



HAL
open science

Étude évaluative de l'impact d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques

Myriam Léal

► **To cite this version:**

Myriam Léal. Étude évaluative de l'impact d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques. *Psychiatrie et santé mentale*. 2020. dumas-03174936

HAL Id: dumas-03174936

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03174936v1>

Submitted on 19 Mar 2021

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DES ANTILLES

2020

FACULTE DE MEDECINE
HYACINTHE BASTARAUD
N° 2020ANTI0570

Étude évaluative de l'impact d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques

THESE

Présentée et soutenue publiquement à la Faculté de Médecine Hyacinthe BASTARAUD
des Antilles

Et examinée par les Enseignants de la dite Faculté

Le 29 Juin 2020

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Par

LEAL Myriam

Examineurs de la thèse :

M. Louis JEHEL

M. Moustapha DRAME

M. Christophe DELIGNY

M. Jean-Marc JEREMIE

M. Rémy SLAMA

Professeur, Président du Jury

Professeur

Professeur

Docteur en Médecine

Docteur en Médecine, Directeur de Thèse



Le Président de l'Université des Antilles : Eustase JANKY

Doyen de la Faculté de Médecine : Raymond CESAIRE

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Suzy DUFLO

<u>Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
Pascal BLANCHET _____	Chirurgie Urologique CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 95
André-Pierre UZEL _____	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 66
Pierre COUPPIE _____	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39
Thierry DAVID _____	Ophthalmologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 55
Suzy DUFLO _____	ORL – Chirurgie Cervico-Faciale CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 93 46 16
Eustase JANKY _____	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel 05 90 89 13 89
François ROQUES _____	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 71
Jean ROUDIE _____	Chirurgie Digestive CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 01 - Tel : 05 96 55 22 71
Jean-Louis ROUVILLAIN _____	Chirurgie Orthopédique CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 28
André CABIE _____	Maladies Infectieuses CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 01
Philippe CABRE _____	Neurologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 61
Raymond CESAIRE _____	Bactériologie-Virologie-Hygiène option virologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 11
Maryvonne DUEYMES-BODENES _____	Immunologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 24 24

Annie LANNUZEL	Neurologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 14 13
Louis JEHEL	Psychiatrie Adulte CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 44
Mathieu NACHER	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention CH de CAYENNE Tel : 05 94 93 50 24
Magalie DEMAR - PIERRE	Parasitologie et Infectiologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 09
Vincent MOLINIE	Anatomie Cytologie Pathologique CHU de FORT DE FRANCE Tel : 05 96 55 20 85/55 23 50
Philippe KADHEL	Gynécologie-Obstétrique CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 20
Michel DEBANDT	Rhumatologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 52
Karim FARID	Médecine Nucléaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 67
Mehdi MEJDOUBI (disponibilité)	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 21 84
Rémi NEVIERE	Physiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christian SAINTE-ROSE	Radiodiagnostic et imagerie Médicale CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Sébastien BREUREC	Bactériologie & Vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 12 80
Félix DJOSSO	Maladies infectieuses et tropicales CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 50 50
Nicolas VENISSAC	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Moustapha DRAMÉ	Épidémiologie, Économie de la Santé CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Christophe DELIGNY	Médecine Interne CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 22 55
Narcisse ELENGA	Pédiatrie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 77 37
Nadège CORDEL	Dermatologie & Vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

Harold MERLE _____	Ophtalmologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00
Pierre-Marie ROGER _____	Maladies infectieuses et tropicales CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Maturin TABUE TEGUO _____	Médecine interne : Gériatrie et Biologie du vieillissement CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
CORDEL-WATTIER Nadège _____	Dermato-vénérologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10

<u>Professeur de Médecine Générale</u>	
Jeannie HELENE-PELAGE _____	Médecine Générale CHU de Pointe-à-Pitre / Cabinet libéral Tel : 05 90

<u>Professeur Associé de Médecine Générale</u>	
Franciane GANE-TROPLENT _____	Médecine générale Cabinet libéral les Abymes Tel : 05 90

<u>Maître de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers</u>	
Jocelyn INAMO _____	Cardiologie CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 23 72 - Fax : 05 96 75 84 38
Fritz-Line VELAYOUDOM épouse CEPHISE _____	Endocrinologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 03
Marie-Laure LALANNE-MISTRIH _____	Nutrition CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 13 00
Moana GELU-SIMEON _____	Gastroentérologie hépatologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Véronique BACCINI _____	Hématologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Laurent BRUREAU _____	Urologie CHU de POINTE-A-PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
Clarisse JOACHIM-CONTARET _____	Epidémiologie, économie de la santé et prévention CHU de FORT- DE - FRANCE Tel : 05 96 55 20 00

<u>Maître de Conférence des Université de Médecine Générale</u>	
Philippe CARRERE	Médecine générale

<u>Maître de Conférence Associé de Médecine Générale</u>	
Franck MASSE	Médecine générale
KANGAMBEGA-CHATEAU-DEGAT Walé	Médecine générale

<u>Chefs de Clinique des Universités - Assistants des Hôpitaux</u>	
BROUZENG-LACOUSTILLE Charlotte	Endocrinologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590
BUTORI Pauline	Ophtalmologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590
CHAUMONT Gilles	Neurologie CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
CHEVALLIER Ludivine	Chirurgie Digestive et Viscérale CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
DUDOUIT Sylvain	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
DURTETTE Charlotte	Médecine interne CHU de Martinique Tél. : 0596 55 22 55
HENNO Florent	Anesthésie-Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
HUYGHUES DES ETAGES Gunther	ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 60
JEREMIE Jean-Marc	Psychiatrie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 44
LEFEVRE Benjamin	Maladies infectieuses CHU de Pointe-à-Pitre Tel : 05 90 89 10 10
MONFORT Astrid	Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72
PARSEMAIN Aurélie	ORL/Chirurgie maxillo faciale CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 14 60

PASQUIER Jérémie	Maladies infectieuses et tropicales CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
PERROT Emmanuelle	Urologie CHU de POINTE- À -PITRE/ABYMES Tel : 05 90 89 10 10
POUY Sébastien	Cardiologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 23 72
RENARD Guillaume	Chirurgie Orthopédique CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
ROLLE Amélie	Réanimation CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 10 10
SAINTE-ROSE Vincent	Parasitologie CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
SYLVESTRE Emmanuelle	Maladies Infectieuses CHU de Martinique Tél. : 0596 55 20 00
TRAMIER Ambre	Gynécologie-Obstétrique CHU de Pointe-à-Pitre Tél. : 0590 89 19 89
<u>Assistants des Hôpitaux Universitaires</u>	
BLAIZOT Romain	Dermatologie CH de CAYENNE Tel : 05 94 39 53 39

<u>Chefs de Clinique des Universités – Médecine Générale</u>	
BONIFAY Timothée	Médecine Générale CHU de Cayenne, Croix Rouge Tél. : 0594 39 50 50
CARPIN Jamila	Médecine Générale Cabinet du Dr GANE- TROPLENT Tél. : 0590
NIEMETZKI Florence	Médecine Générale CH « Andrée Rosemon » de Cayenne/Cabinet Tél. : 05 94 39 50 50 poste 59 28
PLACIDE Axiane	Médecine Générale CHU de Martinique, Cabinet Tél. : 05 90

Remerciements

Au **Professeur Louis JEHEL**, *PU-PH et Chef de service de Psychiatrie et Psychologie médicale, Addictologie et Psychotraumatologie du CHU de Martinique*, mon coordinateur de DES et président de jury, pour m'avoir permis de suivre ce cursus et d'acquérir les compétences nécessaires à ma spécialisation en psychiatrie. Je tiens également à vous remercier d'avoir rendu possible l'approfondissement de mes connaissances en psychiatrie légale, victimologie et criminologie, ces disciplines si passionnantes. Le dévouement dont vous faites preuve pour les populations en détresse force le respect.

Je suis très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury.

Au **Docteur Rémy SLAMA**, *Chef du pôle NAS du CHMD*, mon directeur de thèse, pour cette proposition de recherche, qui m'a permis de mieux appréhender, m'investir et m'épanouir dans ce complément de prise en charge incontournable qu'est l'éducation thérapeutique. Vous m'avez offert le privilège de réaliser ce travail à vos côtés et ce fut un immense honneur. Je vous remercie de m'avoir fait confiance et de m'avoir accompagnée. Vos remarques judicieuses et votre soutien ont été précieux tout au long de cette étude.

Au **Professeur Moustapha DRAME**, *PU-PH en Epidémiologie et Santé Publique*, pour me faire l'honneur de juger mon travail, mais également pour votre soutien et votre bienveillance. Vos analyses statistiques ont été pour moi d'une aide incontestable.

Au **Professeur Christophe DELIGNY**, *PU-PH de Médecine Interne*, pour avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse, veuillez trouver ici le témoignage de mon profond respect et de ma haute reconnaissance pour la confiance que vous m'avez accordé.

Au **Docteur Jean-Marc JEREMIE**, *Praticien Hospitalier en psychiatrie*, pour la disponibilité et la bienveillance envers les internes de psychiatrie et pour le soutien que vous m'avez apporté dans les moments difficiles. Je suis honorée de vous compter parmi les membres du jury.

À **Mme Véronique CORDOBA**, *psychologue du pôle Nord-Atlantique du CHMD*, qui a collaboré à la mise en place de ce programme psychoéducatif et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir, pour ces heures passées ensemble à essayer d'élaborer au mieux cet atelier, mais également pour ton soutien infaillible.

À toute l'équipe médicale et paramédicale du pôle NAS du CHMD pour m'avoir accueillie dans leur service et avoir contribué à la mise en place de ce projet. Un merci particulier au Dr BAUDU pour sa relecture et ses précieux conseils et au Dr GUILLARD pour sa motivation.

À tous les praticiens croisés durant mes stages, qui ont su m'apporter leur passion de la psychiatrie et me transmettre leurs brillantes connaissances ; ainsi qu'à mes co-internes.

A titre plus personnel...

À mes parents, pour votre amour, votre soutien et les valeurs que vous m'avez transmises, qui m'ont permis de devenir celle que je suis.

À mon compagnon, Alexandre, et son amour inconditionnel, pour croire aussi fort en nous, avec toi je sais que rien est impossible.

À mes beaux-parents, pour votre amour et votre bienveillance, merci de m'avoir accueillie dans votre famille comme votre propre fille.

À mes nombreux oncles, tantes, cousins et cousines, les moments passés avec vous me manquent énormément.

À mes amies d'enfance, Carla, Marilyne, Eunice (ainsi qu'à leurs conjoints), nous avons appris à marcher ensemble et j'espère que nous partagerons le même chemin pendant encore de longues années.

À mes amis qui se trouvent loin des yeux mais près du cœur : Kathy, Chloé, Pauline, Mickael et Sandra, Alexandre, Maxence, mes danseurs : Jay, Anas, Wilfred, Noelline, Alain et tous les autres avec qui j'ai partagé de superbes aventures ; et encore bien d'autres ... Un merci particulier à Florence pour ta motivation qui m'aura permis de soutenir cette thèse avant l'arrivée de bébé.

À mes amis qui rendent la vie encore plus belle en Martinique : Yasmine et Ismaël, Pauline et Samuel, Lindy et Fidel, Laura et Jeff, Julien, Mickaël et Melissa (...). Un grand merci à Laura pour tes relectures et ton précieux soutien qui m'ont tellement aidé.

À tous ceux qui m'ont manifesté leur soutien à travers vos messages, je ne pourrais pas tous vous citer mais je vous remercie pour m'avoir donné la motivation et l'énergie nécessaires pour persévérer et réaliser cette thèse.

À mon futur enfant,

Tu nous as fait la surprise de venir te loger dans mon ventre pendant cette année particulière de thèse, tu es devenu ma force et ma source de motivation au quotidien. Ton papa et moi avons tellement hâte de te rencontrer. J'espère que je saurai t'apporter tout ce dont tu as besoin pour t'épanouir dans la vie.

Je souhaite te dédier ce travail.

Table des matières

Remerciements	7
Table des matières	9
Table des tableaux et figures	10
Table des annexes	10
Liste des abréviations	11
Résumé	13
I. Introduction	14
II. Matériel et Méthodes	17
1. Schéma de l'étude.....	17
2. Cadre de l'étude	17
a. <i>Elaboration de l'atelier</i>	17
b. <i>Déroulement de l'atelier et des séances</i>	18
c. <i>Recueil des données</i>	19
3. Description de la population de l'étude	19
4. Variables étudiées	20
a. <i>Choix de l'évaluation de l'insight</i>	20
b. <i>L'insight clinique</i>	21
5. Sources de données	21
a. <i>Choix de l'échelle d'insight</i>	21
b. <i>Création de l'échelle d'insight</i>	22
6. Description des procédures mises en place pour réduire les biais	23
7. Calcul de l'effectif nécessaire à l'étude.....	23
8. Aspects éthiques et réglementaires.....	24
9. Analyse statistique	24
III. Résultats.....	25
1. Participants à l'étude	25
2. Données descriptives des participants	25
3. Evolution de l'insight avant et après l'atelier de psychoéducation	27
4. Evolution des sous-scores de l'échelle d'insight avant et après l'atelier	29
a. <i>Evolution du sous-score « conscience de la maladie »</i>	29
b. <i>Evolution du sous-score « conscience des conséquences de la maladie »</i>	29
c. <i>Evolution du sous-score « conscience du besoin d'aide »</i>	29
5. Satisfaction des participants à l'égard de l'atelier	31

IV. Discussion	32
1. Résultats clés	32
2. Limites et forces de l'étude	32
3. Interprétation	35
4. Généralisation des résultats	37
5. Conclusion et perspectives	38
Références bibliographiques	39
Annexes.....	41
Serment d'Hippocrate	48
Imprimatur	49

Table des tableaux et figures

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon	26
Tableau 2 : Participation des patients à l'atelier de psychoéducation	27
Tableau 3 : Scores d'insight des participants avant et après l'atelier	28
Tableau 4 : Evolution du score d'insight des patients avant et après l'atelier	28
Tableau 5 : Sous-scores des participants à l'échelle d'insight avant et après l'atelier	30
Tableau 6 : Evolution des sous-scores de l'échelle d'insight avant et après l'atelier	30
Figure 1 : Diagramme de flux de la population de l'étude	25
Figure 2 : Scores d'insight de chaque participant avant et après l'atelier	27
Figure 3 : Réponses au questionnaire "vécu et adhésion du patient"	31

Table des annexes

Annexe 1 : Echelle d'insight	41
Annexe 2 : Grille d'aide à la cotation de l'échelle d'insight	42
Annexe 3 : Questionnaire vécu et adhésion du patient.....	43
Annexe 4 : Grille d'évaluation du besoin en éducation thérapeutique	44
Annexe 5 : Diagnostics de la catégorie F20-F29 de la CIM-10	46
Annexe 6 : Avis de l'IRB du CHU de Martinique	47

Liste des abréviations

ALD : Affections Longue Durée

ARS : Agence Régionale de Santé

BCIS : Beck Cognitive Insight Scale

BIS : Birchwood Insight Scale

CHMD : Centre Hospitalier Maurice Despinoy

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CIM-10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ETP : Education Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital de Jour

HPST : loi Hôpital Patient Santé et Territoires

IPCEM : Institut de Perfectionnement en Communication et Education Médicale

IPQ-R : The Illness Perception Questionnaire-Revised

IQ8 : Insight Q8

ITAQ : Insight and Treatment Attitude Questionnaire

IS (de Markova et Berrios) : Insight Scale (aussi nommé IPQ ou Insight in Psychosis Questionnaire)

MIC-CR : Measure of Insight into Cognition-Clinician Rated

NAS : Nord Atlantique - Sud

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PEH : Patients' Experience of Hospitalization

QAI : Questionnaire d'autoévaluation de l'introspection (version française validée du SAIQ)

SAI : Schedule for the Assessment of Insight

SAIQ : Self-Appraisal of Illness Questionnaire

SUMD : The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder

**Étude évaluative de l'impact d'un
atelier de psychoéducation mis en
place en intra-hospitalier sur l'insight
de patients atteints de troubles
psychotiques**

Résumé

Introduction :

Les troubles psychotiques représentent un ensemble de pathologies psychiatriques chroniques et invalidantes dont la prévalence est particulièrement élevée en Martinique. La majorité des patients qui en sont atteints présentent des troubles de l'insight qui conditionnent fortement leur adhésion aux soins. La psychoéducation a été développée pour répondre à ces troubles et à leurs conséquences mais elle reste encore peu répandue en milieu intra-hospitalier.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact, sur l'amélioration de l'insight, d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier, destiné aux patients hospitalisés au Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD) et souffrant de troubles psychotiques.

Méthode :

Nous avons réalisé une étude observationnelle analytique rétrospective de type avant/après monocentrique, au CHMD, en Martinique. Les patients inclus étaient ceux ayant participé à au moins 2 séances de l'atelier de psychoéducation en intra-hospitalier du pôle Nord-Atlantique Sud (NAS), entre le 14 Juin 2019 et le 21 Février 2020, et dont les questionnaires avaient été correctement remplis. Le critère d'évaluation principal était la différence de score d'insight avant et après la participation à l'atelier et reposait sur l'échelle d'insight créée par l'équipe du pôle NAS. Le critère d'évaluation secondaire était l'évolution des sous scores de l'échelle d'insight, avant et après la participation au groupe. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et analysées à l'aide d'un test t de Student sur série appariée. Le seuil de signification des tests statistiques était fixé à 0,05.

Résultats :

Au total, 37 patients ont été inclus dans l'étude. Le ratio homme/femme était de 2,7 et l'âge moyen était de 41 ans. Parmi les individus inclus, 56,8% avaient un diagnostic de schizophrénie, 24,3% un diagnostic de trouble schizo-affectif, 13,5% un diagnostic de trouble délirant chronique, et 81% des individus avaient participé à au moins 3 séances de psychoéducation.

Les résultats ont montré que 70% des patients avaient un score d'insight plus élevé après avoir participé à l'atelier. Suite à leur participation, le score d'insight moyen des patients est passé de 16 à 20 sur 30 ; il a augmenté significativement en moyenne de 3,86 points. Les trois sous-scores de l'échelle d'insight ont augmenté de façon significative. Le sous-score ayant le moins augmenté étant le sous-score « conscience de la maladie » avec une augmentation moyenne de 0,92 points sur 12.

Conclusion :

Malgré les nombreuses limites de notre étude, celle-ci montre le bénéfice significatif d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'amélioration de l'insight des patients atteints de troubles psychotiques. Les résultats sont en accord avec les données de la littérature, ils attestent ainsi l'intérêt d'une telle démarche, même au plus près d'une décompensation et sont très encourageants pour la poursuite de son développement. Des perspectives comme le déploiement de cette intervention psychoéducative à une plus large échelle et la réalisation d'études comparatives mesurant l'impact de l'atelier sur l'alliance, l'adhésion thérapeutique, la rechute et les compétences acquises en auto-soin sont ouvertes.

I. Introduction

D'après la littérature internationale, la prévalence des troubles psychotiques est comprise entre 0,5 et 2% en population générale, selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) pour les psychoses délirantes chroniques (troubles schizophréniques, schizophréniformes, schizo-affectifs, troubles délirants principalement paranoïaques et autres psychoses délirantes atypiques) [1,2]. En 2017, selon les données de l'Assurance Maladie, 430 100 personnes étaient prises en charge pour troubles psychotiques en France, soit 7,64 pour 1000 habitants, dont 4100 personnes en Martinique, ce qui correspondait à 11,81 pour 1000 habitants en population martiniquaise. Concernant les dépenses pour l'Assurance Maladie, 5 052 millions d'euros (soit 3,1% des dépenses) étaient attribués à la prise en charge des troubles psychotiques, dont 77% pour les dépenses hospitalières [3].

Une étude menée par Ballon *et al.* en 2004 [4] a montré que la prévalence des troubles psychotiques était 2,4 fois plus élevée aux Antilles françaises par rapport à la France métropolitaine. Quelques rares études réalisées depuis ont appuyé ce résultat [5,6]. Un risque de psychose plus élevé chez les sujets à peau pigmentée dans la population antillaise résidant en métropole a également été retrouvé. Selon les auteurs, il y aurait plusieurs hypothèses possibles à cette plus grande prévalence des troubles psychotiques aux Antilles : l'existence de mouvements de population, l'abus de drogues telles que le cannabis et la cocaïne, l'adversité sociale, la croyance aux forces surnaturelles et les pratiques magico-religieuses, et l'expression de troubles de l'humeur sous une forme psychotique décrite dans plusieurs pays africains [4–7].

Les troubles psychotiques correspondent aux diagnostics les plus fréquemment rencontrés dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie de secteur en Martinique. En 2018, 62% des hospitalisations en psychiatrie de secteur étaient liées à une décompensation psychotique. Au sein du pôle Nord-Atlantique Sud (NAS), les patients psychotiques (patients ayant un diagnostic appartenant à la classe F20-F29 de la Classification Internationale des Maladies, 10^e révision (CIM-10)) représentaient 64% des patients hospitalisés et 41% des patients suivis en ambulatoire. Le taux de recours à l'hospitalisation pour ces patients était 2 fois plus important en Martinique qu'au niveau national en 2017 [8].

Par ailleurs, au-delà de leur prévalence relativement élevée, les troubles psychotiques représentent des pathologies chroniques particulièrement invalidantes, en effet la schizophrénie correspond à elle seule à la huitième cause de handicap chez les 15 à 44 ans en termes d'années de vies ajustées sur l'incapacité selon l'OMS [9].

Le concept d'insight appliqué aux troubles mentaux (traduit approximativement par « conscience du trouble ») est apparu en France vers le milieu du XIXe siècle [10] et est principalement utilisé dans les troubles psychotiques. L'absence d'insight, ou plus précisément la méconnaissance de l'état morbide d'un point de vue clinique, est même considérée par certains comme un trait inhérent à la schizophrénie [11]. Selon la littérature, les troubles de l'insight touchent 57 à 98 % des patients atteints de schizophrénie, environ 50 % ne s'estiment pas malades et refusent le traitement, 75 % interrompent leur traitement dans les deux ans qui suivent son instauration et 87% méconnaissent les symptômes spécifiques de leur maladie [11–13]. Il a été démontré que les troubles de l'insight conditionnaient fortement l'observance médicamenteuse, à côté de la sévérité de la maladie et des effets indésirables des traitements. Or, dans la schizophrénie et les autres troubles psychotiques, une mauvaise observance médicamenteuse est un facteur d'aggravation des symptômes, de consommation de soins, de rechute et de recours à l'hospitalisation. Ainsi, un pauvre insight est fréquemment mis en cause dans l'inobservance thérapeutique mais également dans l'augmentation des rechutes et des hospitalisations [12,13].

La psychoéducation a été développée pour répondre aux troubles de l'insight et à leurs conséquences [13]. D'après les données de la littérature, les ateliers de psychoéducation et les programmes d'éducation thérapeutique mis en place dans le cadre de maladies psychiatriques chroniques permettent : une amélioration de l'insight ; une augmentation de l'observance à court, moyen et long termes des traitements psychotropes et de l'implication dans la prise en charge ; la diminution du taux de rechutes ou récurrences, de la fréquence des hospitalisations et du nombre de jours d'hospitalisation ; une amélioration du fonctionnement et des interactions sociales ; la diminution de l'auto-stigmatisation ; l'amélioration de la qualité de vie dans certains domaines tels que la santé, le travail, les finances, le bien-être et les loisirs ; ainsi que l'acquisition d'un savoir-faire par le patient et d'un contrôle de la maladie et du traitement [13–18]. Les études antérieures ont ainsi démontré un intérêt thérapeutique majeur de la psychoéducation, notamment sur de nombreuses dimensions cliniques de la maladie schizophrénique, et ce aussi bien pour les patients que pour leur famille. De plus, ces effets semblent relativement stables et durables. Ainsi, selon plusieurs auteurs, les interventions psychoéducatives sont devenues incontournables du

point de vue de l'efficacité thérapeutique et sont d'ailleurs recommandées par plusieurs guidelines thérapeutiques en psychiatrie, et tout particulièrement en ce qui concerne la schizophrénie [13,14,16]. Cependant, ces études portent, en grande majorité, sur des ateliers dispensés en extra-hospitalier et il existe peu de données concernant les démarches éducatives mises en place en intra-hospitalier, au plus près de la crise.

Il n'existe, jusqu'à présent, aucun atelier d'Éducation Thérapeutique du Patient agréé par l'ARS en Martinique comme en Guadeloupe, en ce qui concerne la psychiatrie. Le Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD) s'intéresse depuis plusieurs années aux enjeux de l'éducation thérapeutique, cependant, la pratique de la psychoéducation ne s'est pas encore suffisamment diffusée, particulièrement au cours de la prise en charge intra-hospitalière, soit au plus près de la crise ; ce qui a notamment été souligné par l'analyse de la politique de promotion de la santé du projet médical d'établissement. Un programme d'éducation thérapeutique est en cours d'expérimentation à l'Hôpital de Jour (HDJ) du Secteur Nord Atlantique et sera soumis très prochainement à l'ARS pour validation ; l'atelier mis en place en intra-hospitalier au sein de ce même secteur, et qui fait l'objet de cette étude, a été pensé dans la continuité de ce programme développé en extra-hospitalier.

Du point de vue de la littérature, aucune étude de ce type ne semble avoir été réalisée jusqu'à présent, en milieu intra-hospitalier, au sein de la culture afro-caribéenne.

Nous émettons l'hypothèse que la participation à un atelier de psychoéducation en intra-hospitalier, au plus proche de la crise, permettrait une amélioration de l'insight des patients atteints de troubles psychotiques.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact sur l'amélioration de l'insight d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier, destiné aux patients hospitalisés au CHMD en Martinique et souffrant de troubles psychotiques.

L'objectif secondaire de l'étude est d'évaluer l'évolution de l'insight des participants selon les dimensions de conscience de la maladie, conscience des conséquences de cette maladie et conscience du besoin d'aide.

Nous avons également apprécié le niveau de satisfaction des participants vis-à-vis de l'atelier.

II. Matériel et Méthodes

1. Schéma de l'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle analytique rétrospective de type avant/après, monocentrique.

2. Cadre de l'étude

L'enquête portait sur l'évolution de l'insight des patients ayant participé à l'atelier de psychoéducation dispensé en intra-hospitalier, au sein du pôle Nord-Atlantique Sud du CH Maurice Despinoy, entre le 14 Juin 2019 et le 21 Février 2020.

a. Elaboration de l'atelier

En fin d'année 2018, nous avons décidé de mettre en place, au sein des unités d'hospitalisation du pôle NAS du CHMD, un atelier de psychoéducation destiné aux patients hospitalisés et atteints d'un trouble psychotique.

S'appuyant sur les recommandations de l'OMS et la loi Hôpital Patient Santé et Territoires (HPST) encadrant légalement les programmes d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), nous avons participé à une Formation Pédagogique à l'ETP de 40h dispensée par l'IPCEM, ayant eu lieu en Mars 2019 à Fort-de-France. Suite à cette formation, nous avons élaboré et planifié les différentes séances de l'atelier ainsi que les compétences à développer avec les patients, puis nous avons créé les outils et supports nécessaires à l'animation de ces séances. Nous avons, par ailleurs, imaginé la construction de cet atelier en se rapprochant au maximum d'un modèle d'ETP comme défini par la HAS, en vue d'avoir la possibilité de déposer, par la suite, une demande de validation par l'ARS en association avec l'atelier mis en place en ambulatoire.

Afin de respecter une cohérence dans les prises en charge sur l'ensemble du pôle NAS, plusieurs réunions ont été organisées avec les différents acteurs de la psychoéducation sur les secteurs Nord Atlantique et Sud entre les mois d'Avril et Juin 2019. Ces réunions ont notamment eu pour but de définir quelle échelle serait utilisée pour mesurer le niveau d'insight des patients et en évaluer l'évolution, en hospitalisation comme en ambulatoire. Un auto-questionnaire d'évaluation

du besoin éducatif des patients a également été élaboré afin d'être soumis à tous les patients hospitalisés, par leur infirmier référent respectif, en début d'hospitalisation (Annexe 4).

b. Déroulement de l'atelier et des séances

Les séances de psychoéducation ont débuté le 14 Juin 2019.

Les critères d'inclusion au groupe de psychoéducation étaient :

- Patient hospitalisé dans un service de secteur du CHMD
- Ayant un diagnostic de trouble psychotique, défini selon la catégorie F20-F29 « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » de la CIM-10 (Annexe 5)
- Ayant reçu l'annonce diagnostique par un médecin au préalable
- Informé et consentant à participer au groupe

N'étaient pas inclus :

- Les patients hospitalisés pour un premier épisode psychotique
- Les patients présentant des troubles du comportement rendant leur présence dans un groupe difficile (selon l'évaluation subjective de l'équipe médicale et infirmière)

Les patients étaient adressés par leur psychiatre référent durant leur hospitalisation. Le groupe était limité à un nombre maximum de 8 patients par séance.

Avant leur participation à l'atelier, l'équipe soignante faisait passer le questionnaire d'insight (*décrit ci-après et consultable en annexe*) à chaque patient inclus dans le groupe.

L'atelier était composé de 4 séances, à raison d'une séance par semaine, et reconduit de façon cyclique. Chacune des 4 séances était indépendante l'une de l'autre et le patient pouvait participer à autant de séances qu'il le désirait durant son hospitalisation.

Les séances abordaient les thèmes suivants :

1. Les causes et les caractéristiques générales des troubles psychotiques
2. La lutte contre la stigmatisation, les symptômes, les mécanismes cérébraux mis en jeu
3. Les traitements et les effets secondaires
4. La prévention des rechutes, le rétablissement, les structures d'aide et de soin extra-hospitalières

Un pair aidant accompagné d'un soignant exerçant à l'HDJ du secteur Nord-Atlantique co-animaient la quatrième séance.

A la fin de chaque séance, un questionnaire Vrai/Faux reprenant trois notions essentielles abordées lors de la séance était rempli par chaque patient, permettant d'évaluer l'assimilation des informations clés.

Après avoir participé aux séances désirées, ou (le plus souvent) lorsqu'une sortie d'hospitalisation était prévue, l'équipe soignante faisait à nouveau passer le questionnaire d'insight au participant afin de pouvoir évaluer son évolution avant et après l'atelier. Un auto-questionnaire portant sur le vécu et l'adhésion à l'atelier était également remis au patient afin qu'il le remplisse et le remette aux infirmiers, dans le but d'évaluer sa satisfaction vis-à-vis du programme (*Annexe 3*).

Les réponses et les scores aux tests d'insight (avant/après) étaient retranscrits dans le dossier de soin informatisé de chaque patient.

Un suivi psychologique était proposé aux participants si besoin.

c. Recueil des données

Les dossiers médicaux des patients inclus ont été analysés de façon rétrospective à l'issue de l'animation de 7 modules de 4 séances dans le but de pouvoir inclure un minimum de 30 patients dans l'étude. Le recueil a été effectué par un enquêteur unique sur une période de 3 semaines, dans un bureau clos situé dans l'enceinte du pôle Nord-Atlantique, en utilisant le Dossier Patient Informatisé (DPI) des participants, disponible sur le logiciel sécurisé Cimaïse. Les données recueillies étaient : le sexe, l'âge, le diagnostic posé, le nombre de séances auxquelles le patient avait participé, le score d'insight et les sous-scores avant et après la participation à l'atelier. Ces données ont été saisies sur un fichier Excel en attribuant un numéro à chaque patient afin de préserver leur anonymat. Les réponses au questionnaire de satisfaction ont été recueillies sur un fichier Excel à part, à partir des questionnaires papier qui avaient été remis aux patients.

3. Description de la population de l'étude

La population incluse dans cette étude correspondait :

- Aux patients ayant participé à au moins deux séances de psychoéducation dispensées au sein du pôle NAS durant leur hospitalisation au CHMD
- Dont les questionnaires d'insight avant et après la participation avaient été correctement remplis
- Et n'ayant pas manifesté leur opposition à participer à l'étude.

Les patients ayant participé à une seule séance de psychoéducation, ainsi que les patients dont les questionnaires d'insight étaient manquants ou n'avaient pas été complétés correctement, n'ont pas été inclus.

4. Variables étudiées

Afin d'évaluer l'efficacité de l'atelier de psychoéducation auprès des participants, nous avons entrepris de mesurer l'évolution de leur niveau d'insight clinique après avoir participé à l'atelier par rapport à leur niveau d'insight avant leur participation.

L'évolution des dimensions « conscience de la maladie », « conscience des conséquences de la maladie » et « conscience du besoin d'aide » de l'insight a également été mesurée.

Le niveau de satisfaction des participants vis-à-vis de l'atelier a par ailleurs été évalué.

a. Choix de l'évaluation de l'insight

L'insight s'est avéré être une dimension fondamentale pour l'appréciation de la gravité des troubles mentaux et en particulier pour les troubles psychotiques. Les données de la littérature montrent une corrélation positive entre un bon insight et l'observance thérapeutique [19], l'adhésion au traitement, la fréquentation des lieux de soins, une stabilisation précoce, durable et efficace de la maladie, l'amélioration des relations et du fonctionnement social [11]. Un défaut d'insight a, à l'inverse, fréquemment été mis en cause dans l'inobservance thérapeutique, qu'elle soit pharmacologique ou psychosociale, et a été défini comme étant l'un des meilleurs prédicteurs d'une rechute après un premier épisode psychotique [12,13]. Un faible insight a, en outre, été corrélé à la sévérité de la maladie schizophrénique, aussi bien dans les symptômes positifs que négatifs, que ce soit au long court ou lors d'un premier épisode [19].

Un bon insight pourrait cependant avoir des conséquences négatives. En effet, il a pu être associé à davantage de symptômes dépressifs, voire de comportements suicidaires, à une baisse de l'estime de soi et une détérioration du vécu subjectif de la qualité de vie. Ces résultats paradoxaux semblaient médiatisés par l'internalisation des croyances stigmatisantes sur la maladie mentale. En effet, il existerait une corrélation positive entre la conscience des troubles, l'observance thérapeutique et l'internalisation des stigmatisations [12,17,19]. Or, la pathologie portant le plus de stigmatisations serait sans conteste la schizophrénie [12].

b. L'insight clinique

Depuis l'apparition du concept d'insight et son application aux troubles mentaux, plusieurs modèles d'explication du déficit d'insight et différentes échelles d'évaluation ont été proposées. Parmi ces différents modèles, l'insight clinique a été défini par l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie et son implication en termes de prise en charge thérapeutique. L'évaluation dimensionnelle de l'insight clinique a été proposée pour saisir quantitativement et avec plus de détails certaines de ses composantes explicitement définies. Le but était alors de définir l'insight de manière multidimensionnelle par la conscience de la maladie et des symptômes, de la nécessité d'un traitement, des conséquences sociales de la maladie ; par la capacité du patient à attribuer une cause à la maladie et/ou aux symptômes et à leurs conséquences ; par l'aptitude à rapporter l'image de Soi et par la conscience des stratégies psychologiques de défense. Cette définition comprend ainsi, dans une approche exhaustive, la compréhension par le sujet de son vécu, le jugement porté par lui sur ce vécu, et des conceptions relatives à la compréhension du Soi et des processus psychologiques du Soi [10–12,20]. C'est cette approche qui a été privilégiée par l'équipe du pôle NAS afin de mesurer l'insight des patients.

5. Sources de données

Les résultats ont été recueillis à l'aide d'un auto-questionnaire d'évaluation de l'insight créé par l'équipe du pôle NAS du CHMD (médecins, psychologues, infirmiers, diététicienne titulaire d'un master 1 en éducation thérapeutique, exerçants en intra et/ou en extra-hospitalier) suite à plusieurs réunions ayant eu lieu entre les mois d'Avril et Juin 2019.

Le niveau de satisfaction des patients vis-à-vis de l'atelier a été mesuré par le recueil de leurs réponses au questionnaire « vécu et adhésion du patient » remis en fin d'atelier (*Annexe 3*).

a. Choix de l'échelle d'insight

Dans un premier temps, les différentes échelles d'insight existantes validées ont été recherchées et étudiées. Après avoir choisi et expérimenté l'échelle BIS avec les équipes soignantes et certains patients du secteur Nord Atlantique, l'équipe s'est rendue à l'évidence qu'aucune de ces échelles ne correspondait réellement aux attentes et au projet du pôle.

Ainsi, les échelles étudiées n'ont pas été retenues pour les raisons suivantes : questionnaires non traduits en français (SAI, PEH), échelles n'évaluant pas l'insight selon l'approche clinique dimensionnelle (BCIS, MIC-CR), hétéro-questionnaires évaluateur-dépendants nécessitant souvent une formation préalable (Insight Q8, SUMD), échelles nous semblant trop longues pour nos patients hospitalisés présentant souvent des troubles cognitifs (IS de Markova et Berrios, IPQ-R), items dont la formulation nous posait problème (BIS, QAI, IPQ-R), entrevue semi structurée basée sur l'idée que le patient est en accord avec le professionnel de santé sur ses attitudes face au traitement et à l'hospitalisation (ITAQ). Par ailleurs, aucune étude évaluant ces échelles dans la population antillaise n'avait été répertoriée par l'équipe après recherche sur les bases de données bibliographiques telles que PubMed, Google Scholar et Kolibri+. Or, l'influence du contexte semblait importante puisqu'il a été démontré dans la littérature que ce qui était considéré comme faisant partie ou non de la symptomatologie variait énormément d'une culture à l'autre [21].

Il a alors été décidé, notamment après avoir demandé conseil auprès de formateurs à l'ETP, de créer une échelle d'insight qui pourrait être utilisée avec les patients suivis en psychiatrie, qu'ils soient hospitalisés en phase subaiguë ou stabilisés et suivis en ambulatoire, permettant ainsi une meilleure reproductibilité et continuité de l'évaluation de l'insight au sein des usagers de la psychiatrie en Martinique.

b. Création de l'échelle d'insight

Souhaitant utiliser un outil qui ne soit pas évaluateur-dépendant et aspirant à évaluer la conscience du patient d'être atteint d'un trouble mental nécessitant un traitement, l'équipe du pôle NAS a décidé d'opter pour une évaluation de l'insight selon une approche clinique dimensionnelle, en sélectionnant les items de leur questionnaire parmi ceux des échelles existantes évaluant l'insight clinique et se présentant sous forme d'auto-questionnaire.

Ainsi, chaque item des échelles IS de Markova et Berrios, BIS, QAI, IPQ-R et ITAQ a été classé selon la dimension qu'il évaluait parmi les 9 catégories suivantes : conscience de la maladie / de l'expérience subjective, conscience des symptômes, représentation émotionnelle, éléments de cohérence de la maladie, éléments de contrôle personnel, conscience des conséquences de la maladie, besoin d'un traitement et éléments de contrôle du traitement, chronicité et chronologie cyclique. Les items semblant être les plus pertinents dans le cadre de ce projet ont été sélectionnés puis les questions répétitives ont été retirées en essayant de garder un certain équilibre au travers des différentes dimensions évaluées.

L'échelle finale (Annexe 1) comportait 15 items dont la cotation s'effectuait sur une échelle de Likert à trois niveaux (d'accord, incertain et pas d'accord) et dont le score variait entre 0 (mauvais insight) et 2 (bon insight). Les différents items ont ensuite été regroupés en 3 catégories (selon leur classification de départ) : conscience de la maladie (contenant 6 items donnant un sous-score sur 12 points), conscience des conséquences de la maladie (composée de 3 items, donnant un sous-score sur 6 points) et conscience du besoin d'une aide (comportant 6 items avec un sous-score sur 12 points). Le score total maximal était de 30 et le score minimal était de 0. Les scores étaient calculés par les soignants sur une feuille annexe dénommée « grille d'aide à la cotation » (Annexe 2). L'échelle a également été intégrée au DPI des patients sur le logiciel Cimaise, avec un calcul automatique des scores lors de la retranscription des réponses des patients.

6. Description des procédures mises en place pour réduire les biais

Le choix d'évaluer l'insight à partir d'un auto-questionnaire plutôt qu'un hétéro-questionnaire a permis d'éviter que cette mesure soit évaluateur-dépendant ce qui entraînerait alors un biais d'évaluation et de subjectivité lié au soignant faisant passer le questionnaire et limitant ainsi sa fiabilité d'utilisation [17]. Il était, d'autre part, proposé au patient de remplir seul le questionnaire d'insight, permettant, par conséquent, de limiter les biais de déclaration. Toutefois, un soignant était toujours présent auprès du patient afin de l'aider, en cas de besoin et à la demande de celui-ci. Des réunions de présentation du questionnaire aux équipes soignantes avaient également été organisées en ce sens.

Les patients étaient inclus dans le groupe quel que soit leur niveau d'insight, aucun minimum de score initial n'était requis, ce qui a permis de limiter les biais de sélection.

L'ensemble des résultats des patients inclus ont été analysés.

7. Calcul de l'effectif nécessaire à l'étude

Dans le contexte d'une étude exploratoire (ayant pour but de pouvoir dégager des hypothèses pour une étude de plus grande ampleur), nous n'avons connaissance d'aucune donnée permettant d'obtenir une hypothèse d'efficacité rendant possible le calcul des risques de 1^{re} et 2^e espèce. Il a été décidé, après avoir pris avis auprès d'un professeur en épidémiologie exerçant

au CHU de Martinique, d'inclure un minimum de 30 patients afin de pouvoir obtenir des résultats significatifs à partir de tests statistiques adaptés à des petits échantillons.

8. Aspects éthiques et réglementaires

Cette étude a été menée en conformité avec la méthodologie de référence de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) MR-004 et a été soumise et examinée par le comité d'éthique local de Fort-de-France lors d'une session IRB (Institutional Review Board). Elle a reçu un avis favorable à sa réalisation, dont la référence est 2020/049 (Annexe 6).

Une note d'information au patient était affichée dans les services précisant la possibilité de recueillir des données du dossier médical de façon anonyme dans le cadre de la recherche clinique avec mise à disposition d'un formulaire d'opposition le cas échéant.

9. Analyse statistique

Les caractéristiques des patients ont été analysées par les procédures FREQ et MEANS du logiciel SAS 9.4 (SAS Institute, Inc., Cary, NC). La procédure FREQ a été employée afin de décrire les variables qualitatives sous forme de fréquence et de pourcentage. La procédure MEANS a été utilisée afin de décrire les variables quantitatives par le calcul de la moyenne, l'écart-type, la médiane, la valeur minimum et la valeur maximum.

La procédure TTEST du logiciel SAS a ensuite été utilisée afin de comparer les moyennes des scores et des sous-scores obtenus par les patients avant et après leur participation à l'atelier à l'aide d'un test t de Student sur série appariée. Ce test statistique nous donne les principaux paramètres descriptifs de l'évolution des scores avant/après (l'effectif de l'échantillon, la moyenne, l'écart type, l'erreur type de la moyenne, le minimum et le maximum, l'intervalle de confiance à 95% de la moyenne et l'intervalle de confiance à 95% de l'écart-type ainsi que la valeur du test t et le degré de liberté permettant d'obtenir le degré de significativité des résultats ou p-value) ; il nous permet ainsi de savoir si les moyennes des scores avant et après l'atelier sont significativement différentes et dans quel sens elles évoluent.

Pour les p-values, un seuil de 0,05 a été considéré comme un indicateur de significativité.

III. Résultats

1. Participants à l'étude

Entre le 14 Juin 2019 et le 21 Février 2020, 55 patients ont participé à l'atelier de psychoéducation dispensé en intra-hospitalier par l'équipe du pôle NAS.

Au total, 37 patients ont été inclus dans notre enquête. Parmi les 18 participants non inclus, 11 n'avaient participé qu'à une seule séance et 7 patients avaient participé à 2 séances ou plus mais 6 d'entre eux n'avaient pas répondu au questionnaire d'insight en fin d'atelier et un patient ne l'avait pas complété correctement (items sans réponse, plusieurs réponses au même item). Tous les questionnaires d'insight avant la participation à l'atelier avaient été correctement remplis (*Figure 1*).

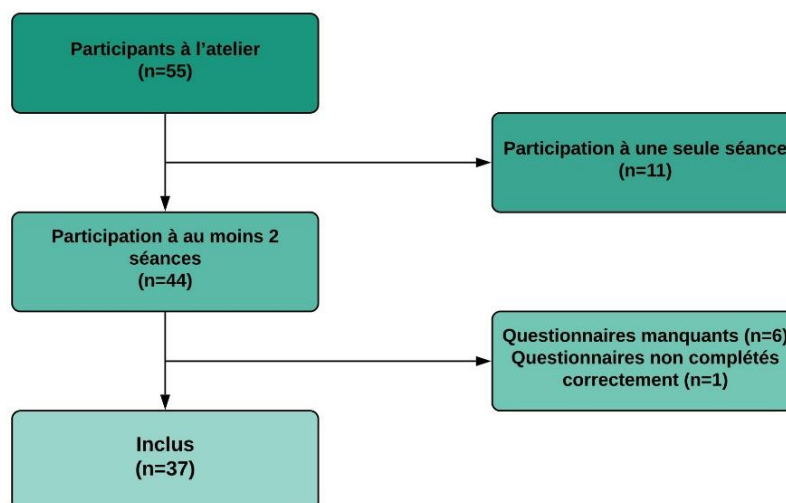


Figure 1 : Diagramme de flux de la population de l'étude

2. Données descriptives des participants

Parmi les 37 sujets inclus, 27 étaient des hommes (soit 73%) et 10 étaient des femmes (soit 27%) (*Tableau 1*). La moyenne d'âge des individus inclus dans l'étude était de 41 ans avec un écart-type de 12 ans, l'âge minimum était de 22 ans et l'âge maximum de 67 ans.

Tous les sujets inclus avaient un diagnostic de trouble psychotique défini selon la catégorie F20-F29 de la CIM-10 (*Annexe 5*). Plus de la moitié des cas avaient un diagnostic de schizophrénie

(n=21, soit 56,8%) ; parmi ces patients, 16 avaient un diagnostic de schizophrénie paranoïde, soit 43,3% des individus inclus. Environ un quart des sujets inclus avaient un diagnostic de trouble schizo-affectif (n=9, soit 24,3%) dont les deux tiers de type maniaque (n=6, soit 16,2% des individus inclus). Cinq patients avaient un diagnostic de trouble délirant chronique (13,5%), un patient avait un diagnostic de trouble schizotypique (2,7%) et un patient avait un diagnostic de trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques (2,7%) (*Tableau 1*).

Tableau 1 : Caractéristiques de l'échantillon

<i>Caractéristiques</i>	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
<i>Sexe</i>		
Hommes	27	73,0
Femmes	10	27,0
<i>Total</i>	37	100,0
<i>Classe d'âge</i>		
20-30 ans	8	21,6
30-40 ans	9	24,3
40-50 ans	13	35,2
50-60 ans	5	13,5
60-70 ans	2	5,4
<i>Total</i>	37	100,0
<i>Diagnostics par catégorie de la CIM-10</i>		
Schizophrénie (F20)	21	56,8
dont schizophrénie paranoïde (F20.0)	16	43,3
dont schizophrénie hébéphrénique (F20.1)	1	2,7
dont schizophrénie indifférenciée (F20.3)	1	2,7
dont schizophrénie simple (F20.6)	1	2,7
dont autres formes de schizophrénie (F20.8)	1	2,7
dont schizophrénie, sans précision (F20.9)	1	2,7
Trouble schizotypique (F21)	1	2,7
Troubles délirants chroniques (F22)	5	13,5
Trouble psychotique aigu (F23)	1	2,7
dont trouble psychotique aigu polymorphe avec symptômes schizophréniques (F23.1)	1	2,7
Trouble schizo-affectif (F25)	9	24,3
dont trouble schizo-affectif, type maniaque (F25.0)	6	16,2
dont trouble schizo-affectif, type dépressif (F25.1)	1	2,7
dont autres troubles schizo-affectifs (F25.8)	1	2,7
dont trouble schizo-affectif, sans précision (F25.9)	1	2,7
<i>Total</i>	37	100,0

Parmi les individus inclus, 43,2% avaient participé aux 4 séances de l'atelier de psychoéducation : 14 patients, soit 37,8% des cas, avaient assisté à 4 séances et 2 patients (soit 5,4%) avaient demandé à participer de nouveau à des séances auxquelles ils avaient déjà assisté, avec un nombre maximum de 6 séances. Quatorze patients, soit 37,8% des individus, avaient participé à 3 séances et 7 patients avaient participé à 2 séances (soit 18,9%) (*Tableau 2*).

Tableau 2 : Participation des patients à l'atelier de psychoéducation

<i>Nombre de séances</i>	<i>Effectif (n)</i>	<i>Pourcentage (%)</i>
2	7	18,9
3	14	37,8
4	14	37,8
Plus de 4	2	5,4
<i>Total</i>	<i>37</i>	<i>100,0</i>

3. Evolution de l'insight avant et après l'atelier de psychoéducation

Parmi les 37 patients inclus, 26 ont présenté un score d'insight plus élevé après avoir participé à l'atelier (soit 70%), 3 avaient le même score d'insight avant et après leur participation à l'atelier (soit 8%) et 8 ont montré un score d'insight plus faible après l'atelier (soit 22%) (*Figure 2*).

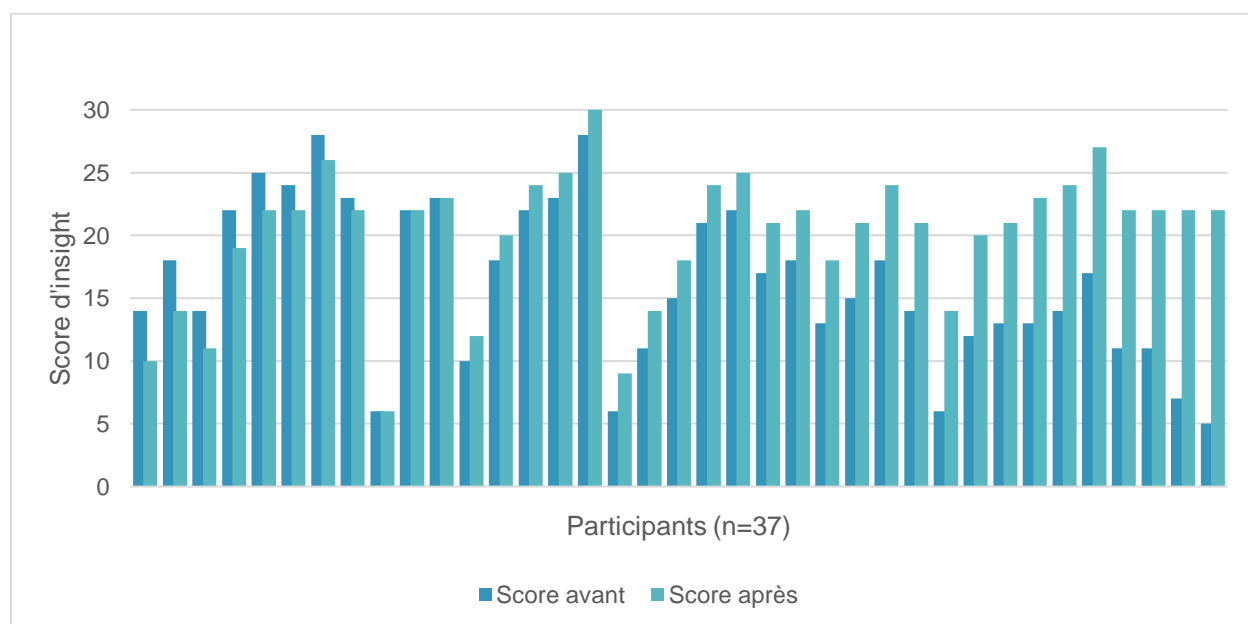


Figure 2 : Scores d'insight de chaque participant avant et après l'atelier

Note : Les participants ont été classés par ordre croissant de leur différence de score d'insight « après-avant »

Le score d'insight des patients après leur participation à l'atelier était en moyenne plus élevé que leur score d'insight avant l'atelier avec respectivement un score moyen de 20 points après l'atelier (avec un écart-type de 5) contre un score moyen de 16 avant l'atelier (avec un écart-type de 6) sur un score total de 30 points. Le score minimum était de 5/30 avant l'atelier et de 6/30 après l'atelier et le score maximal était de 28/30 avant l'atelier et de 30/30 après l'atelier (Tableau 3).

Tableau 3 : Scores d'insight des participants avant et après l'atelier

	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Médiane</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Score d'insight avant (/30 points)	16	6	15	5	28
Score d'insight après (/30 points)	20	5	22	6	30

Le score d'insight des patients a augmenté significativement en moyenne de 3,86 points sur 30, avec un écart type de 5,29, après leur participation à l'atelier de psychoéducation ($p < 0,0001$). On observe une augmentation maximale du score d'insight de 17 points après la participation à l'atelier. L'analyse montre également que le score d'insight de certains patients a diminué après l'atelier, avec une diminution maximale de 4 points (Tableau 4).

Tableau 4 : Evolution du score d'insight des patients avant et après l'atelier

	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>p-value</i>
Différence de score d'insight (après –avant)	3,86	5,29	-4,00	+17,00	< 0,0001

4. Evolution des sous-scores de l'échelle d'insight avant et après l'atelier

a. Evolution du sous-score « conscience de la maladie »

La moyenne du sous-score « conscience de la maladie » après l'atelier était égale à la moyenne de ce sous-score avant la participation à l'atelier soit 6 points sur un total de 12, avec un écart-type de 3 (Tableau 5).

Le sous-score « conscience de la maladie » des patients a augmenté légèrement, mais de façon significative, de 0,92 points sur 12 en moyenne après l'atelier, avec un écart type de 2,47 ($p=0,0295$). Ce sous-score a augmenté au maximum de 7 points et a diminué au maximum de 5 points sur 12, chez les participants (Tableau 6).

b. Evolution du sous-score « conscience des conséquences de la maladie »

La moyenne du sous-score « conscience des conséquences de la maladie » après la participation des patients à l'atelier était plus élevée que la moyenne de ce sous-score avant leur participation, avec respectivement 4 points (avec un écart-type de 1) contre 3 points (avec un écart-type de 2) sur un total de 6 points (Tableau 5).

Le sous-score « conscience des conséquences de la maladie » des patients a augmenté significativement de 1,03 point sur 6 en moyenne, avec un écart type de 2,05 ($p=0,0043$) ; avec une augmentation maximale de 5 points et une diminution maximale de 3 points (Tableau 6).

c. Evolution du sous-score « conscience du besoin d'aide »

Les patients présentaient un sous-score « conscience du besoin d'aide » en moyenne plus élevé après l'atelier qu'avant leur participation à l'atelier avec respectivement 9 points (avec un écart-type de 3) contre 8 points (avec un écart-type de 3) sur un total de 12 points (Tableau 5).

Le sous-score « conscience d'un besoin d'aide » des patients a augmenté significativement de 1,92 points sur 12 en moyenne, avec un écart type de 2,99, après leur participation à l'atelier de

psychoéducation ($p=0,0004$). Ce sous-score a augmenté au maximum de 10 points et a diminué au maximum de 3 points sur 12 (Tableau 6).

Tableau 5 : Sous-scores des participants à l'échelle d'insight avant et après l'atelier

		<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Médiane</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>
Sous-score conscience de la maladie (/12 points)	Avant	6	3	6	0	12
	Après	6	3	7	1	12
Sous-score conscience des conséquences de la maladie (/6 points)	Avant	3	2	3	0	6
	Après	4	1	4	0	6
Sous-score conscience du besoin d'aide (/12 points)	Avant	8	3	8	2	12
	Après	9	3	10	1	12

Tableau 6 : Evolution des sous-scores de l'échelle d'insight avant et après l'atelier

	<i>Moyenne</i>	<i>Ecart-type</i>	<i>Minimum</i>	<i>Maximum</i>	<i>p-value</i>
Différence de sous-score « conscience de la maladie » (après-avant)	0,92	2,47	- 5,00	+ 7,00	0,0295
Différence de sous-score « conscience des conséquences de la maladie » (après-avant)	1,03	2,05	- 3,00	+ 5,00	0,0043
Différence de sous-score « conscience du besoin d'aide » (après-avant)	1,92	2,99	- 3,00	+ 10,00	0,0004

5. Satisfaction des participants à l'égard de l'atelier

Plus de la moitié des participants ont répondu avoir tout à fait été intéressés par le programme (59,5%) et avoir trouvé que les explications données étaient claires (64,9%). La majorité des patients s'étaient sentis écoutés et disaient avoir réussi à s'exprimer durant l'atelier (*Figure 3*).

La moitié des participants a répondu « tout à fait » ou « assez » à l'item « J'accepte mieux ma maladie » après leur participation à l'atelier (respectivement 35,1% et 16,2%). Onze individus (soit 29,7%) ont répondu l'accepter un peu mieux et 7 individus (soit 18,9%) ont répondu « pas du tout ». Néanmoins, 78,4% des participants disaient comprendre tout à fait ou assez la nécessité de continuer à prendre leur traitement et 78,4% pensaient pouvoir tout à fait ou assez mieux se prendre en charge après leur participation à l'atelier (*Figure 3*).

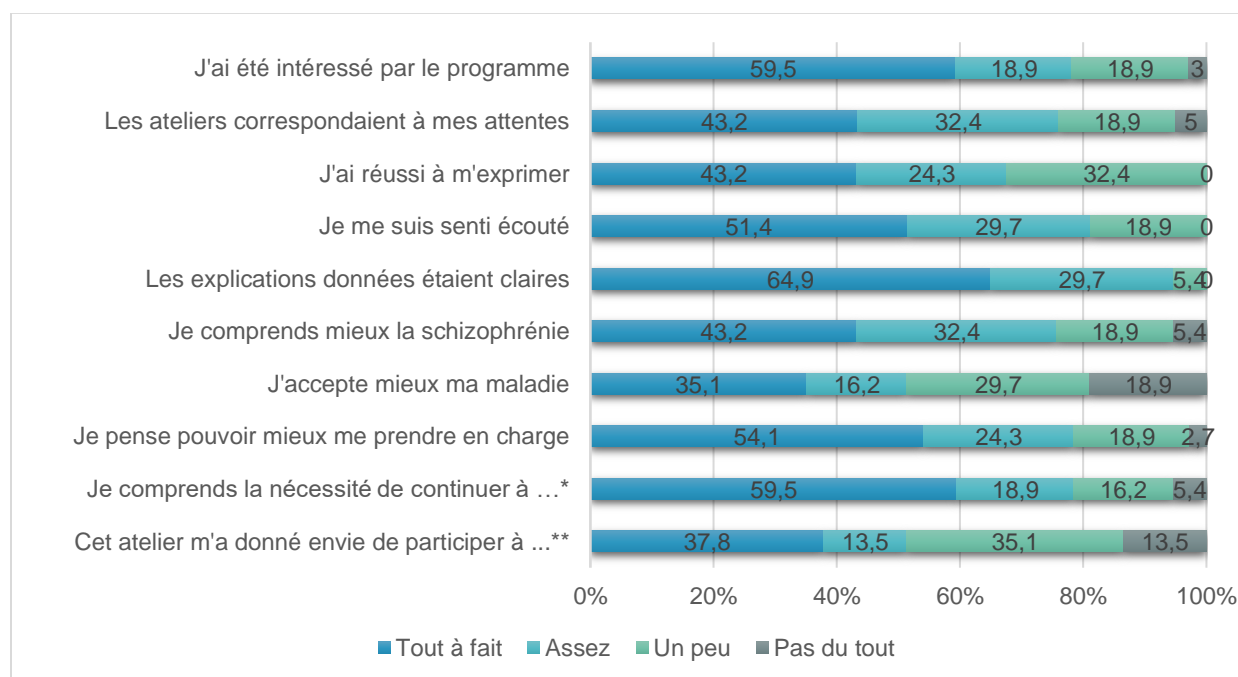


Figure 3 : Réponses au questionnaire "vécu et adhésion du patient"

Note : * Je comprends la nécessité de continuer à prendre mon traitement

** Cet atelier m'a donné envie de participer à d'autres ateliers

IV. Discussion

1. Résultats clés

L'objectif principal de notre étude était d'évaluer l'impact de l'atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier, au CH Maurice Despinoy, depuis Juin 2019, sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques.

Les résultats de notre enquête suggèrent que l'insight des patients augmente significativement suite à leur participation à l'atelier de psychoéducation avec une augmentation moyenne du score d'insight de 3,86 points sur 30. Le score d'insight moyen des patients est ainsi passé de 16 à 20 sur 30 après l'atelier.

Au total, 70% des patients avaient un score d'insight plus élevé après avoir participé à l'atelier, avec une augmentation maximale de 17 points, soulignons cependant que 22% des individus avaient obtenu un score d'insight plus faible après leur participation.

On observe par ailleurs une augmentation significative globale de l'insight au niveau de chaque dimension évaluée par les sous-scores de l'échelle.

Le sous-score le moins impacté par la participation à l'atelier est le sous-score « conscience de la maladie » avec une augmentation significative moyenne inférieure à 1 point (0,92 point) sur 12 points. Les sous-scores évaluant la conscience des conséquences de la maladie et la conscience du besoin d'aide ont quant à eux augmenté en moyenne d'environ 2 points en rapportant le score maximal de chaque sous-score à 12 (respectivement 1,03 points sur 6 et 1,92 sur 12).

L'ensemble de nos résultats étaient significatifs.

2. Limites et forces de l'étude

Etant dans le cadre d'une étude exploratoire rétrospective avec de faibles effectifs inclus, l'interprétation et la généralisation des résultats s'avère être limitée.

Par ailleurs, nos résultats ont été mesurés à partir d'une échelle d'insight non validée, créée par l'équipe du pôle NAS. Ce choix entraîne le risque d'un biais de mesure.

Cependant, il est important de souligner qu'une échelle validée dans une population ne peut pas être considérée comme l'étant dans une autre population sans y être testée et validée. Or, aucune échelle d'insight ne semble avoir été testée dans la population afro-caribéenne qui fait l'objet de notre étude, selon les recherches effectuées dans les bases de données bibliographiques à notre disposition. Nous savons également que la culture peut impacter l'insight [10], en effet, la littérature rapporte l'existence d'une différence significative entre groupes ethniques dans l'amélioration de l'insight après prise en charge. Dans l'étude de Rathod *et al.* [22] publiée en 2005, le groupe de sujets issus des minorités noires et afro-caribéennes a présenté une amélioration significativement inférieure aux populations blanches de l'étude.

Il apparaît important de considérer qu'il existe plusieurs explications d'origines culturelles différentes aux symptômes psychotiques, acceptées et répandues parmi des populations d'origines diverses. Ces résultats mettent l'accent sur la nécessité de prendre en compte le contexte socioculturel et les croyances des patients lors de l'évaluation de l'insight, ainsi que les croyances et attitudes du clinicien envers le patient ; cette évaluation rendant compte d'une différence de point de vue entre un soignant et un patient qui possèdent tous les deux leurs propres croyances et attitudes face à la maladie mentale [23].

Parmi les 44 patients ayant participé à au moins 2 séances de l'atelier de psychoéducation pendant la période d'inclusion à l'étude, 7 patients n'ont pu être inclus car leur questionnaire d'insight n'avait pas été complété correctement. Nous pouvons alors nous questionner sur les raisons pour lesquels ces questionnaires n'avaient pas été correctement remplis, et sur l'éventualité d'un biais de sélection. En réalité, un seul patient n'avait pas rempli correctement son questionnaire, les 6 autres questionnaires étaient manquants. Aucun patient n'avait refusé de lui-même de répondre aux questionnaires, les raisons de ces oublis ou erreurs ont été principalement liés à des difficultés de communication ou de transmission des informations au sein des équipes (absence d'information sur les dates de sortie prévues, par exemple), à une résistance au changement de la part de certains soignants, à des transferts de patients entre les différentes unités du CHMD. Nous supposons donc que les patients non inclus ne l'ont pas été de façon aléatoire, cependant, le risque d'un biais de sélection ne peut être totalement écarté.

L'évolution des scores d'insight de notre population n'a pas été comparée à l'évolution de l'insight d'un groupe témoin n'ayant pas participé à l'atelier de psychoéducation pendant l'hospitalisation, ce qui peut entraîner un biais de confusion. En effet, l'atelier a été proposé à tous les patients adressés par leur psychiatre référent devant les critères d'inclusion au groupe et seuls ces

patients ont rempli les questionnaires d'insight, le passage de cette échelle n'étant pas encore généralisé à l'ensemble des patients hospitalisés au CHMD. Nous nous devons ainsi d'évoquer de possibles facteurs intercurrents non contrôlés, liés au reste de la prise en charge intra-hospitalière des patients, qui pourraient intervenir dans l'amélioration de leur insight ; ce qui pourrait, par ailleurs, faire l'objet d'une prochaine étude. Il est à noter cependant que très peu d'interventions de réhabilitation sont proposées actuellement aux patients durant leur hospitalisation au sein du CHMD.

L'avantage de cette étude reste une évaluation préliminaire en pratique réelle de la mise en place d'un atelier de psychoéducation en intra-hospitalier.

De nos jours, le contexte français présente une évolution récente mais une pratique encore peu répandue des interventions psychoéducatives, qui peut s'interpréter comme des résistances liées à des « cultures de soins » [14]. Les programmes de psychoéducation se développent de façon inégale sur le territoire français, selon les structures et selon la phase de la maladie. Ils sont, en effet, sous représentés aux Antilles, notamment en Martinique, et s'adressent, pour ce qui est des troubles psychotiques, principalement aux patients stabilisés et en voie de rétablissement [16]. A l'inverse, les patients hospitalisés suite à une décompensation et présentant une forme grave de la maladie auront beaucoup moins de chance de se voir proposer une telle intervention, alors que cette démarche est particulièrement indiquée dans les unités de soins, où les problèmes liés à la compliance sont manifestes et impliquent, en raison du caractère chronique et du risque de rechute, un degré élevé d'exigence vis-à-vis de l'adhésion au traitement, notamment dans la schizophrénie.

Le programme que nous avons élaboré et mis en place au sein du secteur Nord Atlantique du Centre Hospitalier Maurice Despinoy permet d'élargir ce type d'offre de soins, en proposant aux patients hospitalisés présentant un trouble psychotique, une intervention psychoéducatrice alliant transfert de connaissances et lieu d'écoute et de partage, et ce, au plus proche de la décompensation, et concourt ainsi à l'amélioration de la qualité des soins.

Compte tenu de l'amélioration significative du sous-score « conscience du besoin d'aide » et des retours majoritairement positifs des patients quant à leur satisfaction vis-à-vis de l'atelier, nous pourrions émettre l'hypothèse que notre démarche pourrait également favoriser une meilleure alliance thérapeutique avec l'équipe soignante.

De plus, ce travail a le mérite d'être nouveau dans le département et nous ne retrouvons pas d'étude réalisée à partir de données similaires dans la littérature, les études évaluant les ateliers de psychoéducation en intra-hospitalier sont rares et il s'agit de la première dans la population afro-caribéenne.

Cette étude permettrait également de servir d'évaluation préliminaire de notre échelle d'insight au sein de la population antillaise.

3. Interprétation

Cette étude rétrospective évaluant l'impact d'un atelier de psychoéducation destiné à des patients hospitalisés atteints de troubles psychotiques, retrouve un bénéfice significatif sur l'amélioration de leur insight. En outre, une augmentation significative de l'insight a été observée dans les trois dimensions évaluées, à savoir, la conscience de la maladie, la conscience des conséquences de la maladie et la conscience du besoin d'aide.

Malgré les nombreuses limites de notre étude, et les faibles effectifs inclus, les bénéfices significatifs retrouvés en accord avec la littérature sur l'amélioration de l'insight des patients après la participation à une intervention éducative sont en faveur d'une certaine fiabilité des résultats énoncés.

Nous pouvons cependant nous questionner sur les différences importantes observées dans l'évolution des scores d'insight et se demander pour quelles raisons certains patients ont présenté une diminution de leur insight après leur participation à l'atelier.

Il est également intéressant de faire remarquer que le sous-score « conscience de la maladie » a augmenté de façon plus modeste que les deux autres sous-scores, et que parallèlement, un nombre non négligeable de patients ont répondu ne pas mieux accepter leur maladie après avoir participé au groupe, dans le questionnaire de satisfaction qui leur a été remis.

N. Franck a répertorié différentes études ayant évalué l'efficacité de la psychoéducation sur l'insight de patients schizophrènes dans un article publié en 2016 [13]. Parmi ces études, plusieurs ont montré que la psychoéducation était susceptible d'améliorer la connaissance que les patients ont de leur maladie et donc leur insight. Une des études a démontré que la psychoéducation était efficace chez les patients qui acceptaient la maladie, mais n'étaient pas encore victimes de la vision pessimiste qui lui est habituellement associée. Il a également pu mettre en évidence que

l'excès d'information sur la maladie entraînait des réactions défensives alors que la prise en compte de sujets en rapport avec la qualité de vie était très appréciée. L'atmosphère du groupe et la stabilité clinique ont été définis comme étant des facteurs de succès de la psychoéducation.

Parmi les facteurs pouvant réduire la prise de conscience de la maladie, l'intensité des manifestations cliniques pourrait jouer un rôle qui s'avérerait cependant modeste [13]. Les troubles de l'insight pourraient également être amplifiés par les tentatives d'adaptation du patient face à l'image négative que renvoie la maladie et au risque d'auto-stigmatisation qui en résulte [13,19] ; c'est pourquoi le premier temps de la séance portant sur les symptômes a été dédié à la lutte contre les préjugés et les idées stigmatisantes, dans l'atelier que nous avons mis en place.

L'impact des altérations cognitives et les modèles explicatifs qui s'y rattachent pour appréhender le phénomène de faible d'insight semblent particulièrement intéressants pour expliquer nos résultats modestes concernant le sous-score évaluant la conscience de la maladie.

Les troubles cognitifs associés à la schizophrénie sont hétérogènes. Ils peuvent toucher la neurocognition (ensemble des processus permettant le traitement aspécifique des informations auxquelles la personne est soumise et comprenant en particulier la mémoire, l'attention et les fonctions exécutives), la métacognition (capacité à se distancier de ses propres états mentaux et de ceux d'autrui) et la cognition sociale (capacité à comprendre les états mentaux et émotions d'autrui) [13,24]. Ainsi, les troubles de l'insight pourraient être favorisés par des distorsions cognitives qui touchent en particulier les fonctions exécutives et la flexibilité mentale, entravant le patient à mobiliser des souvenirs en rapport avec sa propre histoire et à les regrouper en un ensemble cohérent pouvant acquérir un sens en lien avec la maladie. Mais également par des déficits métacognitifs qui réduisent, cette fois, la capacité du patient à pouvoir se décentrer, à critiquer ses croyances, à examiner l'existence d'explications alternatives ou à changer de position [13,19]. Dans cette dernière perspective, le défaut de prise de conscience de la maladie n'est plus considéré comme un refus d'admettre un certain nombre de faits au sujet de la maladie qui sont exposés dans les différentes séances du programme de psychoéducation proposé, mais bien comme un déficit de la capacité à raisonner par rapport à son propre état mental.

C. Billiet *et al.* avaient déjà exposé des réflexions similaires dans un article publié en 2009 [21]. Ils y démontrent que si l'éducation peut être définie comme le processus d'apprentissage par lequel une personne acquiert des connaissances et de la compréhension, la psychoéducation ne se résume pas à une simple transmission de l'information. Elle inclut nécessairement des

processus cognitifs, affectifs et comportementaux et porte sur un phénomène vécu par le patient. Dans cette optique, certains auteurs suggèrent d'étudier les différences individuelles des patients afin d'identifier des groupes pour lesquels une meilleure amélioration clinique serait attendue avec une approche thérapeutique plutôt qu'une autre. Il s'agirait alors d'orienter le patient vers la forme d'intervention la plus efficace en fonction de ses caractéristiques cliniques et psychologiques propres.

Ces données permettent d'envisager le recours à d'autres interventions thérapeutiques spécifiques dans nos services pour réduire les conséquences négatives de ces différents facteurs. Des activités de remédiation cognitive et de cognition sociale, des ateliers d'entraînement métacognitifs et des interventions centrées sur la déstigmatisation et les valeurs du rétablissement ont notamment montré un impact positif sur l'insight [13].

Il semble primordial que des recherches plus vastes sur l'insight soient réalisées afin que les mécanismes précis des troubles qui en découlent soient mieux compris et qu'ils puissent ainsi être mieux pris en charge. Il conviendrait ainsi de développer des travaux fondamentaux et appliqués sur l'interaction entre l'insight, l'information, la psychoéducation mais également entre l'insight et la métacognition, la neurocognition, et le fonctionnement cérébral, afin de comprendre les processus psychiques et les enjeux thérapeutiques spécifiques et de définir ainsi l'organisation et les indications des différentes interventions [13,19,21].

4. Généralisation des résultats

Il est difficile d'envisager une généralisation de nos résultats à plus grande échelle, notre étude étant une étude exploratoire portant sur un échantillon de petite taille et ayant été menée sur une population spécifique. De plus, l'échelle d'insight utilisée nécessiterait de faire l'objet d'une étude dédiée afin de la faire valider.

Ce travail pourrait cependant servir d'étude préliminaire à des recherches de plus grande envergure.

Il pourra, par ailleurs, être utilisé au sein de CHMD afin d'appuyer la poursuite du développement et du déploiement de cette démarche éducative au sein de l'hôpital.

5. Conclusion et perspectives

Cette étude nous a permis de faire une première évaluation exploratoire de l'efficacité de notre intervention et de chercher des axes d'amélioration.

Ces premiers résultats vont dans le sens de notre hypothèse. Ils montrent en effet le bénéfice significatif d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'amélioration de l'insight des patients atteints d'un trouble psychotique. Ils attestent ainsi de l'intérêt d'une telle démarche, même au plus près d'une décompensation, et sont très encourageants pour la poursuite de son développement.

Une des perspectives serait de continuer à déployer cet atelier au niveau de l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte, afin que tous les usagers de la psychiatrie, présentant ce type de symptomatologie, en Martinique, puissent bénéficier d'une prise en charge éducative étayée et solide lorsqu'ils sont hospitalisés, et ce, quel que soit leur unité d'hospitalisation. A terme, il est possible d'imaginer l'intégration de cet atelier comme premier temps des programmes d'ETP qui se développent actuellement en extra-hospitalier.

À l'avenir, dans le but d'améliorer ce programme et son évaluation, nous proposons de faire valider l'échelle d'insight créée par le pôle NAS au sein de la population afro-caribéenne afin qu'elle puisse servir d'outil d'évaluation validé aux Antilles.

Enfin, il serait nécessaire de réévaluer l'impact de l'intervention de manière indépendante à moyen et long terme, en étudiant d'autres données telles que l'observance thérapeutique des patients ayant participé à l'atelier (en utilisant l'échelle MARS par exemple), les compétences acquises en auto-soin et en prévention des rechutes, les taux de réhospitalisation ainsi que la poursuite et l'adhésion à une prise en charge éducative en ambulatoire au sein des hôpitaux de jour.

D'un point de vue socio-économique, il serait également intéressant d'évaluer la réduction potentielle des dépenses de santé permise par les interventions psychoéducatives en Martinique.

L'atelier que nous avons créé ne doit pas être considéré comme une fin en soi. D'autres interventions thérapeutiques spécifiques devront compléter la prise en charge selon les besoins spécifiques des patients et un suivi psychoéducatif en HDJ ou en CMP devra leur être proposé dès leur sortie d'hospitalisation, afin de consolider leurs acquis et de poursuivre et approfondir leurs apprentissages.

Références bibliographiques

1. Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. *Ann Med Psychol* 2008;166(1):63-70.
2. Gourier-Frery C, Chan Chee C, Beltzer N. Prévalence de la schizophrénie et autres troubles psychotiques en France métropolitaine. *Eur Psychiatry* 2014;29(S3):625-625.
3. CNAM, DSES, DEPP. Personnes prises en charge pour troubles psychotiques en 2017 [en ligne]. CNAM ; 2019 [cité le 15 mai 2020]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Troubles_psychotiques_fiche_2017.pdf
4. Ballon N, Ursulet G, Merle S, Eynaud M, Charles-Nicolas A, Michalon M. Excess of Psychoses among the French West Indian Population. *Can J Psychiatry* 2004;49(5):335-8.
5. Amad A, Guardia D, Salleron J, Thomas P, Roelandt J-L, Vaiva G. Increased prevalence of psychotic disorders among third-generation migrants: Results from the French Mental Health in General Population survey. *Schizophr Res* 2013;147(1):193-5.
6. Favard T, Dealberto M-J. Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises. *Inf Psychiatr* 2015;91:118-28.
7. Taleb M. Adversité sociale et troubles psychotiques. *Eur Psychiatry* 2014;29(S3):630-1.
8. Baudu A. Rapport d'activité 2018 du Centre Hospitalier Maurice Despinoy. Le Lamentin : Document non publié ; 2019.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Principaux repères sur la schizophrénie [en ligne]. OMS ; 2018 [cité le 7 juill 2019]. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
10. Jaafari N, Marková I. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Ann Med Psychol* 2011;169(7):409-15.
11. Bouroubi W, Banovic I, Andronikof A, Omnès C. Insight et schizophrénie : revue de la littérature. *Evol Psychiatr* 2016;81(2):405-22.
12. Dequelson A, Saloppé X, Bandinelli A. Insight, Stigma et Auto-stigmatisation : l'intime conviction appliquée aux patients schizophrènes hospitalisés au sein d'un hôpital psychiatrique sécurisé. *Ann Med Psychol* 2015;173(10):913-5.
13. Franck N. Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie. *Presse Med* 2016;45(9):742-8.
14. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Ann Med Psychol* 2011;169(3):184-7.

15. Catana A, Baudoux-Meunier A, Charpeaud T, Chéreau I, Denizot H, Gremeau I, et al. Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC. *Ann Med Psychol* 2015;173(1):97-100.
16. Lang J-P, Jurado N, Herdt C, Sauvanaud F, Lalanne Tongio L. L'éducation thérapeutique pour les patients souffrant de troubles psychiatriques en France : psychoéducation ou éducation thérapeutique du patient ? *Rev Epidemiol Sante Publique* 2019;67(1):59-64.
17. Sauvanaud F, Kebir O, Vlasie M, Doste V, Amado I, Krebs M-O. Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie. *Encephale* 2017;43(3):235-40.
18. Macgregor A, Capdevielle D. Réhabilitation psychosociale, psychoéducation : « pour un avenir ». *Concours Med* 2016;471-5.
19. Lysaker PH, Germaneau GH, Jaafari N. Faible insight de la maladie dans la schizophrénie : nouveaux concepts, corrélats, traitements et controverses. *La Lettre du Psychiatre* 2014;11:94-100.
20. Misdrahi D, Chéreau I, Petit M, Llorca P. Développement d'un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie. *Inf Psychiatr*. 2008;84(10):937-9.
21. Billiet C, Antoine P, Lesage R, Sangare M-L. Insight et interventions psychoéducationnelles dans la schizophrénie. *Ann Med Psychol* 2009;167(10):745-52.
22. Rathod S, Kingdon D, Smith P, Turkington D. Insight into schizophrenia: the effects of cognitive behavioural therapy on the components of insight and association with sociodemographics—data on a previously published randomised controlled trial. *Schizophr Res* 2005;74(2-3):211-9.
23. Raffard S, Bayard S, Capdevielle D, Garcia F, Boulenger J-P, Gely-Nargeot M-C. La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : une revue critique. Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *Encephale* 2008;34(6):597-605.
24. Franck N. Remédiation cognitive dans la schizophrénie. *EMC Psychiatrie* 2014;11(2):1-4.

Annexes

Annexe 1 : Echelle d'insight



Centre Hospitalier Maurice DESPINOY

Pôle NORD-ATLANTIQUE SUD

BP 631 – 97 261 FORT DE FRANCE CEDEX

05 96 48 89 81 - 05 96 48 89 84 - Fax : 05 96 48 70 40

AUTO QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DE L'INSIGHT

Etiquette Patient

Date :

Q	Item	D'accord	Incertain	Pas d'accord
1	L'esprit ne peut pas être malade, seulement le corps			
2	Je n'ai pas de signes de maladie psychiatrique			
3	Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4	Ma maladie n'a aucune conséquence sur ma vie (financière, professionnelle, sociale, familiale)			
5	Parfois, j'ai l'impression de ne plus avoir le contrôle sur mes pensées			
6	Je pense que j'ai besoin d'aide			
7	Je n'ai pas besoin d'être vu par un médecin ou un psychiatre			
8	Je pense que j'aurai cette maladie toute ma vie			
9	Je passe par des périodes au cours desquels ma maladie diminue ou empire			
10	Ma maladie n'affecte pas la façon dont les autres me voient			
11	Ma maladie cause des difficultés à mes proches			
12	Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma maladie			
13	Mon séjour à l'hôpital psychiatrique était nécessaire			
14	Je pense que mon état va s'arranger tout seul			
15	Le traitement peut m'apporter beaucoup			

Annexe 2 : Grille d'aide à la cotation de l'échelle d'insight



Centre Hospitalier Maurice DESPINOY

Pôle NORD-ATLANTIQUE SUD

BP 631 – 97 261 FORT DE FRANCE CEDEX

05 96 48 89 81 - 05 96 48 89 84 - Fax : 05 96 48 70 40

GRILLE D'AIDE A LA COTATION

Q	Item	D'accord	Incertain	Pas d'accord
1	L'esprit ne peut pas être malade, seulement le corps	0	1	2
2	Je n'ai pas de signes de maladie psychiatrique	0	1	2
3	Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux	0	1	2
4	Ma maladie n'a aucune conséquence sur ma vie (financière, professionnelle, sociale, familiale)	0	1	2
5	Parfois, j'ai l'impression de ne plus avoir le contrôle sur mes pensées	2	1	0
6	Je pense que j'ai besoin d'aide	2	1	0
7	Je n'ai pas besoin d'être vu par un médecin ou un psychiatre	0	1	2
8	Je pense que j'aurai cette maladie toute ma vie	2	1	0
9	Je passe par des périodes au cours desquels ma maladie diminue ou empire	2	1	0
10	Ma maladie n'affecte pas la façon dont les autres me voient	0	1	2
11	Ma maladie cause des difficultés à mes proches	2	1	0
12	Ce que je fais peut déterminer l'amélioration ou l'aggravation de ma maladie	2	1	0
13	Mon séjour à l'hôpital psychiatrique était nécessaire	2	1	0
14	Je pense que mon état va s'arranger tout seul	0	1	2
15	Le traitement peut m'apporter beaucoup	2	1	0
Score total		/ 30		
Sous-score : Conscience de la maladie (Total des Q 1-2-5-8-9-14)		/ 12		
Sous-score : Conscience des conséquences de la maladie (total des Q 4-10-11)		/ 6		
Sous-score : Conscience du besoin d'une aide (total des Q 3-6-7-12-13-15)		/ 12		

Annexe 3 : Questionnaire vécu et adhésion du patient



Centre Hospitalier Maurice DESPINOY

Pôle NORD-ATLANTIQUE SUD
 BP 631 – 97 261 FORT DE FRANCE CEDEX
 05 96 48 89 81 – 05 96 48 89 84 – Fax : 05 96 48 70 40
 SCHIZ'PASS

Etiquette Patient

QUESTIONNAIRE VÉCU ET ADHÉSION DU PATIENT

Date :

	Pas du tout	Un peu	Assez	Tout à fait
J'ai été intéressé par le programme				
Les ateliers correspondaient à mes attentes				
J'ai réussi à m'exprimer				
Je me suis senti écouté				
Les explications données étaient claires				
Je comprends mieux la schizophrénie				
J'accepte mieux ma maladie				
Je pense pouvoir mieux me prendre en charge				
Je comprends la nécessité de continuer à prendre mon traitement				
Cet atelier m'a donné envie de participer à d'autres ateliers				

Annexe 4 : Grille d'évaluation du besoin en éducation thérapeutique



CENTRE HOSPITALIER Maurice DESPINOY
POLE NORD ATLANTIQUE SUD

ETIQUETTE PATIENT

GRILLE D'EVALUATION DU BESOIN EN EDUCATION THERAPEUTIQUE

Date :

ALIMENTATION & ACTIVITE PHYSIQUE

Avez-vous pris ou perdu du poids ces derniers temps ? OUI NON Estimation: _____

Si oui, en êtes-vous gêné(e) ? OUI NON

Que pensez-vous de la qualité de votre alimentation ? Bonne Moyenne Mauvaise A améliorer

▪ Seriez-vous intéressé(e) par un accompagnement diététique ? OUI NON

Pratiquez-vous une activité physique/sportive régulière ? OUI NON Si oui la(les)quelle(s) ? _____

A quelle Fréquence ? A l'occasion 1 fois/semaine 2 à 3 fois/semaine plus de 3 fois/semaine

CONSOMMATIONS TABAC, ALCOOL ET DROGUES

Fumez-vous ? OUI NON Si oui, avez-vous déjà envisager d'arrêter de fumer ? OUI NON

Consommez-vous de l'alcool ? OUI NON Si oui, de façon Occasionnelle Régulière Quotidienne

Consommez-vous des drogues ? OUI NON Si oui, la ou lesquelles ? _____

Si oui, de façon Occasionnelle Régulière Quotidienne

Avec quel(s) produits(s) pensez-vous être en difficulté ? _____

▪ Seriez-vous intéressé(e) par de l'information à ce sujet ? OUI NON Incertain

EVALUATION DE L'ETAT DE SANTE

Sur une échelle de 0 à 10, comment décrivez-vous votre état de santé ? (0= très mauvais, 10 = excellent)

0 _____ 5 _____ 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment décrivez-vous votre moral ? (0= très mauvais, 10 = excellent)

0 _____ 5 _____ 10

Sur une échelle de 0 à 10, comment décrivez-vous votre niveau de stress ? (0= pas de stress, 10 = très stressé)

0 _____ 5 _____ 10

Avez-vous des difficultés pour dormir ? Jamais Parfois Souvent Toujours

Prenez-vous des médicaments pour dormir ? Jamais Parfois Souvent Toujours

Est-ce que votre état de santé vous inquiète ? Jamais Parfois Souvent Toujours

D'après vous, pourquoi avez-vous été hospitalisé(e) dans un service de psychiatrie ? _____

Pensez-vous avoir une maladie psychique? OUI NON si oui, laquelle _____

D'après vous, quelle(s) en seraient la ou les causes? _____

Un médecin vous a-t-il donné le nom d'une maladie psychique vous concernant? OUI NON

Si oui, laquelle? _____ Qu'en pensez-vous _____

- Seriez-vous intéressé(e) par une réunion d'information concernant cette maladie? OUI NON

MEDICAMENTS

Connaissez-vous le nom de vos médicaments? Aucun Certains Tous

Savez-vous expliquer à quoi servent-ils? Aucun Certains Tous

Vous arrive-t-il de ne pas les prendre? Jamais Parfois Souvent Très souvent

- Seriez-vous intéressé(e) par de l'information au sujet de vos médicaments? OUI NON

DEMANDES

Actuellement, avez-vous un projet qui vous tient à cœur (personnel, familial, professionnel)? OUI NON

Si oui lequel: _____

Si oui, est-ce que votre état de santé vous empêche de réaliser ce ou ces projets? OUI NON Peut-être

Si oui, à quel niveau: _____

- Seriez-vous intéressé(e) de recevoir de l'aide pour vous permettre de le réaliser? OUI NON

Quelles sont les structures de soins que vous connaissez en dehors de cet hôpital?

SYNTHESE ET ACTIONS DE PSYCHOEDUCATION (à remplir par l'IDE référent)

Conseils diététiques: Ø demande Documentation Consultation diététicienne

Information Tabac: Ø demande Documentation Consultation (IDE tabacologue)

Information Drogues: Ø demande Documentation Entretien Individuel Cs ELSA

Information sur la maladie: Ø demande Documentation Entretien Individuel Atelier Psychoéduc

Traitement: Ø demande Documentation Atelier Psychoéducation

Score Insight Initial :

Commentaires

Annexe 5 : Diagnostics de la catégorie F20-F29 de la CIM-10**F20-F29 : Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants****F20 - Schizophrénie**

- F20.0 - Schizophrénie paranoïde
- F20.1 - Schizophrénie hébéphrénique
- F20.2 - Schizophrénie catatonique
- F20.3 - Schizophrénie indifférenciée
- F20.4 - Dépression post-schizophrénique
- F20.5 - Schizophrénie résiduelle
- F20.6 - Schizophrénie simple
- F20.8 - Autres formes de schizophrénie
- F20.9 - Schizophrénie, sans précision

F21 - Trouble schizotypique.**F22 - Troubles délirants persistants**

- F22.0 - Trouble délirant
- F22.8 - Autres troubles délirants persistants
- F22.9 - Trouble délirant persistant, sans précision

F23 - Troubles psychotiques aigus et transitoires.

- F23.0 - Trouble psychotique aigu polymorphe, sans symptômes schizophréniques
- F23.1 - Trouble psychotique aigu polymorphe, avec symptômes schizophréniques
- F23.2 - Trouble psychotique aigu d'allure schizophrénique
- F23.3 - Autre trouble psychotique aigu, essentiellement délirant
- F23.8 - Autres troubles psychotiques aigus et transitoires
- F23.9 - Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision

F24 - Trouble délirant induit**F25 - Troubles schizo-affectifs**

- F25.0 - Trouble schizo-affectif, type maniaque
- F25.1 - Trouble schizo-affectif, type dépressif
- F25.2 - Trouble schizo-affectif, type mixte
- F25.8 - Autres troubles schizo-affectifs
- F25.9 - Trouble schizo-affectif, sans précision

F28 - Autres troubles psychotiques non organiques**F29 - Psychose non organique, sans précision**

Annexe 6 : Avis de l'IRB du CHU de Martinique



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE MARTINIQUE

Institutional Review Board (IRB)

Docteur Rémy Slama

Concerne : Avis de l'IRB du Centre Hospitalier et Universitaire Martinique (14 mai 2020)

Monsieur, Cher confrère,

Vous avez sollicité l'avis de l'IRB du centre hospitalier et universitaire de Martinique concernant votre projet intitulé « Étude évaluative de l'impact d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques ».

L'IRB émet un avis **favorable**. La référence de cet avis est 2020/049.

Nous vous remercions de nous avoir sollicités et vous souhaitons du succès dans les suites de votre projet.

Avec nos meilleures salutations.

Professeur Moustapha DRAME
Responsable de l'unité de soutien
méthodologique à la recherche (USMR)
CHU Martinique Hôpital Pierre Zobda-Quitman CS 90632
97201 Fort-de-France

Professeur Moustapha Dramé
Président par intérim de l'IRB

Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à exercer la médecine, en présence des maîtres de cette école et de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité qui la régissent.

Mon premier souci sera, de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous les éléments physiques et mentaux, individuels collectifs et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients de décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.
Je ne me laisserai influencer ni par la recherche du gain ni par la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés.
Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers.
Et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances, sans acharnement.
Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.
Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.
Que je sois modéré en tout, mais insatiable de mon amour de la science.
Je n'entreprendrai rien qui ne dépasse mes compétences ; je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.
Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses,
Que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

NOM et Prénom : LEAL Myriam

Sujet de la Thèse : Étude évaluative de l'impact d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'insight de patients atteints de troubles psychotiques

Thèse : Médecine – Université des Antilles

Qualification : Médecine spécialisée

Année : 2020

Numéro d'identification : 2020ANTI0570

Mots clés : Psychose, Schizophrénie, Insight, Psychoéducation, Intra-hospitalier, Martinique

Introduction : Les troubles psychotiques représentent un ensemble de pathologies psychiatriques chroniques et invalidantes dont la prévalence est particulièrement élevée en Martinique. La majorité des patients qui en sont atteints présentent des troubles de l'insight qui conditionnent fortement leur adhésion aux soins. La psychoéducation a été développée pour répondre à ces troubles et à leurs conséquences mais elle reste encore peu répandue en milieu intra-hospitalier.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer l'impact, sur l'amélioration de l'insight, d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier, destiné aux patients hospitalisés au Centre Hospitalier Maurice Despinoy (CHMD) et souffrant de troubles psychotiques.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle analytique rétrospective de type avant/après monocentrique, au CHMD, en Martinique. Les patients inclus étaient ceux ayant participé à au moins 2 séances de l'atelier de psychoéducation en intra-hospitalier du pôle Nord-Atlantique Sud (NAS), entre le 14 Juin 2019 et le 21 Février 2020, et dont les questionnaires avaient été correctement remplis. Le critère d'évaluation principal était la différence de score d'insight avant et après la participation à l'atelier et reposait sur l'échelle d'insight créée par l'équipe du pôle NAS. Le critère d'évaluation secondaire était l'évolution des sous scores de l'échelle d'insight, avant et après la participation au groupe. Les données ont été recueillies à partir des dossiers médicaux des patients et analysées à l'aide d'un test t de Student sur série appariée. Le seuil de signification des tests statistiques était fixé à 0,05.

Résultats : Au total, 37 patients ont été inclus dans l'étude. Le ratio homme/femme était de 2,7 et l'âge moyen était de 41 ans. Parmi les individus inclus, 56,8% avaient un diagnostic de schizophrénie, 24,3% un diagnostic de trouble schizo-affectif, 13,5% un diagnostic de trouble délirant chronique, et 81% des individus avaient participé à au moins 3 séances de psychoéducation.

Les résultats ont montré que 70% des patients avaient un score d'insight plus élevé après avoir participé à l'atelier. Suite à leur participation, le score d'insight moyen des patients est passé de 16 à 20 sur 30 ; il a augmenté significativement en moyenne de 3,86 points. Les trois sous-scores de l'échelle d'insight ont augmenté de façon significative. Le sous-score ayant le moins augmenté étant le sous-score « conscience de la maladie » avec une augmentation moyenne de 0,92 points sur 12.

Conclusion : Malgré les nombreuses limites de notre étude, celle-ci montre le bénéfice significatif d'un atelier de psychoéducation mis en place en intra-hospitalier sur l'amélioration de l'insight des patients atteints de troubles psychotiques. Les résultats sont en accord avec les données de la littérature, ils attestent ainsi l'intérêt d'une telle démarche, même au plus près d'une décompensation et sont très encourageants pour la poursuite de son développement. Des perspectives comme le déploiement de cette intervention psychoéducative à une plus large échelle et la réalisation d'études comparatives mesurant l'impact de l'atelier sur l'alliance, l'adhésion thérapeutique, la rechute et les compétences acquises en auto-soin sont ouvertes.

JURY :

Président : Monsieur Le Professeur Louis JEHEL

Juges : Monsieur Le Professeur Moustapha DRAME
Monsieur Le Professeur Christophe DELIGNY
Monsieur Le Docteur Jean-Marc JEREMIE

Directeur de thèse : Monsieur Le Docteur Rémy SLAMA
