées et répondre par l'affirmative à la question.</i>	OUI			8/18
19. La conformité à l'intervention ou aux interventions était-elle fiable ? <i>En cas de non-respect du traitement alloué ou de contamination d'un groupe, il faut répondre non à la question. Pour les études où l'effet de toute classification erronée était susceptible de biaiser toute association vers la valeur nulle, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	OUI			8/19
20. Les principales mesures de résultats utilisées étaient-elles exactes (valides et fiables) ? <i>Pour les études où les mesures des résultats sont clairement décrites, il faut répondre par l'affirmative à cette question. Pour les études qui font référence à d'autres travaux ou qui démontrent que les mesures des résultats sont précises, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	OUI			10/20
Validité interne - confusion (biais de sélection)				
21. Les patients faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et études de cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés dans la même la même population ? <i>Par exemple, les patients de tous les groupes de comparaison doivent être sélectionnés dans le même hôpital. La réponse à cette question doit être incapable de déterminer pour les études de cohorte et les études cas-témoins pour lesquelles il n'existe aucune information concernant la source des patients inclus dans l'étude.</i>	NON			10/21
22. Les sujets de l'étude faisaient-ils partie de groupes d'intervention différents (essais et cohorte) ou les cas et les témoins (études cas-témoins) ont-ils été recrutés au cours de la même même période de temps ?	NON			10/22

<i>Pour une étude qui ne précise pas la période pendant laquelle les patients ont été recrutés, il faut répondre à la question comme étant incapable de déterminer.</i>			
23. Les sujets de l'étude ont-ils été randomisés dans les groupes d'intervention ? <i>Les études qui indiquent que les sujets ont été randomisés doivent répondre par l'affirmative sauf si la méthode de randomisation ne garantit pas une allocation aléatoire. Par exemple, l'allocation alternée est à rejeter car elle est prévisible.</i>	NON		10/23
24. L'affectation de l'intervention randomisée a-t-elle été cachée aux patients et au personnel de santé jusqu'à la fin du recrutement ? <i>Il faut répondre par la négative à toutes les études non randomisées. Si l'affectation a été cachée aux patients mais pas au personnel, il faut répondre non.</i>	NON		10/24
25. Y a-t-il eu un ajustement adéquat pour les facteurs de confusion dans les analyses dont les principales conclusions ont été tirées ? <i>Il faut répondre par la négative à cette question pour les essais si : les principales conclusions de l'étude étaient fondées sur des analyses du traitement plutôt que sur l'intention de traiter ; la distribution des facteurs de confusion connus dans les différents groupes de traitement n'était pas décrite ; ou la distribution des facteurs de confusion connus différait entre les groupes de traitement mais n'était pas prise en compte dans les analyses. Dans les études non randomisées, si l'effet des principaux facteurs de confusion n'a pas été étudié ou si la confusion a été démontrée mais qu'aucun ajustement n'a été effectué dans les analyses finales, la réponse à la question doit être négative.</i>	NON		10/25
26. Les pertes de patients en cours de suivi ont-elles été prises en compte ? <i>Si le nombre de patients perdus de vue n'est pas rapporté, il faut répondre à la question par "impossible à déterminer". Si la proportion de patients perdus de vue est trop faible pour affecter les principaux résultats, il faut répondre par l'affirmative à la question.</i>	NON		10/26 - Impossible à déterminer
Puissance			
27. L'étude avait-elle une puissance suffisante pour détecter un effet cliniquement important où la valeur de probabilité qu'une différence soit due au hasard est inférieure à 5% ? <i>La taille des échantillons a été calculée pour détecter une différence de x% et de y%.</i>	NON		10/27
Score total sur 28 points			10/28

La saillance aberrante dans la schizophrénie - Définir autrement la production délirante pour mieux la comprendre

Introduction : La saillance est la capacité du cerveau à traiter automatiquement l'information de façon à sélectionner les stimuli les plus importants pour la survie et à éliminer les autres. Chez le sujet schizophrène la saillance est perturbée et la personne attribue un degré aberrant à certains stimuli non pertinents. Les idées délirantes qui en découlent sont des explications cognitives pour attribuer du sens à cette saillance aberrante. La saillance aberrante permet une approche alternative de la psychose. L'objectif de cette revue est d'identifier le potentiel d'éducation à la maladie et aux traitements de la saillance aberrante dans la schizophrénie.

Méthodologie : À l'aide d'une équation de recherche nous avons recherché dans les principales bases de données scientifiques (Medline, Embase, Central, PsycInfo et PsycArticles) les publications dont le thème principal est la saillance aberrante chez l'adulte schizophrène.

Résultats : Neuf publications ont été retenues, elles proviennent de 3 continents différents (Amérique, Asie et Europe). Il s'agit de 8 études comparatives et d'une étude de cohorte. Elles mobilisent des outils spécifiques à la saillance (SAT et ASI) et des techniques d'imageries cérébrales ou de mesure de l'activité électrique cérébrale. Cela permet de cartographier les réseaux cérébraux impliqués dans la saillance aberrante et de reconnaître les implications cliniques que cela engendre.

Conclusion : L'Infirmier de Pratique Avancée pourrait jouer un rôle important dans la diffusion des connaissances autour de la saillance aberrante dans la schizophrénie. En développant son leadership l'IPA pourrait proposer de l'éducation thérapeutique sur la schizophrénie en mobilisant le paradigme de la saillance aberrante auprès des usagers et de leurs familles mais aussi auprès des professionnels de santé (initiés et non-initiés au domaine d'exercice de la psychiatrie).

Mots-clés : Saillance Aberrante, Schizophrénie, Psychose, Trouble du spectre de la schizophrénie, Infirmier en Pratique Avancée, Éducation thérapeutique.

Aberrant salience in schizophrenia - A new definition of delusional production to better understand it

Introduction: Salience is the brain's ability to automatically process information in such a way as to select the most important stimuli for survival and eliminate the others. In the schizophrenic individual, salience is disrupted and he or she attributes an aberrant degree to certain irrelevant stimuli. The resulting delusions are cognitive explanations for attributing meaning to this aberrant salience. The notion of aberrant salience provides an alternative approach to psychosis. The purpose of this review is to identify the potential for education on the disease and treatment of aberrant salience in schizophrenia.

Method: We used a search equation to single out publications focusing on aberrant salience in adults with schizophrenia among the main scientific databases (Medline, Embase, Central, PsycInfo and PsycArticles).

Results: We selected nine publications from 3 different continents (America, Asia and Europe). The selection includes 8 comparative studies and one cohort study. It mobilizes tools specific to salience (SAT and ASI) as well as brain imaging techniques and techniques for measuring brain electrical activity. These tools make it possible to map the brain networks involved in aberrant salience in order to acknowledge the clinical implications.

Conclusion: Advanced Practice Nurses could have a major role in the dissemination of knowledge about aberrant salience in Schizophrenia. By developing their leadership, they could offer patient education on Schizophrenia by mobilizing the paradigm of aberrant salience when dealing with users and their families. They could also help educating other health professionals (those initiated as well as those new to the field of psychiatry).

Keywords: Aberrant Salience, Schizophrenia, Psychosis, Schizophrenia Spectrum Disorder, Advanced Practice Nurse, Therapeutic Education.

