Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS : impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques

Nicolas Darkiewicz

▶ **To cite this version:**

Nicolas Darkiewicz. Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS : impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03538084

HAL Id: dumas-03538084

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03538084

Submitted on 20 Jan 2022

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.

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2020 / 2021

THÈSE POUR L'OBTENTION

DU GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le Jeudi 16 septembre 2021

par

Monsieur Nicolas Darkiewicz

Né le 6 Juillet 1996 à Paris

TITRE DE LA THÈSE :

Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS : impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques

Présidente : Madame le Professeur Perrine Brazo

Membres : Madame le Docteur Aurélie Montagne-Larmurier

Monsieur le Docteur Maxime Tréhout

Directrice de thèse : ***Madame le Professeur Perrine Brazo***

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR SANTÉ - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

M.	**AGOSTINI Denis**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**AIDE Nicolas**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**ALEXANDRE Joachim**	Pharmacologie clinique
M.	**ALLOUCHE Stéphane**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**ALVES Arnaud**	Chirurgie digestive
M.	**AOUBA Achille**	Médecine interne
M.	**BABIN Emmanuel**	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**BÉNATEAU Hervé**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M.	**BENOIST Guillaume**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**BERGER Ludovic**	Chirurgie vasculaire
M.	**BERGOT Emmanuel**	Pneumologie
M.	**BIBEAU Frédéric**	Anatomie et cytologie pathologique
Mme	**BRAZO Perrine**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BROUARD Jacques**	Pédiatrie
M.	**BUI Thanh-huy Eric**	Psychiatrie d'adultes
M.	**BUSTANY Pierre**	Pharmacologie
Mme	**CHAPON Françoise**	Histologie, Embryologie
Mme	**CLIN-GODARD Bénédicte**	Médecine et santé au travail
M.	**DAMAJ Ghandi Laurent**	Hématologie
M.	**DAO Manh Thông**	Hépatologie-Gastro-Entérologie
M.	**DEFER Gilles**	Neurologie
M.	**DELAMILLIEURE Pascal**	Psychiatrie d'adultes
M.	**DENISE Pierre**	Physiologie
Mme	**DOLLFUS Sonia**	Psychiatrie d'adultes
Mme	**DOMPMARTIN-BLANCHÈRE Anne**	Dermatologie

M.	**DREYFUS Michel**	Gynécologie - Obstétrique
M.	**DU CHEYRON Damien**	Réanimation médicale
Mme	**ÉMERY Evelyne**	Neurochirurgie
M.	**ESMAIL-BEYGUI Farzin**	Cardiologie
Mme	**FAUVET Raffaèle**	Gynécologie – Obstétrique
M.	**FISCHER Marc-Olivier**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GÉRARD Jean-Louis**	Anesthésiologie et réanimation
M.	**GUÉNOLÉ Fabian**	Pédopsychiatrie
Mme	**GUITTET-BAUD Lydia**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**HAMON Martial**	Cardiologie
Mme	**HAMON Michèle**	Radiologie et imagerie médicale
M.	**HANOUZ Jean-Luc**	Anesthésie et réa. médecine péri-opératoire
M.	**HITIER Martin**	Anatomie –ORL Chirurgie Cervico-faciale
M.	**HULET Christophe**	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M.	**ICARD Philippe**	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
M.	**JOIN-LAMBERT Olivier**	Bactériologie - Virologie
Mme	**JOLY-LOBBEDEZ Florence**	Cancérologie
M.	**JOUBERT Michael**	Endocrinologie
M.	**LAUNOY Guy**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LE HELLO Simon**	Bactériologie-Virologie
Mme	**LE MAUFF Brigitte**	Immunologie
M.	**LOBBEDEZ Thierry**	Néphrologie
M.	**LUBRANO Jean**	Chirurgie viscérale et digestive
M.	**MAHE Marc-André**	Cancérologie
M.	**MANRIQUE Alain**	Biophysique et médecine nucléaire
M.	**MARCÉLLI Christian**	Rhumatologie
M.	**MARTINAUD Olivier**	Neurologie
M.	**MAUREL Jean**	Chirurgie générale
M.	**MILLIEZ Paul**	Cardiologie
M.	**MOREAU Sylvain**	Anatomie/Oto-Rhino-Laryngologie
M.	**MOUTEL Grégoire**	Médecine légale et droit de la santé
M.	**NORMAND Hervé**	Physiologie
M.	**PARIENTI Jean-Jacques**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**PELAGE Jean-Pierre**	Radiologie et imagerie médicale
Mme	**PIQUET Marie-Astrid**	Nutrition
M.	**QUINTYN Jean-Claude**	Ophtalmologie
Mme	**RAT Anne-Christine**	Rhumatologie

M.	**REPESSE Yohann**	Hématologie
M.	**REZNIK Yves**	Endocrinologie
M.	**ROD Julien**	Chirurgie infantile
M.	**ROUPIE Eric**	Médecine d'urgence
Mme	**THARIAT Juliette**	Radiothérapie
M.	**TILLOU Xavier**	Urologie
M.	**TOUZÉ Emmanuel**	Neurologie
Mme	**VABRET Astrid**	Bactériologie - Virologie
M.	**VERDON Renaud**	Maladies infectieuses
Mme	**VERNEUIL Laurence**	Dermatologie
M.	**VIVIEN Denis**	Biologie cellulaire

PROFESSEURS ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**BELLOT Anne**	Pédiatrie
M.	**DE LA SAYETTE Vincent**	Neurologie
M.	**GUILLAUME Cyril**	Médecine palliative
M.	**LE BAS François**	Médecine Générale
M.	**SABATIER Rémi**	Cardiologie

PRCE

Mme	**LELEU Solveig**	Anglais

PROFESSEURS ÉMÉRITES

M.	**DERLON Jean-Michel**	Neurochirurgie
M.	**GUILLOIS Bernard**	Pédiatrie
M.	**HABRAND Jean-Louis**	Cancérologie option Radiothérapie
M.	**HURAULT de LIGNY Bruno**	Néphrologie
Mme	**KOTTLER Marie-Laure**	Biochimie et biologie moléculaire
M.	**LE COUTOUR Xavier**	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	**LEPORRIER Michel**	Hématologie
M.	**RAVASSE Philippe**	Chirurgie infantile
M.	**TROUSSARD Xavier**	Hématologie
M.	**VIADER Fausto**	Neurologie

UNIVERSITÉ DE CAEN · NORMANDIE

UFR SANTÉ - FACULTE DE MEDECINE

Année Universitaire 2020/2021

Doyen
Professeur Emmanuel TOUZÉ

Assesseurs
Professeur Paul MILLIEZ (pédagogie)
Professeur Guy LAUNOY (recherche)
Professeur Sonia DOLLFUS & Professeur Evelyne EMERY (3ème cycle)

Directrice administrative
Madame Sarah CHEMTOB

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	**BENHAÏM Annie**	Biologie cellulaire
M.	**BESNARD Stéphane**	Physiologie
Mme	**BONHOMME Julie**	Parasitologie et mycologie
M.	**BOUVIER Nicolas**	Néphrologie
M.	**BROSSIER David**	Pédiatrie
M.	**COULBAULT Laurent**	Biochimie et Biologie moléculaire
M.	**CREVEUIL Christian**	Biostatistiques, info. médicale et tech. de communication
M.	**DE BOYSSON Hubert**	Médecine interne
Mme	**DINA Julia**	Bactériologie - Virologie
Mme	**DUPONT Claire**	Pédiatrie
M.	**ÉTARD Olivier**	Physiologie
M.	**GABEREL Thomas**	Neurochirurgie
M.	**GRUCHY Nicolas**	Génétique
M.	**ISNARD Christophe**	Bactériologie Virologie
M.	**JUSTET Aurélien**	Pneumologie
Mme	**KRIEGER Sophie**	Pharmacie
M.	**LEGALLOIS Damien**	Cardiologie
Mme	**LELONG-BOULOUARD Véronique**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**LEVALLET Guénaëlle**	Cytologie et Histologie
M.	**MACREZ Richard**	Médecine d'urgence
M.	**MITTRE Hervé**	Biologie cellulaire
M.	**MOLIN Arnaud**	Génétique
M.	**SAINT-LORANT Guillaume**	Pharmacie

M.	**SESBOÜÉ Bruno**	Physiologie
M.	**TOUTIRAIS Olivier**	Immunologie
M.	**VEYSSIERE Alexis**	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITÉS DE MÉDECINE GÉNÉRALE

M.	**HUMBERT Xavier**	

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIÉS DES UNIVERSITÉS A MI-TEMPS

Mme	**ABBATE-LERAY Pascale**	Médecine générale
M.	**BANSARD Mathieu**	Médecine générale
M.	**COUETTE Pierre-André**	Médecine générale
Mme	**NOEL DE JAEGHER Sophie**	Médecine générale
M.	**PITHON Anni**	Médecine générale
M.	**SAINMONT Nicolas**	Médecine générale
Mme	**SCHONBRODT Laure**	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ÉMÉRITES

Mme	**DEBRUYNE Danièle**	Pharmacologie fondamentale
Mme	**DERLON-BOREL Annie**	Hématologie
Mme	**LEPORRIER Nathalie**	Génétique

Remerciements

A Madame le Professeur Brazo, Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner dans ce travail et de présider ce jury de thèse. Le semestre passé à vos côtés a durablement fait changer ma pratique ainsi que ma vision du soin. Je vous remercie pour votre constante disponibilité ainsi que votre bienveillance. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Montagne-Larmurier, Je suis honoré que vous ayez accepté de faire partie de ce jury de thèse. Il m'est important de souligner votre implication dans l'éducation thérapeutique du patient au sein du CAMP, et notamment dans l'élaboration du programme ETAPS. Je tiens à ce que vous soyez assurée de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Tréhout, Vous me faites l'honneur de prendre part à l'évaluation de ce travail. Je tiens à mettre en avant votre dynamisme dans le domaine de la recherche et votre implication dans l'activité clinique. Soyez assuré de ma haute considération.

A Monsieur Nicolas Faure, Vous m'avez formé à la recherche documentaire et votre aide m'a permis de débuter ce travail avec sérénité.

A Monsieur le Docteur Frémont, à Monsieur le Docteur Trumier, à Monsieur le Docteur Leclerc, Merci pour le semestre passé à vos côtés à Bayeux et l'enseignement dont j'ai pu bénéficier.

A Monsieur le Professeur Guénolé, à Monsieur le Docteur Egler, à Madame le Docteur Baranger, Merci pour les connaissances que vous m'avez transmises sur la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

A Monsieur le Docteur Amadeo, à Monsieur le Docteur Sebti, à Monsieur le Docteur Mesplede, à Madame le Docteur Serres, Merci pour le semestre passé à vos côtés au Taaone, avec toute la richesse et la particularité du travail insulaire.

A Madame le Docteur Chevasson, à Monsieur le Docteur Hubert, à Madame le Docteur Lambert, à Madame le Docteur Simonneau, Merci d'avoir accompagné mes premiers mois dans l'internat de psychiatrie avec une gentillesse sans faille.

A Monsieur le Professeur Baubet, à Monsieur le Docteur Hacker, Merci de m'avoir fait découvrir le champ de la psychiatrie durant mon externat et de m'avoir transmis votre passion.

A toutes les équipes soignantes et à tous les patients qui m'ont appris à pratiquer et à aimer mon métier.

A mes chers collègues internes, Merci pour votre esprit de camaraderie et d'entraide.

A vous, papa et maman, Merci pour votre amour, votre soutien inconditionnel durant toutes ces années, et votre aide apportée pour la réalisation de ce travail. Cette thèse est également la vôtre.

A toi mon frère, Merci pour ton soutien, tu m'as toujours tiré vers le haut tout en sachant me faire rire, tu m'as aidé à grandir et cette thèse est aussi la tienne.

A toute ma famille, Source de gentillesse et de bonheur.

A toi Farkisha, Aucun mot ne serait suffisant pour décrire l'attention que tu m'as porté au cours de ces années. Si je regarde toutes les belles aventures traversées ensemble, je ne peux qu'être enjoué de continuer à explorer un océan de vie à tes cotés.

Liste des Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

ATP : Antipsychotique

BABS : Brown Assessment of Beliefs Scale

BCIS : Beck Cognitive Insight Scale

BEP : Bilan Éducatif Partagé

BIS : Birchwood Insight Scale

CAMP : Centre d'Accueil Médico Psychologique

CDBS : Conviction of Delusional Beliefs Scale

CIM10 : Classification Internationale des Maladies 10

CRT : Cognitive Remediation Therapy

CSI : Chambre de Soins Intensifs

DESG : Diabete Education Study Group

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

DSM5: Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5

EPSM : Établissement Public de Santé Mentale

ERF : Échelle de Répercussion Fonctionnelle

ETAPS : Éducation Thérapeutique et Acquisitions Pratiques dans la Schizophrénie

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patients Santé Territoires

IPQ : Insight in Psychosis Questionnaire

IPT : Integrated Psychosocial Treatment

MARS : Medication Adherence Report Scale

MCT : Meta Cognitive Training

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

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANSS : Positive And Negative Syndrome Scale

PEH : Patients Experience of Hospitalization

PRACS : Programme de Renforcement de l'Autonomie et des Capacités Sociales

RC2S : Remédiation Cognitive de la Cognition Sociale

RECOS : Programme de REmédiation COgnitive pour patients présentant une Schizophrénie ou un trouble associé

RPS : Réhabilitation Psycho Sociale

SAI : Schedule for the Assessment of Insight

SAIQ : Self-Appraisal of Illness Questionnaire

SAMHSA: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

SCIT : Social Cognition and Interaction Training

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'État

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SL : Soins Libres

SNS : Self evaluation of Negative Symptoms

SPI : Soins en Péril Imminent

SQS : Société Québécoise de la Schizophrénie

SUMD : Scale to assess Unawareness in Mental Disorder

TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale

UH1 : Unité d'Hospitalisation numéro 1

UH2 : Unité d'Hospitalisation numéro 2

USI : Unité de Soins Intensifs

WAI : Working Alliance Inventory

WAPR : World Association for Psychosocial Rehabilitation

Liste des Tableaux et figures

Figure 1 : Représentation schématique du modèle stress vulnérabilité.

Figure 2 : Schéma du parcours de réhabilitation psychosociale dans une démarche de rétablissement (Franck, 2020).

Figure 3 : Carte de France répertoriant pour chaque région le nombre de programme d'ETP à destination des patients souffrant de schizophrénie.

Figure 4 : Logigramme du parcours éducatif ETAPS.

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des jours d'hospitalisation des patients.

Tableau 2 : Patients n'ayant pas eu de journées d'hospitalisation sur l'ensemble de la période étudiée.

Tableau 3 : Traitements des patients n'ayant pas eu de journées d'hospitalisation sur l'ensemble de la période étudiée.

Tableau 4 : Patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Tableau 5 : Traitements des patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Tableau 6 : Patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Tableau 7 : Traitements des patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Sommaire

1 Introduction

2 La schizophrénie et les concepts qui ont révolutionné sa prise en charge

2.1 Données épidémiologiques sur la schizophrénie

2.2 Histoire de la schizophrénie, modèle stress vulnérabilité et concept de rétablissement en santé mentale

2.3 Le modèle stress vulnérabilité

2.4 Le concept de rétablissement

2.5 La prise en charge sur un modèle de rétablissement

2.5.1 Les traitements pharmacologiques

2.5.2 Les traitements non pharmacologiques

2.5.3 La prise en charge psychothérapique

2.5.4 La réhabilitation psychosociale

2.5.5 La remédiation cognitive

3 Notions théoriques concernant l'éducation thérapeutique

3.1 Définition de l'éducation thérapeutique

3.2 Notions historiques concernant l'ETP et législation

3.3 L'ETP dans la santé mentale

3.4 Recommandations nationales

3.5 Situation actuelle en France

3.6 Intérêt de l'ETP dans la schizophrénie

3.7 Validation du programme ETAPS

3.7.1 Les objectifs

3.7.2 La population cible

3.7.3 Les différentes étapes de la démarche éducative ETAPS

3.7.4 Les atelier initiaux

3.7.4.a L'atelier Insight plus traitement

3.7.4.b L'atelier Profamille

3.7.5 Les ateliers de suivi

3.7.5.a L'atelier Gestions des symptômes

3.7.5.b L'atelier PRACS

4 Recherche clinique

4.1 Le défaut d'insight dans la schizophrénie

4.2 L'atelier Insight plus traitement

4.2.1 Déroulé type d'une séance

4.2.2 Contenu des 7 séances

4.3 Hypothèse, objectifs de l'étude et critères d'évaluation

4.3.1 Objectif et critère d'évaluation principal

4.3.2 Objectifs et critères d'évaluation secondaires

4.4 Matériel et méthode

4.4.1 Population ciblée

4.4.2 Construction et déroulement de l'étude

4.5 Résultats

4.5.1 Groupes historiques

4.5.2 Groupes d'évolution

4.6 Discussion

4.6.1 La population

4.6.2 Selon les groupes historiques

4.6.3 Selon les groupes d'évolution

4.6.4 Fiabilité des résultats et biais à souligner

4.6.5 Ressenti personnel et ouverture

5 Conclusion

1 Introduction

La schizophrénie est une maladie chronique invalidante avec une prévalence mondiale estimée à 0,7 % de la population générale (OMS, 2013), se déclarant habituellement entre la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte, diagnostiquée sur un ensemble de critères définis par différentes classifications (DSM5, CIM10).

Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2001 classe la schizophrénie au 8ème rang des pathologies génératrices d'années perdues pour cause d'incapacité chez les sujets âgés de 15 à 44 ans (OMS, 2001). Il propose une estimation du pronostic de la schizophrénie étayant le caractère chronique et invalidant. Après un premier épisode psychotique, il estime que :

- Un tiers des patients présentent une rémission sociale et symptomatique complète.
- La moitié ont des rechutes multiples avec des périodes intermittentes de rémission.
- Un cinquième des patients ont une symptomatologie invalidante et une altération des capacités sociales de manière chronique.

Les coûts médians de la schizophrénie en France sont estimés en 2009 à 10 065 € par patient et par année (Raymond & al, 2009), ce qui place la question de la prise en charge comme un enjeu important de santé publique.

Au cours de l'histoire, et notamment durant les cinquante dernières années, plusieurs concepts ont révolutionné la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie, et notamment deux concepts qui sont :

- Le modèle stress vulnérabilité.
- Le concept de rétablissement.

Pour le modèle stress vulnérabilité, la survenue et l'évolution de la maladie au cours d'une vie sera déterminée par des interactions complexes entre 3 éléments constitutifs : le degré de vulnérabilité, les facteurs stresseurs et les facteurs de protection (Brazo, 2015). Ce concept a permis de mettre en place un modèle multifactoriel, en opposition avec les modèles antérieurs.

Le concept de rétablissement consiste en une optimisation du devenir de la personne afin de lui permettre d'avoir une vie satisfaisante et accomplie. Les outils nécessaires au rétablissement dans la schizophrénie sont (Brazo, 2017) :

- Les traitements biologiques antipsychotiques (ATP).
- Les outils de réhabilitation psychosociale (RPS).
- Les thérapies cognitivo comportementales (TCC).
- Les outils de remédiation cognitive et sociale.

De par l'émergence de ces deux concepts, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) a su prendre une place importante dans la prise en charge des maladies psychiques chroniques et notamment dans la schizophrénie. L'ETP figure dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS, 2007), définies selon les critères de l'OMS.

Une activité d'ETP s'est développée depuis plusieurs années au CAMP d'Hérouville Saint Clair, avec plusieurs ateliers destinés aux patients souffrant de schizophrénie et à leur famille. Ils ont été regroupés en 2020 dans le programme ETAPS : Éducation Thérapeutique et Acquisitions Pratiques dans la Schizophrénie.

Lors du cursus de l'internat, les internes y ont accès, et c'est dans ce contexte que ma participation à l'atelier Insight a pu avoir lieu.
En participant, on peut se poser la question de l'impact que cet atelier a sur la rechute psychotique. Une idée d'étude descriptive rétrospective a émergé pour tenter de savoir si les patients qui ont participé à l'atelier Insight ont été moins hospitalisés dans l'année suivant leur participation, en comparaison avec l'année précédant leur participation.
Cette thèse va s'intéresser aux interactions entre participation à l'atelier d'ETP Insight et risque de rechute, avec pour critère principal l'hospitalisation en secteur psychiatrique.

Elle se déroule en trois parties.

Une première partie résume les différents concepts ayant révolutionné la prise en charge du patient souffrant de schizophrénie.

Une seconde partie précise la notion d'éducation thérapeutique, ses différents aspects, et finit par une présentation du programme ETAPS mis en place au sein du CAMP d'Hérouville Saint clair.

Une troisième partie expose l'étude clinique descriptive rétrospective mise en place.

2 La schizophrénie et les concepts qui ont révolutionné sa prise en charge

2.1 Données épidémiologiques sur la schizophrénie

En 2013, l'OMS considère que la schizophrénie touche 0,7% de la population mondiale, classant cette maladie chronique comme une des plus préoccupantes du siècle actuel, à l'instar d'autres maladies psychiatriques telles que les troubles bipolaires, les addictions, et la dépression (OMS, 2013). En 2019, l'OMS propose une estimation de la prévalence mondiale de la schizophrénie : 12 millions d'homme et 9 millions de femme (OMS, 2019). Le ratio homme / femme est estimé à 1,4 homme malade pour 1 femme (McGrath & al, 2008).

En France, en 2007, la HAS recense 400.000 sujets souffrant de schizophrénie, avec une incidence estimée de 10.000 nouveaux cas par an (HAS, 2007). La HAS rapporte également que 90% des patients suivis et traités sont compris dans une tranche d'âge entre 15 et 55 ans.
En 2017, la DREES (Direction de la recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) rend un rapport concernant l'état de santé des Français, et trouvait qu'en 2014, 7,4 personnes pour 1000 souffraient d'un trouble psychotique, avec un diagnostic de schizophrénie pour la moitié (DREES, 2017).

De plus, la schizophrénie touche l'ensemble des populations mondiales, et semble montrer une fréquence plus importante dans les milieux urbains, ainsi que chez les personnes ayant un parcours de migration (Krebs, 2014).
L'espérance de vie des patients souffrant de schizophrénie est en moyenne de 10 ans inférieure à celle de la population générale. Concernant le risque suicidaire, 40% des personnes qui en sont atteintes tentent de se suicider et 10 % en décèdent (Llorca, 2004).

Concernant les coûts médians de la schizophrénie en France, ils sont estimés en 2009 (Raymond & al, 2009), par patient et par année à :

- 10 065 € pour l'ensemble des patients soignés.
- 51 356 € en hospitalisation.
- 2 525 € en suivi ambulatoire.
- 16 330 € en suivi mixte.

Ces coûts importants font de la schizophrénie un enjeu majeur de santé publique.

2.2 Histoire de la schizophrénie, modèle stress vulnérabilité et concept de rétablissement en santé mentale

Au tout début du 19ème siècle, Philippe Pinel décrit en 1809 des tableaux cliniques de patients correspondant à des schizophrénies. Il va proposer des descriptions précises, tout en indiquant un diagnostic différent pour chacun d'eux (Rioux, 2011).

En 1852 et 1853, c'est Bénédict Augustin Morel, psychiatre français, qui décrit les symptômes de ce qui pourra devenir par la suite ceux de la « démence précoce ». Ce terme de démence précoce va apparaitre pour la première fois dans un ouvrage qu'il écrit en 1860 : « Traité des maladies mentales » (Garrabé, 1992). Il souhaite alors créer une classification basée sur l'étiologie des symptômes selon la théorie de la dégénérescence, ce qui n'aboutira pas.

Il faudra attendre Emil Kraeplin, psychiatre allemand, qui va rédiger plusieurs traités de psychiatrie et publier en 1896 sa 5ème édition, où il va réaliser une description clinique de la démence précoce, groupe de maladies qui débutent à l'adolescence et progressent vers la démence, avec apparition du critère fondamental d'évolution de la maladie. Il élargit également le concept dans la 6ème édition de son traité en 1899, en proposant 3 formes de démence précoce : hébéphrénique, catatonique, et paranoïde. Pour Emil Kraeplin, la démence précoce présentait une évolution inexorable vers une dégradation complète des compétences psychiques.

C’est en 1908 que le mot schizophrénie est prononcé pour la première fois lors d’un congrès de psychiatrie à Berlin par Eugen Bleuler, psychiatre suisse (Garrabé, 1992). Il publiera un traité majeur reprenant son concept en 1911. Le terme provient des racines grecques « Schizein » signifiant fendre / séparer, et « phrên » signifiant esprit, avec une volonté d’insister sur la scission des facultés et la dissociation intrapsychique. Il va également décrire des évolutions de patients souffrant de schizophrénie avec des rétablissements imparfaits, et introduire la possibilité que la dégradation complète n’est pas inéluctable (Bleuler, 2001).

En 1910, il existe un grand intérêt autour de la psychanalyse.
Sigmund Freud va en 1914 appliquer ses théories à la schizophrénie pour améliorer la compréhension de cette psychose.

Le concept de schizophrénie va arriver en France par l’intermédiaire de Eugène Minkowski, psychiatre polonais naturalisé Français, via son ouvrage publié en 1927 portant sur la schizophrénie selon l’enseignement de Bleuler.

Les traitements sont alors très limités. C’est en 1952 que le premier antipsychotique, la Chlorpromazine, est découvert par Henri Laborit, Jean Delay et Pierre Deniker. C’est également en 1952 que le premier « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux » est publié.

Peu de temps après, en 1958, une seconde molécule est découverte en Belgique, l’Haldol, plus efficace et moins sédative.
L’arrivée de ces premiers traitements antipsychotiques permit une diminution des symptômes positifs chez de nombreux patients, et par conséquent d’envisager des sorties d’hospitalisation.
Ces sorties d’hospitalisation massives ont mis en évidence d’autres besoins médicaux non résolus par les traitements pharmacologiques auxquels les patients se sont trouvés confrontés : la difficulté de réintégration à la société et une forte stigmatisation.

Dans les années 1950, naît aux États Unis le mouvement d'« empowerment », qui amène les patients à s'impliquer d'avantage dans la prise de décision concernant leur santé (Tomes, 2006). Ce mouvement prend la forme d'une prise progressive de pouvoir dans l'utilisation des soins, en contradiction avec le modèle médical antérieur d'infirmité, de manière à promouvoir pour chacun la possibilité de vivre pleinement et indépendamment.

Dans les années 1960, nait le concept de vulnérabilité, décrit par Paul Meelh, psychologue clinicien américain (Meelh, 1962). Il émet l'hypothèse que la vulnérabilité dans l'évolution d'une schizophrénie chez un individu dépend de la présence d'un gène qu'il nomme « schizogène ». Selon lui, ce gène serait responsable de la schizotypie chez les individus porteurs. Il propose un modèle dichotomique où seuls les schizotypiques pourraient développer une schizophrénie, avec une évolution dépendante de facteurs de risque.

Zubin et Spring publient un article en 1977 pour affiner le concept, et sont considérés aujourd'hui comme les inventeurs du modèle stress vulnérabilité. Ils abandonnent le modèle dichotomique de Meelh et imaginent un modèle décrit comme « quasi – continu » (Zubin & Spring, 1977).
Dans ce modèle « quasi - continu », ils introduisent la notion de seuil critique, point à partir duquel un trouble se déclenchera.
Selon eux, ce seuil critique est déterminé par :

- Une vulnérabilité latente.
- Des facteurs de stress qui vont révéler ou précipiter cette vulnérabilité latente.
- Des facteurs de protection, avec notamment la notion du « coping ».

A partir des années 1990 apparait dans les pays anglo-saxons sous le terme de « recovery » un nouveau mouvement de pensée, avec pour point de départ des associations de patients, notamment de personnes souffrant de schizophrénie (Esperpro, 2017), et qui vont définir ensemble une première ébauche de la notion de rétablissement.

Dans les années 1990, nait la WAPR, l'association internationale de réhabilitation psychosociale (RPS). Le but de la RPS est de réduire l'impact des difficultés rencontrées dans la maladie chronique pour favoriser le rétablissement (Bon, 2018).

En 1996, l'OMS publie conjointement à la WAPR les principaux objectifs de la RPS, inspirés du concept de rétablissement (OMS, 1998) :

- La réduction des symptômes de la maladie mentale et des effets secondaires des traitements médicamenteux.
- Le développement des compétences sociales.
- Le travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux.
- L'organisation des actions autour de la place centrale de l'usager.
- L'accompagnement des familles et des proches.

A partir de 1998, naissent en France les journées de réhabilitation à l'initiative du comité français pour la RPS, avec pour but de rassembler des équipes et des usagers autour de la connaissance, de l'amélioration des soins en RPS, pour une meilleure inclusion des personnes handicapées et contre la stigmatisation (Baro, 2018).

2.3 Le modèle stress vulnérabilité

La schizophrénie est une maladie chronique, présentant une évolution très variable selon les individus et les formes. Les troubles schizophréniques se déclarent chez l'adulte jeune entre 18 et 35 ans, et environ 4 ans plus tôt chez un homme que chez une femme (Häfner & al, 2007).

L'évolution de la schizophrénie est multiple, on considère généralement qu'il est possible de la catégoriser en 3 groupes (Llorca, 2004) :

- Une rémission complète avec un retour à l'état fonctionnel quasi identique à l'état antérieur dans 25 à 30 % des cas.
- Une rémission partielle avec une évolution vers un état fonctionnel disadaptatif mais stabilisé et sans signes psychotiques dans 50 % des cas.
- Une détérioration progressive avec une chronicisation entraînant de lourdes conséquences psychiques et sociales dans 20 à 25 % des cas.

Concernant les rechutes, il n'existe pas de définition claire, mais leur fréquence et leur intensité vont influencer le pronostic dans la schizophrénie dès la première décompensation (Koenig & al, 2011).
Le taux de rechute est important. Il est estimé à 54% à deux ans et à 82% à cinq ans (Robinson & al, 1999).

Pour expliquer cette évolution, plusieurs modèles ont vu le jour, mais celui que nous retenons est le modèle stress vulnérabilité.
Il est né de données contradictoires entre les études génétiques et les études longitudinales sur la schizophrénie (Brazo, 2015) :

- Les états terminaux de la schizophrénie sont polymorphes, et pas obligatoirement sévèrement chroniques.
- La chronicité de la schizophrénie est non figée, avec possibilité de changement y compris dans des situations qui semblent enkystées.
- Il existe une prédisposition génétique partielle, avec par exemple 60% de probabilité de développer une schizophrénie pour un enfant issu de deux parents schizophrènes.

Le modèle stress vulnérabilité essaye donc de présenter un modèle multifactoriel d'interactions complexes pour expliquer la survenue des troubles, avec 3 éléments constitutifs :

- Le degré de vulnérabilité.
- Les stresseurs.
- Les facteurs de protection.

Les facteurs de vulnérabilité sont (SQS, 2020) :

- Les facteurs génétiques : augmentation du risque de développer une schizophrénie si des membres apparentés souffrent de la maladie.
- Les facteurs neurochimiques : production anormale de dopamine dans certaines régions du cerveau.
- Les facteurs neurodéveloppementaux : augmentation du risque si des perturbations sont survenues lors de la période périnatale, gestation et post accouchement.

Concernant les facteurs stresseurs, leur potentialité stressante va être variable selon chaque individu et dépendre (Brazo, 2015) :

- De la nature de l'évènement stressant et de sa perception.
- De sa perception de ses propres compétences pour faire face.
- De ses efforts d'ajustement.
- De sa vulnérabilité individuelle.

Les facteurs stresseurs décrits sont :

- L'interruption du traitement antipsychotique.
- La pression de performance dans le milieu scolaire ou professionnel.
- Les consommations de toxiques, notamment le cannabis.
- L'isolement social avec disparition des liens sociaux et familiaux.
- Les périodes de migration.
- Les interactions sociales avec des personnes présentant une forte intensité d'émotion exprimée.

Les facteurs de protection sont (Nuechterlein & Dawson, 1984) :

- Les facteurs de protection personnels comme le coping ou la bonne prise d'un traitement antipsychotique adapté.
- Les facteurs de protection environnementaux comme les stratégies familiales de résolution de problème ou la bonne qualité du réseau psychosocial.

Si on se concentre sur le coping, on peut le définir comme « l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maitriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu » (Folkman & Lazarus, 1988). Il s'appuie sur les ressources de l'individu, mais aussi sur les ressources disponibles dans son environnement social.

Les 3 grandes composantes qui agissent dans le processus de coping sont :

- La composante cognitive, avec de possibles biais liés à la maladie.
- La composante émotionnelle.
- La composante comportementale, dans l'action ou dans l'évitement.

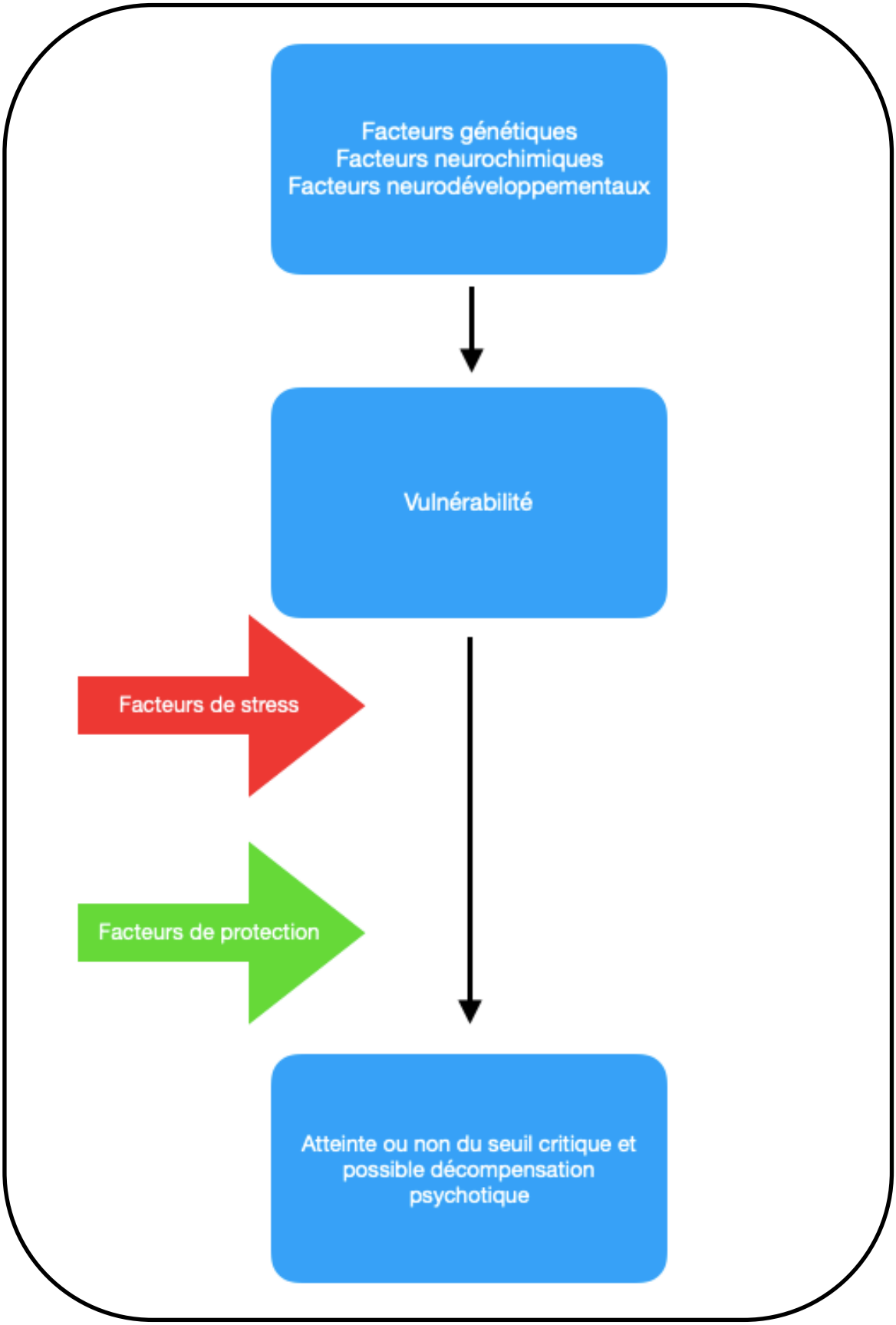


Figure 1 : Représentation schématique du modèle stress vulnérabilité.

2.4 Le concept de rétablissement

William Anthony va tenter de définir le concept de rétablissement en 1993 : « Le rétablissement est un processus personnel et singulier visant un changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et / ou de rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, utile et remplie d'espoir, qu'elle soit ou non limitée par une maladie. Le rétablissement implique la création d'une nouvelle signification et d'un nouveau but dans la vie de l'individu, qui apprend à dépasser les conséquences dramatiques de la maladie » (Anthony, 1993).

Le rétablissement est également défini comme une transformation par laquelle la « vieille personnalité » est progressivement abandonnée et une nouvelle vision de soi émerge.
Patricia Deegan, célèbre défenseuse des droits des personnes handicapées, psychologue et chercheuse vivant aux États-Unis, va décrire en 2001 son expérience personnelle du rétablissement et notamment répertorier les différentes phases traversées (Deegan, 2001) :

- Le coup de massue de l'irruption de la pathologie.
- Le diagnostic à la place de l'identité.
- La flétrissure de la déshumanisation.
- Le sentiment de « mort avant la mort ».
- Le sentiment de révolte.
- La lente émergence d'un projet de survie.
- La détermination de son rôle social, de sa mission, et du sens de sa vie.
- Le besoin de la tolérance de l'entourage.
- Le sentiment qu'un lendemain viendra.
- Le combat contre l'auto stigmatisation.
- L'apparition d'un « récit de transformation ».

Le SAMHSA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) a défini les dix caractéristiques fondamentales du rétablissement (SAMHSA, 2012) :

1. Une auto-détermination : le rétablissement, par et pour la personne. On considère alors que le patient fait ses choix, contrôle, et détermine son propre parcours de rétablissement.

2. Un processus individualisé et centré sur la personne : avec une diversité des voies de rétablissement, selon les besoins, les préférences et les expériences de la personne.
3. L“ Empowerment ” (retrouver le pouvoir de décider et d’agir) : les usagers font leurs choix librement, et prennent des décisions quant à leur vie.
4. L’holisme : le rétablissement recouvre une variété d’aspects de la vie de la personne, comportant l’esprit, le corps, la spiritualité et la communauté.
5. Une non linéarité du processus : c’est-à-dire un processus non graduel, fondé sur un cheminement continu, avec potentiellement des moments de régression.
6. Construire sur ses forces : valoriser et prendre appui sur les forces de la personne, sa résilience, et ses aptitudes de coping.
7. Le soutien par les pairs : le rôle inestimable des soutiens mutuels.
8. Le respect : la reconnaissance des droits des usagers (élimination des discriminations et de la stigmatisation) est fondamentale pour le rétablissement.
9. La responsabilité : les personnes sont responsables du soin d'eux-mêmes et de leur parcours de rétablissement.
10. L'espoir : le rétablissement véhicule le message motivant que les gens peuvent et réussissent à surmonter les obstacles et les difficultés qu'ils rencontrent.

Le rétablissement est un concept global où le patient s’implique activement dans sa prise en charge, néanmoins, les professionnels sont aussi concernés et doivent (Leguay, 2016) :

- Partager et promouvoir le concept de rétablissement.
- Être à l’écoute des usagers.
- Soutenir le pouvoir d’agir des usagers.
- Favoriser l’implication des usagers à tous les niveaux du processus.
- Inclure dans les concertations une majorité de personnes non professionnelles concernées.
- Permettre aux usagers de contribuer à la planification des services et à leur évaluation.
- Soutenir la création de services d’entraide des usagers.
- Engager des usagers dans les structures : les pairs aidants.

2.5 La prise en charge sur un modèle de rétablissement

La prise en charge thérapeutique du patient souffrant de schizophrénie sur un modèle de rétablissement doit être précoce, et fait appel à de multiples outils :

- Les traitements pharmacologiques.
- Les traitements non pharmacologiques.
- Les psychothérapies.
- La RPS.
- La remédiation cognitive.

2.5.1 Les traitements pharmacologiques

Le premier antipsychotique a été découvert en 1952 : la Chlorpromazine.
L'arrivée des antipsychotiques a permis de changer de point de vue concernant le caractère impénétrable et incurable de la maladie. Cela a également permis de comprendre que la schizophrénie ne se résumait pas aux symptômes « positifs », mais qu'il s'agissait également de prendre en charge la fragilité neuropsychique (Bottero, 2010).

Depuis environ 30 ans, une seconde génération de traitements antipsychotiques, dits atypiques sont arrivés sur le marché, avec pour avantage notable de réduire le risque de survenue des effets secondaires comme le syndrome extrapyramidal ou les dyskinésies (Llorca, 2004).

Le défaut d'observance est fréquent, 48% dans la première année consécutive à un premier épisode psychotique, et 74% dans la seconde année (Corrigan & al, 1990). Pour améliorer l'observance, il faut travailler sur plusieurs domaines (Morandi & Bonsack, 2011) :

- La symptomatologie.
- La bonne compréhension du traitement médicamenteux.
- Le milieu et le mode de vie.
- L'histoire de vie.
- L'insight.

2.5.2 Les traitements non pharmacologiques

L'électroconvulsithérapie, aussi appelée sismothérapie, est une technique inventée par Hugo Celetti et Lucio Bini dans les années 1930 en Italie (Caire, 2010).
Elle peut être utilisée en cas d'intolérance aux antipsychotiques, ou de contre-indication de ceux-ci. Elle est aussi utilisée en association avec les antipsychotiques de première ou seconde génération s'il y a :

- Persistance de symptômes psychotiques sévères.
- Présence d'une catatonie résistante.
- Présence d'une comorbidité dépressive résistante au traitement.

2.5.3 La prise en charge psychothérapique

Les interventions psychothérapiques s'adressent au patient en complément des autres moyens thérapeutiques mis en œuvre.

Historiquement, la psychothérapie des psychoses a débuté par une prise en charge psychanalytique et dans l'utilisation du contre transfert (De Luca, 2009).

De nos jours, les prises en charge psychothérapiques se sont orientées vers des thérapies de type cognitivo-comportementale (TCC). Elles sont centrées sur les symptômes psychotiques avec pour objectif de modifier les convictions que le patient a construit sur la base de son expérience psychotique et de ses biais cognitifs, afin d'améliorer son contrôle sur sa propre pensée et sur sa propre existence (Brazo, 2017).
Lors de ces thérapies, le patient avec l'aide du thérapeute va identifier et modifier ses schémas de pensée dysfonctionnels qui sous-tendent les symptômes positifs et les pérennisent.

2.5.4 La réhabilitation psychosociale

La RPS est définie comme une stratégie d'ensemble dont le but ultime est d'augmenter le statut de « citoyen » du patient (Brazo, 2017).
Elle concerne 3 grands domaines :

- Les activités de gestion du quotidien (repas, hygiène, gestion du budget, moyens de communication et de transport).
- La résolution de problèmes interpersonnels et l'apprentissage de la communication.
- L'organisation de son emploi du temps, l'implication dans les loisirs et les contacts sociaux.

Elle s'appuie sur des outils que nous allons développer.

Le premier outil est l'évaluation fonctionnelle du patient. Elle permet de s'appuyer sur les points forts comportementaux et cognitifs du patient. Elle s'inscrit donc complètement dans le modèle cognitivo-comportemental définit par Marc Simonet comme un modèle qui prend en compte le patient souffrant de schizophrénie dans la totalité de son écologie afin de lui permettre un fonctionnement adéquat dans son environnement (Simonet & Brazo, 2005).
Elle s'organise en trois points :

- Repérer les stress extérieurs qui peuvent déborder le patient dans ses rôles sociaux et instrumentaux, exacerbant les symptômes.
- Repérer l'absence ou la présence de compétences adaptatives pré morbides. Ce sont des points forts qui peuvent servir à atténuer le stress.
- Rechercher les causes des déficits des compétences adaptatives et de résolution de problèmes de la personne (coping).

Le second outil est le projet de soins individualisé. Chaque patient doit avoir son propre projet de soins, adapté à ses attentes, à ses difficultés, à ses forces et compétences. Il doit comporter :

- Un réseau de professionnels stable, avec une bonne coordination des soins, et que les personnes responsables soient bien identifiées.
- Fixer un but atteignable, en classant par priorité les compétences à atteindre.

- Des étapes précises, avec un calendrier adapté au patient.
- Évaluer les progrès vers les objectifs, plutôt que par rapport aux problèmes persistants, avec des évaluations régulières, en impliquant le patient ainsi que son entourage.

Le troisième outil est l'entrainement aux habiletés sociales.
Les habiletés sociales regroupent les comportements et les activités cognitives qui permettent à un individu de communiquer ses émotions et besoins de façon adéquate au contexte, et d'atteindre par conséquent les objectifs qu'il s'est fixé préalablement.
Les déficits peuvent être causés par :

- Un défaut d'apprentissage.
- Un défaut d'utilisation.
- Une acquisition d'habiletés sociales dysfonctionnelles (liées à des pathologies iatrogènes institutionnelles).

Lors de l'entrainement aux habiletés sociales, on va chercher à :

- Renforcer le réseau de soutien social.
- Atténuer les stress de la vie quotidienne.
- Renforcer le sentiment d'efficacité quotidienne.
- Améliorer l'estime de soi.
- Améliorer la qualité de vie de la personne.

Le quatrième outil est l'ETP. Elle permet au patient l'acquisition de connaissances nouvelles, afin de changer de comportements et pouvoir surmonter les déficiences liées à la maladie.
Elle comporte 3 grands pôles :

- Un pôle pédagogique, qui consiste en l'éducation et l'information nuancée sur la maladie et ses conséquences du patient et des membres de sa famille, dans une idée de transmission de « savoir ».
- Un pôle comportemental, qui consiste à enseigner les méthodes pour gérer la maladie, les facteurs de stress, et à apprendre les stratégies de modification du comportement, dans une idée de « savoir-faire ».
- Un pôle psychologique, qui consiste en un soutien émotionnel pour obtenir progressivement une acceptation de la maladie par le patient et ses proches, dans une idée de « savoir-être ».

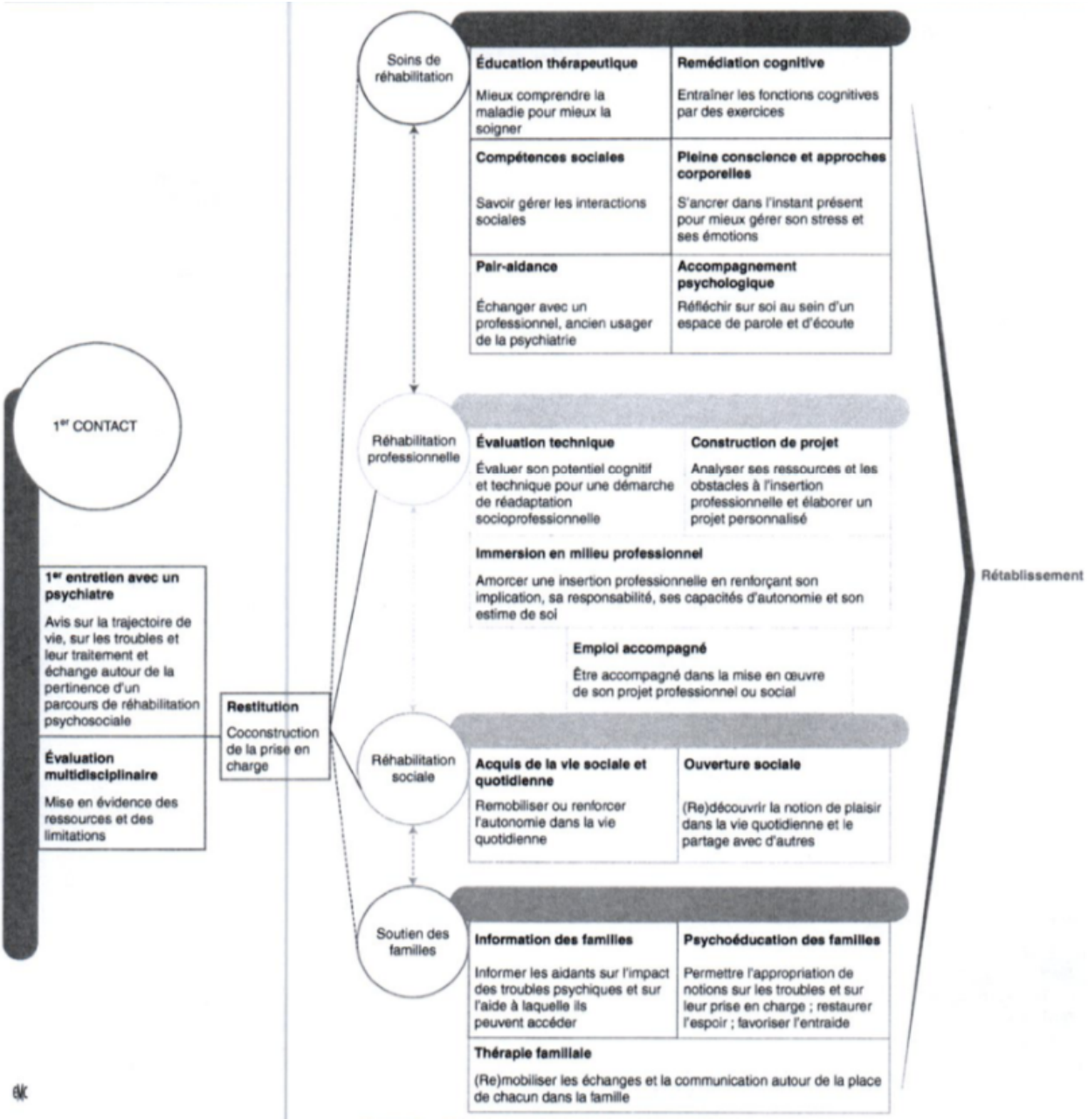


Figure 2 : Schéma du parcours de réhabilitation psychosociale dans une démarche de rétablissement (Franck, 2020).

2.5.5 La remédiation cognitive

Les troubles cognitifs sont des symptômes précoces dans la schizophrénie, et vont conditionner l'évolution de la maladie et le pronostic à long terme (Green & al, 2000). Ils touchent environ 80% des personnes souffrant de schizophrénie. (Franck, 2019)

La cognition se définit par l'ensemble des processus mentaux permettant de traiter l'information, d'acquérir des connaissances, et de gérer nos actions.
Deux grandes formes sont atteintes dans la schizophrénie :

- La neurocognition : regroupant les fonctions exécutives, les attentions et les mémoires (Nuechterlein & al, 2004).
- La cognition sociale : regroupant le traitement émotionnel, la perception et les connaissances sociales, les biais d'attribution, et la théorie de l'esprit (Adolphs, 2001).

La remédiation cognitive est destinée à réduire l'impact des troubles cognitifs sur le quotidien des personnes. Elle s'appuie sur la restauration des fonctions défaillantes et le renforcement des processus préservés.

La remédiation des fonctions neurocognitives s'appuie sur (Franck, 2019) :

- La CRT, Cognitive Remediation Therapy : programme constitué de 3 modules qui prennent en compte la flexibilité cognitive, la mémoire et la planification.
- Le programme RECOS : constitué de 6 modules qui ciblent la mémoire de travail, la mémoire verbale, les fonctions visuo-spatiales, l'attention sélective, les fonctions exécutives et la vitesse de traitement.

La remédiation de la cognition sociale peut utiliser pour outils :

- Le Gaïa : programme destiné à améliorer la reconnaissance des émotions faciales.
- L'IPT, l'Integrated Psychosocial Treatment : créé par Brenner en 1998, il est constitué de 6 modules progressifs et vise à une amélioration des capacités de communication et d'interaction.
- La MCT, le Meta Cognitive Training : réparti en 8 séances, il prend en compte la théorie de l'esprit en complément de la reconnaissance des émotions faciales.

- Le programme RC2S : programme individuel qui utilise un logiciel de simulation pour améliorer les capacités d'interaction avec autrui.
- Le programme SCIT : il vise l'amélioration du traitement des ambiguïtés et la réduction du saut aux conclusions.
- Le programme ToMRemed : il a pour cible les capacités cognitives issues de la théorie de l'esprit et plus particulièrement la capacité d'attribution des intentions à autrui (Bazin & al, 2010).

Dans la remédiation cognitive, on travaille également sur l'adaptation de l'environnement du patient. Cette adaptation de l'environnement permet de contourner les déficits du patient et donc d'améliorer son fonctionnement quotidien (Stip, 2005).

3 Notions théoriques concernant l'éducation thérapeutique

3.1 Définition de l'éducation thérapeutique

L'ETP est définie en 1998 par un rapport de l'OMS (OMS, 1998) : « L'éducation thérapeutique du patient est un processus d'apprentissage systémique, centré sur le patient.

Elle prend en considération :

- Les processus d'adaptation du patient (coping), son "lieu de maîtrise de sa santé" (Health Locus of Control), ses croyances, ses représentations de santé.
- Les besoins subjectifs et objectifs des patients, qu'ils soient ou non exprimés.

Elle fait partie intégrante du traitement et de la prise en charge. Elle concerne la vie quotidienne et l'environnement psychosocial du patient, et elle implique autant que possible les familles, les proches et les amis du patient. C'est un processus permanent, qui doit être adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient. Elle fait partie de la prise en charge à long terme. »

La HAS a publié les recommandations suivantes (HAS, 2007) :

« L'éducation thérapeutique du patient vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique.

Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie.

Une information orale ou écrite, un conseil de prévention peuvent être délivrés par un professionnel de santé à diverses occasions, mais ils n'équivalent pas à une éducation thérapeutique du patient. »

Ils précisent dans ce rapport que tout programme d'éducation thérapeutique personnalisé doit prendre en compte deux dimensions : les compétences d'auto-soins et les compétences d'adaptation.

Les compétences d'auto-soins sont :

- Soulager les symptômes.
- Prendre en compte les résultats d'une auto-surveillance, d'une automesure.
- Adapter les doses de médicaments, initier un auto-traitement.
- Réaliser des gestes techniques et des soins.
- Mettre en œuvre des modifications à son mode de vie (équilibre diététique, activité physique, etc.).
- Prévenir des complications évitables.
- Faire face aux problèmes occasionnés par la maladie.
- Impliquer son entourage dans la gestion de la maladie, des traitements et des répercussions qui en découlent.

Les compétences d'adaptation sont :

- Se connaître soi-même, avoir confiance en soi.
- Savoir gérer ses émotions et maîtriser son stress.
- Développer un raisonnement créatif et une réflexion critique.
- Développer des compétences en matière de communication et de relations interpersonnelles.
- Prendre des décisions et résoudre un problème.
- Se fixer des buts à atteindre et faire des choix.
- S'observer, s'évaluer et se renforcer.

3.2 Notions historiques concernant l'ETP et législation

On considère qu'une forme d'ETP nait dans les années 1920 avec l'arrivée du premier traitement par insuline pour le traitement des patients diabétiques en 1922 (Grimaldi, 2017).

Par la suite, l'ETP du patient diabétique va évoluer progressivement, et servir de base pour les autres secteurs de la santé :

- En 1941, le premier manuel d'éducation des diabétiques est publié par Elliott P. Joslin.
- En 1954, création de l'association des diabétiques libérés par Henri Lestradet.
- En 1972, l'efficience de l'éducation thérapeutique est démontrée par les recherches de Leona V. Millet et Jack Goldstein.
- En 1977, création du « Diabetes Education Study Group » européen (DESG).
- En 1988, création du DESG de langue française.
- En 1998, l'ETP est défini par l'OMS.
- En 2002, loi sur les droits des malades, et notamment à bénéficier d'ETP.
- En 2007, la HAS adopte l'approche par compétences développée par l'école de Bobigny.
- En 2009 : l'ETP fait son entrée dans la loi HPST (Hôpital, Patients, Santé et Territoires), et la gestion de l'ETP est confiée aux agences régionales de santé (ARS).

La loi HPST va définir :

- Les compétences requises pour dispenser l'ETP (décret n°2010-906 du 02 août 2010) et pour coordonner un programme d'ETP (décret n° 2013-449 du 31 mai 2013, Arrêté du 31 mai 2013, Arrêté du 14 janvier 2015).
- Les conditions d'autorisations par les ARS (décret n°2010-904 du 02 août 2010) ainsi que le cahier des charges des programmes et la composition du dossier de demande d'autorisation (Arrêté du 2 août 2010, Arrêté du 14 janvier 2015).

3.3 L'ETP dans la santé mentale

On voit apparaitre dès 1921 (Lazell, 1921) un début de thérapie éducationnelle en psychiatrie, visant des patients souffrant de démence précoce, en leur donnant des instructions relatives aux principaux mécanismes mentaux. L'instruction visait à mieux comprendre la nature des symptômes, et à acquérir une meilleure adaptation sociale. En 1933, est également publiée une étude (Marsh, 1933) concernant des thérapies éducationnelles en groupe ayant lieu à l'hôpital de Worcester.

Sur cette première moitié du 20ème siècle, il semble que l'approche soit plutôt verticale et autoritaire.
Lors de la deuxième moitié du 20ème siècle, et notamment à partir des années 70, l'approche éducationnelle est marquée par le développement créatif d'une pédagogie humaniste, active, et constructiviste.

C'est en 1971 que la psycho éducation est reconnue de manière universitaire en tant que science sociale. Les termes « éducation thérapeutique » et « psychoéducation » vont coexister depuis cette époque.

De nos jours, le terme « éducation thérapeutique » va être privilégié en France en lien avec les plans nationaux d'éducation à la santé et dans le champ des maladies chroniques en général. En effet, pour qu'un programme puisse recevoir l'appellation ETP, il doit être validé par l'ARS. Quant au terme « psychoéducation », il reste préféré dans la littérature internationale, notamment anglo-saxonne.

3.4 Recommandations nationales

Actuellement les recommandations les plus récentes datent de 2014 (HAS, 2014), et considèrent qu'un programme d'ETP doit répondre aux critères suivants :

- Être centré sur le patient : intérêt porté à la personne dans son ensemble, respect de ses préférences, prise de décision partagée.
- Être scientifiquement fondé (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel), enrichi par les retours

d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives.

- Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge.
- Concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux.
- Être un processus permanent, adapté à l'évolution de la maladie et au mode de vie du patient. Elle fait partie de la prise en charge à long terme.
- Être réalisé par des soignants formés à la démarche d'éducation thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, au travail en équipe et à la coordination des actions.
- S'appuyer sur une évaluation des besoins subjectifs et objectifs de l'environnement du patient (diagnostic éducatif), être construit sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.
- Se construire avec le patient, et impliquer autant que possible les proches du patient.
- S'adapter au profil éducatif et culturel du patient, respecter ses préférences, son style et son rythme d'apprentissage.
- Être défini en termes d'activités et de contenu, être organisé dans le temps, réalisé par divers moyens éducatifs :
    - Utilisation de techniques de communication centrées sur le patient.
    - Séances collectives, individuelles ou en alternance, fondées sur les principes de l'apprentissage chez l'adulte (ou l'enfant).
    - Accessibilité à une variété de publics, en tenant compte de leur culture, origine, situation de handicap, éloignement géographique, ressources locales et du stade d'évolution de la maladie.
    - Utilisation de techniques pédagogiques variées, qui engagent les patients dans un processus actif d'apprentissage et de mise en lien du contenu des programmes, avec l'expérience personnelle de chaque patient.
- Être multi professionnel, interdisciplinaire et intersectoriel, intégrer le travail en réseau.
- Inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

3.5 Situation actuelle en France

En cherchant sur les sites des ARS, on peut lister les groupes d'ETP à destination des patients souffrant de schizophrénie :

- En région Hauts de France : 8 programmes sur 19 programmes d'ETP en psychiatrie et 431 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Normandie : 2 programmes sur 9 programmes d'ETP en psychiatrie et 164 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Ile de France : 30 programmes sur 87 programmes d'ETP en psychiatrie et 789 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En région Grand Est : 4 programmes sur 11 programmes d'ETP en psychiatrie et 336 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Bretagne : 14 programmes sur 29 programmes d'ETP en psychiatrie et 225 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Pays de la Loire : 8 programmes sur 14 programmes d'ETP en psychiatrie et 276 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Centre Val de Loire : 4 programmes sur 5 programmes d'ETP en psychiatrie et 133 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Bourgogne Franche Comté : 6 programmes sur 16 programmes d'ETP en psychiatrie et 217 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Nouvelle Aquitaine : 7 programmes sur 37 programmes d'ETP en psychiatrie et 275 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Occitanie : 4 programmes sur 16 programmes d'ETP en psychiatrie et 458 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En région PACA : 4 programmes sur 9 programmes d'ETP en psychiatrie et 256 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Auvergne Rhône Alpes : 13 programmes sur 25 programmes d'ETP en psychiatrie et 398 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.
- En Corse : aucun programme d'ETP pour les patients souffrant de schizophrénie, 2 programmes d'ETP en psychiatrie et 19 programmes d'ETP toutes disciplines confondues.

Cette comptabilisation permet de se rendre compte que les listings des programmes d'ETP autorisés par les ARS sont très disparates selon les régions. Les chiffres présentés sont donc à prendre avec vigilance. Néanmoins, elle permet aisément de se rendre compte qu'une forte disparité régionale existe à l'heure actuelle.

Figure 3 : Carte de France répertoriant pour chaque région le nombre de programme d'ETP à destination des patients souffrant de schizophrénie.

3.6 Intérêt de l'ETP dans la schizophrénie

L'ETP chez les patients souffrant de schizophrénie a mis du temps à prouver de manière scientifique son efficacité.

En 2000, Merinder publie une des premières méta-analyses portant sur l'ETP dans la schizophrénie, regroupant 10 études contrôlées randomisées, qui a pour but d'évaluer les effets des interventions psychoéducatives en comparaison avec les niveaux standards de transmission des connaissances (Merinder, 2000).
Il rapporte la difficulté d'avoir des résultats fiables en lien avec les études disponibles en 2000, mais arrive néanmoins à conclure que les interventions psychoéducatives :

- Réduisent de manière significative les taux de rechute ou de réadmission.
- Améliorent le bien être des personnes.

Il faut attendre 2011 pour qu'une méta-analyse permette à l'ETP d'avoir sa légitimité pour la prise en charge de la schizophrénie. En effet, elle est la première à s'intéresser à des patients souffrant de schizophrénie avec l'ETP comme seule intervention psycho sociale (Xia & al, 2011). Elle s'appuie sur 44 études cliniques, incluant au total 5142 patients.
Cette étude montre :

- Une diminution du taux de non compliance concernant la prise des traitements.
- Une diminution du taux des rechutes.
- Une diminution du taux de réhospitalisation.
- Une diminution du temps passé en hospitalisation.
- Une amélioration du fonctionnement social et global.
- Une amélioration de la qualité de vie.
- Une augmentation de la satisfaction des patients dans les soins.

Les auteurs insistent sur l'intérêt d'intégrer l'ETP dans la prise en charge du patient souffrant de schizophrénie dans leur pratique quotidienne. Ils soulignent également des points sur lesquels les données sont insuffisantes, et nécessiteraient des recherches ultérieures :

- Sur les coûts et les retombées économiques de la mise en place des programmes d'ETP.
- Sur l'insight.
- Sur les différents formats de programme ETP et une comparaison de leurs effets.

En 2015, une méta-analyse (Zhao & al, 2015) s'intéresse aux programmes d'ETP courts, comprenant 10 séances au maximum. Basée sur 20 études cliniques et 2337 patients atteints de schizophrénie, elle a permis de montrer :

- Une diminution de la non-compliance concernant les traitements à court et moyen terme.
- Une absence de modification de la non compliance concernant le suivi.
- Une diminution des rechutes à moyen terme.
- Une diminution des difficultés sociales.
- Une absence de modification concernant la qualité de vie.
- Une absence de modification concernant la mortalité.

Les auteurs expliquent avoir encore peu de données à exploiter, et que ces données sont de qualité limitée, rendant les résultats moins fiables.
Ils indiquent qu'il serait nécessaire dans un futur proche de mener des études cliniques de meilleure qualité portant sur l'ETP, et sur de grandes populations, afin de confirmer et de préciser leurs résultats.

En 2017, une autre méta-analyse (Morin & Franck, 2017) porte sur les interventions de réhabilitation dans la schizophrénie pour favoriser le rétablissement.
Elle s'appuie sur 80 articles, et peut mettre en lien l'ETP avec :

- Une diminution des rechutes.
- Une augmentation des connaissances sur la maladie.
- Une action positive sur le fonctionnement global.
- Une action positive sur la compliance.
- Une diminution de l'auto stigmatisation.

Elle s'est également penchée sur l'ETP à destination des familles, et relève :

- Une réduction des rechutes et des réhospitalisations.
- Une action positive concernant les connaissances des aidants sur la schizophrénie.
- Un meilleur soutien des patients.
- Une action positive sur la compliance des patients.
- Une efficacité majorée lorsqu'on associe ETP pour le patient et ETP familiale.

Ils indiquent que de futures recherches sur le plan économique seraient pertinentes.

Si on regroupe les différentes méta-analyses portant sur ETP et schizophrénie, on peut lister les impacts positifs de l'ETP sur cette maladie :

- Amélioration concernant les connaissances sur la maladie (Morin & Franck, 2017).
- Diminution de la non compliance, et donc amélioration de l'alliance thérapeutique, avec modification de la relation médecin / malade (Xia & al, 2011) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017).
- Une meilleure adhésion aux traitements (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017).
- Une amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie (Xia & al, 2011) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017).
- Une amélioration du bien-être (Merinder, 2000).
- Une diminution de l'auto stigmatisation (Morin & Franck, 2017).
- Une diminution des rechutes et des réhospitalisations (Merinder, 2000) (Xia & al, 2011) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017).
- Une diminution de la durée du séjour lors des hospitalisations (Xia & al, 2011).

L'ensemble de ces conséquences positives a donc modifié de manière majeure la relation médecin / malade, et a changé l'approche des soins pour le patient souffrant de schizophrénie.

3.7 Validation du programme ETAPS

Le centre Esquirol à Caen a intégré et développé depuis environ 20 ans différents modules d'ETP pour les patients souffrant de schizophrénie.
En 2020, ils ont été regroupés sous forme d'ateliers au sein d'un programme structuré et validé par l'ARS, le programme ETAPS : Éducation Thérapeutique et Acquisitions Pratiques dans la Schizophrénie.

3.7.1 Les objectifs

Le programme ETAPS vise à l'amélioration de l'autonomie et de la qualité de vie des patients et de leur entourage en leur proposant d'acquérir une meilleure connaissance de la maladie et des moyens concrets d'y faire face quotidiennement.
Il est composé de 2 ateliers d'ETP initiaux : « Insight plus traitement » et « Profamille », et de 2 ateliers de suivi avec un travail de renforcement et d'approfondissement : « gestion des symptômes » et « PRACS ».

Pour les ateliers à destination des patients, le nombre de participants maximum est fixé à 10, tandis que Profamille peut accueillir jusqu'à 18 participants.

Les compétences visées sont :

- Connaître sa maladie et ses différentes manifestations.
- Connaître et repérer les signes précurseurs d'une phase de rechute.
- Mieux connaître son traitement de fond.
- Mieux connaître les effets secondaires.
- Savoir utiliser un traitement ponctuel pour les moments plus difficiles.
- Connaître et repérer les signes persistants possibles de la maladie.
- Mieux collaborer avec les professionnels de santé pour gérer sur le long terme la maladie.
- Gérer de façon pratique les domaines du quotidien que la maladie peut impacter.

3.7.2 La population cible

Le programme ETAPS a pour population cible les adultes souffrant de troubles schizophréniques, ainsi que leur entourage.

Les aidants des patients se trouvent très souvent dans la situation de devoir faire face aux symptômes et aux rechutes de la maladie. Le rôle de l'entourage est alors capital pour la collaboration avec les professionnels de santé, notamment lorsque le patient est trop envahi par les symptômes, et n'est donc plus en capacité de repérer ou de prendre en charge ses troubles.

3.7.3 Les différentes étapes de la démarche éducative ETAPS

Le programme se déroule en 6 étapes :

- Le bilan éducatif partagé (BEP) initial en individuel.
- La signature d'un contrat éducatif personnalisé et la planification des séances éducatives.
- La réalisation des séances éducatives qui visent à l'acquisition de compétences d'auto soins et d'adaptation à la maladie au travers d'un atelier initial et proposition à l'entourage d'un atelier collectif spécifique.
- La réalisation d'un bilan intermédiaire, qui permet d'adresser le patient à l'un ou l'autre des ateliers de suivi.
- La poursuite du parcours du patient par des ateliers collectifs de suivi incluant des séances individuelles.
- L'évaluation des compétences acquises en fin de parcours éducatif.

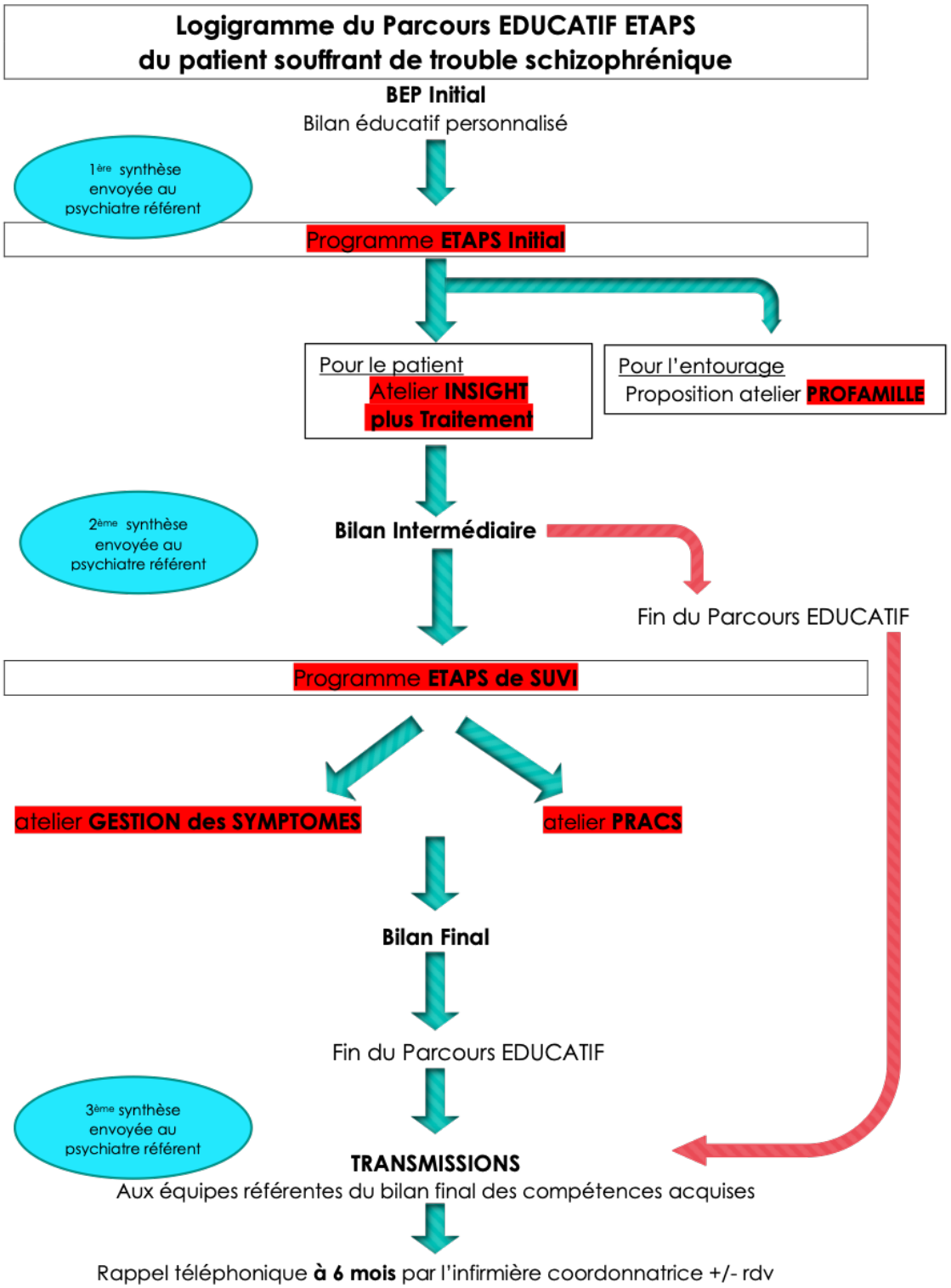


Figure 4 : Logigramme du parcours éducatif ETAPS.

3.7.4 Les ateliers initiaux

3.7.4.a L'atelier Insight plus traitement

Le défaut d'insight est connu pour avoir des conséquences délétères (Airagnes, 2012) telles que :

- Une mauvaise observance thérapeutique.
- Un plus mauvais pronostic concernant l'évolution de la maladie.
- Un amoindrissement de la qualité de vie.

Le défaut d'insight et l'intérêt d'un programme d'ETP sur ce sujet sera développé de manière approfondie dans la partie 4.1, pages 39 à 42.

En regard des données actuelles, il semble primordial d'intégrer dans la prise en charge de tout patient souffrant de schizophrénie une évaluation du degré d'insight afin de mettre en œuvre des stratégies pour tenter de diminuer ce défaut d'insight si souvent rencontré.

Au centre Esquirol, il a été mis en place l'atelier Insight plus traitement développé par le laboratoire Lilly. C'est un atelier initial dans le programme ETAPS qui s'adresse aux patients souhaitant approfondir leurs connaissances sur la maladie, ses différentes manifestations, et acquérir des compétences pour mieux appréhender la construction de leur projet de vie. Il permet au patient une première approche en groupe de ses troubles, et de partager avec les soignants mais aussi les autres patients son vécu de la maladie. De plus, il lui permet d'identifier les différentes manifestations de la maladie, mais aussi d'aborder ses répercussions au quotidien, et le rôle des traitements.

Il est composé de 7 séances portant sur 6 thématiques.
Le patient réalise une auto évaluation avant et après sa participation aux 7 séances.
Après les 7 séances, il est vu en entretien médical pour être questionné sur son ressenti et sur ses stratégies pour gérer les symptômes au quotidien, permettant à l'équipe de faire un bilan intermédiaire et de l'orienter vers l'un ou les deux ateliers de suivi.

3.7.4.b L'atelier Profamille

Profamille est un programme psychoéducatif destiné aux aidants naturels des patients souffrant de schizophrénie. Il a été créé en 1987 par le Docteur Hugues Cormier à Montréal, et il est aujourd'hui le programme de psychoéducation à destination des aidants des patients atteints de schizophrénie le plus utilisé dans les pays francophones. Il s'appuie sur le résultat des recherches sur les interactions entre le milieu familial et le cours de la maladie.

Il met en jeu plusieurs dimensions (Biotteau & Duverger, 2018) :

- Une dimension pédagogique dans les informations données sur la maladie.
- Une dimension psychologique dans la prise en compte de problèmes sensibles et incontournables, comme la révélation du diagnostic, le soulagement du fardeau émotionnel, l'adaptation du projet de vie face à la maladie.
- Une dimension comportementale dans l'utilisation de stratégies spécifiques.

Des études ont montré (Hodé, 2013) que les patients dont les proches ont suivi ce programme ont une réduction du nombre de rechutes, de leur sévérité et un raccourcissement des durées d'hospitalisation. En effet, une famille mieux formée, qui a des outils pour communiquer avec le malade, une famille qui n'est pas déprimée, qui sait repérer de manière précoce la résurgence de symptômes schizophréniques aigus, favorise un accès aux soins plus rapide, souvent moins contraignants, et si une hospitalisation est nécessaire, cette dernière est moins longue.

Profamille a montré une amélioration sur le plan thymique pour les aidants, avec une diminution de la prévalence des symptômes dépressifs (Tavares & al, 2015).
La participation à Profamille a également montré des bénéfices pour les patients, avec notamment une réduction du taux de suicide après participation des aidants au programme, passant de 6.4% avant le programme, à 2.4% 12 mois après sa fin (Hodé & al, 2020).

Atelier initial au sein du programme ETAPS, il est constitué de 2 modules.

Le module 1 a plusieurs objectifs :

- Séance 1 à 3 : l'acquisition des connaissances sur la maladie, les prises en charge, le modèle stress vulnérabilité, l'impact des addictions.
- Séance 4 à 7 : l'acquisition d'un savoir-faire face au quotidien, avec acquisition de nouvelles habiletés de communication, savoir mettre en place des limites, et savoir maintenir un climat pacifié face aux propos délirants.
- Séance 8 à 14 : l'acquisition d'un savoir-être face à la maladie chronique d'un proche, avec acquisition de nouvelles habiletés à gérer ses émotions, sa culpabilité, faire face aux pensées automatiques négatives, avoir des attentes réalistes, créer un réseau de soutien.

Le module 2 est constitué de séances d'approfondissement à 3 mois, 6 mois, 1 an et 2 ans, ainsi que des rencontres entre les participants sans les animateurs tous les 3 mois.
Lors du module 2, les participants disposent d'un cahier de révision mensuelle à compléter et à renvoyer à l'équipe en charge de l'atelier Profamille.

Les compétences visées sont :

- L'éducation des aidants sur la maladie schizophrénique.
- Le développement des capacités relationnelles et de communication avec la personne souffrant de schizophrénie.
- La gestion des émotions et le développement de cognitions adaptées pour la famille ayant un proche souffrant de schizophrénie.
- Le développement de ressources pour les familles ayant un proche souffrant de schizophrénie.

3.7.5 Les ateliers de suivi

3.7.5.a L'atelier Gestion des symptômes

C'est un atelier de suivi proposé après participation à l'atelier Insight. Il a été créé en 1995 par le Docteur Robert Paul Liberman, psychiatre américain.
Il a pour but d'apprendre aux personnes atteintes de maladie mentale chronique, telle que la schizophrénie, à devenir plus autonomes dans le contrôle de leurs symptômes psychiatriques. Il va donc avoir pour objectif de sensibiliser les patients sur la résurgence des symptômes aigus, de les repérer précocement et de les signaler de façon adaptée aux professionnels de santé, afin d'éviter une rechute. Le but final est d'améliorer l'alliance thérapeutique entre les patients souffrant de schizophrénie et les professionnels de santé.
Il aborde plus précisément les symptômes, ainsi que le modèle stress vulnérabilité, la gestion des symptômes et du risque de rechute.

Il se déroule sur 30 séances, avec 2 séances hebdomadaires, chacune d'une durée de 1 heure.

Quatre domaines de compétence y sont abordés :

- Reconnaître les signes d'alarme d'une rechute.
- Réagir aux signes d'alarme.
- S'adapter aux symptômes persistants.
- Éviter l'alcool et les drogues.

3.7.5.b L'atelier PRACS

C'est également un atelier de suivi proposé après participation à l'atelier Insight. Il est centré sur le quotidien du patient.
Il a pour objectif d'aider les patients à trouver des solutions aux problèmes concrets rencontrés au cours de l'évolution de la maladie. Il a donc pour objectif de favoriser l'autonomie des patients et de renforcer leur estime de soi.

Composé de 20 séances collectives et 15 séances individuelles, il a été développé par le Professeur Lancon à l'hôpital de Marseille en 2007.

L'atelier PRACS s'articule autour de 5 domaines de compétences sociales, et dans chaque domaine une séance collective est suivie d'une tache à réaliser au domicile, suivie d'un travail en séance individuelle :

- Gérer son argent.
- Gérer son temps.
- Développer ses capacités de communication.
- Améliorer sa présentation.
- Gérer ses émotions.

4 Recherche clinique

4.1 Le défaut d'insight dans la schizophrénie

Parmi les nombreux symptômes pouvant être présents dans la schizophrénie, le défaut d'insight est celui qui va nous intéresser dans cette partie. L'insight semble y être bien plus altéré que dans d'autres maladies, y compris mentales. Ce défaut d'insight serait présent chez 50 à 80 % des patients atteints de schizophrénie (Raffard & al, 2007).

Le terme, d'origine anglophone, n'a pas d'équivalent exact, mais aurait pour correspondance proche la « conscience morbide » (Morandi & Bonsack, 2011).

Le concept d'insight dans la maladie mentale serait né en France lors des réunions de la société Médico Psychologique sur le thème de la folie partielle en 1869 / 1870.

Le docteur Markova publie un livre en 2009 (Markova & Jaafari, 2009) où elle conçoit l'insight comme un état mental plutôt qu'un symptôme de la schizophrénie, différenciant le manque d'insight en psychiatrie de l'anosognosie en neurologie. La grande problématique rencontrée lorsqu'on parle d'insight est qu'il n'existe pas de définition consensuelle, mais qu'il existe de multiples définitions (Airagnes, 2012) :

- Il se rapproche du déni en psychanalyse.
- Il est décrit comme la découverte soudaine de la solution d'un problème en gestalt-thérapie.
- Il se rapproche de l'anosognosie en neuropsychologie.
- Il est considéré comme un état mental en psychologie cognitive.

En effet, l'insight est un concept complexe sans définition unitaire, car le phénomène d'insight reflète seulement certains aspects du concept de l'insight (Jaafari & Markova, 2011). On peut relever les facteurs qui influencent le phénomène de l'insight :

- Le concept d'insight.
- Les outils d'évaluation utilisés.
- L'objet de l'insight.

Jaafari insiste sur la nécessité de définir ces facteurs pour toute recherche empirique.

De par la complexité de définir l'insight, on a pu voir sur les 30 dernières années d'importants travaux pour élaborer des théories physiopathologiques, mais également pour élaborer des échelles d'évaluation spécifiques de ce concept dans la schizophrénie (Jaafari & Markova, 2011) :

- BABS (Brown Assessment of Beliefs Scale) proposée par Eisen en 1988.
- SAI (Schedule for the Assessment of Insight) proposée par David en 1990.
- SUMD (The Scale to assess Unawareness in Mental Disorder) proposée par Amador 1991.
- PEH (Patients' Experience of Hospitalization) proposée par Carsky en 1992.
- IPQ (Insight in Psychosis Questionnaire) proposée par Markova en 1992.
- SAIQ (Self-Appraisal of Illness Questionnaire) proposée par Marks en 2000.
- BCIS (Beck Cognitive Insight Scale) proposée par Beck en 2004.
- CDBS (Conviction of Delusional Beliefs Scale) proposée par Combs en 2006.
- BIS (Birchwood Insight Scale) proposée par Jaafari en 2007.
- MIC-CR (Measure of Insight into Cognition - Clinician Rated) proposée par Medalia en 2008.

Pour cette étude nous allons nous intéresser au phénomène de l'insight dans un domaine clinique, défini comme l'aspect de l'insight relatif à la conscience de la maladie et son implication en terme d'une prise en charge thérapeutique (Jaafari & Markova, 2011). Il comporte différents aspects (Bourgeois, 2002) :

- La conscience d'être malade.
- La conscience des différents symptômes.
- La conscience de nécessiter un traitement.
- La conscience des conséquences.
- L'attribution causale.

La première méta-analyse portant sur l'insight dans la schizophrénie est publiée en 2003 (Mintz & al, 2003). Elle regroupe 40 études de langue anglaise, et a été menée pour déterminer les relations entre le degré d'insight et les domaines de symptômes dans la schizophrénie, ainsi que pour déterminer les variables modératrices qui sont associées aux variations entre les études.

Ils ont pu conclure à :

- Une faible relation négative entre l'insight et les symptômes positifs / négatifs.
- Une faible relation positive entre l'insight et les symptômes dépressifs.

Concernant le défaut d'insight, il est mis en lien avec la mauvaise observance thérapeutique (O'Brien & al, 2009) ce qui a pour conséquence un désengagement des soins, un risque majoré de rechute et de réhospitalisation.

Le manque d'insight est une des causes de l'adhésion partielle ou de la non-adhésion au traitement (Lindenmayer & al, 2020). Cette étude a pu montrer que la meilleure variable prédictive de la rechute chez les patients souffrant de schizophrénie était le manque d'insight évalué par l'item G12 de la PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale).

Or, la mauvaise observance thérapeutique diminue l'efficience des traitements neuroleptiques, ce qui constitue un facteur de risque majeur de rechute psychotique (Osterberg & Blaschke, 2005).
En 2004, une étude rétrospective a montré que le risque d'hospitalisation était significativement corrélé à l'observance médicamenteuse. Toutes définitions confondues, une faible observance était associée à un risque d'hospitalisation plus élevé que tout autre facteur de risque d'hospitalisation. Le risque était significativement majoré pour une non observance courte, y compris pour une durée comprise entre 1 et 10 jours (Weiden & al, 2004).

La mauvaise adhésion aux médicaments chez les sujets atteints de psychose a une prévalence élevée et un impact négatif sur les résultats cliniques. En 2003, l'équipe du Dr Droulout a publié une étude dont il ressort que l'adhésion au traitement est associée au niveau d'insight, indépendamment des autres caractéristiques démographiques et cliniques des patients. Cela suggère que des programmes psycho-éducatifs visant à améliorer l'insight devraient être développés afin d'améliorer l'adhésion aux médicaments (Droulout & al, 2003).

Parmi les facteurs de risque de mauvaise observance thérapeutique, Misdrahi relève en parallèle du faible niveau d'insight un autre facteur de risque, une mauvaise qualité de l'alliance thérapeutique (Misdrahi & al, 2008).
Une amélioration de l'alliance thérapeutique en parallèle d'un programme d'ETP permet (Dolder & al, 2003) (Frank & Gunderson, 1990) :

- Une réduction des rechutes et des hospitalisations.
- Une diminution de la psychopathologie.
- Une amélioration du fonctionnement social.
- Une amélioration des connaissances sur les médicaments.
- Une meilleure compréhension du traitement.

En 2005, une étude a mis en évidence qu'une mauvaise relation avec le prescripteur, une expérience de coercition pendant l'admission et un faible niveau d'insight prédisaient une attitude négative envers le traitement. L'amélioration des relations avec les équipes médicales peut apporter des avantages cliniques importants (Day & al, 2005).

On peut conclure cette partie en résumant que :

- L'insight regroupe de multiples définitions, et doit être bien défini préalablement à tout travail sur le sujet (Jaafari & Markova, 2011).
- Le manque d'insight est un symptôme très fréquent dans la schizophrénie (Raffard & al, 2007).
- Le degré d'insight est fluctuant et interagit avec la symptomatologie, psychotique et thymique (Mintz & al, 2003).
- Le défaut d'insight entraine une mauvaise observance thérapeutique (O'Brien & al, 2009) (Lindenmayer & al, 2020).
- Une mauvaise alliance avec le médecin et l'équipe soignante entraîne une mauvaise observance thérapeutique (Day & al, 2005) (Misdrahi & al, 2008).
- La mauvaise observance thérapeutique, même de courte durée, augmente le risque de rechute psychotique et de réhospitalisation (Weiden & al, 2004) (Osterberg & Blaschke, 2005).
- Des programmes psycho éducatifs centrés sur l'amélioration de l'insight pourraient améliorer l'adhésion aux médicaments, et par conséquent diminuer le taux de rechutes (Droulout & al, 2003).

4.2 L'atelier Insight plus traitement

Cet atelier s'adresse à des patients volontaires souffrant de schizophrénie, avec une prise en charge en cours, au minimum une stabilité psychique partielle, et un diagnostic annoncé (Lilly Institut, 2007).

Il se déroule en 7 séances hebdomadaires d'une durée de 1 heure, abordant 6 dimensions essentielles à la prise de conscience par rapport à la maladie. Chaque séance s'appuie sur un support pédagogique spécifique permettant une approche interactive et dynamique. Les participants sont en général entre 4 et 8, sélectionnés au préalable par le psychiatre référent de l'atelier.

Les séances sont animées par 2 ou 3 soignants, formés au préalable à l'atelier et à la notion d'éducation thérapeutique. Ils doivent lors des séances animer le groupe, mais aussi soutenir les patients dans leur difficulté et les valoriser.
Les patients sont invités à être le plus actif et participatif possible. Il leur est donné en début d'atelier un livret récapitulatif des séances, afin qu'ils aient un support solide pour favoriser la mémorisation des informations délivrées.

4.2.1 Déroulé type d'une séance

Les participants, patients et soignants se retrouvent dans une salle au calme et propice au travail. (Lilly Institut, 2007)

Le soignant animateur de la séance remercie l'ensemble des participants pour leur présence et rappelle la nécessité d'éteindre les téléphones. Un tour de table est fait afin de tous se présenter. Selon les séances, il peut être demandé aux participants de présenter leur voisin de droite ou de gauche afin de créer un esprit de groupe. Chaque séance débute par un rappel de la séance précédente, et s'enchaîne avec un rappel des objectifs de la séance du jour. On consacre à l'ensemble de cette première partie environ 10 minutes.

Par la suite, la séance se déroule selon sa propre planification prévue dans le guide d'animation, avec pour but de favoriser au maximum les échanges et l'interactivité, et de délivrer les informations concernant la thématique du jour. La thématique va systématiquement être discutée en groupe de manière à trouver un consensus. Cette partie dure entre 30 et 40 minutes.

La séance se poursuit avec une partie d'environ 10 minutes, permettant de conclure avec l'aide de l'ensemble des participants, et de poser d'éventuelles questions.

Chaque patient dispose ensuite de 5 minutes pour noter sur son livret personnel les informations qu'il souhaite retenir de la séance, afin de s'approprier les connaissances. Avant de partir, les animateurs rappellent la date et l'horaire de la prochaine séance.

Après la séance, un temps réservé aux soignants d'une dizaine de minutes est prévu, afin de remplir pour chaque patient le carnet de liaison, de rapporter des observations, et de faciliter le bilan individuel final.

4.2.2 Contenu des 7 séances

Séance 1 : la conscience du trouble mental.
Elle permet de définir ce qu'est la santé mentale et ce qu'est une maladie mentale. Les éléments à retenir sont :

- Qu'elle touche environ 1 personne sur cent.
- Qu'elle est ubiquitaire.
- Qu'elle débute entre 15 et 25 ans chez l'homme, entre 25 et 35 ans chez la femme.
- Que c'est une maladie persistante et invalidante, tant sur le plan personnel, que familial, social ou professionnel.
- Que les symptômes sont multiples, variables d'une personne à l'autre, et qu'ils peuvent varier dans le temps.

Cette séance s'appuie sur une interview vidéo d'un patient souffrant de diabète et de schizophrénie, exprimant le lien qu'il fait entre ses deux maladies, relevant les différences et les similitudes.

Séance 2 : la conscience des symptômes positifs.

Elle s'intéresse aux symptômes positifs (productifs), avec pour notion principale que ce sont des sensations ressenties mais qui n'existent pas. Il est abordé la différence entre hallucinations et idées délirantes. Les participants vont pouvoir préciser les différents types d'hallucinations : auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives, gustatives. La question de la fluctuation de ces symptômes est abordée, et de leur amélioration lorsqu'il existe une prise d'un traitement adapté.

Cette séance s'appuie sur un jeu de cartes avec des questions / réponses.

Séance 3 : la conscience des symptômes négatifs.

Elle aborde les symptômes négatifs, décrivant les 5 grands domaines : anhédonie, aboulie, alogie, retrait social, et émoussement des affects.

Cette séance s'appuie sur un film d'animation présentant un jeune homme souffrant de schizophrénie, et mis dans des situations permettant de constater les symptômes négatifs.

Séance 4 : la conscience des symptômes de désorganisation.

Elle expose les quatre grands domaines de la désorganisation :

- Les troubles de la pensée.
- Les troubles du langage.
- Les troubles de la concentration et de l'attention.
- Les difficultés d'abstraction.

La thématique des troubles cognitifs est également discutée.

Cette séance s'appuie sur un jeu de rôle basé sur un jeu de cartes.

Séance 5 : la conscience des conséquences psychosociales de la maladie.

On évoque le fait que les symptômes de la schizophrénie peuvent avoir des conséquences sociales importantes, qu'une prise en charge par une équipe spécialisée permet une diminution des symptômes et une amélioration des capacités sociales.

On discute dans cette séance :

- Des conséquences professionnelles.
- Des conséquences financières et sociales.
- Des conséquences amicales et relationnelles.

Cette séance s'appuie sur des interviews vidéos de patients atteints de schizophrénie et rapportant des éléments en lien avec la thématique.

Séance 6 : la conscience des effets du traitement.
Il est rappelé que le traitement pharmacologique est basé sur l'utilisation de la classe médicamenteuse des antipsychotiques.
Différents sujets sont discutés :

- Les conséquences positives des traitements antipsychotiques.
- La possibilité de traitements en plus des antipsychotiques (anxiolytique, antidépresseur, thymorégulateur, correcteur).
- La manière dont il faut prendre les traitements : avec régularité, avec la bonne posologie, sans interruption précoce ou brutale.
- Les inconvénients des traitements antipsychotiques. Il est rappelé aux participants l'importance de rapporter les potentiels effets indésirables à leur médecin pour tenter d'y pallier.

Cette séance s'appuie sur un jeu de l'oie, avec des questions / réponses.

Séance 7 : réalisation d'une carte conceptuelle collective avec une pharmacienne.
Cette 7ème séance a été ajoutée en 2020. Les cartes conceptuelles sont des représentations spatiales permettant d'organiser des connaissances relatives à des concepts (Bosdeveix, 2017). Elles permettent de modéliser des savoirs de référence, de présenter de façon synthétique les discours d'enseignants et d'étudier les conceptions des apprenants. On peut distinguer les cartes conceptuelles des autres outils de représentation des connaissances par le fait d'expliciter la relation entre deux « nœuds ».
Les soignants ont souligné les bénéfices suivants :

- Parfaire l'apport de connaissances sur la thérapeutique.
- Essayer d'apporter aux patients une plus grande compréhension du rôle des différents traitements psychotropes.
- Permettre aux soignants grâce à la carte conceptuelle d'obtenir une vision plus globale de la perception des patients sur leur maladie et sur leur traitement.

4.3 Hypothèse, objectifs de l'étude et critères d'évaluation

Suite à ma participation à l'atelier Insight lors de ma seconde année d'internat, nous avons discuté avec le Professeur Brazo de l'intérêt d'une évaluation de l'impact de cet atelier sur les réhospitalisations psychiatriques. Les méta-analyses (Xia & al, 2011) (Merinder, 2000) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017) décrites ci-dessus ont montré un lien entre participation à un programme d'ETP et :

- Diminution du taux de rechute.
- Diminution du taux de réhospitalisation.
- Diminution de la durée d'hospitalisation.

Elles soutiennent toutes que l'ETP devrait voir son utilisation renforcée et enrichie, avec pour but une amélioration de l'évolution et du pronostic de la schizophrénie.

On constate qu'une partie de ces méta-analyses n'a pas pris en compte spécifiquement l'insight, et qu'une autre partie l'a pris en compte avec des résultats non significatifs.

Néanmoins, différentes études ont trouvé une relation positive entre augmentation du degré d'insight et augmentation de l'adhésion aux traitements (O'Brien & al, 2009) (Lindenmayer & al, 2020) (Droulout & al, 2003).
Cette augmentation de l'observance médicamenteuse entraine une diminution des rechutes et une diminution des réhospitalisations. (Osterberg & Blaschke, 2005) (Weiden & al, 2004).

4.3.1 Objectif et critère d'évaluation principal

Notre hypothèse est que la participation à l'atelier Insight, permettant de délivrer des informations et tentant d'améliorer la conscience que les participants ont de leur maladie, augmenterait l'observance des traitements et des soins, avec pour conséquence une diminution des rechutes psychotiques graves.

Pour évaluer ces rechutes psychotiques, nous avons choisi comme critère d'évaluation principal celui de la réhospitalisation en psychiatrie.
Pour chaque patient, on a comptabilisé l'ensemble des journées d'hospitalisation à temps complet sur la durée fixée.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer pour chaque patient la durée d'hospitalisation dans l'année qui suit la participation à l'atelier Insight en comparaison avec la durée d'hospitalisation dans l'année précédant la participation à l'atelier.

4.3.2 Objectifs et critères d'évaluation secondaires

Les objectifs secondaires ont été sélectionnés pour refléter des paramètres qui nous semblaient importants pour mieux qualifier les réhospitalisations.

Les critères d'évaluation secondaires sont :

- Le mode d'accès aux soins, pour évaluer la non compliance.
- La nécessité de mise en place de soins intensifs, pour évaluer la non compliance et la sévérité des symptômes.
- Les traitements pharmacologiques prescrits.

Concernant le mode d'accès aux soins, nous l'avons évalué grâce au relevé des différentes modalités :

- Soins libres, SL.
- Soins à la demande d'un tiers, SDT.
- Soins en péril imminent, SPI.
- Soins à la demande d'un représentant de l'état, SDRE.

Concernant les soins intensifs, nous avons relevé pour chaque patient :

- Le nombre de jours d'hospitalisation en unité de soins intensifs, USI
- Le nombre de jours d'hospitalisation ayant nécessité la prescription d'une mise en chambre de soins intensifs, CSI.
- Le nombre de jours d'hospitalisation ayant nécessité la prescription de contentions.

Concernant les traitements, nous avons noté pour chaque patient :

- La prescription d'un traitement antipsychotique de première génération.
- La prescription d'un traitement antipsychotique de seconde génération.
- La prescription d'un traitement sous forme intramusculaire retard.
- La prescription de clozapine.
- La prescription d'un traitement thymorégulateur.
- La qualification en stable / instable après exploration des prescriptions sur la période étudiée, avec pour critère principal le changement du traitement antipsychotique.

4.4 Matériel et méthode

4.4.1 Population ciblée

Les critères d'inclusion sont :

- Patient avec un diagnostic annoncé correspondant à un trouble schizophrénique ou à une schizophrénie dysthymique selon le DSM5.
- Patient ayant participé à l'atelier Insight au sein du CAMP à Hérouville Saint Clair, entre septembre 2018 et mars 2020.

Le seul critère de non inclusion choisi est :

- Patient mineur.

Les variables descriptives de la population sont l'âge, le genre, le diagnostic et la durée d'évolution.

4.4.2 Construction et déroulement de l'étude

Il s'agit donc d'une étude descriptive, en ouvert, monocentrée, rétrospective, sans groupe contrôle.
Tous les patients de tous les groupes ont été inclus. Chaque groupe a été animé par 3 soignants, différents selon les groupes, tous formés au préalable pour l'animation de l'atelier Insight.

Nous avons comparé les critères d'évaluation de manière individuelle, en comparant les 12 mois avant la participation à l'atelier et les 12 mois après la participation à l'atelier.

Les données ont été relevées dans les dossiers informatiques et sur les dossiers papier. Elles ont été collectées sur 2 lieux : le CAMP à Hérouville Saint Clair et le secteur d'hospitalisation Esquirol à Caen. Elles ont été récupérées de manière rétrospective sur les comptes rendus d'hospitalisation et les observations en hospitalisation.

Cette étude, par sa construction, s'inscrit donc hors loi Jardé. (Bardin, 2020)

4.5 Résultats

4.5.1 Groupes historiques

Dans une première partie, nous allons présenter :

- Les caractéristiques de chaque groupe historique.
- Le nombre de jours d'hospitalisation sur la période étudiée pour chaque patient rassemblé par groupe historique.

L'ensemble des descriptions individuelles sont disponibles en annexe, pages 80 à 108.

La population comprend 20 hommes et 9 femmes répartis en 4 groupes :

- Groupe 1 (septembre 2018) : 7 patients (5 hommes et 2 femmes).
- Groupe 2 (novembre 2018) : 7 patients (5 hommes et 2 femmes).
- Groupe 3 (février 2019) : 6 patients (4 hommes et 2 femmes).
- Groupe 4 (janvier 2020) : 9 patients (6 hommes et 3 femmes).

Concernant la moyenne d'âge, elle était :

- De 35,1 ans sur l'ensemble de la population [19 – 57 ans].
- De 40,6 ans dans le groupe 1 [33 – 55 ans].
- De 34,4 ans dans le groupe 2 [19 – 42 ans].
- De 33,5 ans dans le groupe 3 [19 – 57 ans]
- De 32,5 ans dans le groupe 4 [21 – 44 ans].
- De 34,3 ans chez les femmes [21 – 42 ans].
- De 35,5 ans chez les hommes [19 – 57 ans].
- De 36,8 ans chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie [19 – 57 ans].
- De 29,8 ans chez les patients avec un diagnostic de schizophrénie dysthymiques [20 – 42 ans].

Concernant le diagnostic, 22 patients souffraient de schizophrénie et 7 patients de schizophrénie dysthymique :

- Dans le groupe 1 : les 7 patients souffraient de schizophrénie.
- Dans le groupe 2 : 6 patients souffrant de schizophrénie, et 1 de schizophrénie dysthymique.
- Dans le groupe 3 : 4 patients souffrant de schizophrénie, et 2 de schizophrénie dysthymique.
- Dans le groupe 4 : 5 patients souffrant de schizophrénie, et 4 de schizophrénie dysthymique.

Concernant la durée d'évolution moyenne de la maladie, on remarque :

- Sur l'ensemble de la population, elle est de 7,8 ans [1 - 20 ans].
- Dans le groupe 1, elle est de 11,6 ans [8 - 14 ans].
- Dans le groupe 2, elle est de 8,5 ans [1 - 20 ans].
- Dans le groupe 3, elle est de 6,2 ans [2 - 14 ans].
- Dans le groupe 4, elle est de 5,4 ans [1 - 20 ans].
- Chez les patients souffrant de schizophrénie, elle est de 9,3 ans [1 – 20 ans].
- Chez les patients souffrant de schizophrénie dysthymique, elle est de 3,1 ans [1 – 6 ans].

Dans les tableaux ci-dessous, un code couleur est utilisé :

- En vert, les patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation après participation à l'atelier.
- En rouge, les patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation après participation à l'atelier.
- En gris, les patients n'ayant pas eu d'hospitalisation sur l'ensemble de la période.

Aucun des patients n'a été contentionné, cette donnée n'apparaît donc pas dans les tableaux ci-dessous.

Groupe	N° du patient	Période de 12 mois avant participation à l'atelier Insight				Période de 12 mois après participation à l'atelier Insight			
		Total des jours d'hospitalisation	Jours en USI	Jours en CSI	Mode de soins	Total des jours d'hospitalisation	Jours en USI	Jours en CSI	Mode de soins
Groupe 1	N°1	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°2	0	0	0	SDRE	0	0	0	SDRE
	N°3	47	5	0	SPI	0	0	0	SPI
	N°4	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°5	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°6	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°7	80	6	0	SDT	0	0	0	SDT
Groupe 2	N°8	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°9	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°10	114	44	4	SDT	0	0	0	SDT
	N°11	199	8	0	SDT/SL	97	21	0	SDT/SL
	N°12	0	0	0	SL	10	0	0	SL
	N°13	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°14	100	16	4	SDT	0	0	0	SDT
Groupe 3	N°15	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°16	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°17	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°18	22	4	2	SDT	0	0	0	SL
	N°19	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°20	41	7	0	SPI	21	0	0	SPI
Groupe 4	N°21	43	0	0	SDT	0	0	0	SDT
	N°22	94	12	1	SDT	133	0	0	SDT
	N°23	248	56	2	SDRE	21	0	0	SDRE
	N°24	319	0	0	SDT	0	0	0	SDT
	N°25	152	65	30	SDT	0	0	0	SDT
	N°26	0	0	0	SL	0	0	0	SL
	N°27	104	32	4	SPI/SDT	0	0	0	SDT
	N°28	185	35	2	SDRE	79	6	4	SDRE
	N°29	262	22	8	SPI/SDT	66	0	0	SPI/SDT

Tableau 1 : Tableau récapitulatif des jours d'hospitalisation des patients.

Si on regarde l'ensemble de notre population :

- 16 patients ont eu des hospitalisations sur la période d'étude (répartis dans les 4 groupes).
- 14 patients ont eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation (répartis dans les 4 groupes).
- 2 ont eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight (patients n°12 et n°22).
- Le groupe 4 se différencie des autres groupes par un plus grand nombre de patients avec des hospitalisations, par des durées d'hospitalisation plus longues, et par la présence presque exclusive de patients en soins sous contrainte.

Parmi les 16 patients ayant été hospitalisés, on remarque que :

- 13 patients ont eu des passages en USI (répartis dans les 4 groupes).
- 9 patients ont eu des prescriptions de CSI (répartis entre les groupes 2, 3 et 4).
- 3 patients ont eu uniquement des hospitalisations en service ouvert (répartis entre les groupes 2 et 4).
- Aucun patient n'a eu de prescription de contention.

Parmi les 13 patients qui ont eu des passages en USI :

- 12 patients ont eu moins de jours d'hospitalisation en USI dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation.
- 1 patient a eu plus de jours d'hospitalisation en USI dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation (patient n°11).

Parmi les 9 patients qui ont eu des prescriptions de CSI :

- 8 patients ont eu moins de jours d'hospitalisation en CSI dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation.
- 1 patient a eu plus de jours d'hospitalisation en CSI dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation (patient n°28).

Si on regarde les patients recevant des soins sous contrainte dans les différents groupes, ils représentent :

- 43% des patients dans le groupe 1.
- 43% des patients dans le groupe 2.
- 33% des patients dans le groupe 3 avant l'atelier et 17% après.
- 89% des patients dans le groupe 4.

Concernant les patients recevant des soins sous contrainte, on remarque que leur mode de soins reste identique pour tous après participation à l'atelier hormis le patient n°18 (groupe 3).

4.5.2 Groupes d'évolution

Dans une seconde partie, nous allons séparer les patients en 3 groupes selon leur évolution : ceux sans hospitalisation (n = 13, tableaux 2 et 3), ceux avec moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après participation à l'atelier (n = 14, tableaux 4 et 5) et ceux avec plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après participation à l'atelier (n = 2, tableaux 6 et 7).

Concernant le groupe de patients n'ayant pas eu d'hospitalisation sur la période étudiée, au nombre de 13 :

- Il est composé de 10 hommes et 3 femmes.
- La moyenne d'âge est de 38.6 ans [19 – 57 ans].
- La durée d'évolution de la maladie est inférieure à 8 ans pour 3 patients, supérieure à 11 ans pour 10 patients, avec une durée moyenne de 11,4 ans.
- 12 ont un diagnostic de schizophrénie, 1 de schizophrénie dysthymique.
- Le mode de soins est pour 12 patients en SL, et pour 1 patient en SDRE.
- Les traitements médicamenteux sur la période de 24 mois semblent stables pour tous les patients.
- Les ATP de 2ème génération concernent 12 patients, 7 patients ont une forme injectable retard, 3 ont de la clozapine, et 1 un thymorégulateur.

N° du patient	Genre	Age	Diagnostic	Mode de soins	Durée d'évolution
Patient n°1	Homme	41 ans	Schizophrénie	SL	13 ans
Patient n°2	Homme	47 ans	Schizophrénie	SDRE	11 ans
Patient n°4	Homme	55 ans	Schizophrénie	SL	13 ans
Patient n°5	Femme	36 ans	Schizophrénie	SL	14 ans
Patient n°6	Homme	33 ans	Schizophrénie	SL	8 ans
Patient n°8	Homme	34 ans	Schizophrénie	SL	13 ans
Patient n°9	Homme	31 ans	Schizophrénie	SL	11 ans
Patient n°13	Femme	36 ans	Schizophrénie	SL	12 ans
Patient n°15	Femme	42 ans	Schizophrénie	SL	11 ans
Patient n°16	Homme	57 ans	Schizophrénie	SL	14 ans
Patient n°17	Homme	19 ans	Schizophrénie	SL	3 ans
Patient n°19	Homme	27 ans	Schizophrénie dysthymique	SL	5 ans
Patient n°26	Homme	44 ans	Schizophrénie	SL	20 ans

Tableau 2 : Patients n'ayant pas eu d'hospitalisation sur l'ensemble de la période étudiée.

N° du patient	Stabilité subjective du traitement	Génération ATP	Forme injectable	Forme per os	Clozapine	Thymorégulateur
Patient n°1	Stable	2ème	X			
Patient n°2	Stable	2ème	X			
Patient n°4	Stable	2ème		X		
Patient n°5	Stable	2ème	X			
Patient n°6	Stable	2ème	X			
Patient n°8	Stable	2ème	X			
Patient n°9	Stable	2ème		X	X	
Patient n°13	Stable	2ème		X		
Patient n°15	Stable	1ère	X			
Patient n°16	Stable	2ème		X	X	
Patient n°17	Stable	2ème		X	X	
Patient n°19	Stable	2ème	X			
Patient n°26	Stable	2ème		X		X

Tableau 3 : Traitements des patients n'ayant pas eu d'hospitalisation sur l'ensemble de la période étudiée.

Concernant le groupe de patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier, au nombre de 14 :

- Il est composé de 8 hommes et 6 femmes.
- La moyenne d'âge est de 31.9 ans [19 – 43 ans].
- La durée d'évolution de la maladie est inférieure à 7 ans pour 12 patients, inférieure à 5 ans pour 10 patients, et supérieur à 10 ans pour seulement 2 patients, avec une durée moyenne de 4 ans.
- 9 ont un diagnostic de schizophrénie, 5 de schizophrénie dysthymique.
- Le mode de soins comporte des soins sous contrainte pour l'ensemble de ces patients : SDT / SPI / SDRE.
- Les traitements médicamenteux sur la période de 24 mois semblent instables pour 6 patients, soit 43% de ce groupe.
- Les ATP de 2ème génération concernent 14 patients, 12 patients ont une forme injectable retard, 4 ont de la clozapine, et 5 un thymorégulateur.

N° du patient	Genre	Age	Diagnostic	Mode de soins	Durée d'évolution
Patient n°3	Homme	37 ans	Schizophrénie	SPI	10 ans
Patient n°7	Femme	35 ans	Schizophrénie	SDT	12 ans
Patient n°10	Homme	42 ans	Schizophrénie dysthymique	SDT	1 an
Patient n°11	Homme	19 ans	Schizophrénie	SDT / SL	2 ans
Patient n°14	Femme	38 ans	Schizophrénie	SDT	1 an
Patient n°18	Homme	20 ans	Schizophrénie dysthymique	SDT / SL	2 ans
Patient n°20	Femme	36 ans	Schizophrénie	SPI	2 ans
Patient n°21	Homme	32 ans	Schizophrénie dysthymique	SDT	3 ans
Patient n°23	Femme	28 ans	Schizophrénie	SDRE	5 ans
Patient n°24	Femme	21 ans	Schizophrénie	SDT	2 ans
Patient n°25	Homme	25 ans	Schizophrénie dysthymique	SDT	6 ans
Patient n°27	Homme	43 ans	Schizophrénie	SPI / SDT	1 an
Patient n°28	Homme	34 ans	Schizophrénie dysthymique	SDRE	1 an
Patient n°29	Femme	37 ans	Schizophrénie	SPI / SDT	7 ans

Tableau 4 : Patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

N° du patient	Stabilité subjective du traitement	Génération ATP	Forme injectable	Forme per os	Clozapine	Thymorégulateur
Patient n°3	Instable	2ème	X	X		
Patient n°7	Stable	2ème	X			
Patient n°10	Stable	2ème	X	X		X
Patient n°11	Instable	2ème	X	X	X	X
Patient n°14	Stable	2ème		X		
Patient n°18	Stable	2ème	X			
Patient n°20	Stable	2ème	X	X		
Patient n°21	Instable	2ème	X	X		X
Patient n°23	Instable	2ème	X	X	X	
Patient n°24	Stable	2ème		X	X	
Patient n°25	Instable	2ème	X	X		X
Patient n°27	Stable	2ème	X	X		X
Patient n°28	Instable	1ere/2ème	X	X		
Patient n°29	Stable	2ème	X	X	X	

Tableau 5 : Traitements des patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Si on compare le groupe sans hospitalisation et le groupe avec moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, on remarque que :

- Les deux groupes comportent à la fois des hommes et des femmes.
- La moyenne d'âge est plus élevée chez les patients n'ayant pas eu d'hospitalisation.
- Les durées d'évolution de la maladie sont plus longues en moyenne chez les patients n'ayant pas eu d'hospitalisation.
- Il existe une plus grande prévalence de patients avec des diagnostics de schizophrénie dysthymique dans le groupe ayant eu des hospitalisations.
- Les patients n'ayant pas eu d'hospitalisation sont tous en soins libres à une exception, tandis que les patients ayant eu des hospitalisations comportent tous des soins sous contrainte.
- Les traitements médicamenteux sur la période de 24 mois semblent stables pour tous les patients du groupe n'ayant pas eu d'hospitalisation, tandis qu'ils sont instables pour 43 % des patients du groupe ayant eu moins d'hospitalisations après participation à l'atelier.
- Les traitements par ATP de 2ème génération sont prédominants dans les deux groupes par rapport aux ATP de 1ère génération.
- Les traitements par clozapine et par thymorégulateur sont présents dans les deux groupes.
- Les traitements par injection intramusculaire sont plus prescrits chez les patients ayant eu des hospitalisations (86% versus 54%).

Concernant les 2 patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, on constate que :

- Le patient numéro 12 n'a pas eu d'hospitalisation dans les 12 mois précédant la participation à l'atelier, et a eu 10 jours d'hospitalisation en service ouvert en soins libres dans les 12 mois suivant la participation à l'atelier Insight.
- Le patient numéro 22 a eu 94 jours d'hospitalisation en SDT dont 12 en USI et 1 en CSI dans les 12 mois précédant la participation à l'atelier, tandis qu'il a eu 133 jours d'hospitalisation uniquement en service ouvert dans les 12 mois suivant la participation à l'atelier Insight.

Malgré ce petit échantillon, on peut relever que :

- Ce sont tous les deux des hommes.
- Ils sont différents concernant l'âge, le diagnostic, le mode de soins et la durée d'évolution.
- Un point commun fort est l'absence de jours d'hospitalisation en USI / CSI dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight.
- Les traitements médicamenteux sur la période de 24 mois semblent stables.
- Les ATP de 2ème génération concernent les 2 patients, aucun patient n'a de forme injectable retard, les 2 ont de la clozapine, et 1 un thymorégulateur.

N° du patient	Genre	Age	Diagnostic	Mode de soins	Durée d'évolution
Patient n°12	Homme	41 ans	Schizophrénie	SL	20 ans
Patient n°22	Homme	29 ans	Schizophrénie dysthymique	SDT	4 ans

Tableau 6 : Patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

N° du patient	Stabilité subjective du traitement	Génération ATP	Forme injectable	Forme per os	Clozapine	Thymorégulateur
Patient n°12	Stable	2ème		X	X	
Patient n°22	Stable	2ème		X	X	X

Tableau 7 : Traitements des patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, en comparaison avec les 12 mois avant la participation à l'atelier Insight.

Concernant la différence constatée entre les patients souffrant de schizophrénie et les patients souffrant de schizophrénie dysthymique, on remarque que :

- 46% des patients avec un diagnostic de schizophrénie ont été hospitalisés.
- 86% des patients avec un diagnostic de schizophrénie dysthymique ont été hospitalisés.

On peut donc dire que dans notre échantillon, les patients souffrant de schizophrénie dysthymique ont été plus sujets à des hospitalisations sur la période étudiée en comparaison avec les patients souffrant de schizophrénie.

On relève qu'ils sont dans la population étudiée en moyenne plus jeunes et ont des durées d'évolution de la maladie plus courtes.

De plus les patients souffrant de schizophrénie dysthymique ont des traitements instables pour 42% d'entre eux, contre 14% chez les patients souffrant de schizophrénie.

4.6 Discussion

4.6.1 La population

Notre population est composée de tous les patients ayant participé à l'atelier Insight. Cela nous a permis de réaliser une étude descriptive rétrospective exhaustive.

Elle comprend 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes, ce qui correspond à la prévalence de la schizophrénie dans la population générale (HAS, 2007).

Les patients ont des âges compris entre 19 et 57 ans, avec une moyenne d'âge de 35,1 ans, ce qui semble être représentatif d'un large panel de patients. La moyenne d'âge est similaire chez les hommes et les femmes. Les valeurs extrêmes sont légèrement plus importantes chez les hommes.
On peut faire l'hypothèse que l'âge n'est pas un élément discriminant pour participer à l'atelier Insight.
Aucune étude n'a montré de facteurs indiquant que l'ETP était réservée à une tranche d'âge, il semble donc que le recrutement des patients pour l'atelier Insight corresponde aux recommandations actuelles.

Vingt-deux patients ont un diagnostic de schizophrénie soit 75%, et sept patients un diagnostic de schizophrénie dysthymique soit 25%.
On considère actuellement que la prévalence de la schizophrénie dysthymique est plus faible que la prévalence de la schizophrénie (Etain, 2019). La prévalence sur la vie entière de la schizophrénie dysthymique se situerait entre 0.3% et 1% de la population générale. Ce diagnostic concernerait 10 à 30% des patients hospitalisés pour des troubles psychotiques.
Notre population d'étude semble donc plutôt représentative des patients pris en charge pour des troubles psychotiques en France.

4.6.2 Selon les groupes historiques

Tous les groupes historiques comportent moins de 10 patients, et respectent donc les préconisations du programme Insight.

Ils sont tous mixtes. C'est un argument en faveur d'une absence de discrimination en fonction du genre lors du recrutement des patients.

Tous incluent des patients ayant eu moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après participation à l'atelier, en comparaison avec les 12 mois avant participation. La participation à l'atelier Insight aurait donc un effet bénéfique sur la diminution des hospitalisations dans les 4 groupes indépendamment des différences qui les caractérisent.

Concernant les soins intensifs :

- On trouve en moyenne une diminution des durées d'hospitalisation en USI après participation à l'atelier (groupes 1 / 2 / 3 / 4).
- On trouve en moyenne une diminution des durées d'hospitalisation en CSI après participation à l'atelier (groupes 2 / 3 / 4).
- Aucun patient n'a nécessité la prescription de contention avant et après l'atelier.
- Les deux patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation après participation à l'atelier ont tous les deux montré une absence de soins intensifs lors de cette période (patients n°12 et n°22).
- Il n'existe pas de point commun interprétable entre les deux patients ayant eu plus de soins intensifs mais moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier (patients n°11 et n°28).

Ces résultats sont des arguments en faveur d'un effet bénéfique de la participation à l'atelier sur la diminution de la non compliance aux soins, et la présence de symptômes moins bruyants permettant des soins en service ouvert. L'effet bénéfique semble similaire dans les 4 groupes malgré leurs différences.

L'ensemble des groupes a des résultats similaires, malgré le fait que les soignants animateurs soient différents pour chacun des 4 groupes, ce qui montre que des soignants bien formés pour mener l'atelier Insight ont un effet comparable entre eux.

Concernant l'évolution des groupes au cours du temps, on observe :

- Un rajeunissement progressif de la moyenne d'âge, en maintenant des valeurs extrêmes similaires dans les 4 groupes.
- Une durée moyenne d'évolution de la maladie en diminution progressive, tout en maintenant des valeurs extrêmes similaires dans les 4 groupes.
- Une augmentation progressive de l'inclusion de patients souffrant de schizophrénie dysthymique.
- Une plus grande inclusion de patients en soins sous contrainte dans le 4ème groupe.
- Une plus grande inclusion de patients avec de longues durées d'hospitalisation dans les 12 mois précédant la participation à l'atelier dans le 4ème groupe.

On peut faire l'hypothèse que le recrutement des patients pour l'atelier Insight est devenu au cours des années moins restreint, en accord avec les recommandations actuelles :

- Aucune étude n'a été trouvée concernant une tranche d'âge ou une période de la maladie où l'ETP serait moins efficace.
- La HAS explicite que la prise en charge par l'ETP des patients souffrant de schizophrénie devait prendre place de manière précoce. Une durée d'évolution de la maladie courte est donc recommandée (HAS, 2007).
- L'ETP concerne toutes les maladies chroniques. L'inclusion des patients souffrant de schizophrénie dysthymique est adaptée.
- Pas de contre-indication mentionnée dans le livret du programme Insight concernant l'inclusion de patients avec des symptômes persistants, avec des hospitalisations récentes, ou recevant des soins sous contrainte.

Comme mentionné ci-dessus, le groupe 4 est constitué de patients avec plus d'hospitalisations, plus jeunes, avec des durées d'évolution de la maladie plus courtes, avec plus de soins sous contrainte, donc probablement moins équilibrés et avec plus de symptômes.
Malgré 89% de patients avec des hospitalisations sur les 24 mois et 89% de patients en soins sous contrainte, ce groupe montre également l'effet bénéfique de l'atelier avec une diminution des durées d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation chez tous les patients ayant eu des hospitalisations hormis une exception.

On trouve donc des résultats concordants avec les grandes méta-analyses portant sur l'ETP dans la schizophrénie, à savoir : une diminution du taux de réhospitalisation et une diminution de la non compliance (Xia & al, 2011) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017).

Concernant l'évolution de la modalité des soins, hormis le patient 18, tous les patients qui étaient en soins sous contrainte avant participation à l'atelier Insight sont restés en soins sous contrainte après leur participation. Or, il est important de rappeler que l'inclusion au programme ETAPS ne fait pas partie du programme de soins. La participation des patients en soins sous contrainte est donc volontaire.
On constate que, malgré la participation volontaire à un programme d'ETP, la diminution du temps passé en hospitalisation après participation et la potentielle amélioration de la compliance aux soins montré par la diminution des soins intensifs, les psychiatres référents des patients maintiennent la mesure de contrainte.
La HAS a publié un rapport en 2021 qui confirme une tendance actuelle à une extension de la durée des soins sous contrainte en dehors de l'hôpital. (HAS, 2021)
On peut émettre deux hypothèses pour expliquer ce maintien de mesure de soins :

- Les psychiatres pensent limiter le risque de rupture de soins.
- Les patients n'osent pas aborder la question d'une levée de la mesure avec leur psychiatre.

4.6.3 Selon les groupes d'évolution

Après analyse des caractéristiques des trois groupes d'évolution, on peut faire l'hypothèse que la participation à l'atelier Insight semble bénéfique pour tous les patients volontaires, et ceci indépendamment :

- Du genre.
- De l'âge.
- De la durée d'évolution.
- Du diagnostic.
- De la présence de soins sous contrainte.
- De la présence d'un traitement en particulier.
- De la présence d'une schizophrénie résistante (évaluée par la présence de clozapine).
- De l'instabilité du traitement médicamenteux.
- De la présence de nombreux jours d'hospitalisation dans les 12 mois avant l'atelier.

Nous ne trouvons donc aucun critère qui pourrait justifier une non inclusion de certains patients à l'atelier, en accord avec les données actuelles.

Néanmoins, nous remarquons aussi des différences entre les groupes d'évolution que nous allons développer ci-dessous.

Concernant l'âge et la durée d'évolution de la maladie, on remarque que les patients dans le groupe sans hospitalisation sont en moyenne plus âgés et ont en moyenne des durées d'évolution de la maladie plus longues.
Il est décrit dans la littérature que le vieillissement s'accompagne d'une diminution des symptômes positifs et d'une augmentation du rétablissement social (Benbrika, 2019). L'évolution de la maladie conditionnée par l'âge constitue un argument pour expliquer les différences constatées.

Concernant le diagnostic on relève que, dans notre population, les patients avec un diagnostic de schizophrénie dysthymique sont plus hospitalisés que les patients avec un diagnostic de schizophrénie.

Dans la population générale, les patients souffrant de schizophrénie dysthymique sont décrits comme en moyenne moins hospitalisés que les patients souffrant de schizophrénie (Camps, 2011).

Nos résultats pourraient s'expliquer par le fait que dans notre population d'étude, les patients souffrant de schizophrénie dysthymique sont en moyenne plus jeunes et ont des durées d'évolution de la maladie plus courtes (Benbrika, 2019).

Ces différences entre le recrutement des patients atteints de schizophrénie et ceux atteints de schizophrénie dysthymique nous font émettre différentes hypothèses :

- Les psychiatres proposent l'atelier aux patients souffrant de schizophrénie dysthymique de manière plus précoce, car ils ont un plus fort espoir d'amélioration.
- Les patients souffrant de schizophrénie dysthymique acceptent plus facilement de participer à un programme d'ETP.
- La problématique de l'insight est plus questionnée lors des entretiens avec les patients souffrant de schizophrénie dysthymique qu'avec les patients souffrant de schizophrénie.

Concernant la modalité de soins, on constate que :

- 16 patients sur 29 étaient en soins sous contrainte, dont 15 dans les groupes avec des hospitalisations.
- 13 patients sur 29 étaient en soins libres, dont 12 dans le groupe sans hospitalisation.

La littérature rapporte que 5,4 % des soins psychiatriques en France sont sans consentement. Ce taux augmente à 24% de soins sous contrainte concernant les hospitalisations en psychiatrie. Parmi ces patients hospitalisés en soins sans consentement, 40% ont bénéficié d'un programme de soins à leur sortie (HAS, 2021).

Cette différence majeure dans notre population pourrait s'expliquer par le fait que les patients qui ont été hospitalisés en soins sous contrainte sortent avec des programmes de soins et ces soins sous contrainte en ambulatoire sont maintenus sur une période supérieure à 24 mois.

Concernant les traitements :

- Les traitements injectables retards étaient plus prescrits chez les patients ayant eu des hospitalisations. On peut faire l'hypothèse que les réhospitalisations étaient la conséquence de ruptures de traitement ou d'une mauvaise observance des médicaments prescrits, avec à cette occasion une indication pour l'instauration de traitements injectables retards.
- On relève que 9 patients répartis dans les 3 groupes étaient traités par clozapine, donc que ces 9 patients présentaient des schizophrénies résistantes. Nous constatons que les effets de l'atelier semblent identiques chez des patients avec des pathologies résistantes. Aucune étude n'a été trouvée concernant une contre-indication à l'inclusion de patients présentant une pathologie résistante à un programme d'ETP.
- Les patients des 3 groupes étaient presque exclusivement traités par des antipsychotiques de seconde génération. Ceci est conforme aux recommandations actuelles pour limiter les effets indésirables, notamment neurologiques (Franck, 2019).

Concernant les deux patients ayant eu plus de jours d'hospitalisation après participation à l'atelier Insight, nous constatons chez eux la présence de pathologies résistantes. Nous ne trouvons pas d'autres caractéristiques pouvant expliquer cette augmentation du nombre de jours d'hospitalisation après participation à l'atelier.

4.6.4 Fiabilité des résultats et biais à souligner

Concernant le recueil des données, elles ont été récupérées sur des dossiers informatiques. S'agissant d'une étude monocentrée, les résultats sont relativement fiables car ils recensent toutes les hospitalisations sur le Centre Esquirol.

Néanmoins, concernant le recueil des données, plusieurs points sont à relever :

- Nous n'avons pas relevé les causes des hospitalisations, ce qui représente un facteur de confusion. Une hospitalisation pour décompensation psychotique sur rupture de traitement et une hospitalisation pour organiser en milieu hospitalier un switch médicamenteux n'ont pas la même signification concernant l'évolution de la maladie.

- Il n'est pas spécifié si les patients ont participé à l'ensemble des séances de l'atelier. Or, un patient ayant fait l'ensemble des séances a probablement eu accès à un contenu plus propice pour améliorer sa compréhension de sa maladie par rapport à un patient ayant eu plusieurs absences.
- Le recueil informatique ne permet pas de prendre en compte les hospitalisations dans d'autres hôpitaux, ce qui peut laisser supposer une sous-estimation des hospitalisations (clinique privée, hospitalisation hors secteur, hospitalisation lors d'un voyage pathologique).

Concernant la construction de l'étude :

- Il existe un biais de sélection. On peut supposer que les psychiatres qui adressent les patients vont certainement sélectionner sur des critères personnels un certain type de patient, et potentiellement en exclure d'autres types.
- On pourrait dire que la période d'observation de 24 mois est trop courte en comparaison avec le caractère chronique de la schizophrénie, et qu'une période d'observation plus longue aurait permis de donner plus de valeur aux résultats rapportés. Cette période a été choisie afin que le groupe de 2020 puisse être inclus dans cette étude.
- De plus, on prend pour facteurs d'inclusions schizophrénie / schizophrénie dysthymique et participation à l'atelier Insight, mais on peut penser que d'autres facteurs de vie ou de prise en charge vont influencer le taux de rechute ou de réhospitalisation, comme par exemple un suivi CMP bien mené, une prise en charge par l'hôpital de jour, une prise en charge dans un programme de réhabilitation, une prise en charge pour les troubles cognitifs, une prise en charge sociale, une prise en charge en addictologie avec l'arrêt des toxiques. L'ensemble du travail effectué en parallèle de l'atelier Insight non pris en compte dans cette étude représente un biais de confusion.
- Enfin, on remarque qu'il n'existe pas dans la population étudiée de patients âgés de plus de 60 ans, ce qui constitue une limite pour l'applicabilité à une population âgée de plus de 60 ans.

Concernant l'évaluation individuelle des patients, cette étude ne prend pas en compte l'évaluation :

- Du degré d'insight.
- Du degré d'alliance thérapeutique.
- Des symptômes (positifs, négatifs, désorganisation) et des troubles cognitifs.
- Des consommations de toxiques.
- De la non compliance aux soins.
- De la non observance des traitements et / ou leur arrêt.

L'ensemble de ces données sont importantes dans la prise en charge d'un patient souffrant de schizophrénie et n'ont pas été évaluées individuellement.

4.6.5 Ressenti personnel et ouverture

Tout d'abord, la participation au groupe m'a permis d'ouvrir les yeux sur un pan de la prise en charge du patient atteint de schizophrénie que je ne soupçonnais pas. Notamment, le principe de rétablissement avec pour outil principal la réhabilitation psychosociale. J'ai pu prendre conscience que les patients pouvaient parfois vivre avec la maladie depuis de nombreuses années sans pour autant présenter une conscience satisfaisante de la maladie et de ses symptômes.
Cela m'a permis d'intégrer la nécessité d'une adaptation du thérapeute pour maintenir une bonne alliance thérapeutique et essayer d'inscrire la relation médecin / malade dans une démarche d'éducation thérapeutique.
L'adaptation du thérapeute passe par la prise d'une posture éducative, définie par une alliance entre une attitude empathique (ouverture à l'autre et non-jugement), une écoute active (poser des questions et relancer le débat), une reformulation (vérifier la bonne compréhension) et un renforcement du sentiment d'auto-efficacité. Cette approche est basée sur des valeurs humanistes et favorise l'adhésion de la personne à un projet commun (De la Tribonnière & Fabre, 2015).

Pendant la réalisation de ce travail, j'ai pu me familiariser avec la notion de recherche, et tenter par la même occasion d'apporter un début de réponse à la question de l'impact de la participation à l'atelier Insight sur les réhospitalisations en psychiatrie.

Cette étude est non contrôlée, donc les résultats ne montrent en aucun cas une efficacité de l'atelier Insight, mais ils donnent une direction pour une réflexion plus poussée sur la question. On peut imaginer qu'une étude monocentrique avec une plus grande population pourrait voir le jour, intégrant :

- Une évaluation de l'insight (échelle de Beck)
- Une évaluation des symptômes (échelles PANSS et SNS).
- Une évaluation du fonctionnement cognitif (échelle ERF).
- Une évaluation de la compliance aux traitements (échelle MARS).
- Une évaluation de l'alliance thérapeutique (échelle WAI).

Le but serait d'objectiver précisément l'efficacité du programme ETAPS, et ouvrir des voies pour améliorer l'atelier, le recrutement des patients et potentiellement augmenter sa fréquence pour le rendre accessible à un plus grand nombre de patients.

5 Conclusion

A travers l'analyse des données collectées concernant le taux d'hospitalisation sur une période de 24 mois de patients souffrant de schizophrénie / schizophrénie dysthymique et ayant participé à l'atelier Insight au sein du programme ETAPS au centre Esquirol, nous avons mis en évidence de manière descriptive rétrospective, que les patients avaient en moyenne moins de jours d'hospitalisation dans les 12 mois après leur participation à l'atelier Insight en comparaison avec les 12 mois précèdant leur participation à l'atelier Insight.
Cette analyse montre aussi que les patients avaient en moyenne moins de jours d'hospitalisation en USI et CSI après la participation à l'atelier Insight.
L'étude de la population et des groupes met en évidence que les effets bénéfiques de la participation à l'atelier Insight sont présents indifféremment du genre, de l'âge, du diagnostic, de la durée d'évolution, de la présence d'une schizophrénie résistante, du traitement en place, de la modalité des soins, de la présence d'hospitalisation récente, de l'identité des soignants animateurs.

Ces résultats sont concordants avec les grandes méta-analyses publiées, et laissent penser que la participation à l'atelier Insight, en parallèle d'une prise en charge complète, pourrait contribuer à la diminution des réhospitalisations, du temps passé en hospitalisation, des rechutes graves nécessitant une hospitalisation en psychiatrie.

Ce travail non randomisé et non contrôlé ne permet pas de tirer des conclusions scientifiquement valables. Mais, il met en évidence que les efforts consentis à Caen dans l'éducation thérapeutique chez le patient souffrant de schizophrénie sont très probablement à l'origine de bénéfices pour les participants au programme ETAPS dans une démarche de rétablissement.

Ce travail pourrait servir de base à une étude de plus grande envergure avec inclusion de différentes échelles d'évaluation avant et après participation à l'atelier, afin de limiter les biais, proposer des résultats avec une meilleure fiabilité, et servir de point de départ à un enrichissement sur la région normande des programmes d'éducation thérapeutique du patient souffrant de schizophrénie.

Bibliographie

Adolphs, R. (2001). The neurobiology of social cognition. *Current Opinion in Neurobiology*, *11*(2), 231-239. https://doi.org/10.1016/s0959-4388(00)00202-6

Airagnes, G. (2012). L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie. *Perspectives Psy*, *51*(1), 14-21. https://doi.org/10.1051/ppsy/2012511014

Anthony, W.A. (1993). Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11-23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Bardin, D. C. (2020). Réglementation et législation : Recherches à risques et contraintes minimes - Recherches non interventionnelles dans le cadre de la Loi Jarde. *Recherche Clinique Paris Centre.*

Baro, É. G. (2018). Implantation et développement de la réhabilitation psychosociale en France. *Traité de Réhabilitation Psychosociale* (p. 152-161). Elsevier. https://doi.org/10.1016/B978-2-294-75915-4.00018-9

Bazin, N. Passerieux, C. Hardy-Bayle, M.C. (2010). ToMRemed : Une technique de remédiation cognitive centrée sur la théorie de l'esprit pour les patients schizophrènes. *https://www.em-consulte.com/article/253943/tomremed-une-technique-de-remediation-cognitive-ce*

Benbrika, S. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 16 : Troubles schizophréniques chez le sujet agé. *Edition Lavoisier Médecine Sciences.*

Biotteau, M., Duverger, S. (2018). Un programme psychoéducatif destiné aux familles ayant un proche souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés. *Présentation CHRU de Tours.*

Bleuler, E. (2001). Dementia praecox ou Groupe des schizophrénies. *Coédition GREC/EPELed.*

Bon, L. (2018). Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale. *Réhabilitation psychosociale et remédiation cognitive. https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale*

Bosdeveix, R. (2017). Les cartes conceptuelles dans la recherche en didactique : Usages, élaboration et analyse grâce au logiciel CmapTools. *Recherches en didactiques*, *N° 24*(2), 81-103.

Bottéro, A. (2010). Un siècle de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, *Volume 86*(5), 391-403.

Bourgeois, M.L. (2002). L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure. *Ann Med Psychol ; 160 : 596-601.*

Brazo, P. (2015). Éducation Thérapeutique du Patient en Psychiatrie : La psychoéducation. *Premier Colloque Régional Nouvel Hôpital de Navarre – Evreux.*

Brazo, P. (2017). Le rétablissement dans la schizophrénie (mes) définitions et concepts. *Journée d'échanges « France-Canada » Prise en charge de la schizophrénie - Le Mont Saint Michel*

Caire, M. (2010). Sismothérapie ou électroconvulsivothérapie. *http://psychiatrie.histoire.free.fr/traitmt/sismo.html*

Camps, F.D. (2011). Contribution de la psychologie projective à la question de la psychose schizo-affective. *Psychologie clinique et projective 2011/1 (n° 17), pages 79 à 125.*

Corrigan, P. W., Liberman, R. P., & Engel, J. D. (1990). From noncompliance to collaboration in the treatment of schizophrenia. *Hospital & Community Psychiatry*, *41*(11), 1203-1211. https://doi.org/10.1176/ps.41.11.1203

Day, J.C., Bentall, R.P., Roberts, C., Randall, F., Rogers, A., Cattell, D., Healy, D., Rae, P., & Power, C. (2005). Attitudes toward antipsychotic medication : The impact of clinical variables and relationships with health professionals. *Archives of General Psychiatry*, *62*(7), 717-724. https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.7.717

Deegan, P. (2001). Le rétablissement en tant que processus autogéré de guérison et de transformation. http://www.espace-socrate.com/pdfs/a_retablissement_deegan.pdf

De la Tribonnière, X., Fabre, S. (2015). Éducation thérapeutique : les grandes lignes.

De Luca, M. (2009). Psychothérapies des psychoses : Entre histoire et évaluation. *L'Évolution Psychiatrique*, *74*(3), 398-408. https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2009.06.009

Dolder, C.R., Lacro, J. P., Leckband, S., & Jeste, D.V. (2003). Interventions to improve antipsychotic medication adherence : Review of recent literature. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *23*(4), 389-399. https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000085413.08426.41

DREES. (2017). Rapport sur l'état de santé des français. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-01/Rapport-ESPF-2017.pdf

Droulout, T., Liraud, F., & Verdoux, H. (2003). Relationships between insight and medication adherence in subjects with psychosis. *L'Encephale*, *29*(5), 430-437.

Esperpro. (2017). Historique des soins et traitements en santé mentale. *Médiateurs en santé mentale. https://esperpro-mediateur.fr/evolution-des-traitements-en-sante-mentale/*

Étain, B. (2019). Troubles schizo-affectifs. *Les schizophrénies (p. 130-134) Lavoisier.* https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-page-130.htm

Folkman, S., & Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(3), 466-475.

Franck, N. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 48 : Efficacité et effets secondaires des antipsychotiques. *Edition Lavoisier Médecine Sciences.*

Franck, N. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 56 : Remédiation cognitive. *Edition Lavoisier Médecine Sciences.*

Franck, N. (2020) Réhabilitation psychosociale. *Elsevier Masson.*

Frank, A.F., & Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. *Archives of General Psychiatry*, *47*(3), 228-236. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810150028006

Garrabé, J. (1992). Histoire de la schizophrénie. *Histoire et Médecine Seghers.*

Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., & Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : Are we measuring the « right stuff »? *Schizophrenia Bulletin*, *26*(1), 119-136. https://doi.org/10.1093/oxfordjournals.schbul.a033430

Grimaldi, A. (2017). Si l'histoire de l'éducation thérapeutique du patient m'était conté. *Doi : 10.1016/S1957-2557(17)30072-X.*

Häfner, H., Fätkenheuer, B., an der Heiden, W., Löffler, W., Maurer, K., Munk-Jorgensen, P., & Riecher, A. (2007). Différences selon le sexe dans l'âge d'apparition, la symptomatologie et l'évolution de la schizophrénie. *Santé mentale au Québec*, *16*(1), 77-98. https://doi.org/10.7202/032204ar

HAS. (2007). Éducation thérapeutique du patient Définition, finalités et organisation. https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4

HAS. (2007). Guide ALD n°23 - Schizophrénies. *GUIDE MALADIE CHRONIQUE.*

HAS. (2014). Critères de qualité d'une ETP. *https://www.hassante.fr/upload/docs/application/pdf/201205/criteres_de_qualite_dune_education_therapeutique_du_patient_web.pdf*

HAS. (2021) Programme de soins psychiatriques dans consentement. *https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-04/programme_de_soins_psychiatriques_sans_consentement._guide.pdf*

Hodé, Y. (2013) Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques. *https://www.em-consulte.com/article/840828*

Hodé, Y., Dubreucq, J., Valladier, E., Guillard Bouhet, N., Lemestré, S., Attal, J., Canceil, O., Biotteau, M., Laffond, P., Raynaud, A., Chéreau-Boudet, I., Montagne Larmurier, A., Giordana, J.Y., Saingery, B., d'Amato, T., & Willard, D. (2020). Suicidal risk prevention in schizophrenia : Importance of family psychoeducation. *L'Encephale*, *46*(6), 450-454. https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.02.002

Jaafari, N., & Marková, I. (2011). Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, *169*(7), 409-415. https://doi.org/10.1016/j.amp.2011.06.018

Koenig, M., Castillo, M.-C., Urdapilleta, I., Le Borgne, P., & Bouleau, J.-H. (2011). Regards croisés sur les signes précoces de rechute des sujets schizophrènes. *L'Encéphale*, *37*(3), 207-216. https://doi.org/10.1016/j.encep.2010.06.002

Krebs, M.O. (2014). Schizophrénie : Intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles. *Inserm, dossier d'information schizophrénie.* https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/schizophrenie

Lazell, E.W. *(1921).* The Group Treatment of Dementia Praecox. *Psychoanalytic Review, 8, 168 - 179.*

Leguay, D. (2016). Définition et Concepts du Rétablissement. *Inside Programme d'optimisation de la prise en charge de la schizophrénie.*

Lilly Institut. (2007). Guide d'animation des séances du programme psycho-éducatif Insight.

Lindenmayer, J.P., Khan, A., Harvey, P., Keefe, R., Liharska, L., Yavorsky, C., & Seddo, M. (2020). M120. IMPAIRED CLINICAL INSIGHT AS A PREDICTOR OF RELAPSE IN SCHIZOPHRENIA. *Schizophrenia Bulletin*, *46*(Suppl 1), S180-S181. https://doi.org/10.1093/schbul/sbaa030.432

Llorca, P. P.-M. (2004). La schizophrénie*. Encyclopédie Orphanet.*

Markova, I. S., & Jaafari, N. (2009). L'Insight en psychiatrie. *DOIN.* https://www.jle.com/fr/ouvrages/edocs/l_insight_en_psychiatrie_300883/ouvrage.phtml

Marsh, L. C. (1933). An experiment in the group treatment of patients at the Worcester State Hospital. *Mental Hygiene, 17, 396–416.*

McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008). Schizophrenia : A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiologic Reviews*, *30*(1), 67-76. https://doi.org/10.1093/epirev/mxn001

Meelh, P. (1962). Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. - *PsycNET*. /doiLanding?doi=10.1037%2Fh0041029

Merinder, L. B. (2000). Patient education in schizophrenia : A review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *102*(2), 98-106. https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.102002098.x

Mintz, A. R., Dobson, K. S., & Romney, D. M. (2003). Insight in schizophrenia : A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *61*(1), 75-88. https://doi.org/10.1016/s0920-9964(02)00316-x

Misdrahi, D., Chéreau, I., Petit, M., & Llorca, P. M. (2008). Développement d'un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, *Volume 84*(10), 937-939.

Morandi, S., & Bonsack, C. (2011). Engager dans les soins des personnes souffrant de schizophrenie par un suivi intensif dans le milieu (SIM). *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, *162*(07), 278-283. https://doi.org/10.4414/sanp.2011.02310

Morin, L., & Franck, N. (2017). Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia : A Systematic Review. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 100. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2017.00100

Nuechterlein, K. H., & Dawson, M. E. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin*, *10*(2), 300-312. https://doi.org/10.1093/schbul/10.2.300

Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *72*(1), 29-39. https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007

O'Brien, A., Fahmy, R., & Singh, S. P. (2009). Disengagement from mental health services. A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *44*(7), 558-568. https://doi.org/10.1007/s00127-008-0476-0

OMS. (1998). Education thérapeutique du patient, recommandations d'un groupe de travail. *Bureau Régional pour l'Europe Copenhague.*

OMS. (2001). La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs. *Bibliothèque de l'OMS.*

OMS. (2013). Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. *Bibliothèque de l'OMS.*

OMS. (2019). Principaux repères sur la schizophrénie. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia

Osterberg, L., & Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *The New England Journal of Medicine*, *353*(5), 487-497. https://doi.org/10.1056/NEJMra050100

Raffard, S., Bayard, S., Capdevielle, D., Garcia, F., Boulenger, J. P., & Gely-Nargeot M. C. (2007). La conscience des troubles (insight) dans la schizophrénie : Une revue critique : Partie I : insight et schizophrénie, caractéristiques cliniques de l'insight. *https://www.em-consulte.com/article/196143/la-conscience-des-troubles-insight-dans-la-schizophrénie.*

Raymond, S., Martin, M., Netillard, C., Mejat-Alder, E., Woronoff-Lemsi, M. C., & Tissot, E. (2009). Schizophrénie : Évaluation du coût de la prise en charge. *Journal de gestion et d'économie médicales*, *27*(7), 421. https://doi.org/10.3917/jgem.097.0421

Rioux, A. (2011). *D*éfi et découverte : Le siècle de la schizophrénie et de la psychanalyse. *https://www.psycho-ressources.com/bibli/schizo1.html*

Robinson, D., Woerner, M. G., Alvir, J. M., Bilder, R., Goldman, R., Geisler, S., Koreen, A., Sheitman, B., Chakos, M., Mayerhoff, D., & Lieberman, J. A. (1999). Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Archives of General Psychiatry*, *56*(3), 241-247. https://doi.org/10.1001/archpsyc.56.3.241

SAMHSA. (2012). Working Definition of Recovery. *https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/pep12-recdef.pdf*

Simonet, M., & Brazo, P. (2005). Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie. *EMC - Psychiatrie*, *2*(1), 62-80. https://doi.org/10.1016/j.emcps.2004.04.004

SQS. (2020). Les causes de la schizophrénie. *https://www.schizophrenie.qc.ca/fr/causes*

Stip, E. (2005). La psychiatrie sans influence : Schizoanalyse au bord de la fenêtre. *Santé mentale au Québec*, *30*(1), 149-164. https://doi.org/10.7202/011276ar

Tavares, P., Montagne, A., & Brazo, P. (2015). Profamille, programme de psychoéducation pour les familles d'un proche souffrant de schizophrénie : Étude de l'impact du programme sur l'humeur des participants. *European Psychiatry*, *30*(8, Supplement), S142. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.282

Tomes, N. (2006). The Patient As A Policy Factor : A Historical Case Study Of The Consumer/Survivor Movement In Mental Health. *Health Affairs*, *25*(3), 720-729. https://doi.org/10.1377/hlthaff.25.3.720

Weiden, P. J., Kozma, C., Grogg, A., & Locklear, J. (2004). Partial compliance and risk of rehospitalization among California Medicaid patients with schizophrenia. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, *55*(8), 886-891. https://doi.org/10.1176/appi.ps.55.8.886

Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, *37*(1), 21-22. https://doi.org/10.1093/schbul/sbq138

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*, CD010823. https://doi.org/10.1002/14651858.CD010823.pub2

Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability : A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, *86*(2), 103-126. https://doi.org/10.1037/0021-843X.86.2.103

Annexes : Fiches descriptives de chaque patient.

Patient n°1 :

Homme âgé de 41 ans, diagnostic de schizophrénie.

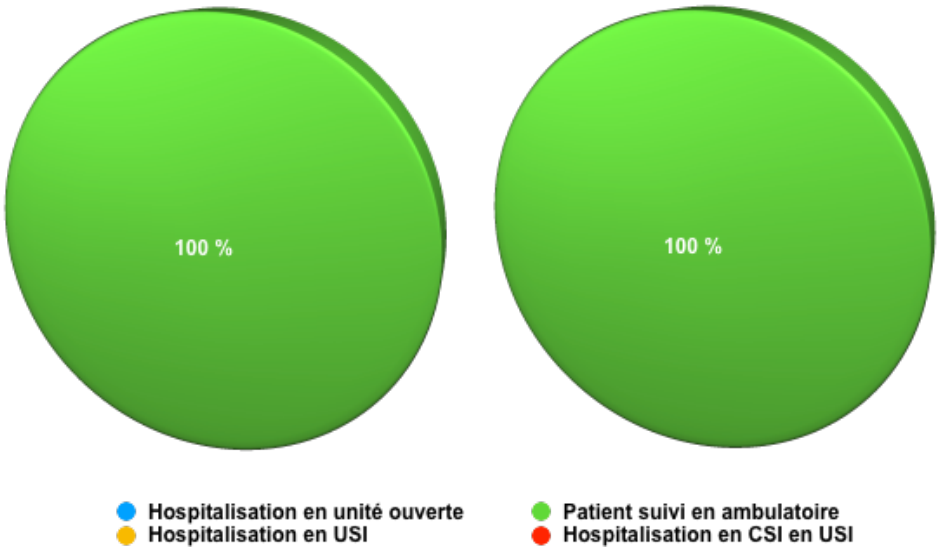
Évolution depuis 2005, soit 13 ans.

Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitement identique sur l'ensemble de la période : Abilify Maintena 300mg / 28 jours.



Graphique 1 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 1, à gauche avant participation au programme Insight et à droite après participation au programme.

Patient n°2 :

Homme âgé de 47 ans, diagnostic de schizophrénie.

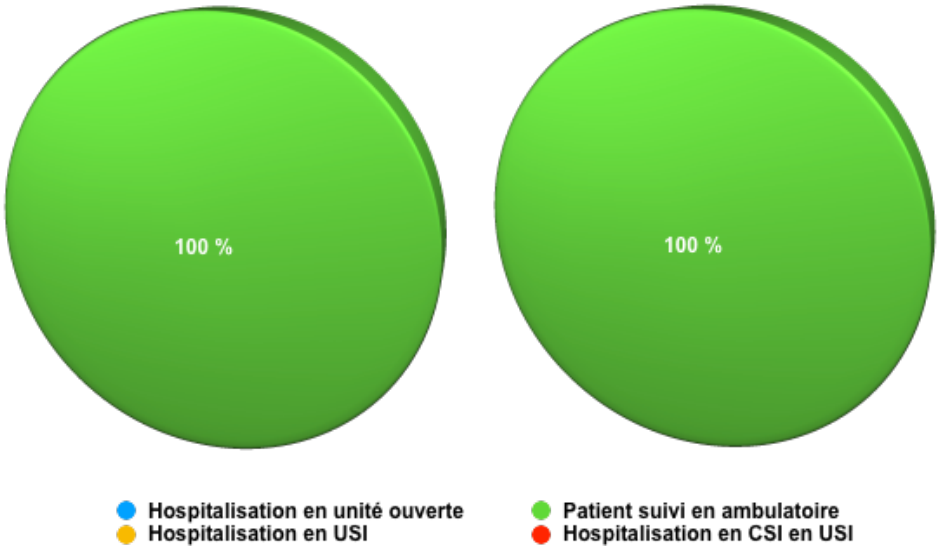
Évolution depuis 2007, soit 11 ans.

Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

Soins en SDRE.

Traitement identique sur l'ensemble de la période : Zypadhera 300mg / 14 jours.



Graphique 2 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 2, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°3 :

Homme âgé de 37 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2008, soit 10 ans.

Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Sur les 12 premiers mois, 47 jours d'hospitalisation :

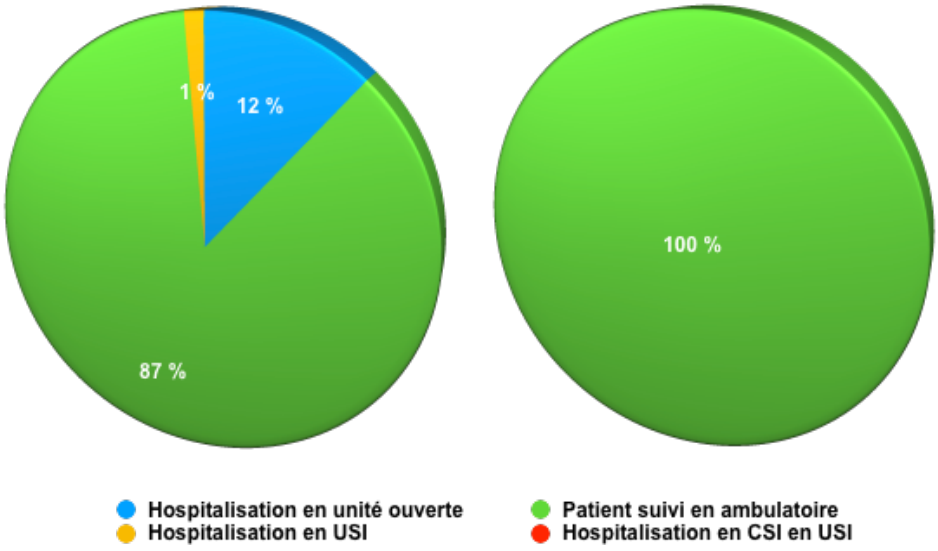
- 5 jours en USI.
- 42 jours en UH2.

Sur les 12 mois à compter du 10/09/2018, absence d'hospitalisation.

Soins en SPI.

Traitements :

- Olanzapine 30mg / jour jusqu'en octobre 2017.
- Abilify 30mg / jour en novembre 2017.
- Xeplion 100mg / 28 jours en mai 2018.
- Trevicta 350mg / 12 semaines de septembre 2018 à septembre 2019.



Graphique 3 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 3, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°4 :

Homme âgé de 55 ans, diagnostic de schizophrénie.

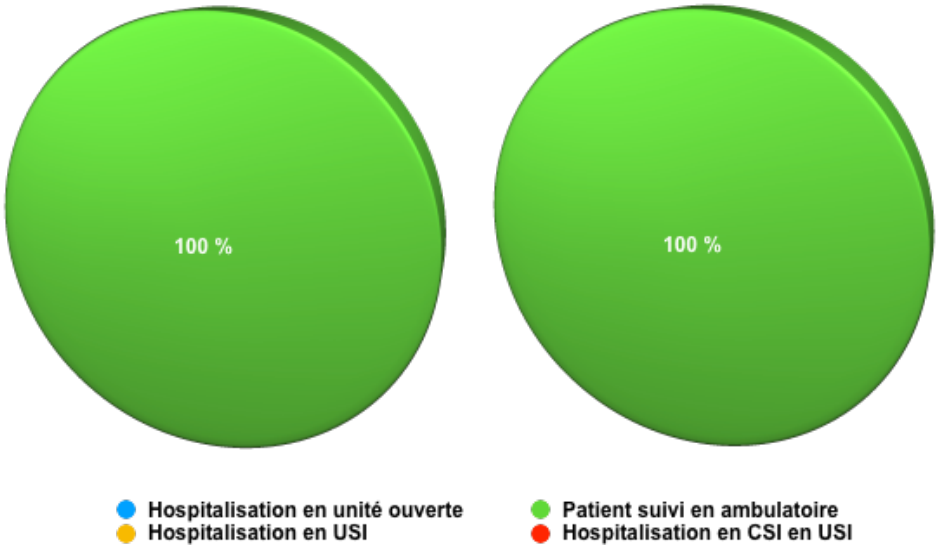
Évolution depuis 2005, soit 13 ans.

Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitement identique sur l'ensemble de la période : Abilify 20mg / jour.



Graphique 4 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 4, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°5 :

Femme âgée de 36 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2004, soit 14 ans.

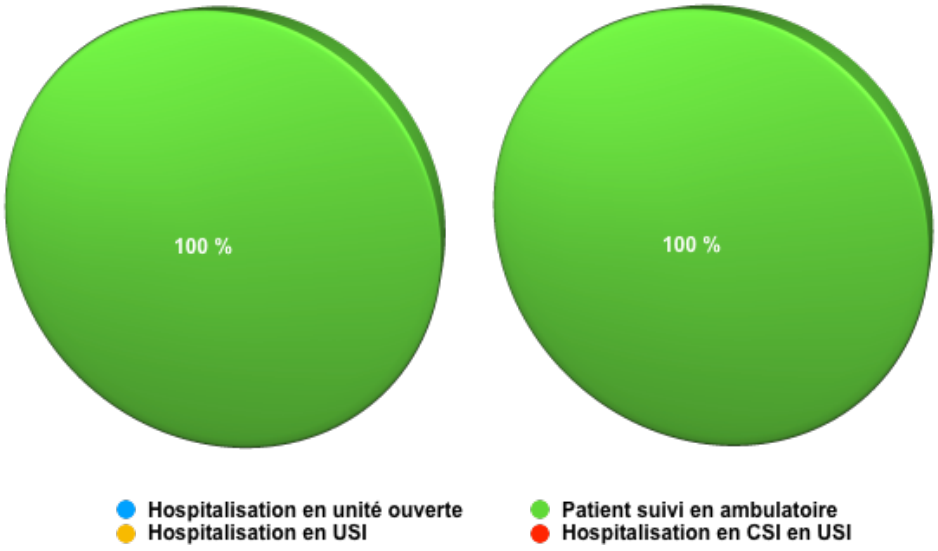
Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Xeplion 75mg / 28 jours de septembre 2017 à juillet 2018.
- Trevicta 263mg / 12 semaines d'août 2018 à septembre 2019.



Graphique 5 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 5, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°6 :

Homme âgé de 33 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2010, soit 8 ans.

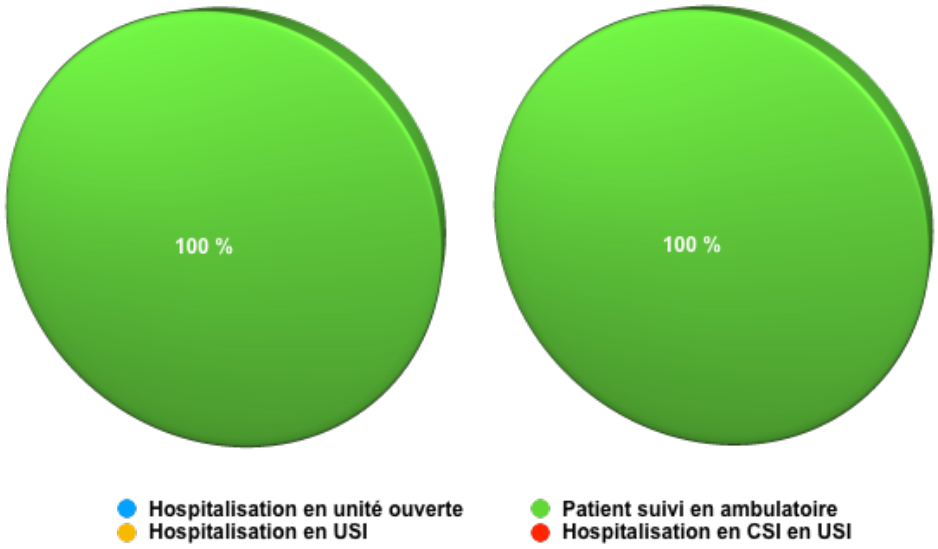
Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Xeplion 75 mg / 28 jours de septembre 2017 à avril 2018.
- Xeplion 100mg / 28 jours de mai 2018 à septembre 2019.



Graphique 6 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 6, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n° 7 :

Femme âgée de 35 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2006, soit 12 ans.

Participation le 10/09/2018, période d'évaluation du 10/09/2017 au 10/09/2019.

Sur les 12 premiers mois, 80 jours d'hospitalisation :

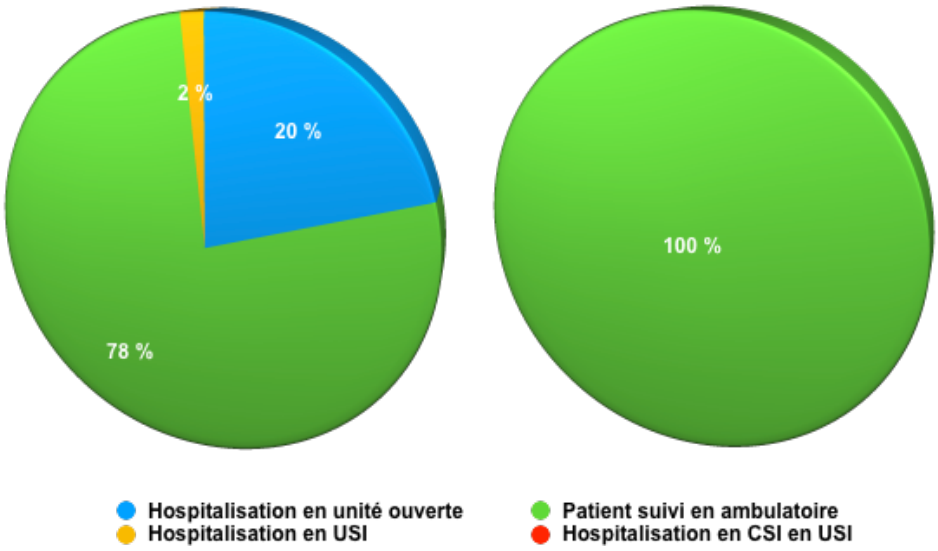
- 6 jours en USI.
- 74 jours en UH2.

Sur les 12 mois à compter du 10/09/2018 : absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements :

- Xeplion 100mg / 28 jours en septembre 2017, puis une décroissance progressive.
- Xeplion 25mg / 28 jours de juin 2018 à septembre 2019.



Graphique 7 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 7, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°8 :

Homme âgé de 34 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2005, soit 13 ans.

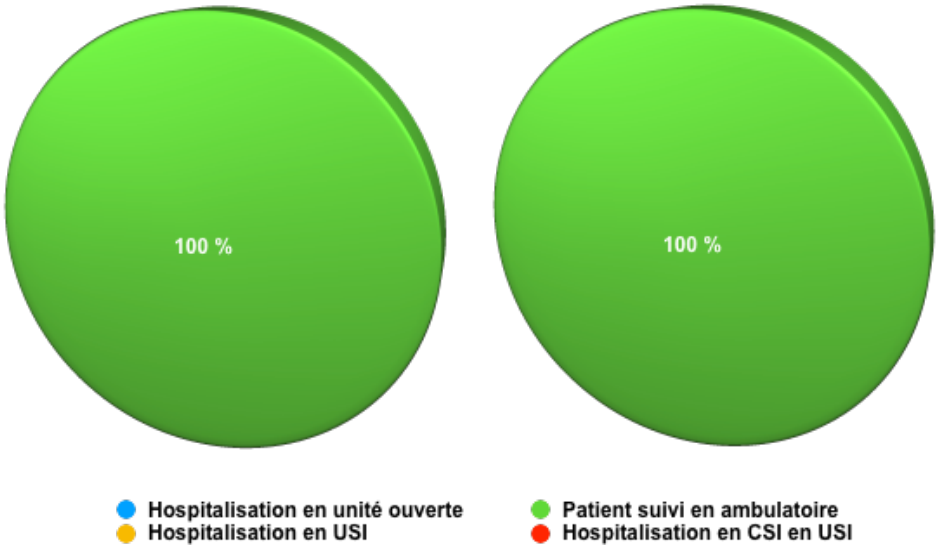
Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation

En soins libres.

Traitements :

- Abilify Maintena 400mg / 28 jours sur les 24 mois.
- Ajout d'Abilify per os 15mg / jour de septembre 2019 à novembre 2019.



Graphique 8 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 8, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°9 :

Homme âgé de 31 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2007, soit 11 ans.

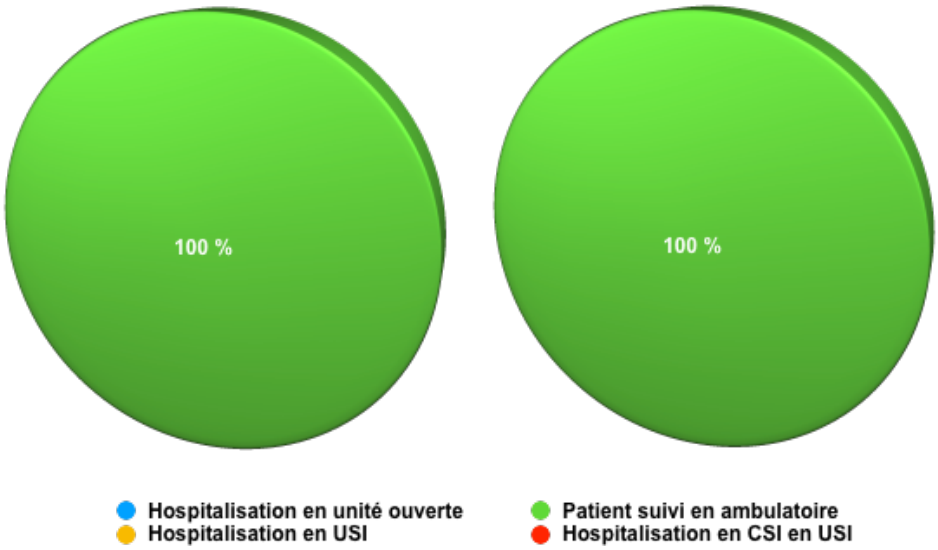
Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Clozapine 250mg / jour et Risperdal 4mg / jour de novembre 2017 à novembre 2018.
- Puis Clozapine 200mg / jour et Risperdal 4mg / jour de décembre 2018 à mai 2019.
- Puis Clozapine 200mg / jour et Risperdal 3mg / jour de juin 2019 à novembre 2019.



Graphique 9 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 9, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°10 :

Homme âgé de 42 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2018, soit 1 an.

Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

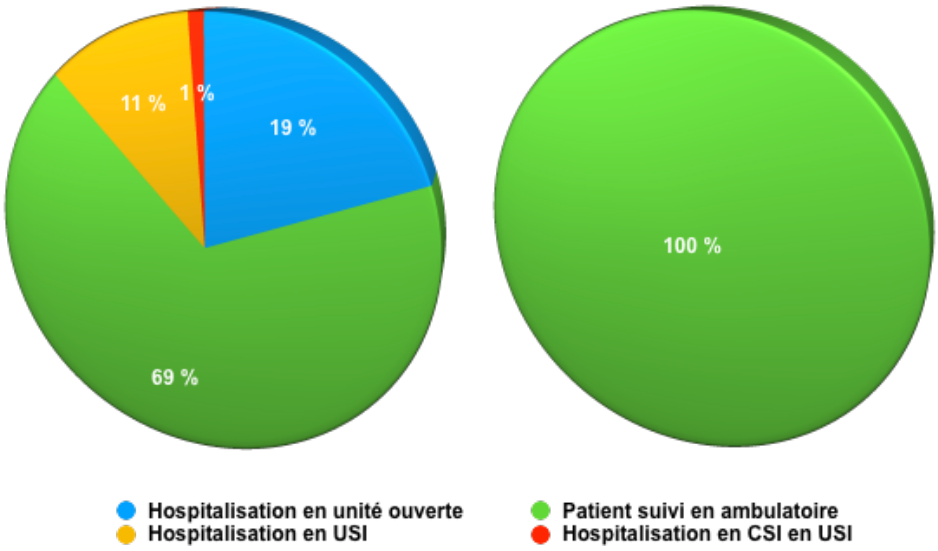
Sur les 12 premiers mois, 114 jours d'hospitalisation :

- 44 jours en USI, dont 4 jours en CSI.
- 70 jours en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 12/11/2018 : absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements identiques sur l'ensemble de la période : Xeplion 100mg / 28 jours, et Depamide 900mg / jour.



Graphique 10 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 10, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°11 :

Homme âgé de 19 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2016, soit 2 ans.

Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

Sur les 12 premiers mois, 199 jours d'hospitalisation :

- 8 jours en USI.
- 191 jours en UH2.

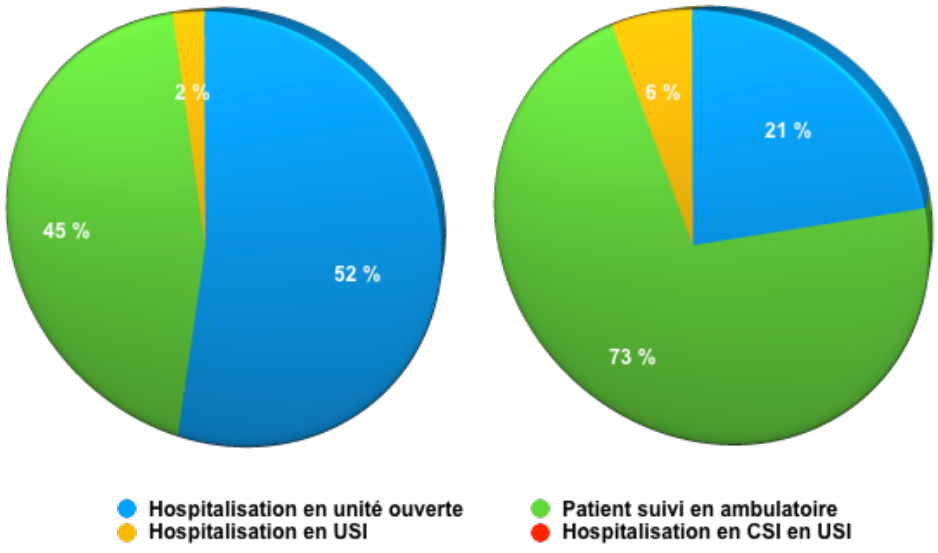
Sur les 12 mois à compter du 12/11/2018, 97 jours d'hospitalisation :

- 21 jours en USI.
- 76 jours en UH2.

Oscille entre soins libres et SDT.

Traitements :

- Xeplion 75mg / 28 jours, jusqu'en février 2018, puis Xeplion 100mg / 28 jours, et Depamide 1200mg / jour à partir d'avril 2018.
- Switch par Clozapine 450mg / jour en octobre 2018, puis Clozapine 400 mg / jour en mars 2019, et 300mg / jour en juin 2019.



Graphique 11 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 11, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°12 :

Homme âgé de 41 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 1998, soit 20 ans.

Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

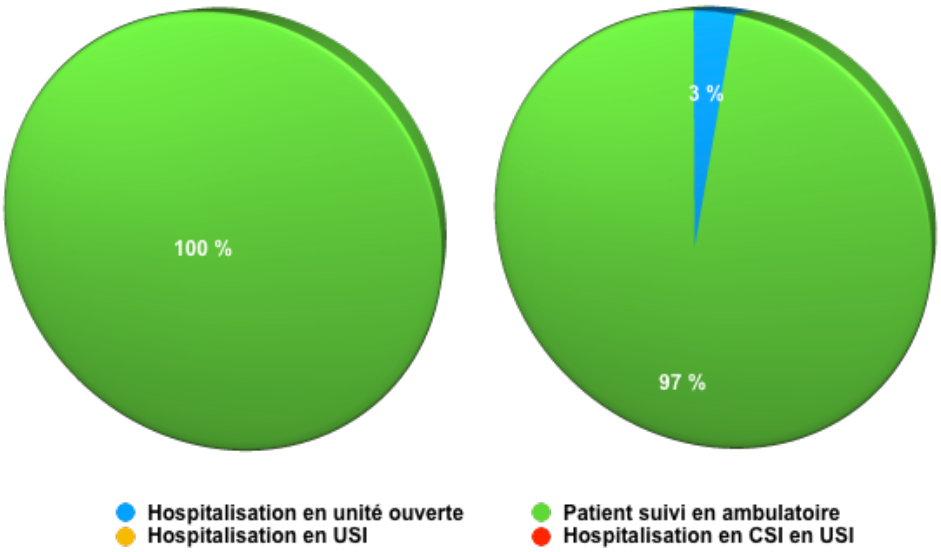
Sur les 12 premiers mois, absence d'hospitalisation.

Sur les 12 mois à compter du 12/11/2018, 10 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

En soins libres.

Traitements :

- Clozapine 600mg / jour de novembre 2017 à juillet 2019.
- Clozapine 550mg / jour de juillet 2019 à novembre 2019.



Graphique 12 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 12, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°13 :

Femme âgée de 36 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2006, soit 12 ans.

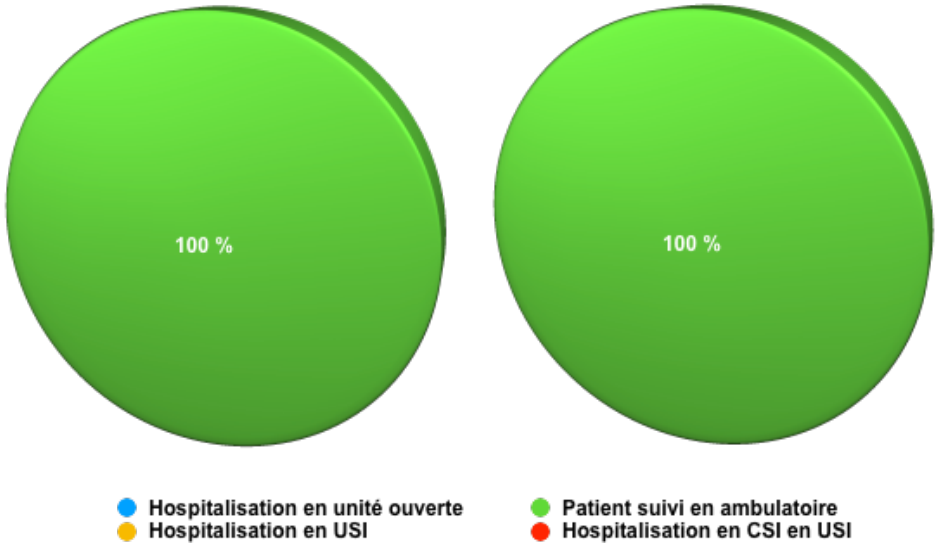
Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Zyprexa 15mg / jour de novembre 2017 à avril 2019.
- Zyprexa 20mg / jour de mai 2019 à novembre 2019.



Graphique 13 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 13, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°14 :

Femme âgée de 38 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2018, soit 1 an.

Participation le 12/11/2018, période d'évaluation du 12/11/2017 au 12/11/2019.

Sur les 12 premiers mois, 100 jours d'hospitalisation :

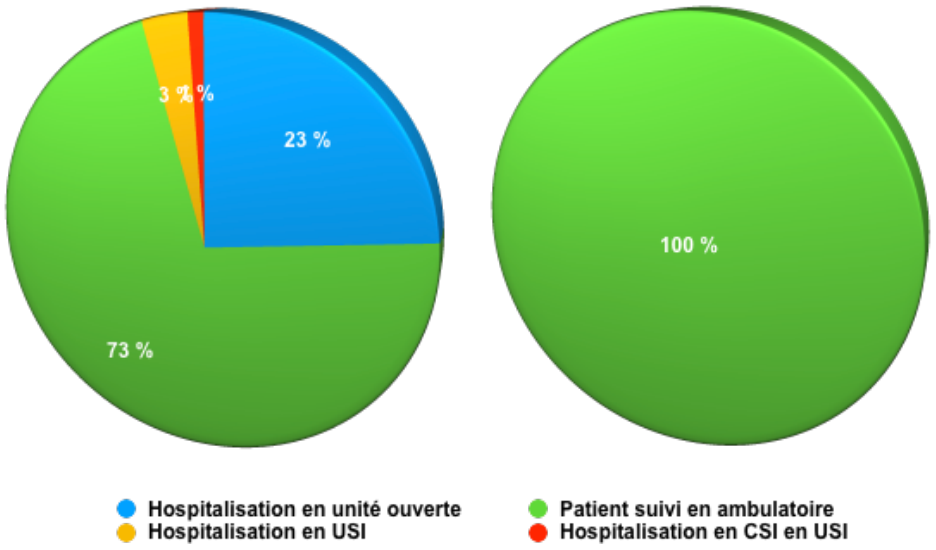
- 16 jours en USI dont 4 jours en CSI.
- 84 jours en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 12/11/2018 : absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements :

- Abilify 25mg / jour jusqu'en janvier 2019.
- Abilify 30mg / jour de février 2019 à novembre 2019.



Graphique 14 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 14, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°15 :

Femme âgée de 42 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2008, soit 11 ans.

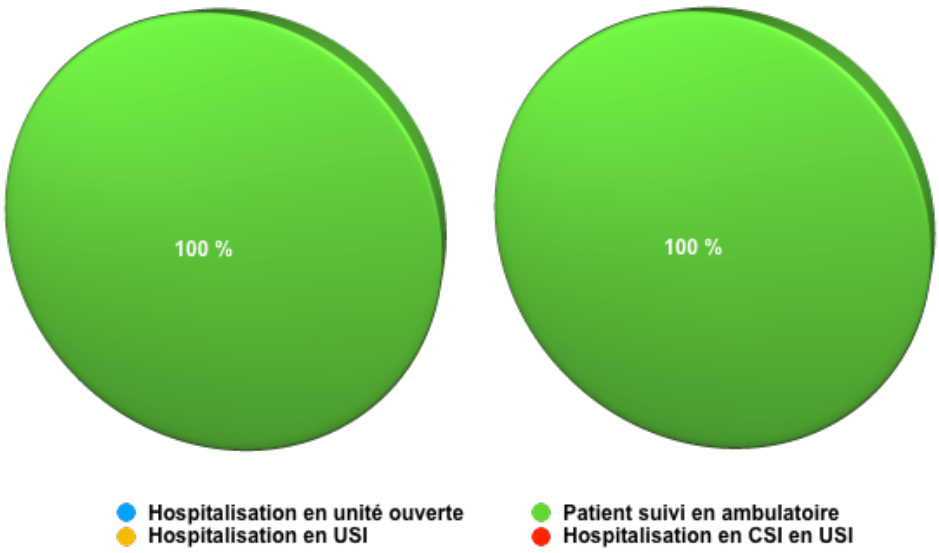
Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Fluanxol 120mg / 14 jours jusqu'en mars 2018.
- Fluanxol 110mg / 14 jours d'avril 2018 à octobre 2018.
- Fluanxol 100mg / 14 jours de novembre 2018 à février 2020.



Graphique 15 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 15, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°16 :

Homme âgé de 57 ans, diagnostic de schizophrénie.

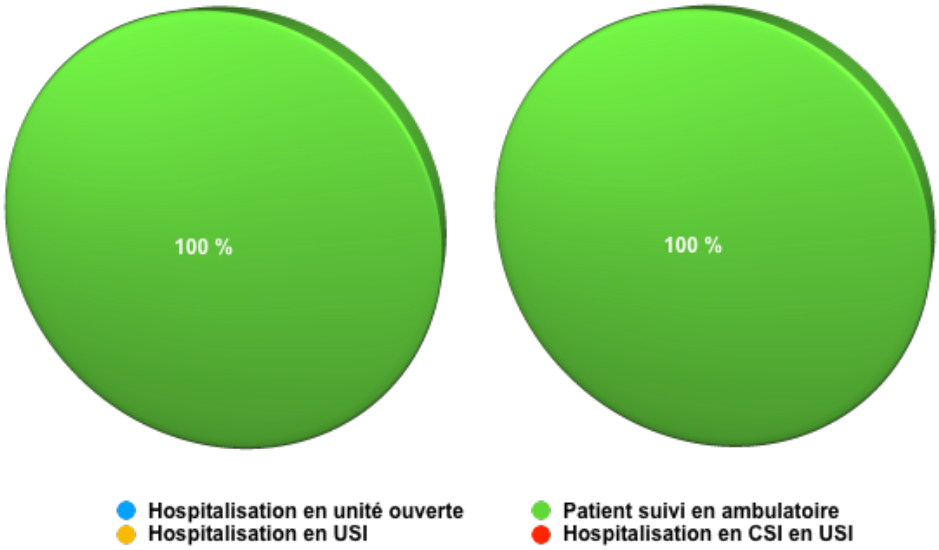
Évolution depuis 2005, soit 14 ans.

Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitement sur l'ensemble de la période : Clozapine 450mg / jour.



Graphique 16 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 16, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°17 :

Homme âgé de 19 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2016, soit 3 ans.

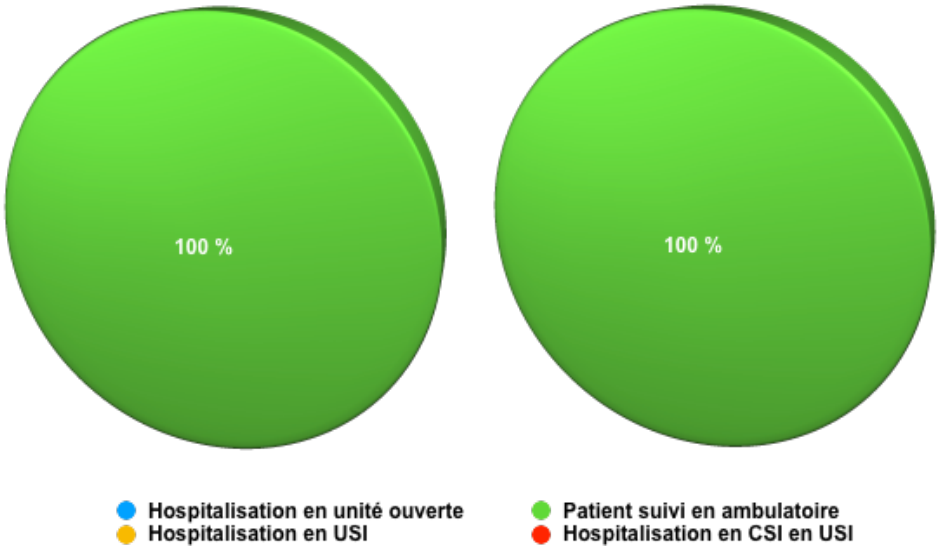
Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Clozapine 250mg / jour en février 2018.
- Clozapine 275mg / jour en mars 2018.
- Clozapine 300mg / jour en avril et mai 2018.
- Clozapine 325mg / jour en juin 2018.
- Clozapine 300mg / jour de fin juin 2018 à février 2020.



Graphique 17 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 17, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°18 :

Homme âgé de 20 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2017, soit 2 ans.

Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Sur les 12 premiers mois, 22 jours d'hospitalisation :

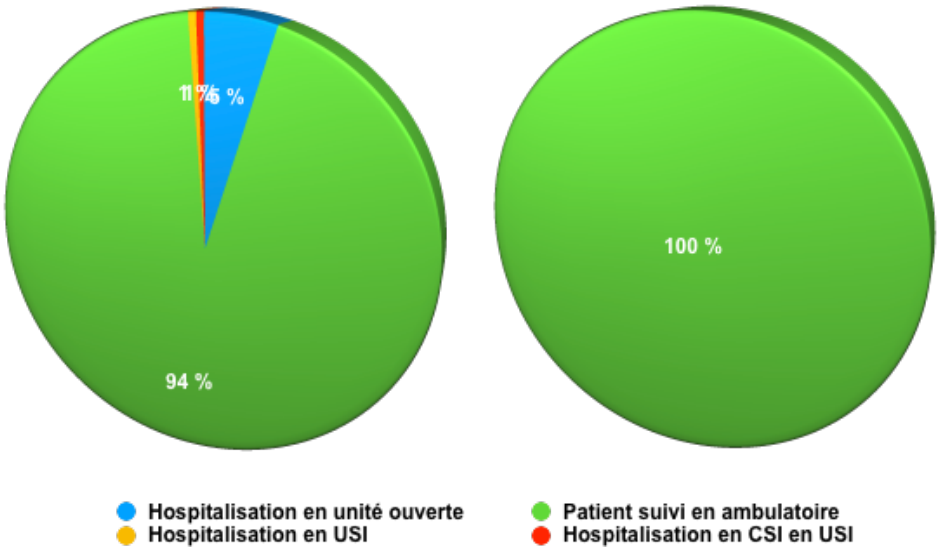
- 4 jours en USI dont 2 en CSI.
- 18 jours en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 25/02/2019 : absence d'hospitalisation.

En SDT sur les 12 premiers mois, puis en soins libres.

Traitements :

- Abilify Maintena 400mg / 28 jours et Abilify 20mg / jour jusqu'en mai 2018.
- Abilify Maintena 400mg / 28 jours et Abilify 15mg / jour de juin 2018 à janvier 2019.
- Abilify Maintena 400mg / 28 jours de février 2019 à février 2020.



Graphique 18 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 18, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°19 :

Homme âgé de 27 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2014, soit 5 ans.

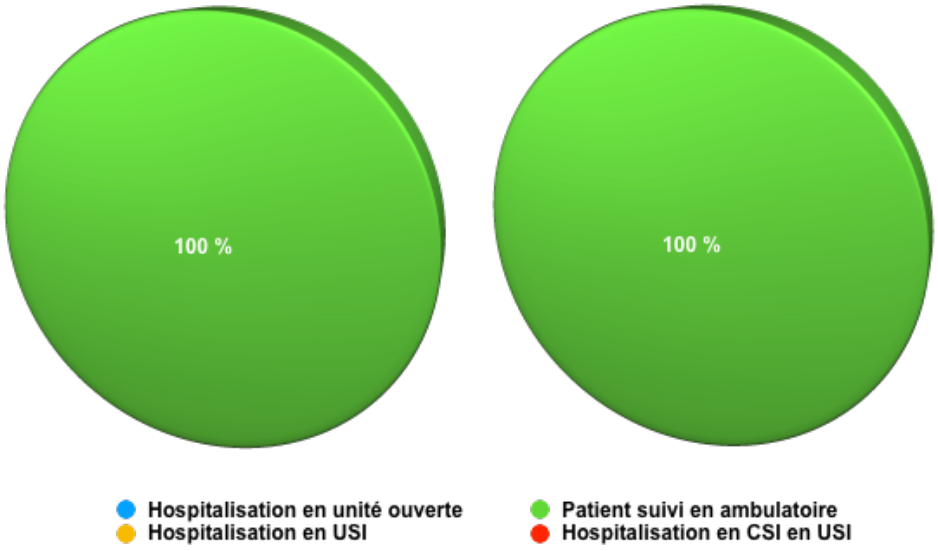
Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Pas d'hospitalisation sur la période d'évaluation.

En soins libres.

Traitements :

- Abilify Maintena 400mg / jour de février 2018 à mars 2018.
- Switch pour du Risperdal Consta LP 50mg / 14 jours, et Risperdal 5mg / jour en avril 2018.
- Xeplion 100mg / 28 jours de mai 2018 à février 2020.



Graphique 19 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 19, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°20 :

Femme âgée de 36 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2017, soit 2 ans.

Participation le 25/02/2019, période d'évaluation du 25/02/2018 au 25/02/2020.

Sur les 12 premiers mois, 41 jours d'hospitalisation :

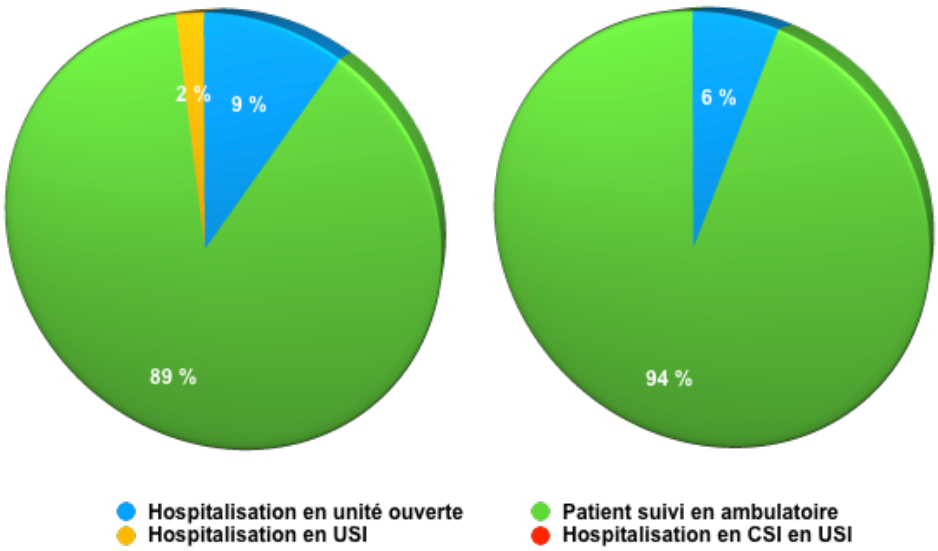
- 7 jours en USI.
- 34 jours en UH2.

Sur les 12 mois à compter du 25/02/2019, 21 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Soins en SPI.

Traitements :

- Abilify Maintena 400mg / 28 jours et Abilify 30mg / jour jusqu'en mars 2019.
- Abilify Maintena 400mg / 28 jours à partir de mai 2019.
- Abilify Maintena 300mg / 28 jours en février 2020.



Graphique 20 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 20, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°21 :

Homme âgé de 32 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2017, soit 3 ans.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

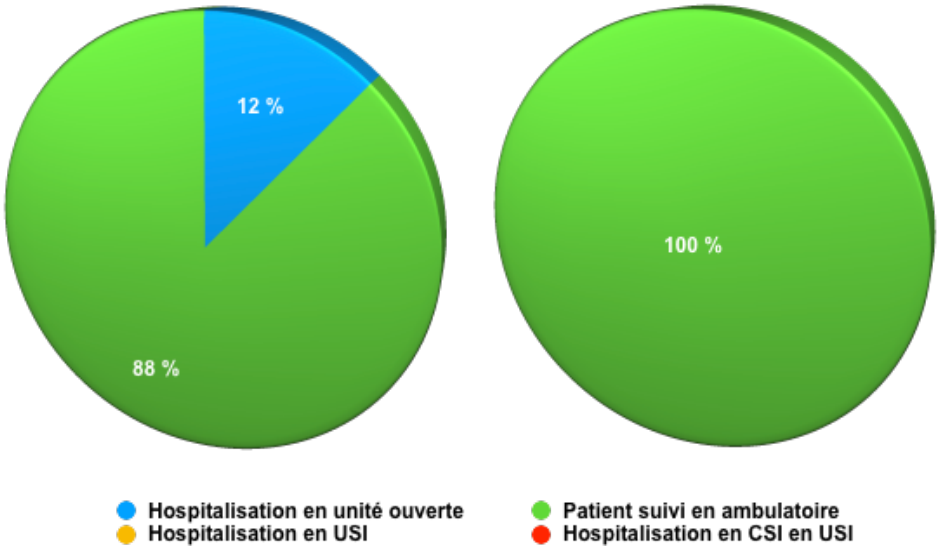
Sur les 12 premiers mois, 43 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements :

- Valpromide 900mg / jour et Xeplion 150mg / 28 jours de janvier 2019 à juin 2019.
- Depakote 1000mg / jour et Xeplion 150mg / 28 jours de juillet 2019 à septembre 2019.
- Valpromide 900mg / jour et Xeplion 150mg / 28 jours en octobre 2019.
- Valpromide 900mg / jour et Trevicta 525mg / 3 mois en novembre 2019.
- Valpromide 900mg / jour et Abilify 15mg / jour de février 2020 à août 2020.
- Valpromide 600mg / jour et Abilify 15mg / jour de septembre 2020 à janvier 2021.



Graphique 21 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 21, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°22 :

Homme âgé de 29 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2016, soit 4 ans.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 94 jours d'hospitalisation :

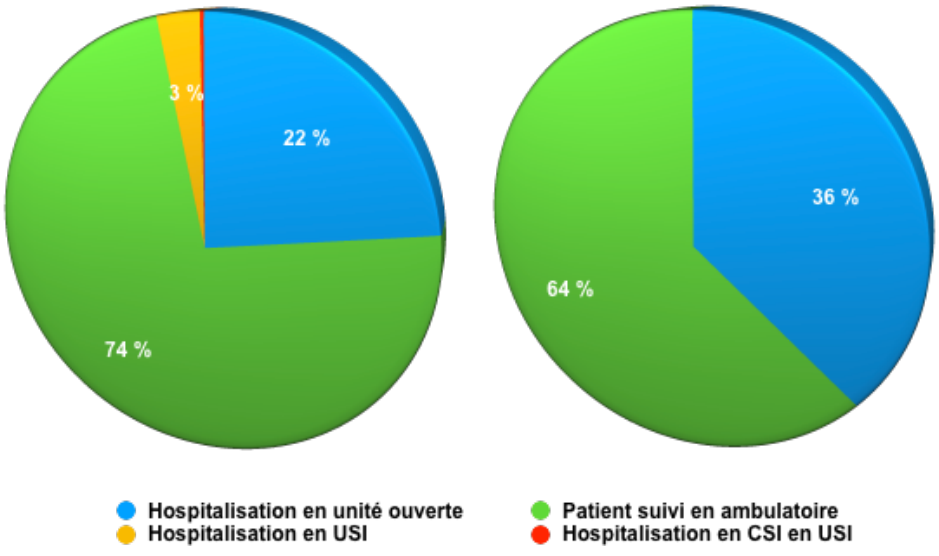
- 12 jours en USI, dont 1 journée en CSI.
- 82 journées en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, 133 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Soins en SDT.

Traitements :

- Teralithe LP 800mg / jour et Clozapine 200mg / jour en janvier 2019.
- Teralithe LP 800mg / jour, Risperdal 4mg / jour et Clozapine 250mg / jour en février 2019, jusqu'en juillet 2019.
- Teralithe LP 800mg / jour et Clozapine 200mg / jour en août 2019.
- Teralithe LP 1200mg / jour et Clozapine 300mg / jour en janvier 2020.
- Teralithe LP 1200mg/ jour et Clozapine 450mg / jour d'avril 2020 à janvier 2021.



Graphique 22 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 22, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°23 :

Femme âgée de 28 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2015, soit 5 ans.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 248 jours d'hospitalisation :

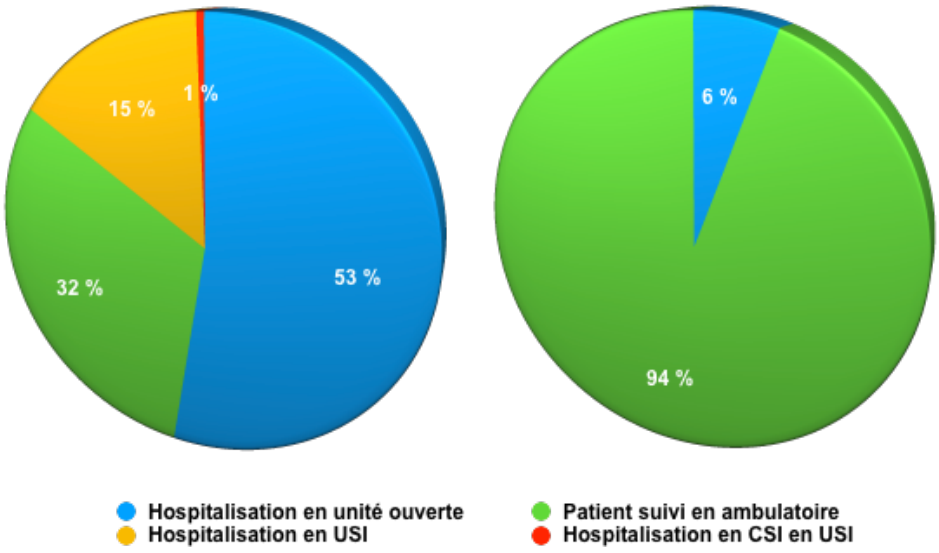
- 56 jours en USI, dont 2 en CSI.
- 192 jours en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, 21 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Soins en SDRE.

Traitements :

- Clozapine 100mg / jour de janvier 2019 à mai 2019.
- Olanzapine 20mg / jour et Clozapine 100mg / jour en septembre 2019.
- Abilify Maintena 400mg / 28 jours et Clozapine 250mg / jour de janvier 2020 à janvier 2021.



Graphique 23 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 23, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°24 :

Femme âgée de 21 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2018, soit 2 ans.

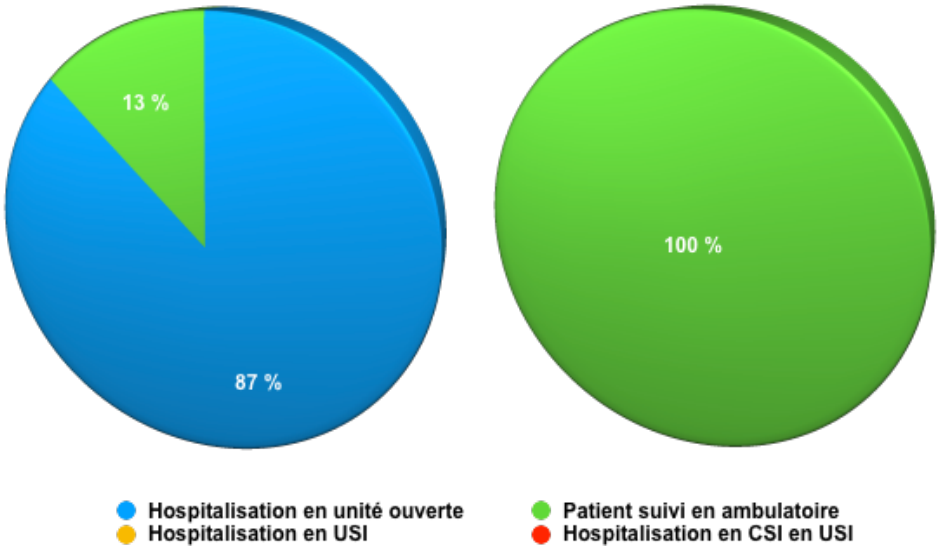
Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 319 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements : Abilify 15mg / jour et Clozapine 100mg / jour de septembre 2019 à janvier 2021.



Graphique 24 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 24, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°25 :

Homme âgé de 25 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2014, soit 6 ans.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 152 jours d'hospitalisation :

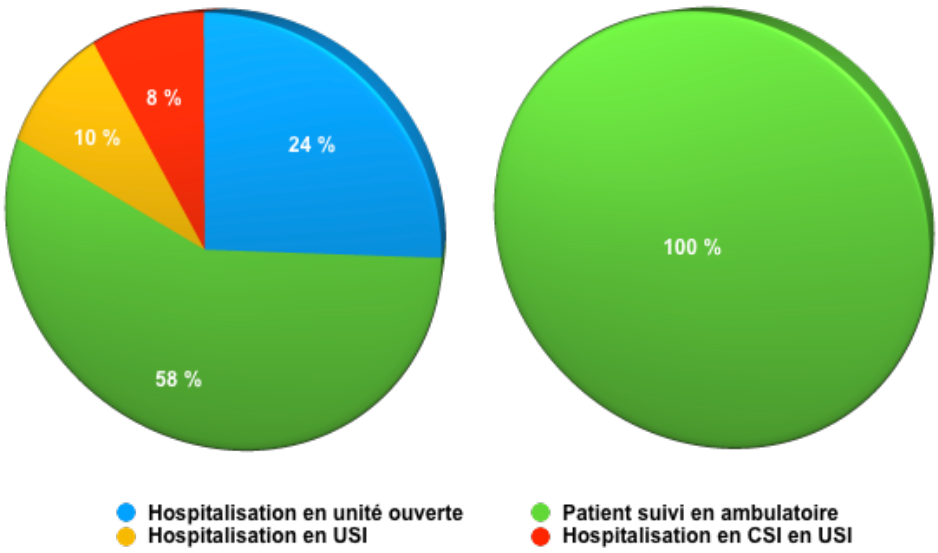
- 65 jours en USI, dont 30 jours en CSI.
- 87 jours en UH2.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, absence d'hospitalisation.

Soins en SDT.

Traitements :

- Abilify Maintena 400mg / 28 jours de janvier 2019 à avril 2019.
- Teralithe LP 800mg / jour, Clopixol 210mg / jour, Olanzapine 40mg / jour, Quetiapine LP 800mg / jour, Abilify 10mg / jour en juin 2019.
- Abilify Maintena 400mg / 21 jours, Zypadhera 405mg / 14 jours, Teralithe LP 800mg / jour, Depakine Chrono LP 1000mg / jour de septembre 2019 à décembre 2019.
- Maintien et majoration de la Depakine à 1500mg / jour en 01/2020, jusqu'en 07/2020, diminution en 08/2020 à 1250mg / jour, puis 1000mg / jour en 10/2020.



Graphique 25 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 25, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°26 :

Homme âgé de 44 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2000, soit 20 ans.

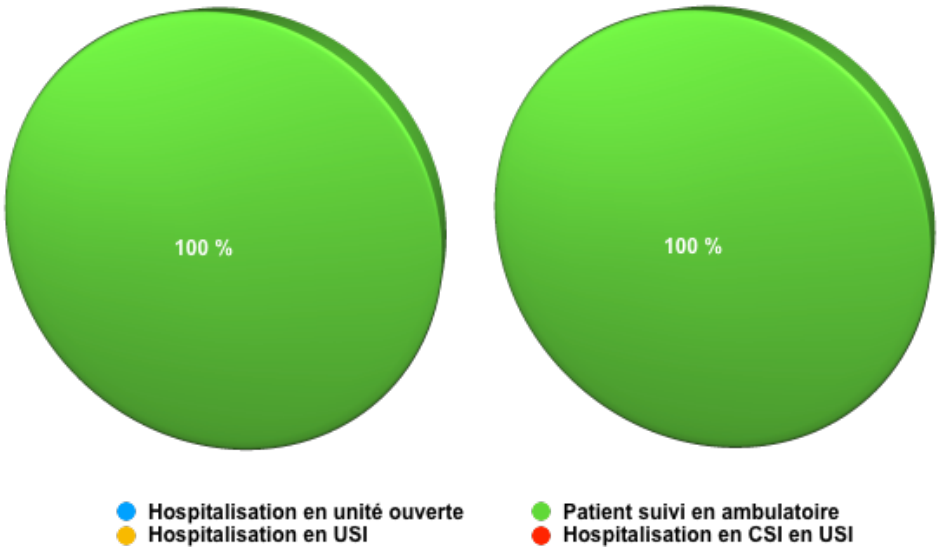
Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Absence d'hospitalisation sur la période.

En soins libres.

Traitements :

- Depakote 1000mg / jour et Solian 600mg / jour de janvier 2019 à septembre 2019.
- Depakote 1500mg / jour et Solian 600mg / jour d'octobre 2019 à janvier 2021.



Graphique 26 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 26, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°27 :

Homme âgé de 43 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2019, soit 1 an.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 104 jours d'hospitalisation :

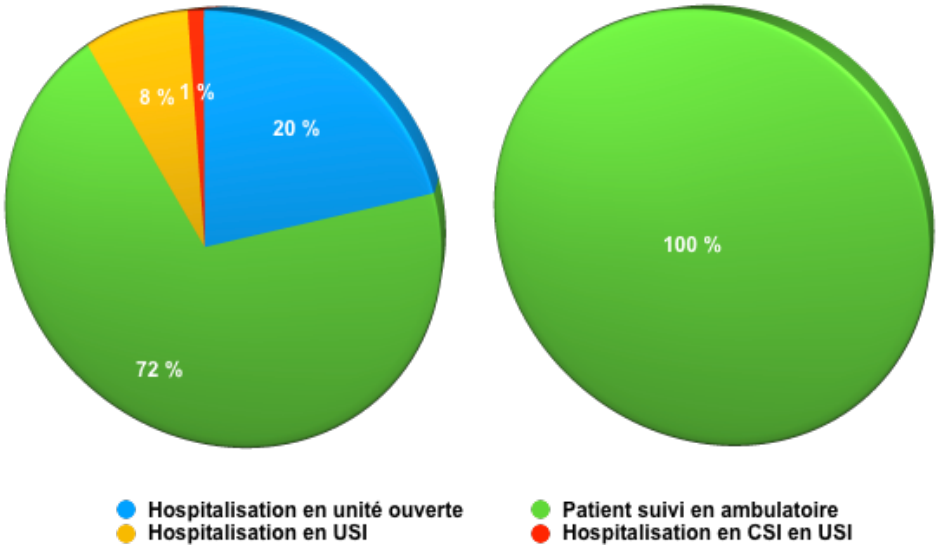
- 32 jours en USI, dont 4 en CSI.
- 72 jours en UH2.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020 : absence d'hospitalisation.

Soins en SDT / SPI.

Traitements :

- Depakote 1250mg / jour et Xeplion 75mg / 28 jours de juillet 2019 à septembre 2019.
- Depakote 1250mg / jour et Risperdal 3mg / jour d'octobre 2019 à janvier 2021.



Graphique 27 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 27, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°28 :

Homme âgé de 34 ans, diagnostic de schizophrénie dysthymique.

Évolution depuis 2019, soit 1 an.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 185 jours d'hospitalisation :

- 35 jours à l'USI, dont 2 en CSI.
- 150 jours en UH1.

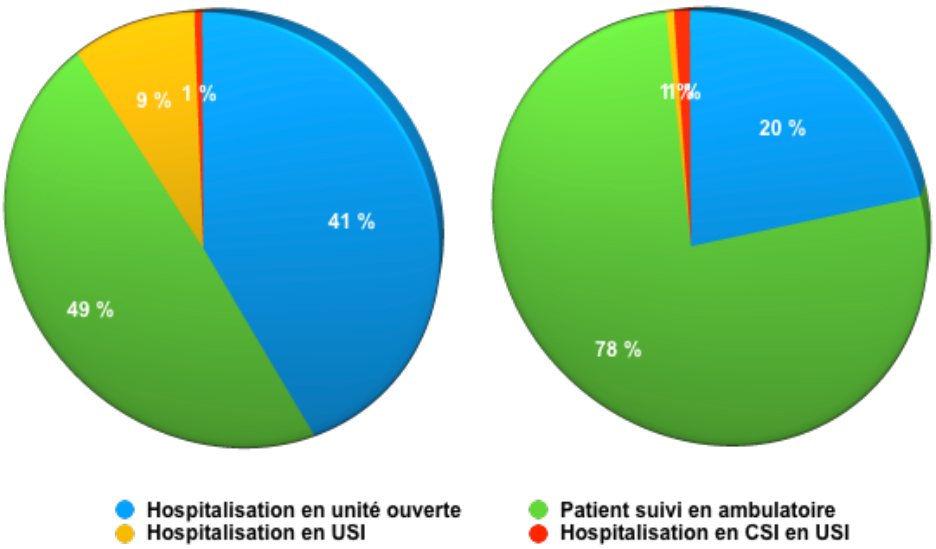
Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, 79 jours d'hospitalisation :

- 6 jours à l'USI, dont 4 en CSI.
- 73 jours en UH1.

Soins en SDRE.

Traitements :

- Olanzapine 30mg / jour en août 2019.
- Olanzapine 30mg / jour et Clopixol 90mg / jour en septembre 2019.
- Clopixol 130mg / jour et Haldol Decanoas 300mg / 21 jours en janvier 2020.
- Haldol Decanoas 300mg / 21 jours, Haldol 5mg / jour, Zypadhera 300mg / 14 jours en juin 2020.
- Zypadhera 300mg / 14 jours d'août 2020 à janvier 2021.



Graphique 28 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 28, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

Patient n°29 :

Femme âgée de 37 ans, diagnostic de schizophrénie.

Évolution depuis 2013, soit 7 ans.

Participation le 13/01/2020, période d'évaluation du 13/01/2019 au 13/01/2021.

Sur les 12 premiers mois, 262 jours d'hospitalisation :

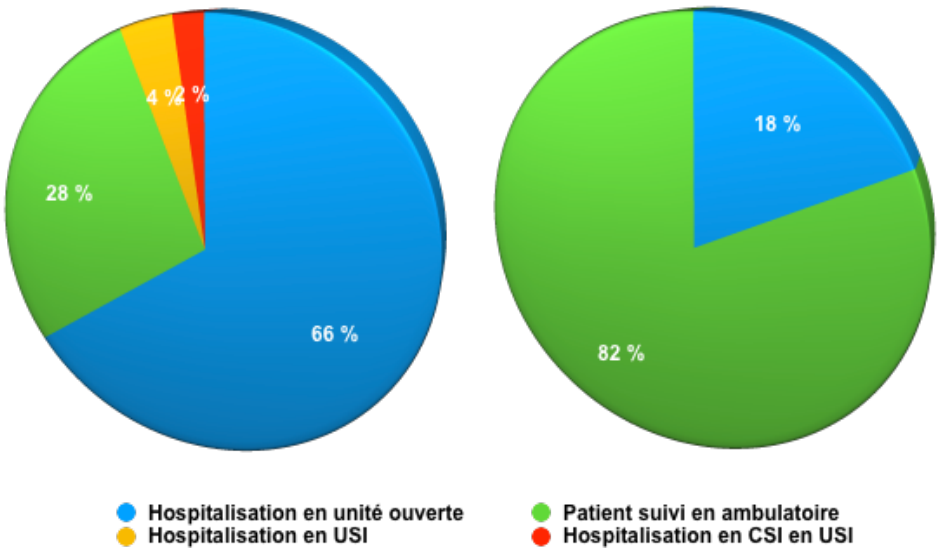
- 22 jours en USI, dont 8 en CSI.
- 240 jours en UH1.

Sur les 12 mois à compter du 13/01/2020, 66 jours d'hospitalisation sans USI ni CSI.

Soins en SPI / SDT.

Traitements :

- Clozapine 325mg / jour en juin 2019.
- Clozapine 400mg / jour en novembre 2019 et décembre 2019.
- Clozapine 425mg / jour en janvier 2020.
- Clozapine 400mg / jour en février 2020 et mars 2020.
- Clozapine 400mg / jour et Abilify 30mg / jour en avril 2020.
- Clozapine 400mg / jour et Risperdal 6mg / jour de mai 2020 à août 2020.
- Clozapine 300mg / jour, Abilify 30mg / jour en octobre 2020.
- Clozapine 250mg, Abilify 30mg / jour et Abilify Maintena 400mg / 28 jours en janvier 2021.



Graphique 29 : Comparaison des temps d'hospitalisations et de suivi ambulatoire du patient numéro 29, à gauche avant participation au programme et à droite après participation au programme.

« Par délibération de son Conseil en date du 10 Novembre 1972, l'Université n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ou mémoires. Ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ».

VU, le Président de Thèse

VU, le Doyen de la Faculté

VU et permis d'imprimer
en référence à la délibération
du Conseil d'Université
en date du 14 Décembre 1973

Pour le Président
de l'Université de CAEN et P.O

Le Doyen

ANNEE DE SOUTENANCE : 2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DARKIEWICZ Nicolas

TITRE DE LA THESE **:** Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS : impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques.

RESUME DE LA THESE EN FRANÇAIS :
Introduction : La schizophrénie est une maladie chronique ubiquitaire touchant 0,7% de la population mondiale. Sa prise en charge a été révolutionnée par deux concepts : le modèle stress vulnérabilité et le concept de rétablissement. Depuis environ 20 ans, différents ateliers d'ETP ont été mis en place au centre Esquirol à Caen, et rassemblés en 2020 dans un programme structuré : ETAPS.
Méthode : La littérature indique que la participation à un programme d'ETP et l'enrichissement de l'insight ont pour effet une diminution de la non observance, ainsi qu'une diminution des rechutes et des réhospitalisations psychiatriques. L'étude menée dans cette thèse cherche à mettre en évidence l'impact de la participation à l'atelier Insight sur les réhospitalisation psychiatriques. Vingt-neuf patients ont été inclus. Il a été comparé de manière individuelle descriptive rétrospective le nombre de jours d'hospitalisation sur 24 mois. Des critères d'évaluation secondaires ont été choisis pour tenter de mieux cerner la non compliance.
Résultats : Les résultats trouvent en moyenne une diminution du temps d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, ainsi qu'une diminution des temps de soins intensifs, laissant supposer une diminution de la non compliance. Ces résultats sont présents indépendamment du genre, de l'âge, de la durée d'évolution, du diagnostic, du traitement, de la présence de soins sous contrainte, de la présence d'une pathologie résistante.
Conclusion : Dans une démarche de rétablissement, la participation à l'atelier Insight au sein du programme ETAPS semble montrer des bénéfices pour les patients.

MOTS CLES : Éducation thérapeutique du patient ; Psychoéducation ; ETP ; Insight ; ETAPS ; réhospitalisation ; Rechute ; Schizophrénie ; Modèle stress vulnérabilité ; Rétablissement.

TITRE DE LA THESE EN ANGLAIS **:** Participation in the ETAPS therapeutic education program : impact of the Insight workshop on psychiatric rehospitalisation.

RESUME DE LA THESE EN ANGLAIS :
Introduction: Schizophrenia is a ubiquitous chronic illness affecting 0.7% of the world's population. Its care has been revolutionised by two concepts: the stress vulnerability model and the concept of recovery. For about 20 years, multiple therapeutic education workshops have been set up at the Esquirol centre in Caen, and brought together in 2020 in a structured programme: ETAPS.
Method: The literature indicates that participation in a therapeutic education programme and the enrichment of insight have the effect of reducing non-adherence, as well as a reduction in relapses and psychiatric rehospitalisation. The study conducted in this thesis seeks to demonstrate the impact of participation in the Insight workshop on psychiatric rehospitalisation. Twenty-nine patients were included. The number of days of hospitalisation over a period of 24 months was compared in a retrospective descriptive individual way. Secondary evaluation criteria were chosen to try to better understand non-compliance.
Results: The results show an average decrease in the time spent in hospital in the 12 months following participation in the Insight workshop. The results show a decrease in intensive care time, suggesting a decrease in non-compliance. These results are present regardless of gender, age, duration of evolution, diagnosis, treatment, presence of constrained care, presence of resistant pathology.
Conclusion: In a recovery process, participation in the Insight workshop within the ETAPS programme seems to show benefits for patients.

KEY WORDS : Therapeutic education ; Psychoeducation ; Insight ; ETAPS ; Rehospitalization ; Relapse ; Schizophrenia ; Stress vulnerability model ; Recovery.