

UNIVERSITÉ de CAEN NORMANDIE

UFR SANTÉ

FACULTÉ de MÉDECINE

Année 2021 / 2022

Mémoire de DES

par

Monsieur Nicolas Darkiewicz

Né le 6 Juillet 1996 à Paris

TITRE DU MEMOIRE :

**Évaluation du maintien des connaissances chez des patients ayant
participé à l'atelier Insight, avec utilisation d'un entretien semi
structuré**

Directrice de mémoire : Madame le Professeur Perrine Brazo

Remerciements

A Madame le Professeur Brazo, Vous m'avez fait l'honneur de m'accompagner dans ce travail de mémoire. Je vous remercie pour votre engagement à mes côtés tout au long de mes études. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Morello, Je vous remercie pour vos précieux conseils dans la réalisation de ce travail et pour le temps que vous m'avez consacré.

A Monsieur Chaillot, qui a participé à la réalisation de la feuille de non opposition.

Au CLERS, qui a participé à la validation éthique de ce travail.

A la DRCI, pour leur avis éclairé concernant le protocole de recherche.

Aux patients, qui ont contribué à ma formation.

A mes parents, qui m'ont accompagné pendant tout mon cursus universitaire.

A mon frère, qui m'a aidé à grandir.

A ma famille et mes proches, soutiens de tous les jours.

A Farkisha, compagne de tous les instants.

Résumé

ANNEE DE SOUTENANCE : 2022

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : DARKIEWICZ Nicolas

TITRE DU MEMOIRE : Évaluation du maintien des connaissances chez des patients ayant participé à l'atelier Insight, avec utilisation d'un entretien semi structuré.

RESUME DU MEMOIRE :

Introduction : L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Depuis environ 20 ans, différents ateliers d'ETP à destination des patients souffrant de schizophrénie ont été mis en place au centre Esquirol à Caen, et rassemblés en 2020 dans un programme structuré : ETAPS.

Méthode : En raison du potentiel impact négatif du temps sur le maintien des connaissances, l'étude menée dans ce mémoire cherche à mettre en évidence l'impact du temps sur le maintien des connaissances suite à la participation à l'atelier Insight. Vingt-deux patients ont été inclus. Chaque patient a été reçu individuellement au CAMP à Hérouville Saint Clair pour participer à un entretien semi structuré et être évalué concernant les items abordés lors de l'atelier.

Résultats : Les résultats ne montrent pas d'arguments pour une déperdition des connaissances en fonction du temps. Ces résultats soulèvent qu'il existe de bons et de mauvais réponders, retrouvant pour seule variable descriptive ayant un impact significatif la durée d'évolution de la maladie.

Conclusion : La participation à l'atelier Insight au sein du programme ETAPS semble montrer des bénéfices qui perdurent dans le temps pour certains patients.

MOTS CLES : Éducation thérapeutique du patient ; Psychoéducation ; ETP ; Insight ; ETAPS ; Schizophrénie ; Mémoire ; Connaissances ; Maintien ; Temps.

TITLE OF THE DISSERTATION : Evaluation of knowledge maintenance in patients who participated in the Insight workshop, using a semi-structured interview.

SUMMARY OF THE DISSERTATION :

Introduction : Therapeutic patient education (TPE) is an ongoing process whose goal is to help patients acquire or maintain the skills they need to best manage their lives with a chronic disease. For about 20 years, different TPE workshops for patients suffering from schizophrenia have been implemented at the Esquirol center in Caen, and gathered in 2020 in a structured program: ETAPS.

Method : Because of the potential negative impact of time on knowledge retention, the study conducted in this dissertation seeks to highlight the impact of time on knowledge retention following participation in the Insight workshop. Twenty-two patients were included. Each patient was received individually at the CAMP in Hérouville Saint Clair to participate in a semi-structured interview and to be evaluated regarding the items discussed during the workshop.

Results : The results do not show arguments for a loss of knowledge over time. These results show that there are good and bad responders, finding that the only descriptive variable with a significant impact is the duration of the disease.

Conclusion : Participation in the Insight workshop within the ETAPS program appears to show benefits that persist over time for some patients.

KEYWORDS : Therapeutic Patient Education ; Psychoeducation ; ETP ; Insight ; ETAPS ; Schizophrenia ; Memory ; Knowledge ; Retention ; Time.

Table des illustrations

Figure 1 : Logigramme du parcours éducatif ETAPS

Tableau 1 : Description de la population étudiée

Tableau 2 : Caractéristiques des patients du groupe 1 ayant participé à l'étude

Tableau 3 : Résultats des patients du groupe 1

Tableau 4 : Caractéristiques des patients du groupe 2 ayant participé à l'étude

Tableau 5 : Résultats des patients du groupe 2

Tableau 6 : Caractéristiques des patients du groupe 3 ayant participé à l'étude

Tableau 7 : Résultats des patients du groupe 3

Tableau 8 : Caractéristiques des patients du groupe 4 ayant participé à l'étude

Tableau 9 : Résultats des patients du groupe 4

Tableau 10 : Caractéristiques des patients du groupe 5 ayant participé à l'étude

Tableau 11 : Résultats des patients du groupe 5

Tableau 12 : Caractéristiques des patients du groupe 6 ayant participé à l'étude

Tableau 13 : Résultats des patients du groupe 6

Tableau 14 : Moyennes et notes minimales / maximales par groupe historique

Tableau 15 : Moyennes pour chaque item du questionnaire

Tableau 16 : Moyennes et notes minimales / maximales selon le nombre d'ateliers effectué

Graphique 1 : Analyse de variance entre le score total individuel sur 50 et de la durée en mois depuis la participation à l'atelier Insight

Graphique 2 : Analyse de variance entre les résultats aux items D, E, F, sur 15 et de la durée en mois depuis la participation à l'atelier Insight

Tableau 17 : Analyse de variance entre résultats obtenus et âge

Tableau 18 : Analyse de variance entre résultats obtenus et sexe

Tableau 19 : Analyse de variance entre résultats obtenus et diagnostic

Tableau 20 : Analyse de variance entre résultats obtenus et lieu de vie

Tableau 21 : Analyse de variance entre résultats obtenus et travail

Tableau 22 : Analyse de variance entre résultats obtenus et niveau d'étude

Tableau 23 : Analyse de variance entre résultats obtenus et participation à de l'HDJ

Tableau 24 : Analyse de variance entre résultats obtenus et nombre d'ateliers effectué

Tableau 25 : Analyse de variance entre résultats obtenus et vécu atelier Insight

Tableau 26 : Analyse de variance entre résultats obtenus et projection ETP

Tableau 27 : Analyse de variance entre résultats obtenus et modalité d'entretien

Graphique 3 : Analyse de variance entre résultats obtenus aux items D, E, F et durée d'évolution de la maladie

Figure 2 : Diagramme de Kiviat représentant les résultats de la patiente n°24 à l'échelle d'évaluation post atelier Insight

Liste des abréviations

APA : American Psychological Association

ARS : Agence Régionale de Santé

BTS : Brevet de Technicien Supérieur

CAMP : Centre d'Accueil Médico Psychologique

CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CLERS : Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé

DRCI : Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation

DSM-5 : Manuel Diagnostic et Statistique des troubles mentaux 5^{ème} édition

ETAPS : Éducation Thérapeutique et Acquisitions Pratiques dans la Schizophrénie

ETP : Éducation Thérapeutique du Patient

Gp : Groupe

HAS : Haute Autorité de Santé

HDJ : Hôpital De Jour

Moy : Moyenne

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

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

SAMHSA : Substance Abuse and Mental Health Services Administration

Sz Dysthym : Schizophrénie Dysthymique

Sommaire

1 – Introduction

2 – Matériel et méthode

- 2.1 : Hypothèse, objectifs de l'étude et critères d'évaluation**
 - 2.1.a Objectif et critère d'évaluation principal**
 - 2.1.b Objectifs et critères d'évaluation secondaires**
- 2.2 : Population ciblée**
- 2.3 : Construction et déroulement de l'étude**
- 2.4 : Analyse des résultats**

3 – Résultats

- 3.1 : Population étudiée**
- 3.2 : Résultats individuels des patients ayant accepté de participer à l'étude**
- 3.3 : Données concernant les patients n'ayant pas participé à l'étude**
- 3.4 : Résultats par objectifs**
 - 3.4.a Résultats de l'objectif principal**
 - 3.4.b Résultats des objectifs secondaires**
- 3.5 : Analyse statistique**

4 – Discussion

- 4.1 : La population**
 - 4.1.a Les patients inclus**
 - 4.1.b Les patients non inclus**
- 4.2 : Discussion par objectifs**
 - 4.2.a Objectif principal**
 - 4.2.b Objectifs secondaires**
- 4.3 : Apport de l'analyse statistique**
- 4.4 : Limites**
- 4.5 : Interprétation des résultats**
- 4.6 : Proposition d'un élément d'amélioration à l'atelier Insight**

5 – Conclusion

6 – Bibliographie

7 – Annexes

1 – Introduction

L'éducation thérapeutique du patient, communément appelée ETP, est un processus continu dont le but est d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (HAS, 2007-a). Cette définition publiée par la Haute Autorité de Santé en 2007 visait un développement de cette pratique sur tout le territoire Français.

En 2009, l'ETP est entrée dans le Code de Santé Publique au sein de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (Loi n° 2009-879).

En psychiatrie, l'offre d'ETP s'est développée lors de la seconde moitié du 20^{ème} siècle, portant à la fois sur les troubles thymiques, anxieux et psychotiques. Les programmes d'ETP sont encadrés et autorisés par les Agences Régionales de Santé (ARS), avec un cahier des charges à respecter (HAS, 2007-b).

A Caen, le centre Esquirol a intégré et développé depuis environ 20 ans différents ateliers d'ETP pour les patients souffrant de schizophrénie. Ils ont été regroupés en 2020 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 (figure 1).

Le programme ETAPS s'adresse aux adultes souffrant de troubles schizophréniques, ainsi qu'à leur entourage. Il 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 deux ateliers initiaux « Insight plus Traitement » et « Profamille », et de deux ateliers de suivi avec un travail d'approfondissement « Gestion des symptômes » et « PRACS » (Montagne & Leverrier, 2020).

Les données actuelles s'appuient sur plusieurs méta analyses publiées ces 20 dernières années portant sur ETP et schizophrénie. Elles rapportent les effets bénéfiques suivants (Merinder, 2000) (Xia & al, 2011) (Zhao & al, 2015) (Morin & Franck, 2017) :

- Une amélioration concernant les connaissances sur la maladie,
- Une diminution de la non compliance, une amélioration de l'alliance thérapeutique, avec modification de la relation médecin / malade,
- Une meilleure adhésion aux traitements,
- Une amélioration du fonctionnement social et de la qualité de vie,

- Une amélioration du bien-être,
- Une diminution de l'auto stigmatisation,
- Une diminution des rechutes et des réhospitalisations,
- Une diminution de la durée du séjour lors des hospitalisations.

Un travail antérieur a été effectué conjointement avec le Professeur Brazo sur le sujet suivant : l'impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques. Ce travail a pu montrer en moyenne une diminution du temps d'hospitalisation dans les 12 mois après la participation à l'atelier Insight, ainsi qu'une diminution du temps en soins intensifs. Ces résultats étaient présents indépendamment du sexe, de l'âge, de la durée d'évolution de la maladie, du diagnostic, du traitement, de la présence de soins sous contrainte, de la présence d'une pathologie résistante (Darkiewicz, 2021).

Dans les suites de ce travail, prenant en compte ces résultats encourageants, nous avons questionné l'impact du temps sur le maintien des connaissances acquises lors de la participation à un atelier d'ETP.

L'augmentation des connaissances sur la maladie apportée par l'ETP pourrait être négativement influencée par le temps. Ce travail a donc pour tâche d'évaluer les connaissances conservées par les patients suite à leur participation à l'atelier Insight.

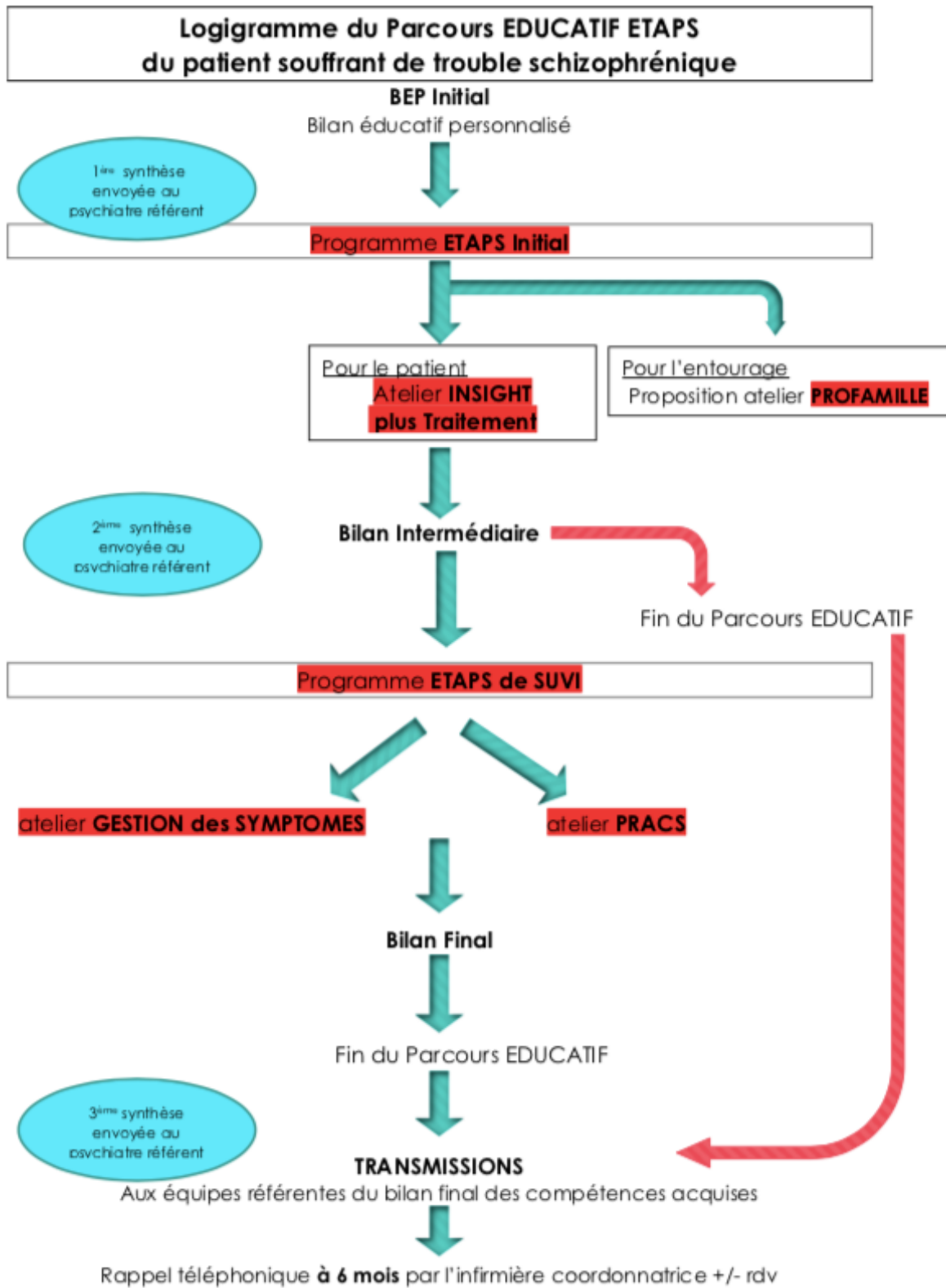


Figure 1 : Logigramme du parcours éducatif ETAPS (Montagne & Leverrier [Annexe 4], 2020)

2 – Matériel et méthode

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

Notre hypothèse est que les connaissances acquises au cours de l'atelier Insight vont progressivement décroître avec le temps.

Si cette hypothèse se montre correcte, cela permettrait une réflexion sur l'intérêt de mettre en place des séances de rappel, comme il en existe dans certains programmes d'éducation thérapeutique.

2.1.a Objectif et critère d'évaluation principal

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer par un entretien semi structuré les connaissances acquises et conservées dans le temps par les patients ayant participé à l'atelier Insight au centre Esquirol.

Le critère d'évaluation principal est la cotation pour chaque patient de ses connaissances conservées au sein d'un entretien semi structuré, via l'échelle présentée dans la partie « construction et déroulement de l'étude ».

2.1.b Objectifs et critères d'évaluation secondaires

Le premier objectif secondaire est l'évaluation des domaines de connaissance les moins acquis par les patients, afin de proposer des pistes d'amélioration pour l'atelier Insight. Le critère d'évaluation choisi est le repérage sur l'ensemble de la population des thématiques avec les scores les plus bas.

Le deuxième est l'évaluation de l'impact d'une participation à d'autres ateliers d'ETP. Le critère d'évaluation choisi est la comparaison des résultats des patients ayant participé à d'autres ateliers d'ETP aux résultats des patients ayant uniquement participé à l'atelier Insight.

Le troisième est l'évaluation du vécu subjectif des patients concernant l'atelier Insight. Le critère d'évaluation choisi est le recueil lors de l'entretien de ce vécu par une question ouverte.

Le quatrième est l'évaluation de la projection des patients concernant une réinclusion à un atelier d'ETP. Le critère d'évaluation choisi est le recueil en entretien de cette projection par une question ouverte.

Le cinquième est le questionnement des patients concernant les choses qu'ils souhaiteraient voir évoluer dans les soins. Le critère d'évaluation choisi est le recueil en fin d'entretien de leurs propositions par une question ouverte.

Le sixième est l'évaluation du vécu subjectif des patients concernant cette étude. Le critère d'évaluation choisi est le recueil en fin d'entretien de ce vécu par une question ouverte.

2.2 Population ciblée

Les critères d'inclusion sont :

- Patient avec un diagnostic annoncé correspondant à un trouble schizophrénique ou à une schizophrénie dysthymique selon le DSM-5 (APA, 2015),
- Patient ayant participé à l'atelier Insight au sein du CAMP à Hérouville Saint Clair, entre octobre 2018 et mai 2021.

Le seul critère de non inclusion choisi est : patient mineur.

Les variables descriptives de la population sont :

- L'âge,
- Le sexe,
- Le diagnostic,
- La durée d'évolution de la maladie,
- Le lieu de vie,
- La présence d'un travail,
- Le niveau d'étude,
- La participation à un hôpital de jour,
- Le nombre d'ateliers d'ETP effectués.

Ces variables descriptives sont collectées en entretien par le questionnaire présenté ci-dessous.

Questionnaire Patient

QUESTIONS A POSER AVANT REALISATION DE L'ECHELLE

Nom :

Prénom :

Âge :

Sexe :

Date de participation à la dernière séance de l'atelier :

Diagnostic selon le patient :

Durée d'évolution de la maladie selon le patient :

Lieu de vie :

- a) En foyer
- b) En famille
- c) Autonome

Travail :

- a) Sans emploi
- b) Milieu protégé
- c) Milieu ordinaire

Niveau d'étude :

- a) Sans diplôme
- b) CAP
- c) Baccalauréat
- d) Études supérieures (BTS / License / Master)

Participation à de l'HDJ :

- a) Oui
- b) Non

Participation à de l'ETP dans le passé :

- a) Uniquement l'atelier Insight
- b) A participé à un second atelier
- c) A participé à 3 ateliers ou plus

Vécu concernant l'atelier Insight :

- a) Vécu négatif
- b) Vécu neutre
- c) Vécu positif

Projection concernant l'ETP :

- a) Oui
- b) Non

QUESTIONS A POSER APRES REALISATION DE L'ECHELLE

Que voudriez-vous changer ou améliorer dans le système de soin actuel ?

Comment vous êtes-vous senti lors de votre participation à cette étude ?

2.3 Construction et déroulement de l'étude

Il s'agit d'une étude transversale, descriptive, quantitative, en ouvert, monocentrée, sans groupe contrôle, construite avec l'aide de la DRCI (Direction de la Recherche Clinique et de l'Innovation) du CHU de Caen.

Pour évaluer les connaissances acquises et conservées par les patients, nous avons imaginé une échelle d'évaluation des connaissances concernant les thématiques abordées dans l'atelier Insight, permettant de réaliser des entretiens semi structurés (Lilly, 2007).

Cette échelle (présentée ci-dessous) aborde 10 thématiques, avec pour chaque thématique une cotation de 1 à 5, 1 étant le minimum et 5 le maximum.

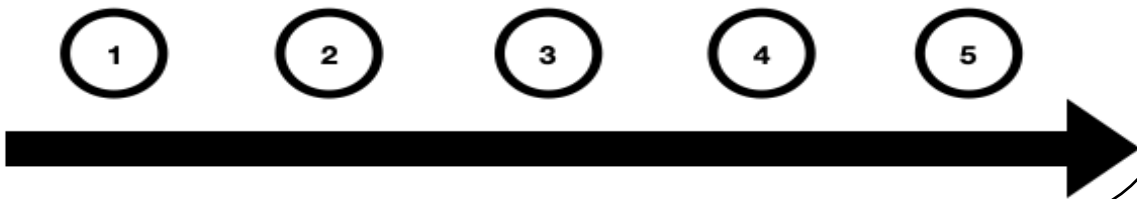
Échelle d'évaluation post atelier Insight

A) La conscience de la maladie mentale :

Question à poser : Comment définiriez-vous la maladie mentale et connaissez-vous des gens qui en souffrent ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Définition partielle et attribution à d'autres personnes.
- 3 - Définition partielle et attribution à soi sans adhésion (« on me dit que »).
- 4 - Définition partielle et attribution à soi avec adhésion partielle (« j'aurai »).
- 5 - Définition complète et attribution à soi partielle / Définition partielle et attribution à soi complète (« j'ai »).

Définition attendue : Une maladie mentale perturbe la pensée, les sentiments ou le comportement d'une personne. Elle peut rendre difficile l'intégration sociale et le déroulement des tâches quotidiennes. Elle peut entraîner une souffrance. Les maladies mentales sont la résultante de multiples facteurs. Avec des soins et des traitements appropriés, beaucoup de patients peuvent obtenir un rétablissement.



B) La conscience de la schizophrénie :

Question à poser : Comment définiriez-vous la schizophrénie et connaissez-vous des gens qui en souffrent ?

- 1 - Aucune réponse
- 2 - Définition partielle et attribution à d'autres personnes.
- 3 - Définition partielle et attribution à soi sans adhésion (« on me dit que »).
- 4 - Définition partielle et attribution à soi avec adhésion partielle (« j'aurai »).
- 5 - Définition complète et attribution à soi partielle / Définition partielle et attribution à soi complète (« j'ai »).

Définition attendue : C'est une maladie mentale qui touche environ 1 personne sur 100. C'est une maladie chronique et invalidante. La schizophrénie peut toucher tout le monde. La schizophrénie a des causes multiples. Les symptômes de la maladie sont nombreux et variables d'une personne à l'autre.



C) La conscience des symptômes positifs :

Question à poser : Comment définiriez-vous les symptômes positifs et avez-vous un exemple ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Réponse décrivant une autre catégorie de symptômes.
- 3 - Réponse partielle sans exemple (une seule catégorie sur les deux).
- 4 - Réponse partielle avec exemple (une seule catégorie sur les deux).
- 5 - Réponse complète avec exemple (les deux catégories).

Définition attendue : Ce sont des sensations ressenties « en plus » mais qui n'existent pas.

Deux catégories :

- Les hallucinations (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives, gustatives).
- Les idées délirantes (« avoir l'impression »).

Ces symptômes peuvent varier dans le temps et être améliorés par la bonne prise d'un traitement.



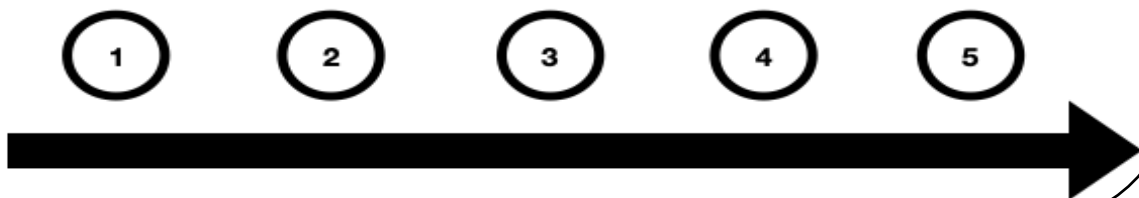
D) La conscience des symptômes négatifs :

Question à poser : Comment définiriez-vous les symptômes négatifs et avez-vous un exemple ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Réponse décrivant une autre catégorie de symptômes.
- 3 - Réponse partielle sans exemple (1 ou 2 domaines).
- 4 - Réponse partielle avec exemple (1 ou 2 domaines) / réponse complète sans exemple (3 domaines ou plus).
- 5 - Réponse complète avec exemple (3 domaines ou plus).

Définition attendue : Ce sont des symptômes qui provoquent une perte d'intérêt pour les gens et les choses qui entourent les patients, avec 5 domaines :

- La perte d'initiative (aboulie).
- Le retrait social (isolement).
- La diminution des émotions exprimées (émoussement affectif).
- La perte du sentiment de plaisir à faire les choses (anhédonie).
- Les difficultés de communication (alogie).



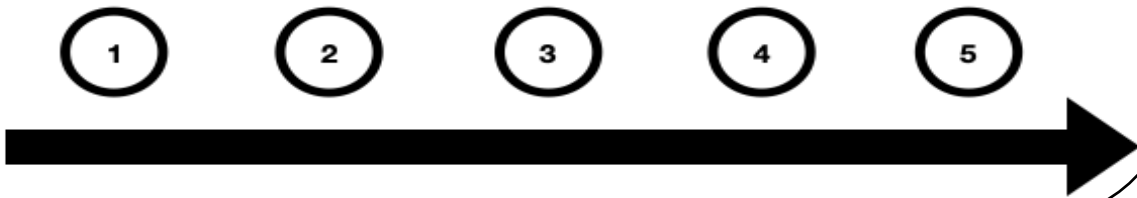
E) La conscience des symptômes de désorganisation psychique :

Question à poser : Comment définiriez-vous la désorganisation psychique, avez-vous un exemple ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Réponse décrivant une autre catégorie de symptômes.
- 3 - Réponse partielle sans exemple (1 ou 2 domaines).
- 4 - Réponse partielle avec exemple (1 ou 2 domaines) / réponse complète sans exemple.
- 5 - Réponse complète avec exemple (3 domaines ou plus).

Définition attendue : Ces symptômes donnent l'impression d'avoir une pensée « floue », de ne pas réussir à réfléchir correctement, et peuvent se traduire par un comportement bizarre ou illogique. Ils peuvent comporter :

- Des troubles de la pensée (être confus, déconcentré).
- Une pauvreté du discours et de la pensée (difficulté à suivre une conversation ou une pensée).
- Un manque de concentration et d'attention (difficulté à suivre un film ou un livre).
- Une difficulté d'abstraction (difficulté pour imaginer les différentes étapes pour la réalisation d'une tâche).



F) La conscience des troubles cognitifs :

Question à poser : Comment définiriez-vous les troubles cognitifs présents dans la schizophrénie et avez-vous un exemple ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Réponse décrivant une autre catégorie de symptômes.
- 3 - Réponse partielle sans exemple (1 domaine).
- 4 - Réponse partielle avec exemple (1 domaine) / réponse complète sans exemple.
- 5 - Réponse complète avec exemple (2 domaines).

Définition attendue : 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.
- La cognition sociale : regroupant le traitement émotionnel, la perception et les connaissances sociales, les biais d'attribution, et la théorie de l'esprit.



G) La conscience des conséquences psychosociales de la maladie :

Question à poser : Pourriez-vous nous expliquer les conséquences psychosociales de la maladie et nous en donner des exemples concrets ?

- 1 - Aucune réponse ou pas d'impact rapporté.
- 2 - Réponse partielle sans exemple et avec attribution erronée (« les médicaments »).
- 3 - Réponse partielle sans exemple, attribution correcte (« les symptômes »).
- 4 - Réponse partielle avec exemple, attribution correcte (« les symptômes »).
- 5 - Réponse complète avec exemple.

Définition attendue : les conséquences psychosociales de la maladie sont :

- Des difficultés à maintenir de bonnes relations familiales ou amicales.
- Des difficultés à maintenir un bon rendement scolaire ou professionnel (ne pas avoir d'emploi).
- Des difficultés pour prendre soin de soi au quotidien.
- Des difficultés pour prendre soin de son logement (le besoin d'une aide-ménagère).
- Des difficultés à gérer son budget (le besoin d'une curatelle ou d'une tutelle).

C'est amélioré par les traitements / le réseau familial et médical / une mesure de protection.



H) La conscience de la nécessité d'un traitement antipsychotique :

Question à poser : Pourriez-vous nous expliquer l'intérêt de la prise d'un traitement antipsychotique, ainsi que les modalités de prise du traitement ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Réponse partielle et sentiment d'une nécessité uniquement chez les autres.
- 3 - Réponse partielle, acceptation du traitement sans compréhension.
- 4 - Réponse partielle, acceptation du traitement avec compréhension partielle.
- 5 - Réponse complète, acceptation du traitement avec compréhension satisfaisante.

Définition attendue : Les antipsychotiques sont le traitement des symptômes de la schizophrénie :

- Ils font diminuer / disparaître les hallucinations et idées délirantes.
- Ils améliorent la concentration et l'attention.
- Ils peuvent permettre une amélioration du dynamisme.
- Ils peuvent permettre une amélioration progressive des relations sociales.
- Ils peuvent permettre une reprise du travail ou des études.
- Ils peuvent permettre un regain d'autonomie.

Le traitement doit être pris de façon régulière suivant les prescriptions, doit être poursuivi après apaisement des symptômes, et ne doit pas être interrompu brutalement.



I) La conscience des effets secondaires des antipsychotiques :

Question à poser : Pourriez-vous nous expliquer les effets secondaires des antipsychotiques et comment faites-vous pour les gérer ?

- 1 - Aucune réponse ou attribution de symptômes de la maladie aux traitements.
- 2 - Réponse partielle et auto gestion avec arrêt / diminution du traitement.
- 3 - Réponse partielle, résilience concernant les effets secondaires.
- 4 - Réponse partielle, discussion avec le psychiatre référent autour des effets indésirables.
- 5 - Réponse complète, discussion avec le psychiatre référent autour des effets indésirables.

Définition attendue : Comme tous les médicaments, les antipsychotiques ont des effets indésirables qui peuvent être multiples et gênants.

Un arrêt brutal du traitement est un facteur de risque de décompensation psychotique.

La discussion avec le psychiatre référent permet souvent en modifiant la posologie ou l'heure d'administration d'améliorer ces effets.

Un changement de médicament peut parfois être nécessaire et doit se discuter avec le psychiatre.

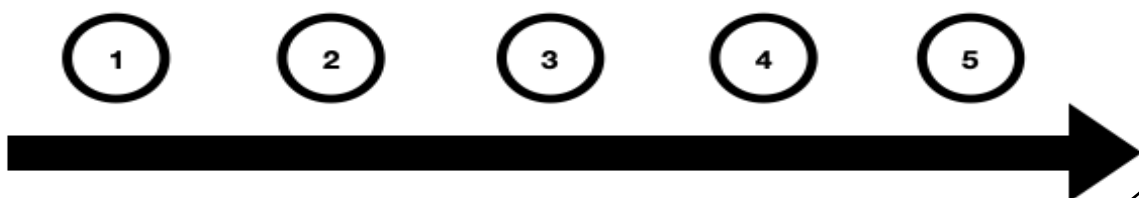


J) La conscience de la nécessité d'autres soins :

Question à poser : Pourriez-vous nous expliquer si selon vous d'autres soins sont nécessaires pour la bonne prise en charge de la schizophrénie ?

- 1 - Aucune réponse.
- 2 - Rapporte uniquement le suivi CAMP en individuel.
- 3 - Parle de la participation à l'atelier d'ETP auquel il a participé.
- 4 - Parle de la participation à l'hôpital de jour.
- 5 - Parle de la réhabilitation psychosociale et / ou de la remédiation cognitive.

Définition attendue : La prise en charge de la schizophrénie et notamment des symptômes négatifs nécessite une multitude de soins non médicamenteux, notamment la réhabilitation psychosociale et la remédiation cognitive.



La population compte 6 groupes, soit 44 patients.

Chaque groupe a été animé par 3 soignants, différents selon les groupes, tous formés à l'animation de l'atelier Insight.

Tous les patients de tous les groupes sont contactés par téléphone, après accord préalable des psychiatres référents.

Pour les patients qui acceptent, ils sont reçus au CAMP d'Hérouville Saint Clair à la suite d'un entretien avec leur psychiatre référent (soins courants), afin de réaliser un entretien semi structuré. Une feuille d'information et de non opposition leur est remise avant de commencer l'évaluation (annexe 1).

Pour les patients ne souhaitant pas ou ne pouvant se déplacer, un entretien téléphonique leur est systématiquement proposé.

Chaque patient est reçu individuellement.

Les entretiens sont tous réalisés par le même professionnel de santé.

Cette étude, conformément à la loi Jardé (Bardin, 2020), a été soumise au Comité Local d'Éthique de la Recherche en Santé (CLERS) et a reçu un avis favorable.

2.4 Analyse des résultats

Les résultats sont présentés de manière descriptive pour répondre aux objectifs donnés.

Dans une deuxième partie, une analyse statistique a été réalisée avec l'aide du Dr Morello pour apporter des informations complémentaires.

Dans cette partie les données sont présentées à l'aide des paramètres classiques avec pour chaque variable la moyenne plus ou moins un écart-type ($m \pm s$) ou l'effectif et son pourcentage, n (%).

L'analyse comparative a fait appel pour les moyennes à l'analyse de variance, méthode robuste, après vérification de l'égalité des variances par le test de Levene. En cas de doute sur la normalité et/ou le non-respect de l'hypothèse d'égalité des variances, la comparaison était vérifiée par le test de Mann-Whitney ou le test de Kruskal-Wallis.

Des courbes de corrélation ont été réalisées et évaluées avec le test du coefficient de corrélation de Spearman (ρ).

Toutes les analyses ont été réalisées en bilatéral au risque α égal à 5% avec le logiciel IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 23.0. Armonk, NY: IBM Corp.

3 – Résultats

3.1 Population étudiée

Groupe	Date de participation	Numéro Patient	Age	Sexe
GP n°1	10/2018	n°1	45	H
		n°2	50	H
		n°3	41	H
		n°4	59	H
		n°5	39	F
		n°6	37	H
		n°7	39	F
GP n°2	12/2018	n°8	38	H
		n°9	35	H
		n°10	46	H
		n°11	23	H
		n°12	44	H
		n°13	40	F
		n°14	41	F
GP n°3	04/2019	n°15	45	F
		n°16	60	H
		n°17	22	H
		n°18	23	H
		n°19	30	H
		n°20	39	F
GP n°4	03/2020	n°21	34	H
		n°22	31	H
		n°23	29	F
		n°24	22	F
		n°25	27	H
		n°26	45	H
		n°27	44	H
		n°28	36	H
		n°29	39	F
GP n°5	11/2020	n°30	37	H
		n°31	31	F
		n°32	42	F
		n°33	26	H
		n°34	44	H
		n°35	25	H
		n°36	27	H
		n°37	39	H
		n°38	22	F
		n°39	19	F
		n°40	46	H
GP n°6	05/2021	n°41	40	H
		n°42	56	H
		n°43	47	F
		n°44	30	F
		n°45	24	H

Tableau 1 : Description de la population étudiée

3.2 Résultats individuels des patients ayant accepté de participer à l'étude

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

- En vert foncé, les notes égales à 5, soit le maximum,
- En vert clair, les notes égales à 4,
- En vert pâle, les notes égales à 3,
- En jaune, les notes égales à 2,
- En rouge, les notes égales à 1, soit le minimum.

De plus, les questions posées lors de l'entretien semi structuré sont représentées par des lettres :

- A : la maladie mentale,
- B : la schizophrénie,
- C : les symptômes positifs,
- D : les symptômes négatifs,
- E : la désorganisation psychique,
- F : les troubles cognitifs,
- G : les conséquences psychosociales de la schizophrénie,
- H : la nécessité du traitement antipsychotique,
- I : les effets secondaires des traitements,
- J : la nécessité d'autres soins.

Groupe n°1 : Atelier Insight en octobre 2018.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°1	45	H	Schizophrénie	20 ans	Autonome	Sans	Licence	Non	3	Neutre	Oui
n°2	50	H	Schizophrénie	11 ans	Autonome	Sans	Licence	Oui	2	Neutre	Non
n°3											
n°4	59	H	Schizophrénie	29 ans	Autonome	Sans	Licence	Non	3	Positif	Oui
n°5	39	F	Schizophrénie	13 ans	En famille	Sans	Master	Oui	3	Neutre	Non
n°6	37	H	Schizophrénie	13 ans	En foyer	Sans	Bac	Oui	3	Positif	Oui
n°7											

Tableau 2 : Caractéristiques des patients du groupe 1 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°1	Présentiel	5	5	4	3	5	4	4	4	4	4	42
n°2	Téléphone	5	5	5	5	4	4	4	5	5	4	46
n°3												
n°4	Présentiel	5	5	4	4	1	3	3	4	5	4	38
n°5	Présentiel	5	5	5	5	4	4	5	5	5	4	47
n°6	Présentiel	5	5	5	4	1	4	5	5	4	4	42
n°7												

Tableau 3 : Résultats des patients du groupe 1

Groupe n°2 : Atelier Insight en décembre 2018.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°8											
n°9											
n°10											
n°11											
n°12	44	H	Schizophrénie	25 ans	Autonome	Ordinaire	Bac	Non	3	Positif	Oui
n°13											
n°14	41	F	Schizophrénie	26 ans	En famille	Sans	Bac	Non	3	Neutre	Non

Tableau 4 : Caractéristiques des patients du groupe 2 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°8												
n°9												
n°10												
n°11												
n°12	Téléphone	5	5	4	3	1	4	4	5	5	4	40
n°13												
n°14	Présentiel	5	5	5	4	2	5	4	5	3	5	43

Tableau 5 : Résultats des patients du groupe 2

Groupe n°3 : Atelier Insight en avril 2019.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°15	45	F	Schizophrénie	30 ans	Autonome	Protégé	Master	Oui	3	Positif	Non
n°16											
n°17	22	H	Sz Dysthym	7 ans	En foyer	Sans	Collège	Oui	3	Positif	Oui
n°18											
n°19	30	H	Sz Dysthym	8 ans	Autonome	Sans	Licence	Non	3	Positif	Oui
n°20											

Tableau 6 : Caractéristiques des patients du groupe 3 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°15	Présentiel	5	5	4	2	1	4	4	4	4	4	37
n°16												
n°17	Présentiel	5	5	5	4	3	4	5	5	5	5	46
n°18												
n°19	Présentiel	5	5	5	4	4	4	5	5	5	4	46
n°20												

Tableau 7 : Résultats des patients du groupe 3

Groupe n°4 : Atelier Insight en mars 2020.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°21	34	H	Schizophrénie	5 ans	Autonome	Sans	CAP	Oui	1	Positif	Oui
n°22											
n°23	29	F	Schizophrénie	7 ans	En famille	Ordinaire	Lycée	Non	3	Neutre	Non
n°24	22	F	Schizophrénie	4 ans	En famille	Sans	Bac	Oui	2	Positif	Non
n°25											
n°26	45	H	Sz Dysthym	22 ans	Autonome	Sans	Bac	Oui	3	Positif	Oui
n°27	44	H	Schizophrénie	4 ans	Autonome	Sans	Bac	Non	2	Positif	Oui
n°28											
n°29											

Tableau 8 : Caractéristiques des patients du groupe 4 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°21	Présentiel	3	4	5	2	3	3	1	3	5	4	33
n°22												
n°23	Présentiel	5	5	4	4	3	4	4	5	5	4	43
n°24	Présentiel	5	5	5	4	2	4	4	5	5	4	43
n°25												
n°26	Présentiel	5	5	5	4	1	4	5	5	5	4	43
n°27	Téléphone	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	49
n°28												
n°29												

Tableau 9 : Résultats des patients du groupe 4

Groupe n°5 : Atelier Insight en novembre 2020.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°30	37	H	Schizophrénie	10 ans	En famille	Sans	CAP	Oui	3	Neutre	Oui
n°31	31	F	Schizophrénie	12 ans	En famille	Ordinaire	Master	Non	1	Neutre	Oui
n°32											
n°33											
n°27	44	H	Schizophrénie	4 ans	Autonome	Sans	Bac	Non	2	Positif	Oui
n°34											
n°35											
n°36	39	H	Schizophrénie	21 ans	En foyer	Sans	Licence	Oui	3	Négatif	Non
n°37											
n°38	19	F	Sz Dysthym	5 ans	En famille	Ordinaire	Lycée	Non	2	Positif	Oui
n°39	46	H	Schizophrénie	21 ans	Autonome	Protégé	Master	Oui	3	Positif	Oui

Tableau 10 : Caractéristiques des patients du groupe 5 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°30	Présentiel	5	5	2	2	4	4	4	3	5	4	38
n°31	Téléphone	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	49
n°32												
n°33												
n°27	Téléphone	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	49
n°34												
n°35												
n°36	Présentiel	5	5	4	2	4	3	4	3	3	4	37
n°37												
n°38	Présentiel	5	5	5	5	4	5	5	5	5	4	48
n°39	Présentiel	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	49

Tableau 11 : Résultats des patients du groupe 5

Groupe n°6 : Atelier Insight en mai 2021.

Patient	Age	Sexe	Diagnostic connu du patient	Durée d'évolution de la maladie	Lieu de vie	Travail	Niveau d'étude	Hdj	Nombre d'ateliers effectués	Vécu atelier Insight	Projection atelier ETP
n°40											
n°41											
n°42											
n°43	30	F	Schizophrénie	12 ans	Autonome	Sans	Bac	Oui	1	Positif	Non
n°44	24	H	Schizophrénie	6 ans	En famille	Sans	Bac	Oui	3	Positif	Oui

Tableau 12 : Caractéristiques des patients du groupe 6 ayant participé à l'étude

Patient	Entretien	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	Total
n°40												
n°41												
n°42												
n°43	Présentiel	5	5	5	5	5	4	4	5	5	4	47
n°44	Présentiel	5	5	5	4	2	4	4	5	4	4	42

Tableau 13 : Résultats des patients du groupe 6

3.3 Données concernant les patients n'ayant pas participé à l'étude

Sur l'ensemble de la population étudiée, 22 patients sur 44 n'ont pas participé à l'étude :

- 7 patients ont refusé, disant qu'ils n'étaient pas intéressés et ne souhaitaient donc pas répondre aux questions,
- 6 patients ont raté leur rendez-vous, et n'ont par la suite ni répondu aux appels, ni répondu aux messages laissés,
- 6 patients n'ont jamais répondu ni aux appels ni aux messages laissés,
- 1 patient a été exclu de l'étude par son psychiatre référent, en raison de la clinique instable,
- 1 patient était hospitalisé pour un problème somatique grave,
- 1 patient était décédé.

3.4 Résultats par objectifs

3.4.a Résultats de l'objectif principal

Pour répondre à l'objectif principal, nous avons rassemblé les résultats des patients selon leur groupe historique, sous forme de moyennes et de notes minimales / maximales.

Groupe	Date de l'atelier	Nombre de patients inclus dans le groupe	Nombre de patients ayant répondu au questionnaire	Moyenne du groupe	Notes minimales / maximales
1	10 / 2018	7	5	43	38 - 47
2	12 / 2018	7	2	41.5	40 - 43
3	04 / 2019	6	3	43	37 - 46
4	03 / 2020	9	4	40.5	33 - 43
5	11 / 2020	11	6	45	37 - 49
6	05 / 2021	5	2	44.5	42 - 47

Tableau 14 : Moyennes et notes minimales / maximales par groupe historique

On relève qu'il n'existe pas d'évolution décroissante ou croissante des moyennes en fonction du temps écoulé depuis la participation à l'atelier Insight. Il n'existe pas non plus d'évolution croissante ou décroissante des notes minimales / maximales.

A noter, le patient 27 ayant participé deux fois à l'atelier Insight, il a été décidé pour ce travail que l'on considérerait qu'il avait reçu deux ateliers d'ETP, et qu'il serait comptabilisé avec le 5^{ème} groupe historique.

De plus, parmi les 22 patients ayant accepté de participer à l'étude, 4 ont souhaité répondre aux questions par téléphone :

- 2 patients ont justifié cela par leur travail,
- 1 patient a justifié cela par une difficulté à se déplacer en lien avec des problèmes de santé,
- 1 patient a justifié cela par une difficulté à se déplacer n'ayant pas de voiture.

Pour limiter un biais d'évaluation, l'impact de la modalité d'entretien sur les résultats des patients a été évalué dans la partie « analyse statistique ».

3.4.b Résultats des objectifs secondaires

Pour répondre au premier objectif secondaire, l'évaluation des domaines de connaissance les moins acquis par les patients nous a conduit à rassembler dans un tableau les résultats des patients selon les items, sous forme de moyennes.

Population	Moy A	Moy B	Moy C	Moy D	Moy E	Moy F	Moy G	Moy H	Moy I	Moy J
Total	4.91	4.95	4.59	3.86	2.95	3.95	4.23	4.59	4.64	4.23
Présentiel	4.88	4.94	4.55	3.50	2.78	3.94	4.17	4.50	4.55	4.16
Téléphone	5.00	5.00	4.75	4.50	3.75	4.00	4.50	5.00	5.00	4.50

Tableau 15 : Moyennes pour chaque item du questionnaire

Pour répondre au deuxième, pour évaluer de l'impact d'une participation à d'autres ateliers d'ETP, nous avons rassemblé les résultats des patients selon le nombre d'ateliers réalisé, sous forme de moyennes et de notes minimales / maximales.

Variable	Nombre de patients	Moyenne	Notes minimales / maximales
1 atelier d'ETP effectué	3	43	33 - 49
2 ateliers d'ETP effectués	4	46.5	43 - 49
3 ateliers d'ETP effectués	15	42.2	37 - 49

Tableau 16 : Moyennes et notes minimales / maximales selon le nombre d'ateliers effectué

Pour répondre au troisième, l'évaluation du vécu subjectif des patients concernant l'atelier Insight a recensé :

- 14 vécus positifs,
- 7 vécus neutres,
- 1 vécu négatif.

Pour répondre au quatrième, l'évaluation de la projection des patients concernant une réinclusion à un atelier d'ETP a recensé :

- 14 patients qui accepteraient,
- 8 qui refuseraient, avec pour raison commune de considérer avoir déjà passé suffisamment de temps dans les services hospitaliers.

Pour répondre au cinquième, voici les réponses de ce que les patients souhaiteraient voir changer dans les soins :

- 13 patients souhaiteraient plus d'attention et d'écoute dans les soins,
- 8 patients souhaiteraient plus d'activités lors des hospitalisations,
- 7 patients souhaiteraient des progrès concernant les traitements antipsychotiques,
- 5 patients souhaiteraient davantage une favorisation à la reprise du travail,
- 4 patients souhaiteraient davantage de structures d'accueil (HDJ / Méli-Mélo),
- 4 patients souhaiteraient une diminution de la stigmatisation de la schizophrénie,
- 4 patients souhaiteraient une amélioration des liens entre hôpital et famille de patient,
- 3 patients souhaiteraient une augmentation de l'offre de psychothérapie individuelle,
- 3 patients souhaiteraient une amélioration du respect de la dignité en hospitalisation,
- 1 patient souhaiterait que les mineurs ne soient pas hospitalisés avec les majeurs,
- 1 patient souhaiterait une augmentation de la prévention auprès de la population.

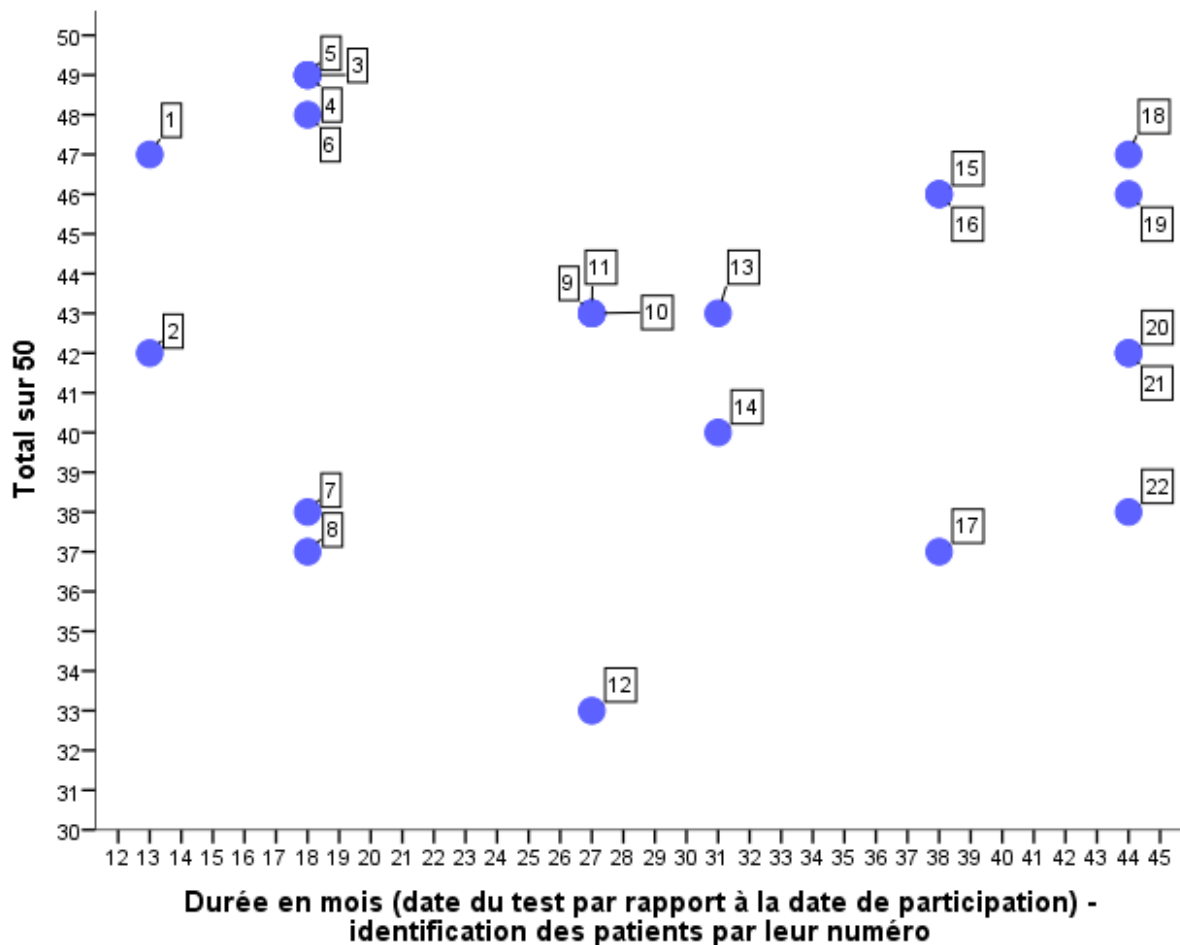
Pour répondre au sixième, l'évaluation du vécu subjectif des patients concernant cette étude a permis de mettre en évidence :

- Un vécu positif chez 21 patients des 22 interrogés,
- Un vécu négatif chez un seul patient, rapportant un sentiment d'intrusion dans sa vie privée.

3.5 Analyse statistique

Comme mentionné précédemment, une analyse statistique a été réalisée dans un second temps, et est présentée ci-dessous.

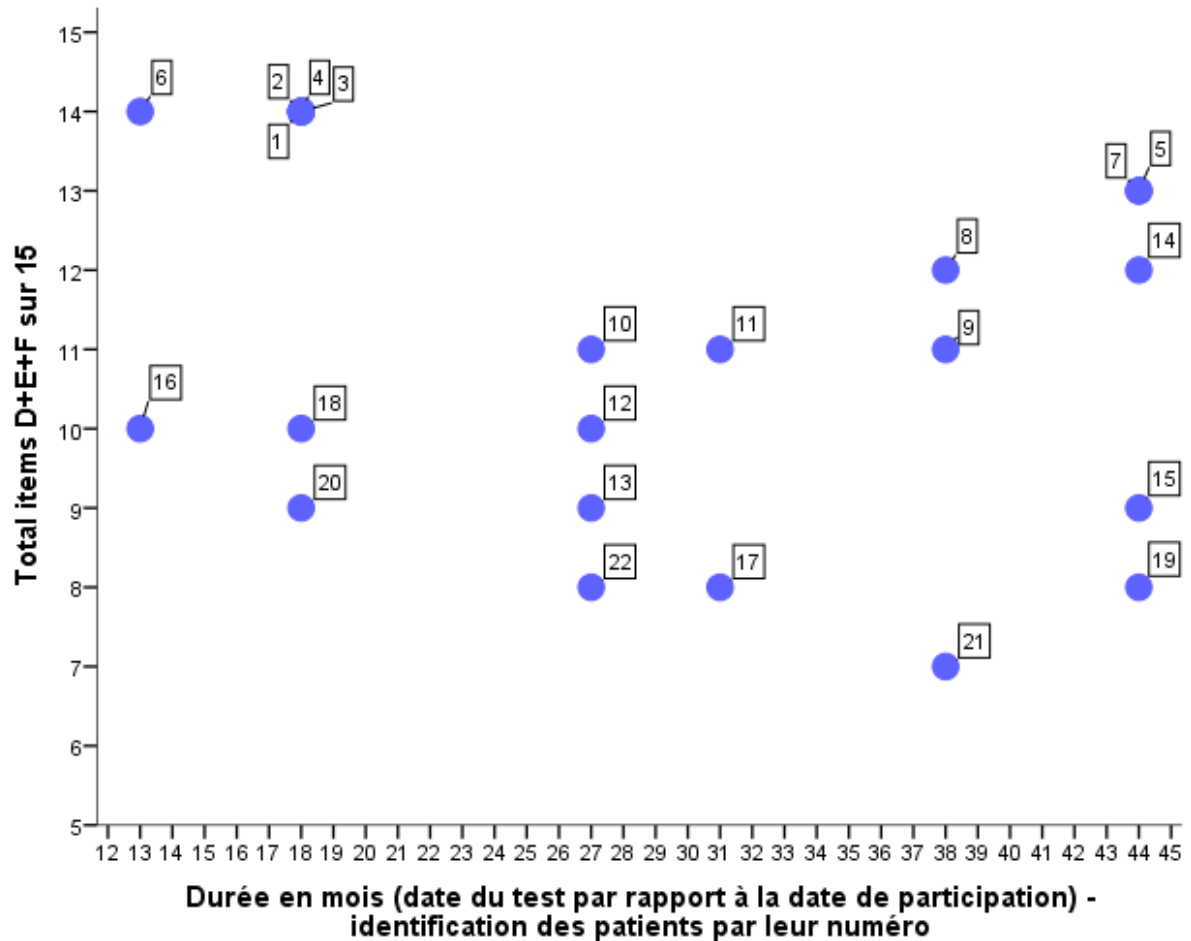
L'analyse des scores totaux ne montre pas de signe significatif d'une perte des connaissances en fonction du temps écoulé depuis la participation à l'atelier Insight.



Coefficient de corrélation de Spearman : $\rho = -0,224$ $p = 0,317$; non significatif

Graphique 1 : Analyse de variance entre le score total individuel sur 50 et de la durée en mois depuis la participation à l'atelier Insight

L'analyse des résultats aux items les moins intégrés (D, E, F) ne montre pas de signe significatif d'une perte des connaissances en fonction du temps écoulé depuis la participation à l'atelier Insight.



Coefficient de corrélation de Spearman : $\rho = -0,298$ $p = 0,178$; non significatif

Graphique 2 : Analyse de variance entre les résultats aux items D, E, F, sur 15 et de la durée en mois depuis la participation à l'atelier Insight

Si on s'intéresse à l'analyse de variance concernant le maintien des connaissances, par rapport aux scores totaux et aux résultats aux 3 items les moins intégrés, il n'existe pas de signe significatif d'une influence :

- De l'âge (tableau 17),
- Du sexe (tableau 18),
- Du diagnostic (tableau 19),
- Du lieu de vie (tableau 20),
- De la présence ou de l'absence d'un travail (tableau 21),
- Du niveau d'étude (tableau 22),
- De la participation à de l'HDJ (tableau 23),
- Du nombre d'ateliers d'ETP effectués (tableau 24),
- Du vécu subjectif de l'atelier Insight (tableau 25),
- De la projection future concernant l'ETP (tableau 26),
- De la modalité d'entretien, par téléphone ou en présentiel (tableau 27).

Total sur 50	N	Moyenne d'âge	Ecart type	Minimum	Maximum	p
<41	6	43,00	8,877	34	59	0,240
[41-45]	7	34,71	9,708	22	45	
≥ 46	9	34,56	10,795	19	50	
Total	22	36,91	10,230	19	59	

Tableau 17 : Analyse de variance entre résultats obtenus et âge

Sexe	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	
Total_DEF	masculin	14	10,5000	2,17503	8,00	0,233
	féminin	8	11,7500	2,49285	7,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	
Total_50	masculin	14	42,21	4,710	33	0,236
	féminin	8	44,63	3,926	37	
	Total	22	43,09	4,503	33	

Tableau 18 : Analyse de variance entre résultats obtenus et sexe

Diagnostic	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p
SZ	18	10,8333	2,40710	7,00	14,00	0,615
Total_DEF SZ dysth	4	11,5000	2,08167	9,00	14,00	
Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
SZ	18	42,50	4,719	33	49	0,199
Total_50 SZ dysth	4	45,75	2,062	43	48	
Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 19 : Analyse de variance entre résultats obtenus et diagnostic

Lieu de vie	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p
foyer	3	9,6667	1,15470	9,00	11,00	0,464'
Total_DEF famille	8	11,6250	1,76777	10,00	14,00	
autonome	11	10,8182	2,82199	7,00	14,00	
Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
foyer	3	41,67	4,509	37	46	'0,693
Total_50 famille	8	44,13	3,643	38	49	
autonome	11	42,73	5,255	33	49	
Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 20 : Analyse de variance entre résultats obtenus et lieu de vie

Travail	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p
travail	6	11,3333	3,20416	7,00	14,00	0,650
Total_DEF sans travail	16	10,8125	2,00728	8,00	14,00	
Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
travail	6	44,33	5,125	37	49	0,442
Total_50 sans travail	16	42,63	4,334	33	49	
Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 21 : Analyse de variance entre résultats obtenus et travail

Niveau d'étude	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	≤BAC	13	10,6923	2,13638	8,00	14,00	0,537
	>BAC	9	11,3333	2,64575	7,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	≤BAC	13	42,85	4,298	33	49	0,768
	>BAC	9	43,44	5,028	37	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 22 : Analyse de variance entre résultats obtenus et niveau d'étude

HDJ	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	Non	9	11,5556	2,35112	8,00	14,00	0,324
	Oui	13	10,5385	2,29548	7,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	Non	9	44,22	3,993	38	49	0,339
	Oui	13	42,31	4,820	33	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 23 : Analyse de variance entre résultats obtenus et participation à de l'HDJ

Nb d'ateliers	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	1	3	12,0000	3,46410	8,00	14,00	0,112
	2	4	12,7500	1,89297	10,00	14,00	
	3	15	10,2667	1,98086	7,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	1	3	43,00	8,718	33	49	0,246
	2	4	46,50	2,646	43	49	
	3	15	42,20	3,726	37	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 24 : Analyse de variance entre résultats obtenus et nombre d'ateliers effectué

Vécu insight	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	Négatif	8	11,6250	1,68502	9,00	14,00	0,317
	Positif / N	14	10,5714	2,59331	7,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	Négatif	8	43,13	4,190	37	49	0,979
	Positif / N	14	43,07	4,827	33	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 25 : Analyse de variance entre résultats obtenus et vécu atelier Insight

Projection	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	Non	8	11,0000	2,32993	7,00	14,00	0,947
	Oui	14	10,9286	2,40078	8,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	Non	8	42,88	4,016	37	47	0,870
	Oui	14	43,21	4,902	33	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

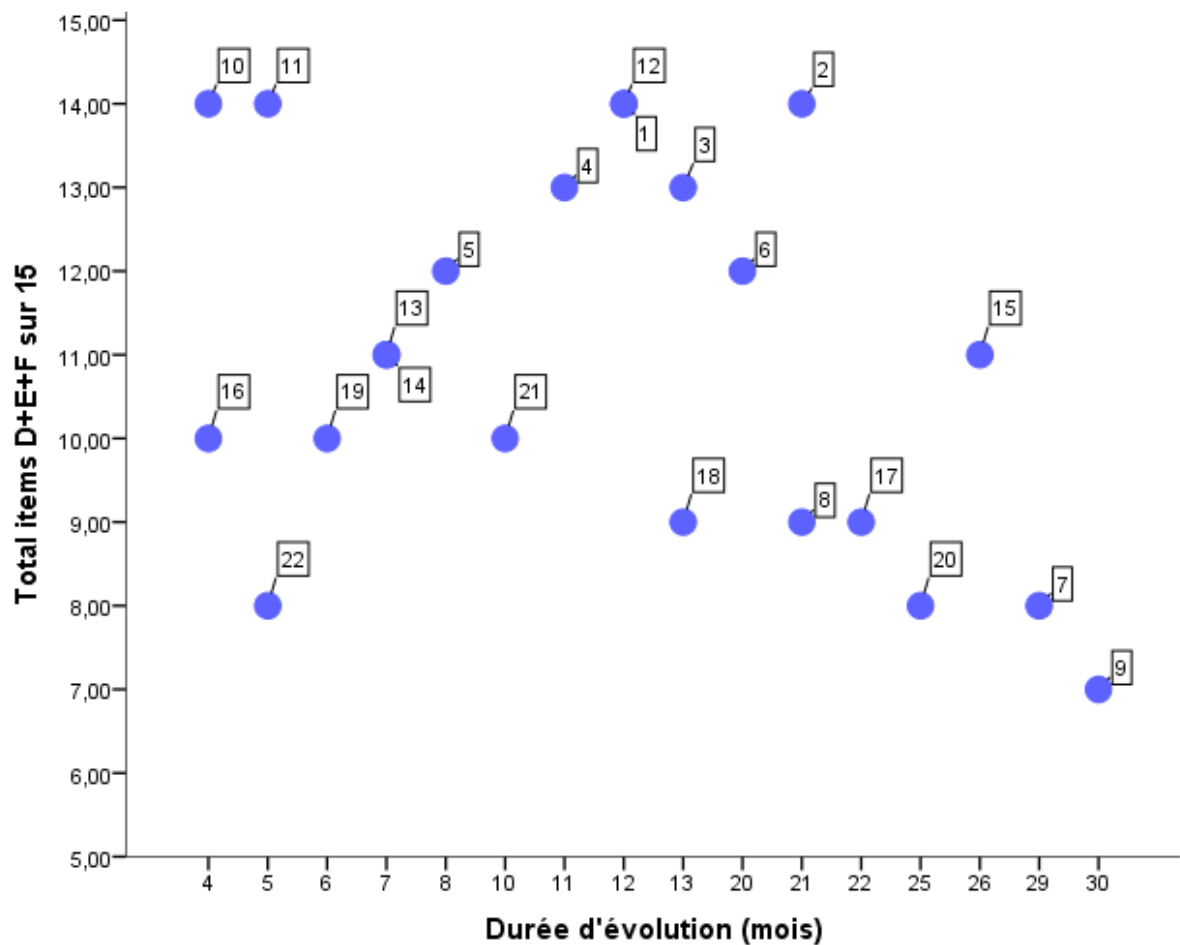
Tableau 26 : Analyse de variance entre résultats obtenus et projection ETP

Modalité	N	Moyenne	Ecart type	Minimum	Maximum	p	
Total_DEF	Présentiel	18	10,6667	2,16930	7,00	14,00	0,225
	Téléphone	4	12,2500	2,87228	8,00	14,00	
	Total	22	10,9545	2,31922	7,00	14,00	
Total_50	Présentiel	18	42,44	4,409	33	49	0,158
	Téléphone	4	46,00	4,243	40	49	
	Total	22	43,09	4,503	33	49	

Tableau 27 : Analyse de variance entre résultats obtenus et modalité d'entretien

Il n'existe pas de signe significatif d'une influence de la durée d'évolution de la maladie sur les scores totaux.

En revanche, si on regarde l'analyse de variance entre résultats obtenus aux items D, E, F et durée d'évolution de la maladie (graphique 3), on remarque une diminution significative des connaissances concernant les items D, E et F chez les patients avec les plus longues durées d'évolution de la maladie.



Coefficient de corrélation de Spearman : $\rho = -0,369$ $p = 0,091$; tendance significative

Graphique 3 : Analyse de variance entre résultats obtenus aux items D, E, F et durée d'évolution de la maladie

4 – Discussion

4.1 La population

La population d'étude était composée de 44 patients.

Seulement 22 patients ont accepté de participer à l'étude, répartis dans les 6 groupes, la représentativité des résultats obtenus est donc à considérer avec cette limite importante.

4.1.a Les patients inclus

Pour les 22 patients qui ont accepté de participer à cette étude, nous allons détailler leurs caractéristiques dans la partie suivante.

Concernant l'âge des patients, ils ont entre 19 et 59 ans. La schizophrénie est une maladie chronique débutant chez le jeune adulte, notre population semble donc représentative (Tournier, 2019).

Par contre il n'existe pas dans notre population de patients âgés de 60 ans ou plus, or l'espérance de vie moyenne d'un patient psychotique est de 64,7 ans et donc une partie de la population souffrant de schizophrénie est non représentée (Hjorthøj et al, 2017).

Concernant le sexe, notre population est composée de 14 hommes et de 8 femmes. Dans la population générale, la population souffrant de schizophrénie est composée d'environ 2/3 d'hommes et 1/3 de femmes (HAS, 2007-a).

Concernant le diagnostic, 18 patients ont déclaré une schizophrénie et 4 patients ont déclaré une schizophrénie dysthymique, ce qui semble représentatif des proportions dans la population générale. On considère actuellement que la prévalence de la schizophrénie dysthymique est plus faible que la prévalence de la schizophrénie (Étain, 2019).

Concernant les durées d'évolution de la maladie, elles sont comprises entre 4 et 30 ans, permettant une évaluation sur des périodes d'évolution très variées. Aucune étude n'a été trouvée concernant une période de la vie et de la maladie où l'ETP serait inefficace. La HAS recommande de proposer des modules d'ETP à tous les patients souffrant de schizophrénie, si

possible de manière précoce (HAS, 2007-a). Les interventions d'ETP précoces ont prouvé leur efficacité dans la diminution des rechutes psychotiques (McDonagh et al, 2017).

Concernant le mode de vie :

- 11 patients vivent dans des logements autonomes, 8 en famille et 3 en foyer,
- 16 patients sont sans emploi, 4 travaillent dans le milieu ordinaire et 2 dans le milieu protégé,
- 9 patients ont fait des études supérieures, 8 ont eu le bac, 5 ont arrêté avant le bac,
- 13 patients participent à de l'HDJ.

Cette population est donc constituée d'un panel très varié de patients, en cohérence avec la population touchée par des troubles schizophréniques et rencontrée dans les soins au centre Esquirol.

4.1.b Les patients non inclus

Concernant les 22 patients non inclus, trois causes sont ressorties de manière majoritaire :

- Le refus ferme des patients, disant n'être pas intéressés pour participer,
- La non présentation au rendez-vous programmé par téléphone,
- L'absence de réponse des patients malgré des messages laissés sur leur répondeur.

Les causes exactes de ce fort taux de non inclusion à cette étude n'est pas évalué dans ce travail, laissant émettre trois hypothèses :

- Soit une crainte pour certains patients de dire qu'ils ne se rappellent plus de l'atelier ou de certains items,
- Soit des éléments en lien avec la schizophrénie et ses symptômes,
- Soit des éléments autres (mode de vie, contrainte personnelle, personnalité).

En revanche, la temporalité courte entre l'acceptation par les psychiatres référents de l'inclusion de leurs patients à cette étude, et le contact téléphonique de ma part, peut représenter une cause forte de cet absentéisme.

On peut penser qu'une introduction de cette étude par les psychiatres référents lors des entretiens usuels aurait permis d'améliorer le taux d'acceptation libre.

4.2 Discussion par objectifs

4.2.a Objectif principal

L'observation des moyennes de chaque groupe historique ne permet pas d'objectiver une décroissance progressive des connaissances en fonction du temps écoulé depuis la participation à l'atelier Insight (tableau 14).

L'observation des notes minimales / maximales ne permet pas non plus d'objectiver une décroissance progressive des connaissances (tableau 14).

Ces résultats peuvent être influencés de par le manque de la moitié des patients, susceptibles de regrouper des caractéristiques communes.

Ce que l'on remarque si on s'intéresse aux résultats individuels dans les différents groupes (tableau 2 à 13), c'est que les patients avec les meilleurs résultats (> 45 sur 50), au nombre de 9, sont présents dans tous les groupes à l'exception du groupe 2 et 4.

De même, les patients avec les moins bons résultats (< 41 sur 50), au nombre de 6, sont présents dans tous les groupes à l'exception du groupe 6.

Ces résultats pourraient être influencés par le fort taux de non-participation dans la population étudiée, qui engendre un nombre de patients inclus dans chaque groupe historique très réduit (entre 2 et 6 patients par groupe historique).

Cette étude ne permet pas de mettre en évidence que le temps ait un impact sur le maintien des connaissances suite à la participation à l'atelier Insight. En revanche, elle suggère qu'il existe des facteurs qui vont permettre à certains patients de maintenir de bonnes connaissances dans le temps.

4.2.b Objectifs secondaires

Concernant le premier objectif secondaire, l'évaluation des domaines de connaissance par item a permis de repérer les domaines bien intégrés par les patients, et les domaines avec de moins bons résultats (tableau 16).

Les items avec les moyennes les plus hautes sont :

- La définition de la schizophrénie (B),
- La définition de la maladie mentale (A),
- Les effets indésirables des traitements neuroleptiques (I),
- La nécessité des traitements dans la schizophrénie (H),
- La définition des symptômes positifs (C).

Les items avec les moyennes les plus basses sont :

- La définition de la désorganisation psychique (E),
- La définition des symptômes négatifs (D),
- La définition des troubles cognitifs (F).

On remarque que les items avec les moyennes les plus basses correspondent aux symptômes les plus difficiles à définir et à résumer, y compris pour le corps médical. On peut supposer qu'un travail de réflexion autour des items les moins restitués par les patients malgré leur participation à l'atelier Insight, pourrait permettre une amélioration de l'atelier.

Une piste intéressante à creuser serait de faire participer à cette réflexion les patients qui ont eu de bonnes réponses à ces items.

Les pratiques de soutien et d'accompagnement proposées par des personnes touchées par un trouble psychique sévère dont elle se sont rétablies, à d'autres personnes qui en souffrent, ont montré leur efficacité et son regroupées dans le concept de la pair-aidance. Cette pratique s'appuie avant tout sur le savoir expérientiel et a montré un bénéfice pour les patients souffrant de troubles psychotiques dans différents domaines (Cervello, 2020) (Franck, 2022) (Johnson & al, 2018) :

- L'amélioration des paramètres psychosociaux,
- L'amélioration de la qualité perçue des services proposés,
- La promotion du rétablissement,
- La réduction du taux de réadmission en unité de soins aigus psychiatriques.

Elle peut se pratiquer à différents niveaux : informelle, bénévole ou professionnelle.

Le développement de la pair-aidance professionnelle en France est récente mais en pleine essor, et son déploiement en basse Normandie se poursuit.

Concernant le deuxième, la comparaison des résultats des patients ayant participé à d'autres ateliers d'ETP aux résultats des patients ayant uniquement participé à l'atelier Insight (tableau 17) n'a pas permis de mettre en évidence une supériorité de la psychoéducation multiple.

Un biais d'évaluation peut en être responsable, en effet la différence d'effectif présent dans chaque groupe rend la comparaison des moyennes peu fiable.

Ce que l'on remarque dans ce tableau, c'est que 68% des patients inclus ont participé aux 3 ateliers d'ETP proposés au centre Esquirol. On peut en déduire que l'ETP au centre Esquirol pour les patients souffrant de trouble schizophrénique est proposée fréquemment et bien intégrée au travail de secteur, en accord avec les recommandations de la HAS (HAS, 2014).

Concernant le troisième, les résultats sont encourageants car 1 seul patient sur 22 a rapporté un vécu négatif concernant l'atelier Insight.

Le recueil du vécu subjectif des patients souffrant de schizophrénie a souvent été pris en compte de façon partielle dans l'étude de la maladie. Ce recueil subjectif est une force car l'appréhension des dimensions subjectives est essentielle pour construire des prises en charge plus adaptées et efficaces (Llorca, 2013).

En revanche, les patients avec un vécu positif ou neutre de l'atelier Insight sont potentiellement plus enclins à avoir accepté de participer à l'étude, représentant un biais de sélection pouvant influencer les résultats présentés.

De plus, le recueil par une question ouverte du vécu subjectif peut limiter les réponses négatives.

Concernant le quatrième, les résultats sont prometteurs car 64% des patients interrogés rapportent un souhait de réinclusion à un atelier d'ETP.

Il existe ici deux biais pouvant influencer cette majorité de réponses positives :

- Un biais de sélection de par l'inclusion de patients volontaires pour participer à une étude portant sur l'éducation thérapeutique du patient,
- Une question ouverte en présentiel qui pourrait limiter les refus de réinclusion des patients.

En parallèle, 36% des patients ne souhaitaient pas de réinclusion à un programme d'ETP, expliquant avoir passé assez de temps dans le milieu hospitalier, et préférant utiliser leur temps dans la sphère sociale, familiale ou professionnelle.

On peut entendre en arrière-plan une volonté de déstigmatisation et de ne pas être considéré uniquement par le prisme de la maladie. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) classe la

stigmatisation des patients souffrant de schizophrénie comme « l'obstacle le plus important à surmonter dans la communauté », et souhaite faire de la lutte contre la stigmatisation « le fondement de la psychiatrie moderne » (Giordana, 2019).

Prendre en compte les souhaits des patients concernant une non réinclusion à un module d'ETP, quel que soit les notes obtenues, est une démarche en faveur d'une prise en charge tendant vers le concept de rétablissement (Deegan, 2001), avec respect de la caractéristique de l'autodétermination (SAMHSA, 2012).

Concernant le cinquième, le questionnement des patients concernant les choses qu'ils souhaiteraient voir évoluer dans les soins a permis de montrer qu'ils avaient de nombreuses idées. Certaines sont revenues plus fréquemment, notamment :

- Une amélioration de l'attention et de l'écoute,
- Une augmentation des activités proposées lors des hospitalisations,
- Des progrès concernant les traitements antipsychotiques.

Lors des entretiens, cette question a particulièrement animé les patients, laissant supposer qu'ils souhaiteraient avoir une implication plus grande dans l'évolution du système de soin, compatible avec certaines notions de la psychothérapie institutionnelle.

Ce courant de pensée, fondé par le Docteur Tosquelles pendant la seconde guerre mondiale, cherche à humaniser les lieux de soin, afin de permettre une amélioration de la relation soignant / soigné et une amélioration de la qualité de soin (Delion, 2017). En raison de l'extrême sensibilité du patient souffrant de schizophrénie à l'ambiance, le déploiement du transfert schizophrénique sur la scène de la vie quotidienne de l'institution, permettant d'accéder à un rétablissement progressif, nécessite d'inventer des outils de soin spécifiques comme les médiations thérapeutiques et des structures d'accueil tel que le « Méli-Mélo » (Crété, 2019).

Concernant le progrès dans les traitements antipsychotiques, suite à la découverte de la Chlorpromazine en 1952 par Jean Delay et Pierre Deniker (Garrabé, 1992), de nombreuses molécules ont vu le jour, mais seuls les antagonistes et les agonistes partiels des récepteurs dopaminergiques D2/D3 ont montré des effets convaincants dans le traitement des troubles schizophréniques.

La recherche concernant les traitements de la schizophrénie rencontre trois obstacles majeurs (Guillin, 2020) :

- L'absence de modèle physiopathologique du trouble,
- L'incapacité à étudier séparément les effets des molécules sur les différentes dimensions cliniques d'un trouble psychotique tant leurs interdépendances sont fortes,

- La notion qu'il s'agirait d'une maladie unique malgré l'hétérogénéité des réalités cliniques ainsi regroupées.

L'identification en cours des facteurs génétiques et environnementaux pourrait contribuer à des avancées dans les prochaines années.

Concernant le sixième, 21 patients sur 22 ont rapporté un vécu positif de leur participation à cette étude.

Pour ce résultat, il faut considérer un biais de sélection. Les patients qui ont accepté spontanément de participer à cette étude ont probablement un vécu plus positif des soins, et potentiellement une meilleure alliance avec le personnel médical.

De plus, une question ouverte a potentiellement limité des réponses négatives.

Un patient sur 22 a rapporté un vécu négatif, ressentant une intrusion dans sa vie privée. Les symptômes n'étant pas évalués, il n'est pas possible de préciser si ce vécu est en lien avec la maladie et les symptômes.

Un questionnaire à remplir à posteriori aurait permis d'obtenir des réponses avec une meilleure fiabilité concernant le troisième, le quatrième et le sixième objectif secondaire.

4.3 Apport de l'analyse statistique

On peut déduire de cette analyse statistique qu'il existe dans notre population des bons et des mauvais répondeurs à l'atelier Insight, sans lien significatif avec le temps, et qui seraient identifiables rapidement après participation à l'atelier.

Cette identification rapide après la participation des patients pourrait permettre pour les mauvais répondeurs une vigilance accrue, une adaptation des soins et potentiellement une intensification de l'offre d'ETP.

La seule variable descriptive relevée dans cette étude qui montre une influence statistiquement significative concernant le maintien des connaissances (Items D, E, F) dans le temps est la durée d'évolution de la maladie.

Or les patients avec une longue durée d'évolution de la maladie peuvent être particulièrement touchés par les symptômes négatifs (Klaus & al, 2018), la désorganisation psychique (Millet & Vanelle, 2019) et les troubles cognitifs (HAS, 2018).

Prendre en compte la durée d'évolution de la maladie lors de la prise en charge des patients souffrant de troubles schizophréniques pourrait être utile, afin de modifier notre approche et améliorer la qualité de soins proposée à nos patients.

Les autres variables descriptives relevées et analysées n'ont pas montré d'impact significatif sur le maintien des connaissances. Ces résultats pourraient être influencés par le faible effectif inclus à cette étude.

Sur cette base, il pourrait être pertinent de relever et d'analyser chez nos patients les facteurs connus pour influencer l'évolution de la schizophrénie (facteurs stressseurs et facteurs de protection) afin d'identifier s'ils interviennent dans le maintien au long cours des connaissances acquises lors d'un atelier d'ETP.

Les facteurs de protection regroupent (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.

Les facteurs stressseurs regroupent (Brazo, 2015) :

- 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 interactions sociales avec des personnes présentant une forte intensité d'émotion exprimée.

4.4 Limites

De par sa construction, cette étude présente de nombreuses limites, qu'il faut considérer pour l'interprétation des résultats, listées ci-dessous :

- L'absence de références existantes exploitables concernant les connaissances des patients avant et après la participation à l'atelier Insight,
- La présence de questions ouvertes portant sur le vécu subjectif et posées en entretien, pouvant limiter l'authenticité des propos tenus,
- La non évaluation des symptômes présents lors de la participation à l'atelier,
- La non évaluation des symptômes présents lors de la participation à l'étude,
- La non évaluation des troubles cognitifs présents lors de la participation à l'atelier,
- La non évaluation des troubles cognitifs présents lors de la participation à l'étude,
- La non prise en compte des traitements médicamenteux prescrits pendant la participation à l'atelier,
- La non évaluation des facteurs stressseurs et des facteurs de protection depuis la participation à l'atelier,
- La non prise en compte du nombre de séances manquées par certains patients,
- La non prise en compte de la présence d'une pathologie résistante,
- L'absence de patients souffrant de schizophrénie et âgés de plus de 60 ans,
- La présence d'un patient inclus ayant participé deux fois à l'atelier Insight (n°27),
- Des résultats reposant sur la moitié de la population d'étude,
- Des résultats collectés sur la base d'une participation volontaire, créant un biais de sélection.

4.5 Interprétation des résultats

L'ETP comporte trois dimensions (Brazo, 2017) :

- 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 ».

Dans chaque dimension, elle fait intervenir les mémoires.

De par la chronicité de la schizophrénie, les soins apportés aux patients s'étalent sur des dizaines d'années, la question de la temporalité est donc centrale.

Dans la population générale, il existe une déperdition physiologique des connaissances avec le temps, nécessaire au bon fonctionnement du cerveau, c'est le concept de l'oubli.

Il existe plusieurs théories pour expliquer l'oubli (Mansuy, 2005) :

- La théorie du déclin naturel : une perte d'informations résultant de la rareté ou de l'absence de rappel, plus généralement du manque d'exercice mental,
- L'inaccessibilité ou le rejet : une inaccessibilité momentanée d'informations provoquée par une déficience temporaire du rappel,
- L'interférence : un phénomène de collision entre les mécanismes initiaux d'acquisition et de formation de souvenirs, et ceux de consolidation d'informations récemment acquises ou en cours d'acquisition,
- Le défaut de reconsolidation : une altération des processus de reconsolidation normalement enclenchés après évocation d'un souvenir.

Dans la schizophrénie, nous savons qu'il existe chez 80% de nos patients des troubles cognitifs (Franck, 2019). Ces troubles cognitifs sont présents dès la phase prodromique et perdurent lors des phases de stabilité (Medalia & Choi, 2009).

Ils concernent deux champs :

- 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).

Dans la clinique quotidienne, les troubles cognitifs rencontrés chez les patients sont hétérogènes et variables. Ils vont impacter le pronostic fonctionnel, et nécessitent des interventions précoces (Bacon & al, 2022).

Pour tenter de limiter ces troubles cognitifs, il a été développé depuis environ 30 ans une pratique de remédiation cognitive définie comme un entraînement comportemental visant les processus cognitifs avec un objectif de durabilité et de généralisation (Wykes & al, 2011).

La remédiation cognitive comporte 3 approches (Bacon & Triguel, 2022) :

- Restauratrice : vise à améliorer les fonctions cognitives déficitaires vers un retour à leur état de fonctionnement antérieur à leur déclin,
- Compensatrice : par apprentissage de stratégies, cherche à développer les fonctions cognitives préservées pour pallier les déficits,
- Palliative : par adaptation de l'environnement, repose sur le principe de modifier l'environnement, de le réorganiser, afin de réduire la charge cognitive.

En raison de l'impact du temps sur la déperdition physiologique des connaissances, et des troubles cognitifs connus dans la schizophrénie, nous aurions pu nous attendre à ce que les scores obtenus par les patients ayant fait l'atelier Insight récemment soient supérieurs aux scores des patients ayant participé à l'atelier il y a plusieurs années.

Les résultats collectés, en prenant en compte les nombreuses limites et les nombreux biais détaillés ci-dessus, ne montrent ni dans la partie descriptive ni dans la partie statistique d'arguments pour valider cette hypothèse.

Par contre, ils mettent en lumière que dans chaque groupe historique nous retrouvons des patients avec de bons résultats et des patients avec des résultats plus modestes. Cela est un argument fort pour dire que l'investissement humain et économique dans l'ETP n'a pas que des effets à court terme.

Dans l'hypothèse où il existerait des patients bon répondeurs et des patients mauvais répondeurs à l'atelier Insight, concernant le maintien des connaissances, l'identification après participation pourrait permettre une adaptation des soins, pour favoriser le rétablissement.

Hormis la durée d'évolution de la maladie, les causes d'une mauvaise réponse à l'atelier Insight ne sont pas retrouvées ici, pouvant justifier d'un second travail, prenant en compte les facteurs de protection et les facteurs stressants, afin de tenter d'identifier des variables influençant la réponse des patients à l'ETP.

4.6 Proposition d'un élément d'amélioration à l'atelier Insight

Suite à la participation d'un patient à l'atelier Insight, il pourrait être pertinent d'utiliser l'échelle construite pour ce travail, afin d'évaluer ses connaissances, puis de transmettre sous une forme condensée les résultats de ce patient aux équipes référentes pour les aider à identifier les domaines acquis et les domaines à approfondir. Cette échelle permettrait également d'identifier les bons et les mauvais répondeurs à l'atelier Insight, de manière à adapter les soins.

Voici une vignette clinique concernant la patiente n°24 pour proposer une mise en pratique. Patiente âgée de 24 ans souffrant de schizophrénie depuis 2018. Lors de sa participation à l'atelier Insight en 2020, la patiente présentait des symptômes positifs avec une adhésion partielle et a pu questionner dans les séances les symptômes et les techniques pour limiter les conséquences psychosociales. Elle ne s'est pas présentée à la 6^{ème} séance, sans motif donné (séance portant sur les traitements). Par la suite, son psychiatre référent l'a inclus à un second atelier d'ETP : « Gestion des symptômes ». Cette patiente a accepté de participer à cette étude, permettant de savoir qu'actuellement elle vit avec sa maman, ne travaille pas, possède un niveau Bac et participe de manière hebdomadaire à de l'hôpital de jour au centre Esquirol.

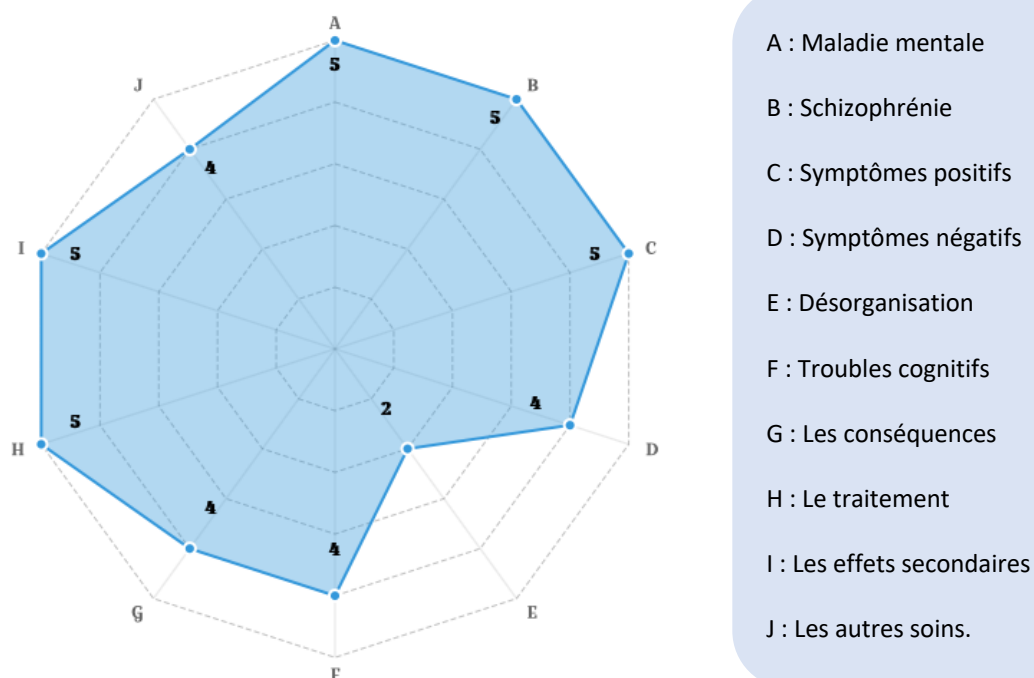


Figure 2 : Diagramme de Kiviat représentant les résultats de la patiente n°24 à l'échelle d'évaluation post atelier Insight

5 – Conclusion

A travers l'analyse descriptive et statistique des données collectées concernant le maintien dans le temps des connaissances acquises par des patients souffrant de schizophrénie / schizophrénie dysthymique et ayant participé à l'atelier Insight au sein du programme ETAPS au centre Esquirol, nous n'avons pas retrouvé d'arguments en faveur d'un impact négatif du temps.

En revanche, l'analyse descriptive montre que :

- Dans chaque groupe historique (entre 2018 et 2021), certains patients ont maintenu de très bonnes connaissances des items abordés lors de cet atelier, tandis que d'autres patients présentaient de moins bonnes connaissances,
- Certains items abordés sont globalement moins intégrés par les patients, et devraient faire l'objet de toute notre attention en tant que psychiatre,
- Le vécu concernant l'atelier Insight est majoritairement positif,
- Le souhait des patients concernant une réinclusion à un atelier d'ETP est majoritairement positif,
- La stigmatisation induite par la maladie ne doit pas être négligée,
- Les patients ont des idées d'amélioration pour la prise en charge de leur maladie, qui semblent adaptées et à recevoir par l'institution.

De plus, l'analyse statistique soulève que :

- Il existerait rapidement après participation de l'atelier des patients bon réponders et des patients mauvais réponders.
- Il serait possible de les identifier rapidement après participation à l'atelier.
- Il n'existerait pas de lien significatif entre les résultats à l'échelle et les variables descriptives hormis pour la durée d'évolution de la maladie.

Ce travail ne permet pas de tirer des conclusions scientifiquement valables car les nombreux biais détaillés ci-dessus impliquent une interprétation des résultats avec une grande vigilance.

Néanmoins, 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 perdurant dans le temps pour certains patients.

L'ARS soutient ces efforts, et met en place des plans de financement pour soutenir les centres supports afin d'améliorer les pratiques à la fois d'éducation thérapeutique et plus largement de réhabilitation psychosociale, insistant sur l'importance des centres de proximité (Piquenot & Brazo, 2022).

Ce travail propose une échelle d'évaluation faite en accord avec le livret d'animation de l'atelier Insight (Lilly, 2007), pouvant être utilisée lors des prochains ateliers Insight afin de compléter l'évaluation des connaissances des patients après participation.

Ces évaluations permettraient de réaliser des diagrammes, rendant les informations claires et aidant les équipes référentes à axer leur prise en charge sur les domaines les moins intégrés.

Ces évaluations permettraient également d'identifier les patients bons et mauvais répondeur afin d'adapter la prise en charge.

Hormis la durée d'évolution de la maladie, cette étude ne permet pas d'objectiver des critères expliquant la bonne ou mauvaise réponse, et ne permet pas non plus de supposer si ces facteurs sont antérieurs à l'atelier, s'ils sont en lien avec l'expression de la maladie lors de la participation à de l'ETP, ou bien s'ils sont en lien avec l'évolution de la maladie depuis la participation du patient à cet atelier.

Il serait intéressant de réaliser une seconde étude, en utilisant les données collectées, en incluant une population plus grande, pour rechercher les facteurs de bon ou de mauvais pronostic concernant le maintien des connaissances par les patients souffrant de schizophrénie après la participation à un atelier d'ETP.

L'identification des facteurs prédictifs d'une bonne ou d'une mauvaise réponse à l'ETP, associée à l'identification individuelle rapide après participation à l'atelier pourrait permettre à terme d'améliorer la qualité des soins proposés.

6 – 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](https://doi.org/10.1016/s0959-4388(00)00202-6)

APA. (2015). DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. *Edition Elsevier Health Sciences France*, 1176 pages

Bacon, C., Triguel, L., Guyudo, L., Durant, M. (2022). Module de remédiation cognitive. *La Réhab en pratique. Intervention à la journée Normande de Réhab, le jeudi 16 juin 2022 - Évreux*

Bacon, C., Triguel, L. (2022). Apport de la remédiation cognitive dans la schizophrénie. *Séminaire schizophrénie, centre Esquirol, Caen*

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

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

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*

Cervello, S. (2020). Bénéfices de la pair-aidance. *EM-Consulte Psychiatrie 2020;36(4):1-6 [Article 37-960-A-45]*

Crété, P. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 59 : Thérapeutique institutionnelle. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 401 à 404)

Darkiewicz, N. (2021). Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS : impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques. *Thèse soutenue le 16 septembre 2021, UFR Caen*

- 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
- Delion, P. (2017). Qu'est-ce que la psychothérapie institutionnelle ? *Edition D'une*, 60 pages
- Étain, B. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 19 : Troubles schizo-affectifs. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 130-134)
- Franck, N. (2022). La réhabilitation psychosociale : enjeux et perspectives. *La Réhab en pratique. Intervention à la journée Normande de Réhab, le jeudi 16 juin 2022 - Évreux*
- Franck, N. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 56 : Remédiation cognitive. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 386 à 390)
- Garrabé, J. (1992). Histoire de la schizophrénie. *Histoire et Médecine, édition Segher* - 329 pages
- Giordana, J. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 5 : La schizophrénie : une maladie stigmatisante ? Sa représentation dans la population générale. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 34 à 38)
- Guillin O. (2020). Les antipsychotiques de la future décennie. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 204(9), 1043–1046. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.10.005>
- HAS. (2007-a). Guide ALD n°23 - Schizophrénies. *Guide Maladies Chroniques*
- HAS. (2007-b). Éducation thérapeutique du patient : Définition, finalités et organisation <https://doi.org/10.1007/s11690-009-0174-4>
- HAS. (2014). Critères de qualité d'une ETP. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1241714/fr/education-therapeutique-du-patient-etp
- HAS. (2018). Parcours de soins des patients présentant un trouble neurocognitif associé à la maladie d'Alzheimer ou à une maladie apparentée. *Chapitre 6, Le parcours de soins*. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-05/fiche_6_situations_diagnostiques_complexes.pdf

Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2017 Apr;4(4):295-301. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30078-0. PMID: 28237639

Johnson, S., Lamb, D., Marston, L., Osborn, D., Mason, O., Henderson, C., Ambler, G., Milton, A., Davidson, M., Christoforou, M., Sullivan, S., Hunter, R., Hindle, D., Paterson, B., Leverton, M., Piotrowski, J., Forsyth, R., Mosse, L., Goater, N., Kelly, K., Lloyd-Evans, B. (2018). Peer-supported self-management for people discharged from a mental health crisis team: a randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 392(10145), 409–418. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31470-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31470-3)

Klaus, F., Dorsaz, O., Kaiser, S. (2018), Symptômes négatifs de la schizophrénie – état des lieux et implications pratiques. *Rev Med Suisse*, 4, no. 619, 1660–1664. <https://doi.org/10.53738/REVMED.2018.14.619.1660>

Lilly. (2007). Guide d’animation du programme psycho-éducatif Insight. 41 pages

Llorca, P. M. (2013). Vécu subjectif du patient sur sa maladie et son traitement. *L'Encéphale Volume 39 supplément 2 September 2013, Pages S99-S104* [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(13\)70103-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(13)70103-9)

Mansuy, I. (2005) L’oubli : théories et mécanismes potentiels. *Revue M/S : Médecine Sciences. Volume 21, numéro 1, janvier 2005, p. 83–88*

McDonagh, M. S., Dana, T., Selph, S., Devine, E. B., Cantor, A., Bougatsos, C., Blazina, I., Grusing, S., Fu, R., Kopelovich, S. L., Monroe-DeVita, M., & Haupt, D. W. (2017). Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. *Agency for Healthcare Research and Quality (US)*

Medalia, A., Choi, J. (2009). Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychology review*, 19(3), 353–364. <https://doi.org/10.1007/s11065-009-9097-y>

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>

Millet, B. & Vanelle, J. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 14 : Formes évolutives des schizophrénies. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 97 à 102)

Montagne, A., Leverrier, F. (2020). Dossier de certification du programme d'ETP ETAPS. *CHU CAEN- ETP Programme ETAPS*

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>

Piquenot, P., Brazo, P. (2022). Perspective du centre support Normandie Rehab. *La Réhab en pratique. Intervention à la journée Normande de Réhab, le jeudi 16 juin 2022 - Évreux*

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

Tournier, M. (2019). Les Schizophrénies sous la direction de Sonia Dollfus, Chapitre 3 : Epidémiologie des troubles schizophréniques et de leur évolution. *Edition Lavoisier Médecine Sciences*. 472 pages (pages 21 à 27)

Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *The American journal of psychiatry*, 168(5), 472–485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>

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>

7 – Annexes

Annexe 1 : Feuille de non opposition



FORMULAIRE D'INFORMATION

Madame, Monsieur

Il vous est proposé de participer à une étude intitulée : « Évaluation du maintien des connaissances chez des patients ayant participé à l'atelier d'ETP Insight, avec utilisation d'un entretien semi structuré », coordonnée par le Dr Darkiewicz.

Le CHU de Caen Normandie est responsable du traitement de données. Pour toutes questions relatives à ce traitement vous pouvez contacter le délégué à la protection des données : dgd@chu-caen.fr.

Cette étude permettra d'améliorer les connaissances biologiques ou médicales (travaux de recherche ayant une mission d'intérêt public : thèse de médecine, de sciences, articles scientifiques académiques).

Ce formulaire a pour but de vous expliquer ce que cette étude implique afin de vous permettre de décider si vous voulez y participer.

Informations Générales

L'objectif de l'étude, à laquelle nous vous proposons de participer, est d'évaluer le maintien dans le temps des connaissances acquises lors de la participation à l'atelier Insight (ETP). Cela pourrait permettre à la fois d'améliorer cet atelier, mais aussi de proposer selon les résultats des séances de rappel à distance de l'atelier.

Déroulement

Les évaluations seront effectuées lors d'un entretien au CAMP d'Hérouville Saint clair par l'intermédiaire d'une échelle semi structurée.

Cette échelle a été construite conformément au livret d'animation de l'atelier Insight.

Participation

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes libre de refuser d'y participer sans encourir aucune responsabilité. Vous avez bien entendu la possibilité de réfléchir avec votre entourage, avant de prendre votre décision ou de refuser sans aucun préjudice pour vous.

Aspects légaux

Ces données seront identifiées par un numéro de code et la première lettre de votre nom et prénom.

Vos données seront conservées par le promoteur, responsable du traitement de données jusqu'à la publication des résultats. Vos données seront ensuite archivées selon la réglementation en vigueur. Celles-ci pourront faire l'objet d'une transmission à un tiers le cas échéant sous réserve de l'engagement du Promoteur via une convention relative au respect de vos données personnelles.

Conformément aux dispositions de la loi n° 2018-493 du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles ainsi que le droit à l'effacement et à l'oubli de vos données. Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Ce traitement automatisé de vos données de santé est conforme au règlement Européen du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données. Vous disposez d'un droit de réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) : 3, place de Fontenoy – TSA 80715 – 75334 PARIS cedex 07 (01.53.73.22.22).

Docteur Darkiewicz

Tel : 02 31 06 58 50