

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2017

2017 TOU3 1573

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Jeanne VICTORIN

Le 18 septembre 2017

**Mise en place d'un groupe de psychoéducation pour patients atteints d'un
trouble schizophrénique au sein du CMP La Grave**

Directeur de thèse : Dr Axel Bourcier

JURY

Monsieur le Professeur J.P Raynaud

Président

Monsieur le Professeur Arbus

Assesseur

Monsieur le Professeur Birmes

Assesseur

Monsieur le Docteur Bourcier

Assesseur

Madame le Docteur Tardy

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2016

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. GARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREGINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

Professeurs Émérites

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTE Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	Professeur Jacques LAGARRIGUE
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOSON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biochimie et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
P.U. Médecine générale		P.U. Médecine générale	
M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale	M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale
		P.A Médecine générale	
		POUTRAIN Jean-Christophe	Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHÉ Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELOLD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L
Pr WOISARD Virginie

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H.	
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. BIETH Eric	Génétique	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
M. CAVAGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	Mme COLLIN Laëtia	Cytologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène	M. CORRE Jil	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DUPUI Philippe	Physiologie	M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. MONTOYA Richard	Physiologie	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme PERQUET Brigitte	Nutrition
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie	Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. VERGEZ François	Hématologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie		
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
		M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
		Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
		Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves
Dr CHICOULAA Bruno
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan

Remerciements

A tous les membres du jury

A monsieur le Professeur Raynaud

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail

Pour votre enseignement tout au long de l'internat, vous m'avez transmis votre passion pour la pédopsychiatrie. J'ai apprécié votre regard clinique, votre disponibilité et le dynamisme que vous insufflez dans l'enseignement et la pratique de la pédopsychiatrie à Toulouse.

Je vous prie de croire en l'assurance de ma sincère gratitude

A monsieur le Professeur Birmes

Je vous remercie de siéger à mon jury.

Pour votre engagement auprès des internes dans leur accompagnement et leur formation.

Je vous prie de croire en l'assurance de mon profond respect

A monsieur le Professeur Arbus

Je vous remercie de siéger à mon jury

Pour votre engagement auprès des internes, votre disponibilité, votre soutien et votre richesse dans l'enseignement.

Soyez assuré de ma sincère considération et gratitude

A monsieur le Docteur Bourcier

Merci Axel pour tout.

Je me souviens de la première fois où je t'ai vu, nous donnant cours, avec tes beaux power point, tu as su nous transmettre toute ta passion pour la psychiatrie.

Merci pour cette belle expérience, de nous avoir fait confiance, de nous avoir soutenu dans nos doutes. Je retiendrai ton sens du détail, du style, ton sens clinique et ton positionnement auprès des patients.

Je te prie de croire en l'expression de ma sincère amitié et gratitude

A madame le Docteur Tardy

Merci Marie pour tout ce que tu m'as transmis pendant ce semestre, pour ton incroyable énergie, ton savoir clinique, ton organisation et ta joie de vivre.

Grace à toi je serai la reine des courriers.

Je te prie de croire en l'expression de ma sincère amitié et gratitude

A Madame la future Docteur Sara Faivre ! (à 19h)

Je me rappelle encore ce moment où tu es venue me parler de mon DU et les choses se sont enchaînées pour former ce beau projet. On n'y croyait pas mais on l'a fait, ça a été un réel plaisir de faire tout ce travail avec toi, je suis heureuse que l'on se soit rencontrées autour de ce projet et qu'en soit née une jolie amitié.

A Sylvie Marc, qui nous a suivi dans ce projet et sans qui rien n'aurait pu aboutir ! Merci pour ta gentillesse, ta disponibilité, ta confiance en nous, ta bonne humeur et ton expérience clinique qui m'a beaucoup accompagné durant ce travail. Et on espère que le groupe prospèrera grâce à toi.

A toutes les équipes qui m'ont formées durant cet internat :

A toute l'équipe du CH Sainte Marie de Bourran, de l'UAMP, de l'USAHC, du CMP de Colomiers et Fronton, du secteur 2 de Marchant, de la PMI des Minimes, pour tous les bons moments passés avec vous, tout ce que vous m'avez appris.

A ma famille, sans qui tout cela n'aurait pas été possible

A mon père Bernard, pour ton soutien dans tout mon parcours professionnel et personnel, à la confiance et à l'amour que tu me portes. Tu m'as accompagné dans ces 10 longues années, depuis la P1 en passant par la lecture de mes résultats de première année, mon inscription un peu compliquée à Saragosse jusqu'à l'impression de ma thèse. Tu as toujours été là pour moi, je ne sais comment te remercier et je me rends compte de la chance immense que j'ai de vous avoir.

A ma mère Brigitte, qui s'est si bien occupée de nous, qui m'a toujours soutenu et aimé, je pense que c'est ton empathie, ta grande sensibilité, ton souhait de toujours tendre la main et aider les gens qui m'ont mené à ce que je suis aujourd'hui.

Je vous aime. Je suis heureuse que vous soyez là pour partager ce moment avec moi.

A mes frères, Paul et Nicolas, que j'aime énormément. Merci pour tes talents d'acteur Nicolas !

A ma grand-mère Josette, merci pour ton amour et tous ces bons moments partagés, mon linge propre, frais, un bon repas et tous tes conseils sur la vie !

A mon grand-père André, j'ai encore les coupures de journaux et les lettres que tu m'envoyais, tu aurais été si fier.

A tout le reste de ma famille que je chérie.

A toi Stéphane, notre histoire a parcouru tant de kilomètres, on a vécu de belles aventures en Indonésie ensemble, tu as toujours cru en nous. Pour ton amour, ta douceur, ton humour, ta gentillesse, tes petites attentions. Parce que pour nous deux cette thèse est plus que l'achèvement de mes études c'est aussi le début de notre nouvelle vie ensemble, enfin ...

A tous mes amis Toulousains qui vont terriblement me manquer !

A la coloc de Rodez, Anne Claire, Ariane et Alexandre, à nos débuts dans cet hiver Aveyronnais, à nos discussions animées sur le chemin de Toulouse.

A mes petits Ch'Tarbais, à Caro, Julie, Jojo, Aline, Pierre, Vincent, Charlotte, Lénore, Baba, Gauthier, Marion ... Pour tous ces moments géniaux qu'on a passés, les repos de garde à la plage, la vie était si dure, on n'oubliera pas Jean Michel Jarre et la belle villa de Layguerote.

Aux pipelettes à Jojo, Wawa, Dridri, Roro, Caro et Pépé notre petite Lune ! Merci à vous pour tous ces bons moments, toutes nos conversations interminables nos weekends passés et à venir !

A toi Chloé, mon binôme, ma moitié ! Je me rappelle ce moment où on s'est rencontrées à l'Atelier de l'Echarpe, dès ce moment-là j'ai su qu'on serait amies !! Aux innombrables choses que nous avons partagées ensemble, à nos discussions interminables sur tout, sur la vie, le travail, l'amour ... aux pleurs et aux rires ! Merci à toi pour ta patience, ta douceur, ta simplicité, ton grand cœur.

A Charlot pour les bières sur la terrasse, les jeux de sociétés, les balades en vélos, le parapente, toute ta fougue et ton entrain pour la vie !

A Rémi, à une belle amitié soudée dans l'adversité, à toutes nos bières, discussions et pizza Alexis.

A toi Aurélie, à cette belle amitié qui est née entre nous, merci pour ton énergie débordante, ton enthousiasme à toute épreuve, toujours partante tu m'inspires à me surpasser et ta bonne humeur est contagieuse. Après le syndrome des voyageurs, le syndrome de la narcolepsie de voyage que je publierai peut-être un jour grâce à toi ! Ne doute jamais de toi !

A mes cointernes, Ariane, Alexandre, Lola, Simon, Nicolas, Robin, Aziga, Jeanne, Sylvie, Mélissa, Périnne, Damien pour tous ces bons moments partagés pendant ces 4 années.

A mes ex Tourangelles : BBM, Rabois, la Blonde, Mathilde, Noémie, Solange, avec qui on a tant partagés tant pendant nos années de fac et que ça continue !
BBM qui l'eut cru on est arrivées au bout, on va pouvoir changer de surnom !

A ma belle Trifard, à Alex et Thomas pour cette année fantastique à Zaragoza, et à cette belle amitié qui se poursuit malgré la distance ! A tous nos amis d'Erasmus !

A Mathildou, je me rappelle de nos nuits à observer les étoiles, de nos rêves de lycéennes. On a fait tant de belles choses depuis et notre amitié perdure !

Table des matières

I. INTRODUCTION	12
a) Les troubles schizophréniques	12
i) Approche historique	12
ii) Critères diagnostiques	12
iii) Approche épidémiologique	13
iv) Hypothèses étiologiques	14
a. Modèle stress vulnérabilité	14
b. Psychopathologie de la schizophrénie	14
(i) Théorie dopaminergique	14
(ii) Lien avec les théories neurocognitives de la saillance.	14
v) Evolution	15
vi) Approches thérapeutiques	15
a. Approche médicamenteuse	15
(i) L'observance dans la schizophrénie	15
b. Approches non médicamenteuses	16
b) Psychoéducation	17
i) Limites de l'information médicale	17
ii) Historique et définition de la psychoéducation	18
iii) La notion d'éducation thérapeutique	19
iv) Psychoéducation, éducation thérapeutique quelles différences ?	19
v) Cadre législatif de l'ETP	19
c) Recommandations de l'ETP par la HAS	20
i) Population cible	22
ii) Intervenants	22
iii) Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique :	22
iv) Diagnostic éducatif	22
d) Efficacité psychoéducation du patient dans la schizophrénie	23
i) Place de la psychoéducation dans les recommandations internationales	24
ii) La psychoéducation auprès des familles	25
e) Spécificité de la psychoéducation dans la schizophrénie	26
i) Cognitions et psychoéducation	26
ii) S'appuyer sur les étapes du rétablissement pour adapter l'intervention	27
iii) Conditions de mise en œuvre	27
iv) Offre de programme d'ETP en France	27
f) Synthèse	28
II. MATERIEL ET METHODE	30
a) Objectifs	30
b) Les étapes de la construction du groupe	30
i) Rencontre avec le CMP la grave	30
ii) Groupe de travail	30
iii) Formation théorique :	31
iv) Contact avec des équipes animant des groupes similaires en France :	32
c) Le choix des modalités pratiques :	32
i) Population cible, critères d'inclusion	33
ii) Horaires	33
iii) Fréquence et durée des séances	33
iv) Nombres de séances	33

v)	Le choix du groupe	33
vi)	Nombre de participants	34
vii)	Lieux	34
d)	Ecriture du programme	34
i)	Critères pour validation ARS	34
ii)	Rencontre avec l'équipe mobile UTEP	35
iii)	Réflexion sur les méthodes pédagogiques utilisées dans le groupe	35
iv)	La notion de compétences en ETP	36
v)	Compétences définies pour le programme	37
e)	Outils pédagogiques des séances	38
i)	Choix d'outils validés	38
a.	IREPS Toulouse : Photolangage®	38
b.	Comète®	39
c.	Blob tree®	39
d.	Jeu des habiletés sociales : Compétence®	40
e.	Fiches RESEAU PIC®	40
ii)	Construction d'outils	40
a.	Rappel des séances précédentes :	41
b.	Vidéos des symptômes positifs et désorganisation	41
c.	« Ma pharmacie »	41
d.	« Sens et Hallucinations »	42
e.	« Mes objectifs »	42
f.	Cartes inspirées de la ronde des décisions ou carte de Barrows	42
g.	Power point	42
iii)	Création de Fiche	42
a.	Fiches résumées des séances	42
b.	Fiche « Mes Symptômes »	43
c.	Fiche « <i>Pass prévention</i> »	43
iv)	Résolution de problème	43
v)	Documents annexes	44
vi)	Intervenant extérieur	44
a.	Rencontre avec une association d'usagers « Toute voiles dehors »	45
b.	Groupe de gestion des hallucinations	45
f)	Evaluation de la satisfaction des patients	45
i)	Questionnaire de satisfaction	45
III.	RESULTATS	47
a)	La mise en place du groupe « Mieux vivre avec sa maladie »	47
i)	Le format proposé	47
ii)	Le programme du groupe	47
iii)	Les étapes de la mise en place	47
iv)	Premier groupe	48
v)	Deuxième groupe	50
vi)	Provenance des patients des deux groupes	51
b)	L'animation du groupe	51
i)	Organisation	51
c)	Questionnaires de satisfactions	51
d)	Vers la validation ARS	54
i)	Construction du dossier de demande de validation	54
IV.	Discussion	56
a)	Construction d'un groupe d'ETP	56
b)	L'animation du groupe	57

i)	Difficultés d'animations	57
ii)	Vécus des soignants	57
c)	Réflexion sur le programme et les outils	58
i)	Retour des patients	58
ii)	Repenser des séances	58
iii)	Jeu de Kim	58
iv)	Vidéos	59
v)	Jeu Compétence (travail des habiletés sociales)	59
vi)	Modifications apportés suite à l'expérience des groupes	59
a.	Nombre de participants	59
b.	Attitude dans l'animation	59
c.	Ajout d'échelle	60
d)	Modifications du programme en vue d'une demande de validation	60
e)	Limites de l'éducation thérapeutique	61
f)	Développement des soins pour les patients souffrant de schizophrénie	61
V.	Conclusion	63
	Bibliographie	64
VI.	Annexes	70
i)	Annexe 1 : Flyer groupe « Mieux vivre avec sa maladie »	70
ii)	Annexe 2 Fiches "mes symptômes"	71
iii)	Annexe 3 "Pass Prévention"	72
iv)	Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction	73
v)	Annexe 5 : Fiche Séance 1	76

I. INTRODUCTION

a) Les troubles schizophréniques

i) Approche historique

Le terme schizophrénie (signifiant *scission de l'esprit* en grec) remonte à Eugène Bleuler en 1911. Ce terme fait suite aux premiers écrits d'Emil Kraepelin ayant décrit la même symptomatologie sous le terme de démence précoce, terme a été abandonné face au constat que les patients n'évoluaient pas tous vers la détérioration. C'est à cette période également que se distingue par leur caractère évolutif la psychose, de la psychose maniaco dépressive (aujourd'hui trouble bipolaire).

Depuis cette période les limites de ces affections ont été légèrement remaniées et on retrouve aujourd'hui des catégories intermédiaires : le trouble schizo-affectif, ainsi que des catégories correspondant à des durées limitées de trouble : les épisodes psychotiques brefs, le trouble schizophréniforme.

Les deux grands ensembles nosographiques sont par ailleurs restés relativement inchangés. (Franck N. , 2013)

Les déficits cognitifs que nous aborderons, sont décrits dès les premières études sur la schizophrénie par Emile Kraepelin et Eugène Bleuler qui utilisera le terme de « spaltung » à leurs propos. (Kraepelin, 1899).

ii) Critères diagnostiques

Le diagnostic de schizophrénie est un **diagnostic clinique**, il n'existe aucun test ou biomarqueur disponible. Voici les critères diagnostiques selon le DSM 5 :

- A. L'association d'au moins *deux symptômes* parmi les suivants durant au moins un mois (dont au moins un parmi le 1, 2 et 3) :
1. Idées délirantes
 2. Hallucinations
 3. Discours désorganisé
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
 5. Symptômes négatifs (réduction de l'expression émotionnelle, aboulie..)

Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant le début (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, il y a un échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel).

- B. Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins si traités avec succès) qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes de la phase active) et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs seulement ou par deux ou plus des symptômes énumérés dans le critère A présents

dans une forme atténuée (par exemple, des croyances bizarres, des perceptions inhabituelles).

- C. Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.
- E. S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins si traitées avec succès).

La clinique de ce trouble peut prendre des aspects très divers, et reste un ensemble hétérogène.

Le trouble schizo affectif se caractérise lui par la présence simultanée de symptômes de schizophrénie associés à un épisode maniaque ou épisode dépressif caractérisé.

iii) Approche épidémiologique

Les troubles schizophréniques affectent plus de **21 millions** de personnes dans le monde. Ils s'associent à un handicap lourd et sont classés par l'OMS dans les 10 maladies entraînant le plus d'invalidité. (OMS, 2016) C'est la huitième cause de handicap des sujets âgés de 15 à 44ans dans le monde (Charrier, Chevreul, & Durand-Zaleskil, 2013).

La prévalence vie entière est estimée habituellement à 1 % et reste homogène dans le monde avec une moyenne de 7,2 pour 1000 et son incidence est comprise entre 10,2 et 22 pour 100 000 personnes-années. Le ratio homme : femme serait de 1,4 : 1. (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008)

La mortalité est de 2 à 2,5 fois plus élevée que dans la population générale, une partie de la mortalité est due aux suicides mais la majorité des causes sont somatiques en lien à un mauvais accès aux soins et une augmentation des facteurs de risques (tabagisme, sédentarité, mauvaise hygiène alimentaire, obésité). Cette différence de taux de mortalité avec la population générale a augmenté depuis les dernières décennies. (Owen & al, 2016) (McGrath, Saha, Chant, & Welham, 2008)

Selon une revue de la littérature (Marwaha & Johnson, 2004) seuls 10 à 20 % accèdent à un emploi en moyenne en Europe.

Les schizophrènes représentent le plus gros contingent des patients hospitalisés en milieu spécialisé et consultant dans le service public (un tiers des cas) alors qu'ils ne constituent que 11 % des consultations en psychiatrie libérale (Rouillon, 1992). Seuls 10 % des patients connaîtront une évolution leur permettant une bonne autonomie. L'impact socio-économique est donc considérable avec un coût moyen de la prise en charge estimé à 15 000 euros par an. (Haute couverture, Limosin, & Rouillon, 2006)

Ces données confirment que la schizophrénie est une maladie associée à un handicap important et représentant un enjeu majeur en matière de santé publique.

iv) Hypothèses étiologiques

Nous allons voir succinctement les hypothèses étiologiques actuelles sur lesquelles nous avons basé les informations apportées aux patients.

a. Modèle stress vulnérabilité

Selon le modèle de vulnérabilité au stress de la schizophrénie, chaque personne possède un degré de vulnérabilité qui lui est propre, dépendant notamment de facteurs génétiques, biologiques et de l'interaction avec des facteurs environnementaux (la consommation de cannabis, les complications obstétricales, l'urbanisation, l'âge parental, les traumatismes infantiles et l'immigration) pour aboutir au développement de la maladie. Les facteurs environnementaux particulièrement liés sont ceux affectant le neuro développement précoce. Le seuil critique, pour le développement de la schizophrénie, varie donc pour chaque individu et dépend des niveaux de vulnérabilité de stress vécus.

Pour les personnes très vulnérables, un stress relativement minime serait suffisant pour dépasser le seuil critique menant à la maladie. (Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie, 2014)

b. Psychopathologie de la schizophrénie

(i) Théorie dopaminergique

Cette théorisation fait suite à la découverte de l'efficacité des antipsychotiques sur le blocage des récepteurs D2/3 et le fait que des symptômes psychotiques puissent être induits par des activateurs du système dopaminergique. Des arguments sur le plan de l'imagerie vont également dans ce sens. (Owen & al, 2016)

Les études ont permis de montrer que l'anomalie se situe au niveau présynaptique sur la voie mésolimbique, on retrouve en particulier des taux élevés de synthèse et de capacité relargage. Les symptômes négatifs pourraient être eux expliqués par leur rôle dans le circuit de la récompense. (Howes & Murray, 2013)

Cependant l'hypothèse dopaminergique n'est pas suffisante et d'autres neurotransmetteurs semblent impliqués, ces anomalies dopaminergiques semblent secondaires à l'altération du système glutamatergique et GABAergique.

(ii) Lien avec les théories neurocognitives de la saillance.

Des auteurs ont proposé que le dysfonctionnement dopaminergique dans la schizophrénie aurait pour conséquence une attribution aberrante de saillance (propriété d'un élément lui permettant de se distinguer de son contexte) à des stimuli internes ou externes non pertinents, également à une mauvaise attribution des stimuli internes comme étant externes. (Howes & Nour, 2016)

Pour schématiser les hallucinations reflèteraient ainsi l'expérience directe du sujet de cette saillance anormale alors que le délire serait le résultat de la tentative de ce sujet de donner un sens à ce phénomène, majoré par l'interprétation au travers de processus d'évaluation biaisés (en lien possible avec un parcours difficile dans l'enfance). Un cercle vicieux s'établirait : le stress augmentant la mauvaise régulation de la dopamine menant à plus de stress et donc une majoration du relargage de la dopamine qui pourrait mener à des interprétations psychotiques.

L'adversité durant l'enfance pourrait également sensibiliser le système dopaminergique, créant ainsi un lien entre les facteurs de risques socio développementaux, un substrat neurobiologique et une expérience subjective. (Howes & Nour, 2016)

v) Evolution

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, environ 5 ans plus tôt chez l'homme que chez la femme.

Le début des troubles peut être insidieux suivant une phase prodromale, de plusieurs années parfois, avec des troubles cognitifs et/ou du fonctionnement social. Le début peut également apparaître de manière brutale. (Owen & al, 2016)

L'évolution est marquée par des épisodes psychotiques aigus avec des intervalles peu ou pas symptomatiques. Les facteurs de stress favorisent les rechutes. Une stabilisation est généralement présente entre 2 à 5 ans.

On retrouve des formes résiduelles, caractérisées par la diminution des symptômes positifs mais la majoration des symptômes négatifs et cognitifs perturbant le fonctionnement social.

50-75 % des patients ne retrouvent d'ailleurs pas leur fonctionnement antérieur, de plus l'âge de survenue jeune entrave l'acquisition et le développement de l'autonomie personnelle. Dans une méta-analyse qui a pris en compte le devenir de 8994 patients, le taux de rétablissement n'a atteint que 13,5 % (Jääskeläinen, et al., 2013). Les troubles schizophréniques sont à l'origine d'une grande souffrance pour le patient et son entourage et ils nécessitent des soins continus.

vi) Approches thérapeutiques

a. Approche médicamenteuse

Les neuroleptiques sont les traitements de références au niveau pharmacologiques, diminuant les symptômes et le risque de rechute, ils ne traitent cependant pas tous les symptômes et présentent souvent des effets secondaires.

Les limites des neuroleptiques peuvent être en lien avec des problèmes d'observance, des formes résistantes, des symptômes résiduels non traités par les neuroleptiques, voire des effets secondaires des neuroleptiques. D'autres approches à associer aux traitements semblent donc incontournables pour optimiser le soin.

Il existe ainsi des approches biologiques non médicamenteuses, telles que l'électroconvulsivothérapie (ECT), la rTMS en cours de recherche mais aussi des techniques d'ordre psychothérapeutique

(i) L'observance dans la schizophrénie

La non-observance au traitement par neuroleptique est l'une des raisons majeures de décompensation, dans certaines études on retrouve un arrêt du traitement jusqu'à 75 à 90% dans la première année suivant la sortie d'hospitalisation (Weiden & Zygmund, 1997)

(Mullins, Obeidat, Cuffel, Naradzay, & Loebel, 2008) (Prasko, Vrbova, Latalova, & Mainerova, 2011)

Même des arrêts de traitement de quelques jours peuvent augmenter significativement l'impact des rechutes en particulier pour des patients ayant eu une décompensation récente. (Masand, Roca, Turner, & Kane, 2009) (Subotnik, et al., 2011) Le défaut d'observance est responsable d'une augmentation du nombre des hospitalisations, d'un accroissement de la morbidité et de la mortalité (DiMatteo, 2004) (Prasko, Vrbova, Latalova, & Mainerova, 2011)

Dans les facteurs augmentant la non-observance au traitement on retrouve les abus de substances, une sévérité augmentée des symptômes. Au contraire une attitude positive face aux traitements ainsi qu'un bon insight améliore l'adhérence au traitement (Sendt, Tracy, & Bhattacharyya, 2015) (Chabannes, et al., 2009). Les troubles de l'insight toucheraient 57 à 98 % des patients ayant une schizophrénie (Novick, et al., 2015)

b. Approches non médicamenteuses

Les approches non médicamenteuses ou interventions psychosociales prennent en compte les facteurs associés à la schizophrénie qui conditionnent son pronostic, elles sont conçues pour être utilisées en addition d'un traitement pharmacologique.

Ces interventions ciblent l'amélioration de l'observance aux traitements, la réduction du risque de rechute, l'amélioration clinique des symptômes, du fonctionnement global et de la qualité de vie, ainsi que d'apporter un soutien aux patients, à leurs familles et leurs personnes ressources.

Les approches psychosociales semblent plus appropriées à distance de la phase aiguë afin que le patient puisse s'y engager, de plus les interventions sont ajustées au stade de la maladie et aux besoins de chaque patient. Elles sont utilisées seules ou en association, dans le cadre de parcours de soins individualisés.

Il existe de nombreuses interventions, nous citerons les interventions retrouvées dans les recommandations internationales (cf. tableau 1 récapitulatif ci-dessous) :

- **Les entraînements aux habiletés sociales** (social skill training) ce sont des interventions visant à améliorer les habiletés sociales c'est-à-dire la capacité de se construire une représentation des relations entre soi et les autres et de les utiliser pour guider un comportement social.
- **La remédiation cognitive** a pour but d'améliorer certaines fonctions cognitives (attention, mémoire, fonction exécutive, cognition sociale ou la métacognition).
- **La thérapie comportementale et cognitive**, est pratiquée pour permettre de diminuer les symptômes résiduels ou persistants.
- **Soutien familial et psychoéducation familiale** incluant une information sur la maladie et des stratégies d'adaptation.
- **La psychoéducation ou l'éducation thérapeutique, ou illness management program** visant à faire accéder au patient à un savoir pour l'aider à prendre des décisions afin d'améliorer l'adhérence thérapeutique, de travailler la prévention de la rechute et d'améliorer la qualité de vie.
- **L'accompagnement par les pairs** formés.

- **L'art thérapie**, thérapie médiée par l'art, l'expression créative, de formes diverses (art plastique, musique, danse, théâtre...).
- **Le soutien à la réinsertion professionnelle** existe avec deux types d'approches soit un accompagnement et entraînement avant d'intégrer le milieu de travail soit en intégrant directement un emploi en milieu ordinaire et en proposant un accompagnement en parallèle pour soutenir la réinsertion.

Voici le résumé des dernières recommandations internationales disponibles en juin 2017:

Tableau 1 : Résumé des recommandations internationales d'interventions psychosociales

Type d'intervention	Recommandé dans :
Assertive Community Treatment (ACT)	Australie & NZ, Allemagne, APA (USA)
Entraînement aux habilités sociales	NICE (Angleterre), APA Canadie, Allemagne, APA (USA)
Thérapie comportementale et cognitive (16 à 20 séances)	NICE, APA, Canada, Australie & NZ
Art thérapie	NICE (Angleterre), Allemagne
Psychoéducation et entraînement à la gestion de la rechute	Canada, Australie & NZ, Allemagne
Psychoéducation familiale (> 9mois)	Canada, APA (USA), Australie & NZ, Allemagne
Remédiation cognitive	Australie & NZ, APA (USA)
Programme prévention de la prise de poids	Australie & NZ, APA (USA)
Accompagnement au travail (vocational rehabilitation)	NICE (Angleterre), APA (USA), Canada, Australie & NZ
Accompagnement par les pairs aidants	APA (USA), Australie & NZ, Canada

(Dixon, Perkins, & Calmes, 2009) (Canadian Psychiatric Association, 2005) (National Institute for Health and Care Excellence (UK), Updated Edition 2014) (German Association for Psychiatry) (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist, 2016)

Cette introduction sur les troubles schizophréniques nous permet d'explicitier les données actuelles sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour construire ce groupe de psychoéducation, ainsi que la base théorique des informations délivrées aux patients. Comme on a pu le voir la schizophrénie n'est aujourd'hui traitée que partiellement par les traitements médicamenteux et l'ajout de techniques non médicamenteuses vise à améliorer la qualité de vie et le pronostic de nos patients. Nous allons voir à présent plus en détail les aspects théoriques, les recommandations et études en ce qui concerne la psychoéducation de manière générale puis plus spécifiquement dans la schizophrénie.

b) Psychoéducation

i) Limites de l'information médicale

L'information médicale concerne l'ensemble des explications qui doivent être apportées au patient sur sa maladie, les examens et les traitements qu'on lui propose.

Il semblerait logique qu'un patient bien informé comprendra mieux l'intérêt et les enjeux de son traitement médicamenteux, et sera plus enclin à le suivre correctement. Dans l'étude de (Bordenave Gabriel, Giraud-Baro, De Beauchamp, Bougerol, & Calop, 2002), on retrouve

que malgré l'acquisition d'une connaissance, par l'information délivrée en consultation il n'y a pas de lien significatif avec l'observance. Par ailleurs on retrouve un lien significatif entre les croyances négatives et la non observance. Ainsi démystifier les croyances négatives qu'ils peuvent avoir sur leurs traitements, apparaît déterminant pour améliorer leur adhésion aux traitements. Il semble donc que pour atteindre ces objectifs, il soit nécessaire une intervention plus structurée et approfondie qu'une simple pratique d'information, tel que le propose la psychoéducation ou l'ETP.

ii) Historique et définition de la psychoéducation

Le terme de psychoéducation apparaît dans les années 1970 dans la littérature scientifique, avec initialement, pour préoccupation de surmonter les difficultés d'apprentissage d'enfants souffrant de problèmes de santé mentale. Il commencera à être utilisé dans son sens actuel dans les années 1980, par Anderson et al. Il s'agissait à l'époque de différencier la thérapie systémique d'une psychoéducation familiale (un partage d'information avec les familles).

L'approche psychoéducative vise à l'acquisition de connaissances sur la maladie, à la gestion des enjeux psychologiques qui lui sont liés, ainsi que les stratégies visant à modifier les comportements inadéquats. Ces interventions peuvent s'adresser aux patients, à la famille ou aux deux.

La psychoéducation comporte trois dimensions :

- **Pédagogique** : connaissance pour gérer la maladie et le traitement
- **Psychologique** : gestions des émotions et croyances autour de la maladie et du traitement
- **Comportementale** : enseignement d'habiletés pour négocier les problèmes en liens avec la maladie. (Favrod, Bonsack, & Rexhaj, 2014)

Dans la mesure où elle est destinée à favoriser l'implication dans une prise en charge globale, la psychoéducation n'est pas utilisée seule mais en association, pour consolider le traitement psychopharmacologique et les autres soins non médicamenteux, dans le cadre d'une approche globale et pluridisciplinaire.

Les notions enseignées incluent en général des éléments sur l'évolution naturelle des troubles, les traitements à disposition, la gestion des crises, la mise en place de limites pour les proches et la recherche de soutien social dans la communauté. Sur le plan psychologique, la psychoéducation contribue à la reconstruction de l'identité, au développement des compétences à faire face, et à l'exploration des émotions générées par les troubles. Les réactions des interlocuteurs face au partage d'information permettent d'ancrer les connaissances et contribuent à modifier les représentations de la maladie (Bonsack, Rexhaja, & Favrod, 2015). La psychoéducation participe à la reconstruction de l'identité, au développement des compétences à faire face, et à l'exploration des émotions générées par les troubles. Les réactions des interlocuteurs face au partage d'information permettent d'ancrer les connaissances et contribuent à modifier les représentations de la maladie. Il existe également un travail sur la stigmatisation, les croyances vis-à-vis de la maladie et également un travail sur le lien social lors de formes groupales.

Il est important de comprendre que la psychoéducation n'est pas seulement une transmission d'information. L'objectif est ici d'apprendre à la personne à faire face aux situations à risque de rechute, grâce à des stratégies comportementales ou même médicamenteuses. (Maurel, et al., 2011)

iii) La notion d'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique s'est d'abord développée pour les maladies somatiques chroniques et s'est élargie à la pratique de soin en santé mentale. L'OMS émet en 1996 un rapport sur cette nouvelle activité d'éducation thérapeutique du patient, qui sera relayé en 1998 par son bureau européen. Elle est définie comme un processus d'apprentissage centré sur le patient et adapté à ses besoins, intégré aux traitements et aux soins, dont le but est de lui permettre de gérer sa maladie et maintenir, voire améliorer sa qualité de vie.

Voici la définition donnée par l'OMS : elle « 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. » (Rapport de l'OMS Europe, 1996 [traduit en français en 1998].) (Augeraud, 2015)

iv) Psychoéducation, éducation thérapeutique quelles différences ?

La psychoéducation peut donc être rapprochée, en termes d'objectifs, de la démarche d'ETP. La différence principale des deux démarches tient d'ailleurs essentiellement au fait que dans la psychoéducation il n'y a pas de diagnostic éducatif personnalisé (Pancrazi, Ortuno, Delbosc, & de la Tribonnière, 2013).

En fait, on peut définir l'éducation thérapeutique comme une approche sanitaire répondant à une définition réglementaire stricte et la psychoéducation comme un processus de soin. La psychoéducation constitue le versant psychiatrique de l'éducation thérapeutique.

Dans les faits, psychoéducation et ETP ont plus une différence sémantique que pratique. (Augeraud, 2015)

Nous avons utilisé pour notre projet le terme de psychoéducation, car pour pouvoir parler d'ETP il est nécessaire de respecter un cadre réglementaire et une validation par l'ARS comme nous allons le voir par la suite et qui représente le projet final de ce projet.

v) Cadre législatif de l'ETP

L'information sur les troubles en psychiatrie et les maladies chroniques en général est légiférée **par la loi du 4 mars 2002**. Au-delà de la simple information, « l'objectif est de permettre au patient de disposer de toutes les données nécessaires à la compréhension de sa situation personnelle, pour consentir de manière libre et éclairée aux actes médicaux et aux traitements »

Avec **la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » (HPST) du 21 juillet 2009**, l'éducation thérapeutique est aujourd'hui introduite dans le Code de la Santé Publique. (Chabannes, et al., 2009)

L'éducation thérapeutique a été inscrite dans le Code de la santé publique dont **l'article L1161-1 du CSP** : « L'éducation thérapeutique s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. »

Il existe deux Décrets du 02/08/2010

- Relatif aux Conditions d'autorisation des programmes d'ETP (Décret n° 2010-904)
- Relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP (Décret n° 2010-906)

Deux Arrêtés du 02/08/2010

- Relatif au cahier des charges des programmes d'ETP
- Relatif aux compétences requises pour dispenser l'ETP

Une circulaire ministérielle relative aux conditions d'autorisation des programmes d'ETP et à leur financement.

Et une circulaire validée par le CNP le 8 octobre 2010 adressée aux directeurs généraux des ARS

Le plan santé mentale 2011–2015 (ministère chargé de la Santé, ministère chargé des Solidarités) préconisait de favoriser « le rétablissement, c'est-à-dire un état de fonctionnement stable ou un nouvel équilibre » et « d'aider les personnes à acquérir des ressources personnelles supplémentaires grâce à des moyens de soin de réadaptation psychosociale [...] spécifiques ».

La loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé invite de nouveau à développer de tels dispositifs. Il ressort de ces textes la nécessité de proposer la psychoéducation très largement – voire systématiquement – à des patients avec un faible *insight* qui ont des difficultés à s'approprier leur maladie et leur traitement avec un retentissement négatif avéré sur le pronostic. En psychiatrie, la schizophrénie est ainsi concernée au premier chef par de telles mesures.

c) Recommandations de l'ETP par la HAS

La HAS a publié en 2007 des guides de recommandation pour la mise en place de programme d'ETP, de la construction à l'évaluation en passant par les techniques d'animation. Les programmes sont validés auprès de l'ARS pour une durée de 4 ans, il est nécessaire chaque année de réaliser une évaluation du programme ainsi qu'une évaluation quadriennale pour demander le renouvellement de l'autorisation auprès de l'ARS.

Dans ses recommandations elle y définit les objectifs de l'ETP, comprenant l'acquisition de compétences d'auto soins et la mobilisation ou acquisition de compétences d'adaptation (compétences psychosociales).

Les compétences d'auto soins sont les décisions que prend le patient visant à modifier l'effet de sa maladie sur sa santé (soulager les symptômes, prendre en compte les résultats d'une auto surveillance, modification du mode de vie, prévenir les complications évitables, impliquer l'entourage, adapter les doses de traitements)

Les compétences d'adaptation, qui sont personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent à l'individu de maîtriser et diriger son existence, d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci.

Parmi ces compétences on peut retrouver : 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.

L'acquisition et le maintien de ces compétences sont fondés sur les besoins propres du patient. Ces acquisitions se développent au cours du temps et doivent être progressives et tenir compte de l'expérience de la maladie et de la gestion par le patient.

Selon la HAS (2007), une éducation thérapeutique de qualité doit regrouper les critères suivants :

- A. Etre **centrée sur le patient** : intérêt porté à la personne dans son ensemble, prise de décision partagée, respect des préférences.
- B. Etre **scientifiquement fondée** (recommandations professionnelles, littérature scientifique pertinente, consensus professionnel) et enrichie par les retours d'expérience des patients et de leurs proches pour ce qui est du contenu et des ressources éducatives
- C. Faire partie intégrante du traitement et de la prise en charge
- D. Concerner la vie quotidienne du patient, les facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux.
- E. Etre un processus permanent, qui est **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.
- F. Etre réalisée par des **professionnels de santé formés** à la démarche thérapeutique du patient et aux techniques pédagogiques, engagés dans un travail en équipe dans la coordination des actions.
- G. S'appuyer sur une **évaluation des besoins et de l'environnement du patient** (diagnostic éducatif) et être construite sur des priorités d'apprentissage perçues par le patient et le professionnel de santé.
- H. Se construire avec le patient et impliquer autant que possible les proches du patient
- I. **S'adapter au profil éducatif et culturel** du patient, et respecter ses préférences, son style et son rythme d'apprentissage
- J. Etre **définie en termes d'activités et de contenu**, être **organisée** dans le temps, réalisée par divers moyens éducatifs : utilisation de techniques de communication centrée sur le patient, séances collectives ou 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,
- K. 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.
- L. Etre **multi professionnelle, interdisciplinaire et intersectorielle**, intégrer le travail en réseau, inclure une évaluation individuelle de l'ETP et du déroulement du programme.

i) Population cible

L'ETP s'adresse à toute personne, enfant et parent, adolescent ou adulte qui souffre d'une maladie chronique, quel que soit son âge, le type, le stade et l'évolution de la maladie.

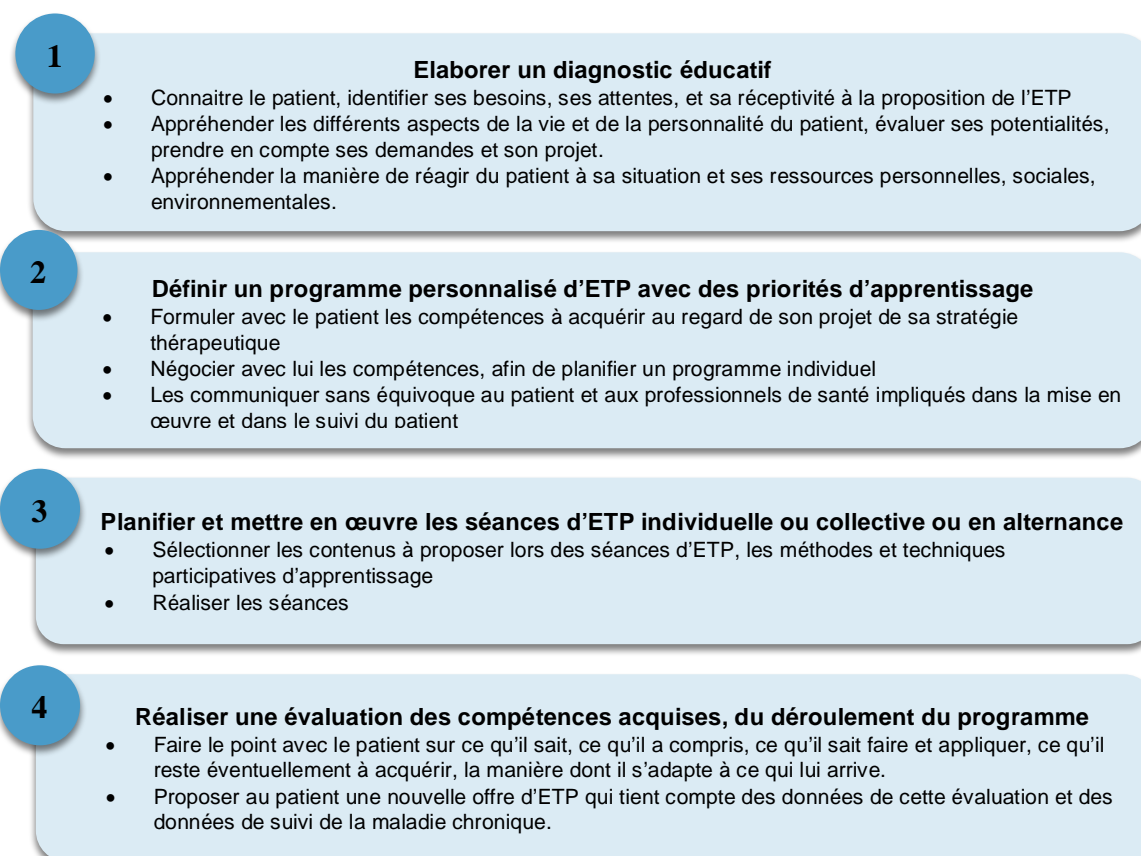
ii) Intervenants

L'ETP doit être mise en place par au minimum deux professionnels de santé formés à la démarche d'ETP, aux techniques de communication, aux techniques pédagogiques, au travail en équipe et à la coordination des actions, dont au moins un médecin. L'équipe doit comporter un coordinateur formé à la coordination de programme d'ETP, il est l'interlocuteur avec l'ARS.

iii) Les 4 étapes de l'éducation thérapeutique :

La HAS 2007 recommande la structuration de l'ETP en 4 étapes obligatoires, voir figure 1.

Figure 1 : Les quatre étapes de l'éducation thérapeutique (ETP) d'après les recommandations de la Haute autorité de santé 2007



iv) Diagnostic éducatif

Le diagnostic éducatif est une étape spécifique de l'ETP, il est nécessaire pour que le patient soit acteur qu'il puisse identifier ses besoins, formuler ce en quoi le soignant peut

l'aider et définir les compétences à acquérir et les priorités d'apprentissage. Le diagnostic éducatif doit donc se centrer sur le besoin et la demande.

Le diagnostic éducatif permet de comprendre de manière pluridisciplinaire et partagé, avec le patient, sa situation avec la maladie chronique et en quoi le programme peut répondre à sa demande notamment dans l'accompagnement de son projet de vie.

« C'est l'autre qui sait où il peut aller, nous ne pouvons que l'aider à explorer les voies qu'il peut emprunter » (Lecorps, 2008).

Construit sur des bases d'entretien motivationnel, l'entretien doit conduire le patient à exprimer ses intentions de changement. (Golay, Comment Motiver le patient à changer ?, 2013)

d) Efficacité psychoéducation du patient dans la schizophrénie

L'efficacité de la psychoéducation a été principalement étudiée à travers son impact sur les taux de rechute, les réhospitalisations, les symptômes, la connaissance de la maladie, l'observance médicamenteuse et les interactions sociales. De nombreux travaux consacrés à la psychoéducation ne distinguent pas la psychoéducation des patients de celle de la famille.

On retrouve 4 méta-analyse cf. tableau 2 :

- **Pekkala et al, 2002** montre une diminution significative du taux de rechute et réhospitalisation à 9 et à 18mois.
- **Lincoln et al, 2007** : évalue l'efficacité à court et long terme de la psychoéducation avec ou sans famille sur : les rechutes, la diminution des symptômes, la connaissance, l'adhésion au traitement et le fonctionnement global. Elle a mis en évidence une amélioration de la connaissance de la maladie chez les patients ayant bénéficié d'une psychoéducation et une réduction du nombre de rechutes à 1 an lorsque les familles étaient impliquées dans la psychoéducation.
- **Xia et al, 2011** : réduction significative du taux de rechute et de réhospitalisation à 6 mois. Les résultats suggèrent une amélioration de l'observance médicamenteuse, du fonctionnement social et de la qualité de vie chez les patients ayant bénéficiés d'une psychoéducation
- **Zhao et al 2015** : Les résultats retrouvent à court terme une meilleure compliance aux traitements et une diminution des rechutes à moyen terme.

Tableau 2 : méta analyses consacrées à la psychoéducation (patients seuls et patients + famille)

Auteurs et date	Nombre de sujets	Etudes prises en compte	Résultats
(Pekkala & Merinder, 2002)	1125 patients	10 essais randomisés contrôlés	Réduction du taux de réhospitalisation et rechutes à 9 et 18 mois (RR 0.8 CI 0.7-0.9)
(Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007)	1534 personnes (patients + familles)	18 études contrôlées randomisées	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction des rechutes et réhospitalisation pendant 1 an (avec ou sans famille (TE= 0,53) - Amélioration de la connaissance de la maladie (TE=0,48) - Psychoéducation avec les familles plus efficace sur la diminution des symptômes à la fin du traitement et sur les rechutes (TE=0,48)
(Xia, Merinder, & Belgamwar, 2011)	5122 patients	44 études contrôlées randomisées	Réduction de la mauvaise observance (RR= 0,52 NST = 11)
(Zhao, Sampson, Xia, & Jayaram, 2015)	2337 patients	20 études contrôlées randomisées (Psycho éducation brève)	<ul style="list-style-type: none"> - Réduction de la mauvaise observance à court terme (RR=0,63) mais pas dans la durée RR = 1 - Réduction des rechutes à moyen terme

RR= risque relatif NST = nombre de sujet à traiter TE = Taille d'effet

i) Place de la psychoéducation dans les recommandations internationales

On retrouve des recommandations concernant la psychoéducation dans diverses guidelines internationales. Cf. résumé de 10 guidelines internationales dans le tableau 3

Les démarches psychoéducatives sont abordées dans différentes recommandations internationales. Voici certains détails :

- Dans les recommandations Australiennes il est préconisé de proposer les formes individuelles et familiales en début de maladie, ainsi que de proposer ces programmes à des personnes ou professionnels en contact avec les patients souffrant de schizophrénie.
- Les recommandations Canadiennes préconisent de préférer les formes familiales durant les phases aiguës de la maladie.
- Les recommandations Américaines recommandent les principes de la psychoéducation dans les soins pour tous les patients (travail sur les signes précurseurs, informations sur la maladie, traitement et sa gestion, interaction avec les acteurs du soins ...) sans néanmoins donner de recommandation sur une approche éducationnelle spécifique et construite.
- Les recommandations Anglaises mettent l'accent sur la similitude entre l'information à délivrer lors d'un suivi standard et la psychoéducation. Dans ce cadre et avec l'absence d'études réalisées en Angleterre, le niveau de preuve leur semble insuffisant pour faire une recommandation.

Tableau 3 : Place de la psychoéducation du patient et de la famille dans les recommandations internationales

Guidelines	Recommandation	Niveau de preuve
Clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders (Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist, 2016)	Psychoeducation	1
	IMR (Illness Management and Recovery)	1
	Psychoéducation familiale	1
CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Treatment of Schizophrenia (Canadian Psychiatric Association, 2005)	Psychoéducation	B
	Psychoéducation familiale en phase aiguë	B
Management of schizophrenia: A national clinical guideline (SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network, 2013)	Psychoeducation	B
	Psychoeducation familiale	A
Guide – Affection longue durée : Schizophrénie (HAS, ALD n°23 Schizophrénies. Guide médecins sur les schizophrénies , 2007)	Psychoeducation	Recommandée
Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia (Dixon, Perkins, & Calmes, 2009)	Psychoéducation	Niveau de preuve faible
	Psychoéducation familiale	Preuve substantielle
Psychosis and Schizophrenia in Adults Treatment and Management (Psychosis and Schizophrenia in Adults Treatment and Management, Updated Edition 2014)	Psychoéducation	Niveau de preuve trop faible pour recommander
	Psychoéducation familiale	
Guideline Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness (German Association for Psychiatry)	Psychoéducation individuelle	Grade B, Evidence level Ia
	Psychoeducation familiale	Grade A, Evidence level Ia
Clinical practice guideline for schizophrenia and incipient psychotic disorder (Ministry of healthcare and consumer , 2009)	Psychoéducation familiale	Grade A
	Psychoeducation individuelle	Grade A
Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia, (World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP), 2013)	Psychoéducation familiale	Recommandée
	Psychoéducation individuelle	Recommandée
Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs – A national clinical guideline (Baandrup, et al., 2015)	Psychoéducation familiale	Recommandée
	Psychoéducaiton individuelle	Pas de donnée

Au total, malgré un niveau de preuve parfois limité, les approches psychoéducatives ressortent à travers des recommandations comme une technique pouvant être mise en place dans un parcours de soins en fonctions des besoins du patient, en particulier lors de phase de stabilisation.

ii) La psychoéducation auprès des familles

Les démarches de psychoéducation peuvent également être destinées seulement à l'entourage des patients. Ces interventions tournées vers les familles leur permettent de mieux comprendre et accompagner leur proche. Une étude, méta-analyse Cochrane de 2010 sur l'efficacité des interventions familiales incluant 53 études randomisées comparant les soins standard à ceux associés à la participation des proches à une intervention familiale retrouve des résultats significatifs en termes de diminution des rechutes à 12, 18 et 24 mois, ainsi qu'une amélioration significative de l'observance. D'autres études et méta analyse confirment ces données. (Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010)

On retrouve également une diminution du « degré d'émotion exprimées » (hostilité, critiques ou l'hyper-investissement émotionnel), qui est un facteur de rechute (indépendamment d'une bonne observance) (Bonsack , Rexhaja, & Favrod, 2015).

L'hypothèse sous-jacente est qu'il existe une inadaptation cognitive et/ou émotionnelle et/ou

comportementale de certains membres de la famille liée au niveau de détresse, anxiété, au sentiment de fardeau et au caractère déroutant et non familiers des troubles.

Pour qu'un programme adressé aux familles soit efficace il faut que le contenu ne se limite pas à une transmission d'informations sur la maladie, le traitement et les aides sociales mais qu'elle intègre des techniques de communication de gestion du stress de résolution de problèmes. Il faut également que la durée de ces interventions soit au minimum de 9 mois.

e) Spécificité de la psychoéducation dans la schizophrénie

i) Cognitions et psychoéducation

Chez les patients atteints de schizophrénie les relations entre cognitions et psychoéducation sont multiples, les déficits cognitifs vont ainsi déterminer les modalités psychoéducatives.

Les principaux troubles cognitifs dans la schizophrénie impliqués dans la psychoéducation sont de deux formes. D'une part, les troubles élémentaires tels que les déficits attentionnels, mnésiques, la difficulté à hiérarchiser les stimuli tout cela constitue des freins à l'apprentissage. L'environnement psycho éducatif ainsi est ajusté. Les séances de groupe comprennent un nombre limité de patients, de 8 à 12 le plus souvent, les distracteurs sont limités, la durée des séances de psycho éducation n'excède pas 90 minutes, idéalement, les thérapeutes sont formés aux techniques comportementales et cognitives et sont également formés à la gestion d'un groupe de patients, afin que l'ensemble des participants soit actif et plus facilement concentré, attentif et motivé. (Maurel, et al., 2011) Des techniques pédagogiques sont également décrites pour améliorer l'apprentissage face à ces troubles Cf. Tableau 4 (Favrod & Bonsack, 2008).

Il existe également des troubles, dits complexes, de la planification, qui sont travaillés par de la résolution de problèmes. Les troubles de la motivation vont être ciblés par le renforcement positif, les perspectives positives, des « feed-back » et la dynamique groupale.

Tableau 4 : Méthodes pédagogiques adaptées aux troubles cognitifs dans la schizophrénie (Favrod & Bonsack, 2008)

Déficits	Méthodes pédagogiques
Déficits de la mémoire	<ul style="list-style-type: none"> • Vérifier par des questions que le patient a enregistré l'information, répéter reformuler • Demander au patient d'utiliser ses propres mots plutôt que d'apprendre des nouveaux mots complexes • Réduire au maximum les erreurs durant l'apprentissage (apprentissage par essais/ erreur n'est pas efficace) • Augmenter les modalités sensorielles (image, écrit, oral, vidéo etc.) • Utiliser des exercices pratiques ou des jeux de rôle • Répéter l'information à différents moments et dans différents contextes
Déficits de l'attention	<ul style="list-style-type: none"> • Réduire les distractions (bruits parasites, stimulations externes) • Utiliser des méthodes multimédias (vidéo, tableau, parole) • Répéter l'information, les présenter de manière progressive, et organisées • Réduire la durée de l'apprentissage
Déficits de planification et de prise en compte des changements de contexte	<ul style="list-style-type: none"> • Enseigner une méthode de résolution de problème • Utiliser des fiches de procédure • Inviter les patients à définir les étapes à court terme pour atteindre un objectif à long terme

ii) S'appuyer sur les étapes du rétablissement pour adapter l'intervention

Depuis les années 2000 la psychoéducation est influencée par le concept de « rétablissement », le rétablissement a pour objectif une « cicatrisation » et la réalisation d'une vie pleine et riche plutôt que la disparition des symptômes.

Selon les phases de rétablissement, les objectifs des interventions psychoéducatives seront différents :

- A. Phase de moratoire** : l'intervention sera alors focalisée sur l'engagement aux soins, la régulation émotionnelle et la normalisation des symptômes
- B. Phase de conscience** : on tentera alors de développer la prise de conscience des ressources et des problèmes, et d'introduire l'espoir (ex des pairs aidants)
- C. Phase de préparation** : le but sera alors de distinguer ce qui fait partie de la maladie et de la personne
- D. Phase de reconstruction** : on envisagera alors d'étendre leurs acquis dans des situations sociales naturelles et à s'autonomiser (Favrod & Bonsack, 2008)

iii) Conditions de mise en œuvre

La psychoéducation est souvent dispensée en groupe, plus rarement lors de séances individuelles. Il existe plusieurs programmes développés à l'intention des patients et des familles. En général, les groupes sont proposés à 6 à 10 participants et sont animés par deux professionnels de santé mentale, pouvant être psychiatres, infirmiers, ergothérapeutes, psychologues ou pharmaciens. La durée d'un programme est généralement de 2 à 6 mois. L'ambiance des groupes est ouverte, participative et égalitaire, afin de favoriser le partage d'expériences entre participants (Favrod, Maire, Rexhaj, & Nguyen, 2015) S'appuyant sur des supports explicites rédigés en langage courant, la psychoéducation permet l'élaboration de représentations de la maladie partagées par les professionnels de santé mentale et les patients (Pitschel-Walz, et al., 2006) (Franck N. , 2016)

La participation d'usagers rétablis, formés à l'éducation thérapeutique dans la mesure du possible, à l'animation des groupes est un apport très important du fait de leur savoir expérientiel et grâce aux possibilités d'identification qu'elle suscite.

iv) Offre de programme d'ETP en France

L'ARS répertorie les différents programmes d'ETP en France sur le site (Oscar Santé, s.d.) actuellement en cours de construction, toutes les régions n'y sont pas représentées. Il existe également des sites dédiés à l'ETP par région répertoriant par maladie et zone géographique la possibilité d'accès à des programmes d'ETP, ainsi que les sites de ARS par région.

D'après (Sauvanauda, et al., 2017) en 2014, il y avait 77 programmes d'ETP en psychiatrie, dont 38 destinés aux patients souffrant de schizophrénie, proposés par 30 unités psychiatriques en France, soit moins de 10 % des 835 secteurs psychiatriques. En comparaison, une enquête en 2006 en Allemagne, Suisse et Autriche a montré que 84 %

des institutions psychiatriques proposaient des programmes d'ETP. (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml, & Kissling, 2006)

Aujourd'hui on retrouve 3071 programme d'ETP dont seulement 2,5% adressés aux patients souffrants de schizophrénie (soit 78 programmes). Les données du *tableau 5* regroupent les données disponibles sur les sites régionaux des ARS ou les sites partenaires (consulté en juillet 2017).

Tableau 5 : Offres d'ETP par région (sources ARS consultées en Juillet 2017)

	Total des programmes ETP	Nombre de programme d'ETP pour la schizophrénie	% ETP adressé à des patients schizophrènes
Iles de France	722	23	3,1 %
Grand Est	331	5	1,5 %
PACA	264	3	1,1 %
Auvergne Rhône Alpes 2016	369	16	4,3 %
Occitanie	215	1	0,46 %
Corse 2017	15	0	0 %
Bourgogne Franche Comté 2016	183	5	2,7 %
Nouvelle Aquitaine 2017	445	15	3,4 %
Centre 2015	127	3	2,3 %
Normandie 2017	165	3	1,8 %
Bretagne 2016	235	4	1,7 %
Haut de France	NC	NC	NC
Total des régions :	3071	78	2,5 %

(Mon ETP , s.d.) (ETap, s.d.) (Les programmes d'ETP, s.d.) (Corse ARS Santé , 2017) (Bourgogne Franche Comté ARS Santé , 2016) (Auvergne Rhone Alpes ARS Santé , 2016) (Nouvelle Aquitaine ARS Santé , 2017) (Centre Val de Loire ARS santé , 2015) (Normandie ARS Santé, 2017) (Bretagne ARS Santé , 2016)

f) Synthèse

Nous avons vu que la schizophrénie est une maladie chronique ubiquitaire, fréquente et qui reste encore aujourd'hui très invalidante c'est la huitième cause de handicap des sujets âgés de 15 à 44 ans dans le monde. Elle présente des manifestations cliniques et des évolutions variées, impactant la qualité de vie des patients.

Comme on a pu le voir, la schizophrénie n'est aujourd'hui traitée que partiellement par les traitements médicamenteux et l'ajout de techniques non médicamenteuses vise à améliorer la qualité de vie et le pronostic de nos patients. L'absence ou le peu d'adhésion des patients souffrant de schizophrénie à leurs traitements reste très fréquent et impacte leur pronostic, elle est liée à l'insuffisance de compréhension de la prescription, la iatrogénie, à des croyances négatives et au défaut d'insight.

La psychoéducation développée depuis les années 1980 vise à permettre de rendre le patient plus acteur de ses soins, de gérer sa maladie et maintenir, voire améliorer sa qualité de vie. Plusieurs méta-analyses mettent en avant une diminution du taux de rechutes et de réhospitalisation, des améliorations sur les connaissances de la maladie mais également sur l'observance. Les niveaux de preuves restent cependant faibles mais la psychoéducation apparaît dans de nombreuses recommandations internationales.

La Haute Autorité de Santé propose des recommandations pour la mise en place de programme éducationnel pour les maladies chroniques ALD 30, sous le nom d'éducation thérapeutique. Ces programmes sont légiférés depuis 2009 et sont soumis à la validation et au financement par les Agences Régionale de Santé. Comme nous l'avons vu il s'agit d'une forme légiférée de la psychoéducation, applicable à la schizophrénie.

Il semble ainsi nécessaire dans une démarche de réhabilitation de pouvoir proposer parmi les différents moyens thérapeutiques un temps de psychoéducation ou éducation thérapeutique aux patients souffrant de schizophrénie, en sachant que l'offre reste encore limitée aujourd'hui en France.

II. MATERIEL ET METHODE

a) Objectifs

L'objectif principal de ce projet de thèse a été **la mise en place puis l'animation d'un groupe de psychoéducation** adressé aux patients souffrant de troubles schizophréniques au CMP La Grave.

Les objectifs secondaires sont :

- Evaluer la satisfaction des patients ayant participé au groupe
- Construction et amélioration sur le modèle ETP (éducation thérapeutique) de la Haute autorité de santé pour déposer une demande de validation par l'ARS (Agence régionale de santé)

b) Les étapes de la construction du groupe

i) Rencontre avec le CMP la grave

Le centre médico psychologique (CMP) La Grave situé en centre-ville de Toulouse, est un centre assurant les soins psychiatriques ambulatoires du secteur 7 de psychiatrie adulte de la Haute Garonne (31G07). Ce CMP est composé de 5 psychiatres, 6 infirmiers, un cadre de santé, 2 psychologues, 1 assistante sociale et 2 secrétaires

Sur le CMP a été mis en place depuis novembre 2011 un groupe de psychoéducation adressé aux familles de patients souffrant de schizophrénie, animé par le Dr Faure et des membres de son équipe. Ce groupe se nomme G.P.S (Groupe pour Proche de patient Schizophrène) inspiré du groupe Pro Famille créée en 1991, il s'adresse seulement aux proches de personnes atteintes de schizophrénie.

Nous avons avec Sara Faivre le souhait de travailler sur un projet de psychoéducation et l'opportunité s'est présentée de rencontrer l'équipe du CMP pour discuter du projet. Lors de notre rencontre début 2016 l'équipe du CMP nous a expliqué avoir également le souhait de créer un autre groupe de psychoéducation cette fois adressé directement aux patients souffrants de troubles schizophréniques. Un début de réflexion avait été entamé par l'équipe du CMP mais rapidement il y avait eu des limitations en lien avec le temps nécessaire à la construction, à l'animation et au recrutement des patients.

Après cette réunion et l'accord du médecin responsable du CMP nous avons constitué une équipe pluridisciplinaire volontaire afin de travailler à la construction d'un programme.

ii) Groupe de travail

Un groupe de travail pluridisciplinaire a donc été constitué avec le Dr Bourcier praticien hospitalier de psychiatrie (formé en Thérapie comportementale et cognitive et à la Thérapie d'Acceptation et d'Engagement), Sylvie Marc infirmière sur le CMP (formée en ETP, et relaxation), Sara Faivre et Jeanne Victorin deux internes en psychiatrie (formée en Thérapie comportementale et cognitive). Nous nous sommes réunis à raison d'une demi-journée 2 fois par mois au CMP, pendant 9 mois.

Nous avons eu le souhait que le programme soit pluridisciplinaire et avons sollicité la participation de la diététicienne, de l'assistante sociale du service pour créer une séance spécifique avec chacune d'entre elles.

En premier lieu nous avons construit un calendrier des objectifs de mise en place, tenant compte de nos dates de thèse, de la population ciblée, des objectifs.

Nous avons ensuite écrit les grandes lignes du groupe grâce aux données de la littérature, à la formation en éducation thérapeutique mais aussi aux contacts que nous avons eu en France avec des équipes pratiquant l'éducation thérapeutique dans les troubles schizophréniques. Nous avons également défini les critères pratiques tels que les critères d'inclusion et d'exclusion du groupe, le nombre de participants, la fréquence et la durée des séances, ainsi que le lieu.

La deuxième étape a été de construire chaque séance dans le détail en choisissant des outils appropriés et diversifiés afin de créer un environnement motivationnel, de définir les compétences que nous souhaitons travailler par séance et par activité, en respectant le modèle de la HAS.

Nous avons également construit une trame pour le diagnostic éducatif, un questionnaire de satisfaction, des fiches d'évaluations de chaque séance, une trame de courrier adressé au psychiatre traitant, et enfin des outils d'évaluation du groupe et de son efficacité que l'on retrouve dans le travail de thèse de M^{elle} Sara Faivre.

iii) Formation théorique :

L'investigateur principal a suivi le diplôme universitaire du professeur Verdoux (Pu-PH de psychiatrie au CHU de Bordeaux) sur la schizophrénie, bipolarité et l'éducation thérapeutique à Bordeaux, formant aux 40 heures pour permettant l'animation de groupe d'éducation thérapeutique. Il procure également une partie théorique sur les dernières données de la littérature sur la prise en charge de la schizophrénie et des troubles bipolaires, il permet d'être formé en éducation thérapeutique et plus spécifiquement par des équipes soignantes pratiquant l'éducation thérapeutique en psychiatrie.

Compétences des animateurs :

Des compétences pédagogiques, en animation de groupe sont nécessaires. Faire de l'ETP en groupe demande de :

- Bien connaître et posséder les compétences pédagogiques, c'est ensuite grâce à l'expérience que l'éducateur pourra faire face à toutes les situations
- Maîtriser la thématique abordée et le contenu de l'intervention, ainsi que les spécificités du public reçu.
- Etre capable de mettre en place des stratégies qui permettent d'apporter et faire acquérir des connaissances, d'engager les participants dans un processus de changement concernant leur propre maladie, d'aider les personnes à reconnaître leurs ressources et leurs freins pour surmonter les obstacles.

L'INPES (institut national de prévention et d'éducation pour la santé) a rédigé un référentiel de compétences pour dispenser l'ETP qui décrit les situations rencontrées, les activités réalisées, les compétences (individuelles et collectives) déployées par l'équipe interne et les partenaires, en liens de proximité avec le patient. (INPES, 2013)

iv) Contact avec des équipes animant des groupes similaires en France :

Nous avons pris contact avec les hôpitaux psychiatriques de Toulouse et cliniques psychiatriques, début 2016, aucune structure ne propose sur Toulouse de la psycho éducation ou éducation thérapeutique adressée à des patients présentant un trouble schizophrénique. Il existe des groupes adressés à d'autres troubles tels les troubles bipolaires, les addictions ou la dépression. Sur la région midi Pyrénées il existe un seul programme validé à Rodez adressé aux patients souffrant de schizophrénie.

Nous avons ensuite contacté par téléphone différentes équipes en France pratiquant l'éducation thérapeutique dans la schizophrénie afin de connaître les grandes lignes de leurs programmes, avoir des retours sur leur vécu de la constitution du groupe, de l'animation, les difficultés pour nous aider à construire le programme.

Tableau 6 : caractéristiques de différents programmes d'ETP pour la schizophrénie en France sans lien avec des Laboratoires pharmaceutiques

Nom du groupe	Nombres de séances	Nombres de patients	Fréquence des séances et durée	Point spécifique du programme
ARSIMED® <i>Multicentrique</i> <i>Pau Lille</i>	3 modules indépendants, séances modulables - 2 modules adressés aux patients (27 séances) - 1 module pour aidant	8 patients (8 à 10 pour les séances avec aidants)	1 à 2 par semaine 1h par séance	Choix des modules Evaluation, diplôme en fin de participation Dernier module famille
CHU Marseille <i>Depuis 2011</i>	12 séances	6 à 8 patients	3 séances par semaine 2h avec pauses	Taches à la maison, documents papiers, rappel en début de séance Participation d'un médiateur de santé
Nantes <i>Depuis 4 ans</i>	6 séances Connaissance de la maladie Traitement Travail sur la stigmatisation	6 patients	2 heures hebdomadaires avec pauses	Repas 1 fois par an avec les deux groupes animés dans l'année
Schiz'educ <i>Clermont Ferrand</i> <i>Depuis 2013 validé par ARS</i>	14 séances Collective Connaissance de la Maladie Comprendre et adhérer au traitement Développer son autonomie	8 maximum Famille adressée sur le groupe pro famille en parallèle	2heures avec pause Hebdomadaire	Séances individuelles de rattrapage si absence Séance sur la sexualité, le tabac Appel des patients avant chaque séance Educateur sportif
Schiz'autonomie <i>Toulon</i> <i>(validé par l'ARS 2017)</i>	3 modules de 5 séances collectives - Reconnaître sa maladie - Comment se soigner - Hygiène de vie		45 min	Film, vrai ou faux Carte action/ vérité Auto questionnaire
CHS Rodez	4 modules de 3 ou 4 séances hebdomadaires	8 patients	50 à 120min collectif	Entretien individuel à 3 mois

c) Le choix des modalités pratiques :

Nous avons ensuite défini toutes les modalités pratiques d'organisation et de mise en place du groupe.

i) Population cible, critères d'inclusion

Nous avons choisi d'inclure les **patients adultes répondant aux critères d'inclusion suivants** :

- Atteint d'un trouble schizophrénique ou d'un trouble schizo affectif
- Ayant reçu l'annonce diagnostique au préalable.
- Consentant à participer au groupe
- Age supérieur à 18 ans
- Ayant un suivi par un psychiatre

Critères d'exclusion :

- Comorbidité addictive non stabilisée
- Décompensation aiguë du trouble

Une étude situe l'effet optimal de la psychoéducation entre 4 et 7 ans de suivi (Feldmann, Hornung, Prein, Buchkremer, & Arolt, 2002), cependant nous n'avons pas appliqué de critères de durée de la maladie.

Un consentement oral a été demandé aux patients et un consentement écrit été réalisé dans le cadre des échelles d'évaluation passées pour le travail de thèse de Sara Faivre.

ii) Horaires

Le choix de l'horaire a été principalement influencé par les contraintes des soignants. Les trois personnes présentes pour l'animation tout au long des séances étant Sylvie Marc (infirmière sur le CMP), Sara Faivre et moi-même (internes en psychiatrie). Il a été décidé un horaire de fin d'après-midi, restant dans les horaires d'ouverture du CMP. Nous avons pour des raisons de simplicité pour les patients choisi d'utiliser le même horaire le lundi et le jeudi, pour éviter les erreurs.

iii) Fréquence et durée des séances

Nous avons repris un des aspects qui nous semblait intéressant de la pratique du CHU de Marseille, qui anime un groupe depuis plusieurs années et qui a noté que la fréquence des séances permettait une meilleure cohésion de groupe et ont même augmenté à 3 séances par semaine. Cette fréquence permet également lorsqu'un patient est absent à une séance que le temps avant sa prochaine séance ne soit pas trop long et potentiellement d'éviter les perdus de vue.

La durée des séances doit être entre 60 et 90 minutes afin de pouvoir conserver les capacités de concentration. (Maurel, et al., 2011)

iv) Nombres de séances

Le programme a été pensé sur un nombre de 12 séances, en effet la littérature recommande un minimum de 9 séances.

v) Le choix du groupe

Nous avons fait le choix d'organiser notre programme sous une forme groupale plutôt qu'individuelle, voici les arguments ayant orienté notre choix.

Chez des patients à faible degré d'insight, le groupe a une fonction contenante et étayante qui peut ensuite se déployer vers une meilleure capacité de recours à autrui. Les situations de groupe permettent la stimulation et la confrontation des points de vue, ainsi que

de rompre l'isolement des participants. Accepter des informations, des conseils ou des critiques constructives provenant des pairs partageant le même problème de santé est parfois plus facile que celles des soignants.

Il semble également que lorsque le rapport au monde, aux autres et à soi-même n'est pas trop altéré, des mécanismes d'identification sont susceptibles de s'instaurer progressivement entre les patients présentant des troubles communs. Ces mécanismes d'identification peuvent constituer une voie d'accès vers une meilleure reconnaissance de ce qui restait marqué par le déni. (Ledoux & Cioltea, 2010)

Avantages :

- Échanges d'expériences entre patients
- Confrontations de points de vue
- Convivialité
- Rupture du sentiment d'isolement
- Émulation, interactions
- Soutien y compris émotionnel
- Apprentissages expérientiels par « situations problèmes »
- Gain de temps
- Stimulation des apprentissages

Inconvénients

- Enseignement vertical
- Patients hétérogènes
- Difficulté à faire participer les patients
- Inhibition des patients à s'exprimer
- Difficulté d'accorder de l'attention à chacun
- Difficulté à gérer un groupe
- Horaires fixes des séances

(Mosnier-Pudar & Hochberg-Parer, 2008)

vi) Nombre de participants

Les groupes doivent être restreints en nombre de participant à un maximum de 8 à 10 patients, afin de pouvoir s'adapter aux difficultés cognitives des patients. A l'inverse des groupes trop petits, moins de quatre personnes, ne permettent pas de développer une interaction suffisante et favorisent un travail en individuel avec chaque participant plutôt qu'un véritable échange d'expériences. (Mosnier-Pudar & Hochberg-Parer, 2008). Nous avons choisi de nous fixer sur un maximum de 6 à 8 patients

vii) Lieux

Le lieu défini a été une salle au niveau du CMP, salle disposant d'une table ronde, spacieuse, avec à disposition un tableau blanc et la possibilité de projeter des diaporamas ou vidéos. La salle est calme il n'existe pas de distracteurs visuels ni sonores.

d) Ecriture du programme

La HAS promulgue aujourd'hui la construction d'ETP pour les maladies chroniques et des recommandations ont été publiées pour accompagner les équipes à la création de programme.

i) Critères pour validation ARS

En 2007 l'HAS a élaboré des recommandations pour la construction de groupe d'éducation thérapeutique (ETP) dans le cadre de maladies chroniques sur lesquelles nous nous sommes également appuyés.

Ils stipulent que pour construire un programme il faut qu'il comporte les éléments suivants :

- Les buts du programme d'éducation thérapeutique
- La population concernée : stade de la maladie, âge, existence de poly-pathologies
- Les compétences
 - o D'auto soins : décisions que le patient prend avec l'intention de modifier l'effet de la maladie sur sa santé
 - o De sécurité
 - o D'adaptation : compétences personnelles et interpersonnelles, cognitives et physiques qui permettent aux personnes de maîtriser et de diriger leur existence, et d'acquérir la capacité à vivre dans leur environnement et à modifier celui-ci (qui font partie d'un ensemble plus large de compétences psychosociales)
- Le contenu des séances d'éducation thérapeutique
- Les adaptations du format selon les besoins spécifiques de la population
- Les professionnels de santé concernés et les autres intervenants
- Les modalités de coordination de tous les professionnels impliqués
- La planification et l'organisation des offres d'ETP et des séances d'ETP
- Les modalités d'évaluation individuelle des acquisitions et des changements.

ii) Rencontre avec l'équipe mobile UTEP

Nous avons sollicité l'UTEP : Unité Transversale d'Education Thérapeutique du Patient créée récemment au CHU, afin de nous aider dans notre démarche de construction d'un programme répondant aux critères de l'ARS pour une validation future.

L'UTEP a quatre missions :

- Accompagner des équipes dans la rédaction, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP)
- Favoriser les échanges entre les acteurs de l'éducation thérapeutique du patient et la mutualisation des outils.
- Donner de la visibilité à l'activité d'éducation thérapeutique du patient sur le CHU
- Informer sur la réglementation, les formations, les innovations et la recherche.

Nous avons pu nous rencontrer avec Mme Caroline Martineau (membre de l'UTEP) pour discuter du projet, ainsi que soumettre la trame de notre programme afin d'avoir des retours sur le contenu, la façon de présenter le programme, de le rédiger, les outils, les compétences ciblées.

L'UTEP poursuivra l'accompagnement du projet jusqu'à la validation.

iii) Réflexion sur les méthodes pédagogiques utilisées dans le groupe

Il a été important tout au long de la construction du groupe que nous puissions penser au mieux les méthodes pédagogiques que nous allions employer.

Il existe trois méthodes d'apprentissages classiques (Golay, Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève, 2015) :

- Transmissive ou linéaire : apport information par un détenteur d'un savoir à un récepteur (reçoit et mémorise)
- Conditionnement : renforcement des réponses positives et remédiations dans le cas des réponses négatives (plus utilisé dans le conditionnement de certaines techniques de soins)
- Constructiviste : construction d'un savoir au travers d'un travail de groupe. Expressions des connaissances du patient et ses conceptions pour les confronter et créer un conflit cognitif.

Un modèle pédagogique dit allostérique a été conçu par l'Ecole de Genève, prenant en compte que le patient apprend à partir de ses conceptions, de ce qu'il est et ce qu'il sait. Il s'agit ainsi de créer un environnement motivationnel permettant la transformation du savoir dans un travail de construction/déconstruction. Cela comporte la prise en compte des multiples dimensions du patient, et notamment ses émotions ressenties, son regard, sa façon de s'impliquer dans sa maladie ou son traitement ses soubassements de pensée. En effet une personne atteinte d'une maladie va rejeter toute indication ou conseil s'il n'entre pas en résonance avec sa façon de penser. Il faut donc créer un environnement motivationnel.

Un environnement motivationnel est constitué de :

1. Temps d'écoute active et de reformulations
2. Espaces d'interpellation, d'information, de réflexion, de confrontation
3. Réflexions et activités pour prendre conscience et modifier les conceptions (notamment les croyances de santé)
4. Liens entre les symptômes et la maladie, les effets des traitements et les soignants
5. Moments d'échanges de savoirs et de mobilisation des savoirs
6. Ancrage pour regrouper recouper des problèmes et des difficultés rencontrées
7. Situations pour prendre conscience, prendre du recul, repérer ses ressorts ou ses peurs
8. Aide à penser pour comprendre ou se situer et quelle priorité choisir
(Golay, Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève, 2015)

Il s'agit de construire un environnement de confiance également, avec toute l'importance de reformuler, accompagner la réflexion, valoriser les patients, remercier les participants de leurs participations, renforcer positivement, ne pas appliquer de méthode de type essai/erreur.

iv) La notion de compétences en ETP

Pour chaque séance nous avons défini les compétences et objectifs spécifiques de chaque temps d'animation, et nous avons construit des outils appropriés à chaque temps du parcours d'ETP.

Le rapport HAS-INPES sur l'éducation thérapeutique différencie deux registres de compétences : des compétences d'auto-soins et des compétences d'adaptation à la maladie, qui sont des compétences d'ordre psycho sociale, comme nous avons pu le détailler dans l'introduction.

Voici un tableau regroupant les compétences essentielles à toute démarche d'ETP qu'elle que soit la pathologie abordée, tiré d'un ouvrage d'Ivernois

Tableau 7 : compétences essentielles en ETP (D'Ivernois, 2011)

Compétences	Objectifs spécifiques ou composantes (exemples)
1- Faire connaître ses besoins, informer son entourage	Exprimer ses besoins, ses valeurs, ses connaissances, ses projets, ses attentes, ses émotions (diagnostic éducatif)
2- Comprendre, s'expliquer	Comprendre son corps, sa maladie, s'expliquer la physiopathologie, les répercussions socio-familiales, de la maladie. S'expliquer les principes du traitement.
3- Repérer, analyser, mesurer	Repérer des signes d'alerte, des symptômes précoces, analyser une situation à risque, des résultats d'examen. Mesurer sa glycémie, sa pression artérielle, son débit respiratoire de pointe, etc.
4- Faire face, décider	Connaître, appliquer la conduite à tenir face à une crise (hypoglycémie, hyperglycémie, crise d'asthme...). Décider dans l'urgence.
5- Résoudre un problème de thérapeutique quotidienne, de gestion de sa vie et de sa maladie, résoudre un problème de prévention	Ajuster le traitement, adapter les doses d'insuline. Réaliser un équilibre diététique sur la journée, la semaine. Prévenir les accidents, les crises. Aménager un environnement, un mode de vie favorables à sa santé (activité physique, gestion du stress...)
6- Pratiquer, faire	Pratiquer les techniques (injection d'insuline, auto-contrôle, glycémique, « spray », chambre d'inhalation, débitmètre de pointe). Pratiquer les gestes (autoexamen des oedèmes, prise de pouls, etc.). Pratiquer des gestes d'urgence.
7- Adapter, réajuster	Adapter sa thérapeutique à un autre contexte de vie (voyage, sport, grossesse). Réajuster un traitement, ou une diététique. Intégrer les nouvelles technologies médicales dans la gestion de sa maladie et de son traitement.
8- Utiliser les ressources du système de soins, faire valoir ses droits	Savoir où et quand consulter, qui appeler ; rechercher l'information utile. Faire valoir des droits (travail, école, assurances...) Participer à la vie des associations de patients...

v) Compétences définies pour le programme

On retrouve dans le tableau 8 un résumé de toutes les compétences que nous avons définies pour chaque séance, bien évidemment de nombreuses compétences restent transversales et abordées à différents temps de l'ETP.

Tableau 8 : Compétences définies par séances pour le groupe « mieux vivre avec sa maladie »

Compétences	
Séance 1 Introduction	Se présenter dans un groupe Identifier et exprimer ses attentes, ses représentations de la maladie, ses émotions Se définir des objectifs et les évaluer à la fin du groupe, moduler son regard sur la maladie Développer et renforcer ses connaissances sur des données d'épidémiologie simplifiées de la maladie
Séance 2 Symptômes positifs (idée délirante)	Mobiliser ses connaissances sur la maladie Comprendre les symptômes positifs Analyser et repérer des symptômes à partir de vidéos, et faire le lien avec sa propre expérience
Séance 3 Symptômes positifs hallucination	Développer et renforcer ses connaissances sur les hallucinations, mettre en lien avec son expérience, exprimer son vécu. Prendre conscience de l'universalité de l'expérience hallucinatoire Comprendre la physiopathologie des hallucinations Comprendre la notion d'acceptation Analyser et repérer sur une vidéo les signes de la désorganisation
Séance 4 Symptômes négatifs et thymiques	Acquérir et renforcer ses connaissances sur les symptômes négatifs, exprimer et partager son vécu Acquérir et renforcer des connaissances concernant les symptômes thymiques, faire le lien avec son vécu
Séance 5 Cause, évolution rechutes et facteurs de stress	Acquérir et renforcer ses connaissances sur les causes et évolutions de la maladie Partager son vécu Identifier les facteurs de stress généraux et ses propres facteurs de stress pouvant mener à une décompensation

<i>Séance 6</i> Traitement	Analyser et repérer ses signes d'alarmes et symptômes de rechute pour une prise en charge précoce S'expliquer les principes du traitement. Acquérir et renforcer ses connaissances des traitements (noms de molécules) Acquérir et renforcer ses connaissances de l'indication / intérêt Acquérir et renforcer ses connaissances sur les classes médicamenteuses (neuroleptique, thymorégulateur, antidépresseur, anxiolytiques/hypnotiques, correcteur) Connaître son propre traitement et comprendre ses actions
<i>Séance 7</i> Effets secondaires	Avoir notion des différents effets secondaires, savoir alerter son médecin. Savoir adapter son traitement en cas de situation particulière (oubli, alcool)
<i>Séance 8</i> Dispositif et parcours de soin	Développer et renforcer ses connaissances sur les réseaux de soins en psychiatrie Connaître les différents acteurs et lieux de soins Utiliser les ressources des réseaux de soins Savoir où et quand consulter, qui appeler
<i>Séance 9</i> Prévention de la rechute	Repérer des signes d'alerte, des symptômes précoces, analyser une situation à risque. Pouvoir percevoir les degrés de gravité, et adapter le type de réponse d'auto soins. Introduction à la notion de directives anticipées
<i>Séance 10</i> Prise en charge sociale	Connaître ses droits Faire valoir ses droits
<i>Séance 11</i> Notions d'habiletés sociales	Prendre des décisions et résoudre un problème Appliquer les méthodes de résolution de problème
<i>Séance 12</i> Hygiène de vie alimentaire	Connaître les différentes familles d'aliments, savoir constituer un repas équilibré Mettre en œuvre des modifications de son hygiène alimentaire
<i>Séance 13</i> Hygiène de vie	S'interroger sur ses habitudes de vie Aménager un environnement, un mode de vie favorable à sa santé (activité physique, hygiène de sommeil, hygiène corporelle)
<i>Séance 14</i> Clôture	Découvrir la vie des associations de patients.
<i>Compétences transversales</i>	Etablir des liens entre sa maladie et son histoire de vie Elaborer des projets d'avenir Savoir valoriser ses propres qualités et capacités Savoir élaborer des projets Exprimer ses émotions

e) Outils pédagogiques des séances

i) Choix d'outils validés

Quand on parle d'outil, on parle d'activité et d'interactivité. L'activité en pédagogie est essentiellement celle que l'on va solliciter chez l'apprenant entre lui et la situation à résoudre. (Giordan, 2010).

Il convient de définir ce qu'est un outil en ETP : ce sont des ressources à la disposition de l'intervenant, pour le travail sur des savoirs, savoir-faire et savoir-être dans le champ de la santé. L'utilisation de ces outils implique l'interaction entre l'intervenant et le destinataire et s'inscrit dans une logique de promotion de la santé.

Nous avons souhaité dans le choix et la conception des outils avoir un aspect ludique et interactif. Il est important de prendre en compte également les déficits neuropsychologiques associés aux troubles schizophréniques tels que les difficultés de mémorisation, d'attention qui sont hétérogènes entre les participants. L'idée, qui découle des techniques de remédiations cognitives est de s'appuyer sur les fonctions cognitives d'avantages préservées.

Dans cette partie nous allons présenter les différents outils utilisés lors du groupe.

a. IREPS Toulouse : Photolangage®

Nous avons rencontré et visité le centre de documentation de l'IREPS.

Il s'agit de l'*Instance Régionale d'Éducation et de Promotion de la Santé (IREPS) Occitanie* c'est une association de loi 1901 qui a pour objet de soutenir les démarches en éducation et promotion de la santé sur les différents territoires de la région, auprès des acteurs concernés, des professionnels intervenant dans le secteur sanitaire, social et éducatif, et auprès des publics fragiles.

Ils ont des locaux à Toulouse avec un Centre de Ressources Documentaires Régional possédant un fond documentaire ainsi qu'une outilthèque (DVD, jeux, mallette...).

Nous avons sollicité leur expertise en matière d'outils d'ETP, malheureusement peu d'outils ont été développés dans le cadre de la santé mentale, et aucun n'était adressé à des patients souffrant de schizophrénie de manière spécifique.

Nous avons cependant emprunté un photo langage. Ce photo langage[®] se compose d'une quarantaine de photos de thèmes très différents, en couleurs, format standardisé, représentant des décors, objets, des images de la nature ou des personnes de différents âges et sexes.

Le photo langage[®] est une marque déposée par Alain Baptiste et Claire Belisle, à la fin des années soixante. C'est une méthode destinée à faciliter le travail en groupes dans lequel des dossiers thématiques de photographies servent de support à la parole. Nous avons ici décidé de l'utiliser pour permettre de faciliter le dialogue autour des représentations de la maladie lors de la première séance.

b. Comète[®]

Le site de l'INPES propose la malette COMETE (COMPétences psychosociales en Education du paTiEnt).

COMETE contient des activités, des fiches méthodologiques et des jeux de cartes autour des thématiques suivantes : l'appropriation de la maladie, l'identification et la résolution de problèmes, l'image de soi, les projets de vie, l'avenir, les émotions, le rapport aux autres, l'entourage et les ressources, la confiance en soi.

L'outil COMETE a été réalisé avec un comité de pilotage pluridisciplinaire et financé par l'ARS.

L'outil est disponible en ligne gratuitement. (Comete, s.d.)

Nous avons de cet outil extrait des activités pour notre groupe, pour plusieurs séances.

c. Blob tree[®]

Le blob tree est un outil d'éducation thérapeutique simple. C'est un dessin en couleurs représentant des personnages sur différente partie d'un arbre. Les « Blobs » sont des bonhommes ni masculin ni féminin, ni vieux ni jeune, ils sont hors de codes culturels, ils expriment cependant des émotions. Le blob tree que nous avons choisi est aspécifique l'arbre ne se réduit pas à un contexte et peut être utilisé dans n'importe quel contexte.

Le blob tree est utilisé en tant que support de conversation, il n'y a pas de bonne réponse chaque personne perçoit de manière particulière les choses et à ses propres représentations. Ce support permet un partage d'émotions.

Nous l'avons utilisé en proposant de répondre à la consigne : « vous avez tous une maladie chronique, comment vous situez vous vis-à-vis de votre maladie ? » les animateurs

participent également à cet exercice et chacun à son tour nous partageons notre ressenti. Nous avons étendu l'outil en l'utilisant lors de la dernière séance où chaque participant a pu ressortir sa feuille pour s'adonner à la même consigne afin de voir s'il y avait eu une évolution de son vécu face à la maladie. S'associant à l'activité « Mes objectifs ».

d. Jeu des habiletés sociales : Compétence®

Nous avons commandé le jeu « Compétence » qui est un jeu d'entraînement aux habiletés sociales élaboré par l'équipe de Lausanne.

« Compétence » est un jeu de société qui permet de familiariser les professionnels à l'entraînement des habiletés sociales. Il requiert un minimum de quatre joueurs dont un professionnel. Il peut s'appliquer sans formation préalable et n'exige pas de matériel autre qu'une table, des chaises et de quoi écrire. (Se retablir, 2015)

Le jeu comporte à la fois des questions abordant les habiletés sociales, les cognitions sociales ainsi que des jeux de rôles courts.

e. Fiches RESEAU PIC®

Le réseau PIC (PIC & Psychiatrie Information Communication, s.d.) est constitué de professionnels exerçant dans différents établissements publics ou privés de Santé Mentale, dans toutes les régions de France.

Une des missions est de promouvoir l'information sur les médicaments utilisés en Santé Mentale, dans une démarche partenariale entre professionnels de santé (pharmaciens, médecins, infirmiers, psychologues...) au service du soin destiné au patient.

Le site propose des fiches sur chaque psychotrope présentant :

- Les bénéfices du médicament
- Comment le prendre
- Que faire en cas d'oubli
- Que surveiller pendant le traitement
- Les précautions : alcool, drogue, conduite de véhicule, désir de grossesse, autre médicament

Chaque patient reçoit à la fin de la séance sur les médicaments les fiches des traitements qu'il prend au moment de la participation au groupe.

ii) Construction d'outils

Face au peu d'outils disponibles adaptés à notre groupe, nous avons décidé de créer une partie de nos outils seul. Pour nous aider dans cette démarche il existe des critères de qualité, afin de pouvoir créer et utiliser les outils nous semblant personnalisés et adaptés à notre pratique. Par ailleurs nous ne souhaitons pas avoir recours aux outils proposés par des laboratoires pharmaceutiques (Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, s.d.). De plus dans les critères requis pour une validation du programme par l'ARS les outils issus de Laboratoire Pharmaceutique sont proscrits.

Chaque outil a été pensé par rapport à des compétences spécifiques que nous voulions travailler.

a. Rappel des séances précédentes :

Le rappel des séances précédentes permet à la fois de revenir sur d'éventuelles interrogations des participants, améliorer la mémorisation en faisant un rappel, vérifier la bonne compréhension de certaines notions.

Les rappels sur les séances sont introduits par un jeu de « **qui veut gagner des millions** » construit avec le logiciel Keynote (Apple) avec animation et son, permettant un abord ludique. Les questions écrites sont simples, elles comportent 4 propositions de réponses afin de ne pas être dans un apprentissage essais/erreurs.

b. Vidéos des symptômes positifs et désorganisation

L'objectif de l'utilisation des vidéos était de permettre aux patients du groupe durant l'activité de repérer les symptômes positifs et de pouvoir ensuite mettre en lien avec leur vécu et partager avec les autres participants du groupe.

Le format vidéo est utilisé en éducation thérapeutique et lorsqu'il s'agit d'objectif de modification de comportement complexe il est préférable d'utiliser une forme narrative (mise en scène de saynète) comme le montre une revue de la littérature sur l'éducation thérapeutique assistée par des vidéos. (Abed, Himmel, Vormfelde, & Koschack, 2014)

Pour cela nous avons rédigé de courts scripts où un acteur parle et exprime des éléments délirants francs avec des thématiques différentes dans chaque vidéo. Chaque séquence aborde un thème différent : mégalomane, persécution, mystique puis différents mécanismes : interprétatif, hallucinatoire et intuitif, les séquences durent moins de 30 secondes et montre un personnage seul (un homme ou une femme) qui raconte ce qu'il vit, dans un décor neutre. Le discours est clair et ciblé sur les éléments délirants pour permettre une clarté de la saynète.

Une autre saynète a été conçue pour repérer les éléments de la désorganisation de la pensée (trouble du contrôle cognitif), avec pour exemple une phrase prononcée d'une manière neutre, puis avec des éléments de désorganisation (néologismes, sourire immotivé, posture, discours décousu)

Chaque vidéo est suivie d'un temps d'analyse en groupe des différents éléments repérés dans le discours de l'acteur ou le comportement. Puis les participants sont invités à partager sur leur propre vécu, ainsi que leurs avis sur les propos. Et ainsi permettant un partage d'expérience et l'émergence de questionnement.

L'objectif n'est pas que le patient acquière la connaissance des mécanismes et thèmes spécifiques.

c. « Ma pharmacie »

Activité conçue ayant pour objectif de travailler sur la connaissance des médicaments, des différentes familles et de leurs indications/ intérêts. L'outil est constitué de boîtes de médicaments vides (neuroleptiques PO retard, anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs, thymorégulateurs), un faux ordonnancier, un tableau blanc. Le support permet d'ajouter un côté plus ludique et interactif, maintenir l'attention. L'activité dure 1h et permet une interaction autour du médicament.

d. « Sens et Hallucinations »

L'outil constitué d'un schéma d'un bonhomme et d'image représentant les différents sens, il permet d'évoquer les différentes modalités d'hallucination, de faire le lien avec les sens en jeu, puis de faire un lien avec leur vécu passé ou présent. Il est interactif, visuel.

e. « Mes objectifs »

Cet outil simple est décomposé en deux temps, il s'agit de faire remplir à chaque patient sur une feuille ses propres objectifs durant la première séance et de réouvrir cette enveloppe qui reste personnelle durant la dernière séance du groupe. L'objectif principal est de permettre un retour, une prise de conscience de l'évolution personnelle. Il n'est pas demandé aux patients de partager leurs écrits, il n'y a pas de partage collectif.

f. Cartes inspirées de la ronde des décisions ou carte de Barrows

Le jeu a été conçu initialement pour des patients diabétiques, par l'INPES en 2005. Il s'agit d'un jeu de cartes avec des problèmes à résoudre, des cartes de décisions à prendre et des conséquences à entrevoir en fonction des choix. Pour chaque situation une décision doit être prise parmi des propositions d'actions.

Nous avons donc présenté des situations autour de la rechute dans la schizophrénie, avec la description de situations que vit un personnage que nous avons nommé Kim. Les patients étaient ensuite invités à proposer des stratégies à partir de dessins représentant des ressources diverses qu'ils pouvaient utiliser (famille, amis, sport, médecin, pharmacie ...). Chaque patient peut ainsi évoquer ses propres idées, stratégies envisagées avec une discussion autour de ces idées entre les différents participants.

g. Power point

Nous avons écrit des PowerPoint dans lesquels l'information y est succincte et claire, peu d'information par diapositives ainsi que des séquences courtes, l'outil permet un support aux informations orales. Avec plusieurs éléments d'informations images ou photos associés à des mots clés. Le power point permet d'intégrer dans l'apprentissage une autre voie de communication. Certains comportaient des parties interactives avec des apparitions progressives afin de rendre le patient plus actif, et d'éviter une présentation sous la forme d'un cours magistral.

iii) Création de Fiche

a. Fiches résumées des séances

La quasi-totalité des séances étaient accompagnées de fiches résumant les informations associées à la séance. Certaines fiches incluent des parties permettant au patient de prendre des notes, ajouter leur vécu, ou le vécu de leurs proches.

Les informations sont issues des données actuelles de la science, les termes sont vulgarisés pour permettre une facilitation de la compréhension. Les fiches comprennent des images accompagnant les écrits. Cf exemple de fiche de la séance 1 en Annexe 5.

b. Fiche « Mes Symptômes »

La fiche *mes symptômes* (Annexe 2) est une fiche sur laquelle figure les symptômes de la schizophrénie, classés par type, de manière simplifiée, avec des petites cases à cocher. Elle fait le lien au fur et à mesure des séances. Le but étant que chaque patient à la fin des séances puisse cocher les symptômes qu'il a déjà vécu dans ceux que nous venons d'aborder durant la séance.

Elle permet de faire un travail préliminaire avant le « Pass prévention », ce temps permet aussi en fin de séance un rappel, de pouvoir prendre un temps pour faire un tour de table et discuter avec chaque patient de son histoire clinique, d'être dans une approche personnalisée.

c. Fiche « Pass prévention »

La fiche Pass Prévention (annexe 3) que nous avons élaborée est une fiche à remplir par chaque patient de manière personnelle comportant trois rubriques :

- « Signes d'alarmes »
- « Symptômes de rechutes »
- « Qui appeler ».

La carte Pass prévention est l'aboutissement de la réflexion sur la prévention de la rechute faite durant plusieurs séances et permet à chaque patient de la remplir en reprenant les notes qu'il a faites durant d'autres séances, en particulier la fiches « mes symptômes » ainsi que la fiche de la séance 5 sur la prévention de la rechute. Durant ce temps les animateurs accompagnent les patients dans le travail de conception de cette fiche personnalisée.

iv) Résolution de problème

Cette technique semble répondre de façon particulièrement adéquate aux troubles de la planification et à la sensibilité à l'imprévu qui sont présents chez la plupart des patients atteints de schizophrénie (Maurel, et al., 2011).

Le processus de planification est plus lent et moins organisé, la technique de résolution de problème permet, de contourner en décomposant ce processus de décision. Ainsi, devant un problème ou un choix, sept étapes sont abordées, le patient apprend une routine qui le décentre de l'évènement stressant. Là encore, les premiers exercices concernent des problèmes quotidiens, puis abordent plus spécifiquement des situations concernant la maladie ou son traitement.

Les étapes de la technique de résolution de problème sont :

1. S'arrêter et réfléchir ;
2. Définir le problème (quel est le but, quel est l'obstacle) ;
3. Faire la liste des différentes solutions ;
4. Etablir pour chacune la liste des avantages et des inconvénients ;
5. Choisir une ou plusieurs solutions ;
6. Déterminer les ressources nécessaires ;
7. Passer à l'action.

(Maurel, et al., 2011) (Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007)

v) Documents annexes

Les documents annexes sont essentiels pour structurer le déroulement du groupe, ainsi que les retours des soignants pour permettre une amélioration des pratiques.

Le déroulement comporte :

- Temps de communication : création d'un flyer (annexe 1) disponible à l'hôpital et au CMP, information aux psychiatres du CH Marchant par email.
- Temps de recrutement des patients adressé par leur psychiatre traitant, un registre contient les prises de contact pour déterminer un rendez-vous.
- Le diagnostic éducatif : la trame créée permet de recueillir des informations de différents champs de la vie du patient :
 - Maladie : début des troubles, suivi, hospitalisations, symptômes, connaissances sur la maladie, annonce diagnostique, traitement
 - L'activité professionnelle, ressources, mesure de protection
 - Environnement social et affectif
 - Loisirs et activités physiques
 - Facteurs de risques
 - Hygiène de vie et habitudes alimentaires, sommeil
 - Croyances et représentations,
 - Dimensions psychologiques, projets
- Compte rendu des séances : Une trame pré-écrite est remplie en fin de séance par les animateurs, il s'agit d'un compte rendu de groupe, comprenant les patients présents. Pour chaque activité des remarques sur les patients et également une partie sur les aspects de l'animation positifs et négatifs du point de vue de l'intervenant (difficultés rencontrés, confort pour l'intervenant etc..), pour permettre une démarche d'amélioration.
- Evaluation des connaissances : il s'agit d'un auto-questionnaire comportant 23 questions dont 20 vrai/faux et 3 questions à choix multiples, afin de permettre d'évaluer les connaissances de chaque patient en fin d'ETP durant le rendez-vous individuel. Les questions portent sur différents aspects abordés lors du groupe, l'idée étant de nous permettre de voir si ces éléments sont intégrés et de pouvoir reprendre certains points avec les patients le nécessitant.
- Courrier aux psychiatres traitants : envoyé après la fin du groupe à partir d'un courrier type. Dans celui-ci on retrouve les différentes séances du programme, les animateurs, l'assiduité du patient.

vi) Intervenant extérieur

Pour permettre une pluridisciplinarité ainsi qu'une ouverture vers l'extérieur nous avons sollicité la participation d'une association d'usagers de la psychiatrie.

a. Rencontre avec une association d'usagers « Toute voiles dehors »

Nous avons rencontré, en Juillet 2016, Emmanuelle Bourlier (présidente de l'association) ainsi que la secrétaire de l'association pour leur présenter notre projet et connaître le fonctionnement de leur association. Elles ont pu nous présenter le fonctionnement de leur association et ont accepté de venir intervenir durant notre groupe pour présenter leur association d'usagers.

C'est une association d'usagers, qui articule son action autour de deux objectifs : *retisser du lien social et essayer d'améliorer les relations soignants/soignés*. Ils proposent des accueils, des temps informels, des activités, des rencontres usagers (débat entre soignants et usagers), ils ont des partenariats avec des associations proposant du sport adapté ainsi que des sorties culturelles.

b. Groupe de gestion des hallucinations

Nous avons également rencontré Thomas Langlois, psychologue au CHS Marchant à Toulouse, qui a élaboré un projet de thèse de psychologie autour d'un groupe gestion des hallucinations.

Ce groupe est un groupe fermé, maximum de 8 patients, avec deux animateurs formés, sur 6 séances. Il a pour but de travailler sur la gestion des hallucinations, avec une partie d'information de normalisation, puis des techniques de gestions des hallucinations ainsi que des travaux à faire à la maison. Ce groupe est animé depuis plusieurs années au CHS Marchant.

Nous lui avons donc proposé de venir présenter durant notre groupe son projet aux patients afin qu'ils puissent intégrer le groupe pour la poursuite de leur démarche de rétablissement pour ceux intéressés. Le groupe va se développer également au CMP La Grave à partir de l'année 2018.

f) Evaluation de la satisfaction des patients

i) Questionnaire de satisfaction

Nous avons réalisé une enquête de satisfaction auprès des patients à la suite de la participation au groupe, grâce à une questionnaire de satisfaction Annexe 4.

Il comporte :

- 16 questions fermés évaluant le degré de satisfaction avec 5 possibilités (Pas satisfait du tout / Pas satisfait / Moyennement satisfait / Satisfait / Très satisfait)
 - o Abordant : les modalités pratiques choisies pour le groupe, le contenu, les attentes, les moyens utilisés, certains thèmes abordés.
- Une note globale à attribuer au groupe sur une échelle entre 0 et 10
- Deux questions ouvertes : sur les thèmes que le patient aurait souhaité voir aborder, sur leurs recommandations d'amélioration.
- Deux questions fermées, réponse oui ou non : « Recommanderiez-vous ce groupe ? » et « Avez-vous parlé à vos proches du groupe de psychoéducation pour les proches de personnes atteintes de schizophrénie »

Modalité de remplissage :

Ce questionnaire a été prévu pour être rempli anonymement par tous les patients ayant suivi le programme, à la fin de celui-ci, durant la dernière séance.

Analyse des données :

Les réponses aux questionnaires ont ensuite été retranscrites sur tableur Excel afin d'obtenir des pourcentages sur chaque question.

Les résultats ont été présentés sous forme de pourcentages graphiques.

III. RESULTATS

a) La mise en place du groupe « Mieux vivre avec sa maladie »

Voici le résultat de la mise en place du groupe de psychoéducation, sur le CMP La Grave.

i) Le format proposé

Il s'agit d'une ETP de groupe, suivant le schéma :

- Patients adressés par psychiatre traitant
- Diagnostic éducatif individualisé + échelles d'évaluations (cf le travail de thèse de Sara Faivre)
- 14 séances collectives réparties en trois modules, d'une durée de 1h30 avec une pause, 2 fois par semaine.
- Séance individuelle de fin de groupe + évaluation des connaissances + échelles d'évaluations (cf le travail de thèse de Sara Faivre)

ii) Le programme du groupe

Voici le programme complet du groupe « mieux vivre avec sa maladie ». Il comprend 14 séances réparties sur 3 modules. :

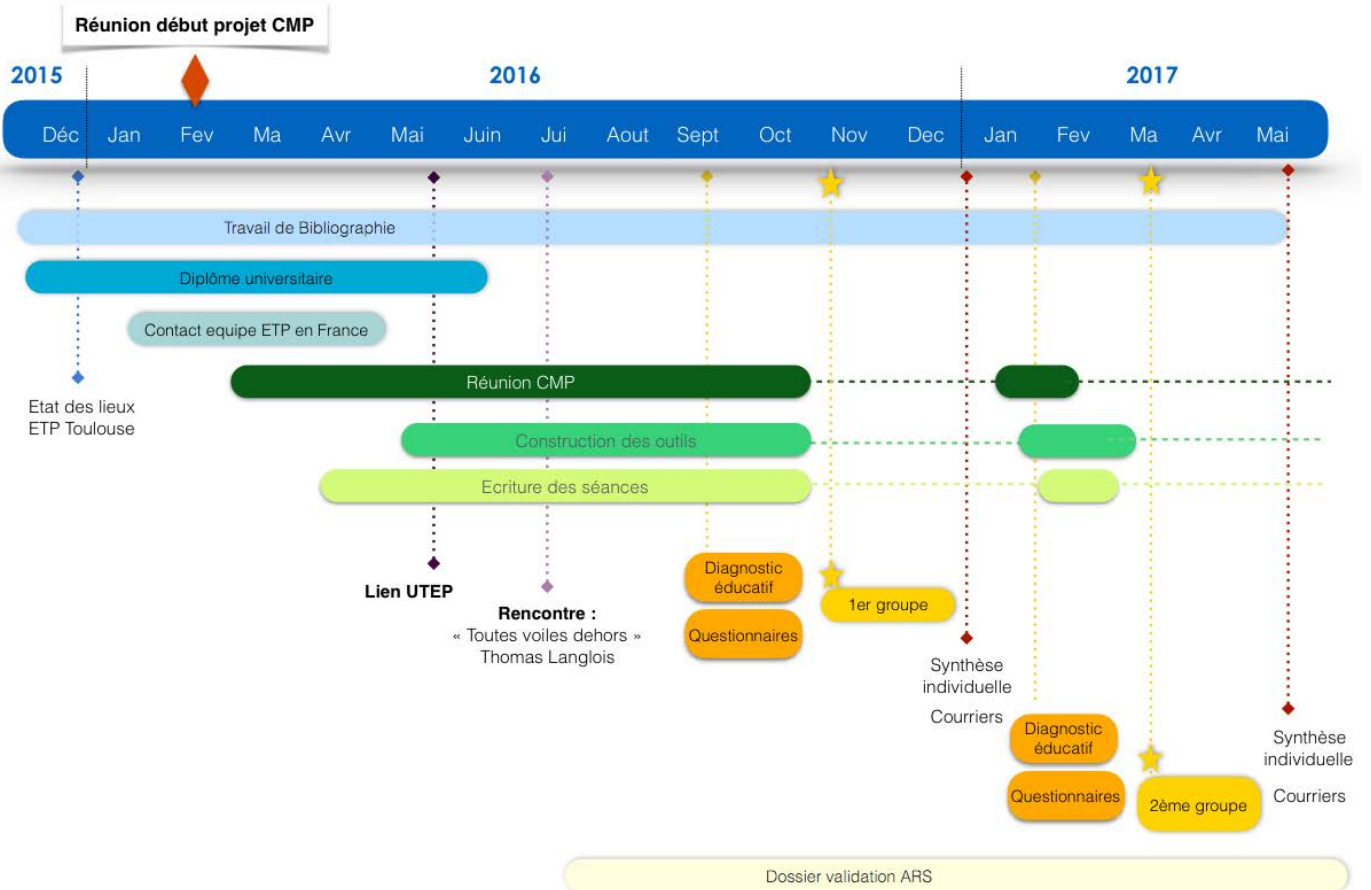
- **Module 1 : Connaissance de la maladie**
 - Séance de présentation et travail sur la représentation de la maladie
 - Symptômes positifs : idée délirante
 - Symptômes positifs : Hallucination et désorganisation
 - Symptômes négatifs et symptômes thymiques
 - Causes, évolutions rechutes et facteurs de stress
- **Module 2 : Prise en charge thérapeutique**
 - Les médicaments
 - Les effets secondaires
 - Dispositif et parcours de soin
 - Prévention de la rechute
- **Module 3 : Mieux vivre avec la schizophrénie**
 - Prise en charge sociale
 - Notions d'habiletés sociales
 - Hygiène de vie : diététique
 - Hygiène de vie : sommeil, drogue, alcool, hygiène corporelle
 - Séance de clôture : Présentation association patient, T. Langlois, Pro famille

iii) Les étapes de la mise en place

Voici une frise chronologique, figure 2, résumant les différentes étapes de la mise en place du groupe.

Figure 2 : Frise chronologique du travail de mise en place du groupe de psychoéducation

CHRONOLOGIE DE LA MISE EN PLACE DU GROUPE PSYCHOÉDUCATION DANS LA SCHIZOPHRÉNIE « MIEUX VIVRE AVEC SA MALADIE »



iv) Premier groupe

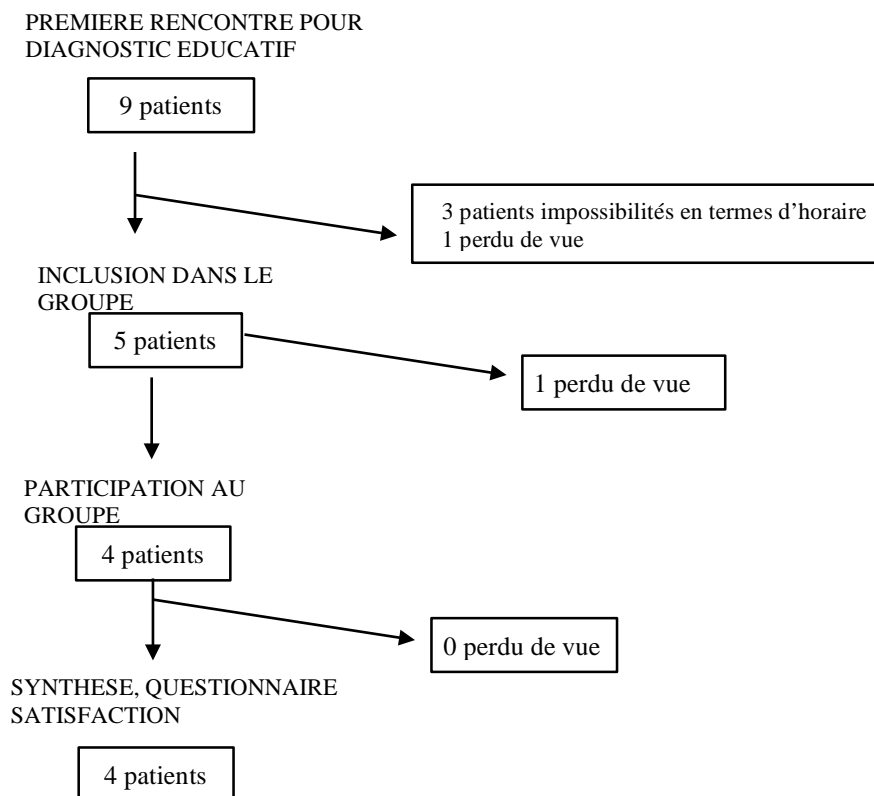
Pour le premier groupe nous avons rencontré 9 patients pour leur présenter le groupe et réaliser le diagnostic éducatif cf figure 3:

- Cinq n'ont finalement pas participé au groupe : trois patients n'ont pas pu participer pour des contraintes d'horaires, un n'était pas stabilisé, la dernière n'a pas donné suite à l'entretien du diagnostic éducatif.
- Seuls quatre patients ont participé au groupe.

Durant le groupe on retrouve un taux d'absentéisme des patients de 3,5% (de 0% à 7 % des séances).

Le tableau 9 résume différentes caractéristiques des participants.

Figure 3 : Flow chart premier groupe en octobre 2016



Durant le premier groupe nous n'avons pas pu réaliser la séance prise en charge sociale dû à l'absence de l'assistante sociale. Cette séance a été remplacée par une séance sur les habiletés sociales sur la base du jeu comète.

Tableau 9 : Caractéristiques des différents patients du 1^{er} groupe

	Patient 1	Patient 2	Patient 3	Patient 4
Age	32 ans	35 ans	51 ans	31 ans
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme
Début des troubles	2002	2007	1995	2005
Diagnostics	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Trouble schizo affectif
Objectifs spécifiques à l'issu du diagnostic éducatif	Compréhension des mécanismes du troubles	Rechute, connaissances sur la maladie, rencontres	Connaissance de la maladie, prise en charge, devenir (schizophrénie et vieillissement)	Connaissance sur la maladie, soutien social
Provenance du patient	CMP la grave	CMP la grave	Psychiatre du CHU	CMP la grave
Nombres d'absences durant le groupe	1	0	1	0
Comorbidité	Addiction (cannabis)		Addiction sevrée (opiacé, alcool) Participation AA et NA	
Soutien familial	Oui	Oui	Non	Non
Travail	Non	Non	Oui	Non, projet de reprise

v) Deuxième groupe

Pour le deuxième groupe nous avons rencontré 7 patients pour la réalisation du diagnostic éducatif, 1 patiente a été perdue de vue. 6 patients ont finalement participé au groupe sans perdu de vue, jusqu'à la fin du groupe. On retrouve un taux d'absence moyen de 8%. (de 0% à 21%).

Le tableau 10 résume les caractéristiques des participants.

Figure 4: Flow chart deuxième groupe en mars 2017

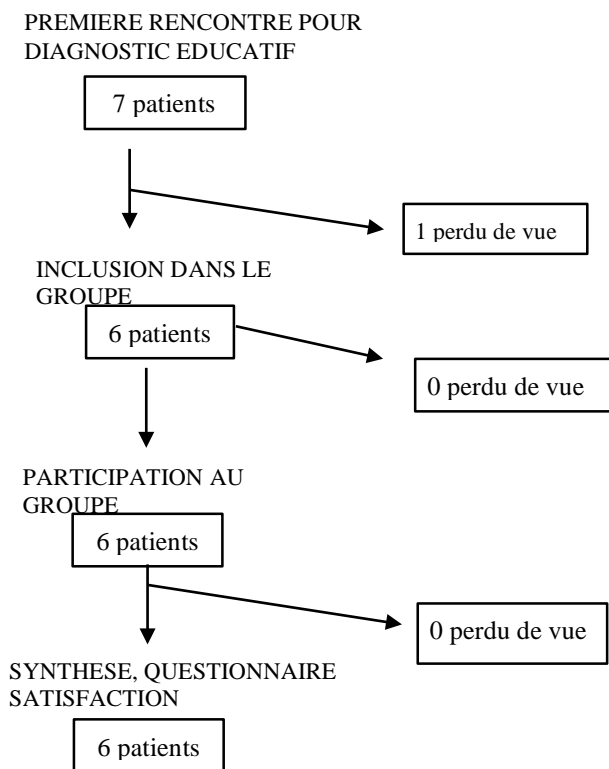


Tableau 10 Caractéristiques des différents patients du 1^{er} groupe

	Patient 5	Patient 6	Patient 7	Patient 8	Patient 9	Patient 10
Age	23 ans	50 ans	40ans	35 ans	31 ans	35ans
Sexe	Homme	Homme	Femme	Femme	Femme	Homme
Début des troubles	2012	2004 Diag 2009	2006 Diagn 2012	2014 Diag 2015	Diagn 2010	2005
Diagnostics	Schizophrénie paranoïde	Schizophrénie paranoïde	Trouble schizo affectif	Trouble schizo affectif	Schizophrénie paranoïde	Trouble schizo affectif
Objectifs spécifiques à l'issu du diagnostic éducatif	Améliorer sa qualité de vie Amélioration de la gestion de sa maladie	Explications sur le traitement Connaissance sur la maladie Echange avec d'autres patients	Prévention de la rechute Améliorer l'autonomie Mieux se connaître	Mieux gérer les décompensations Prévenir les rechutes	Gestion des hallucinations Causes de la maladie	Améliorer connaissance de la maladie Comprendre l'étiologie
Provenance du patient	CMP la grave	CMP la grave	CMP la grave	Clinique Aulfrey	CH G Marchant	CMP la Grave
Nombres d'absences durant le groupe	2	0	0	0	2	3
Comorbidité		Addiction alcool sevrée				
Soutien familial	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Travail	En recherche d'emploi	Non	Oui	Non	Non	Etudiant

vi) Provenance des patients des deux groupes

Sept patients ont été adressés par l'équipe du CMP où se déroulait le groupe, un patient a été adressé par un psychiatre du CHU, une a trouvé le groupe par ses propres moyens le dernier a été adressé par un autre hôpital psychiatrique de Toulouse.

Il convient de poursuivre le travail de communication pour permettre un meilleur accès intersectoriel, le référencement parmi les groupes validés par l'ARS permettra également d'apparaître dans le réseau OSCAR (Oscar Santé, s.d.) ainsi que sur le site d'ETP d'Occitanie (Mon ETP , s.d.).

b) L'animation du groupe

i) Organisation

Les diagnostics éducatifs ont été réalisés sur un temps d'une heure, en binôme, une interne et une infirmière, 1 mois avant le début du groupe. Les échelles d'évaluation ont été réalisées par Sara Faivre dans le cadre de son travail de thèse.

Le groupe a été animé principalement par Sara Faivre, Sylvie Marc et Jeanne Victorin. Certaines séances étaient animées par le Dr Bourcier, une séance par la diététicienne du service ainsi qu'une séance par l'assistante sociale du CMP. Il y avait toujours un minimum de 2 intervenants par séances.

Un animateur était désigné comme animateur principal, le deuxième avait une place plus en retrait afin de réguler la séance, accompagner les échanges pouvoir se détacher en cas de difficultés d'un patient, les rôles changeaient en fonction des séances.

Les deux groupes (14 séances socles) se sont déroulées sur 1 mois et demi à raison de deux séances par semaine les lundis et jeudis de 17h à 18h30, avec une pause durant la séance, un temps de préparation de 30min avant plus 30min en fin de séance (rangement, compte rendu séance). Les questionnaires de satisfaction ont été remplis anonymement lors de la dernière séance.

Le rendez-vous de synthèse a été réalisé dans le mois suivant la fin du groupe, comportant un questionnaire de connaissance.

c) Questionnaires de satisfactions

Un questionnaire de satisfaction a été rempli par chaque patient ayant participé au groupe, de manière anonyme lors de la dernière séance du groupe. Cf « Questionnaire de satisfaction » Annexe 4.

Nous avons obtenu 10 réponses aux questionnaires de satisfaction sur les 10 patients inclus dans ce projet. Ils ont répondu à la totalité des questions sauf à la question 10, seulement 9 réponses sont analysées du fait de l'absence d'un patient lors de la séance concernée par cette question.

Les résultats sont similaires pour les deux groupes hormis ceux de la question 9 qui concernent la séance « Interactions sociales », les résultats entre les deux groupes sont différents. Nous avons modifié cette séance entre les deux groupes en ne proposant plus les jeux de rôles mais seulement de la résolution de problèmes. En effet, nous avons repéré que les jeux de rôle avaient pu mettre en difficulté certains participants. Cette observation se

retrouve sur les questionnaires de satisfaction puisque pour le premier groupe 75 % des participants se disaient moyennement satisfaits de cette séance et 25 % très satisfaits. Pour le deuxième groupe, 66,7 % étaient satisfaits et 33,3 % étaient très satisfaits.

La note d'appréciation globale du groupe obtenue est de 9.3/10.

A la question « Pensez-vous que d'autres thèmes devraient être abordés ? Si oui, lesquels ? », Nous avons obtenu les trois réponses suivantes :

« *Plus de déstigmatisation, plus d'espoirs* »

« *Expliquer les mécanismes qui rentrent en jeu lors de la maladie de manière plus explicite et complète* »

« *La source autre que neuronale, hormonale ou génétique de la maladie* »

A la question « Y a-t-il des choses à modifier pour améliorer notre groupe ? Avez-vous des suggestions pour répondre mieux à vos attentes ? », nous avons obtenu les six réponses suivantes :

« *Faire attention à ce que tous les participants se sentent à l'aise et ne soient pas en difficulté* », « *Le groupe devrait durer plus longtemps et qu'il y ait un suivi au-delà* »

« *Une continuité* »

« *Prendre des cas et des exemples et les étudier* »

« *Séance causes évolution et rechute trop d'informations sinon intéressant* »

« *La maladie n'est-elle pas juste une autre manière ou façon d'être, le nom psychoéducation me gêne, surtout éducation* »

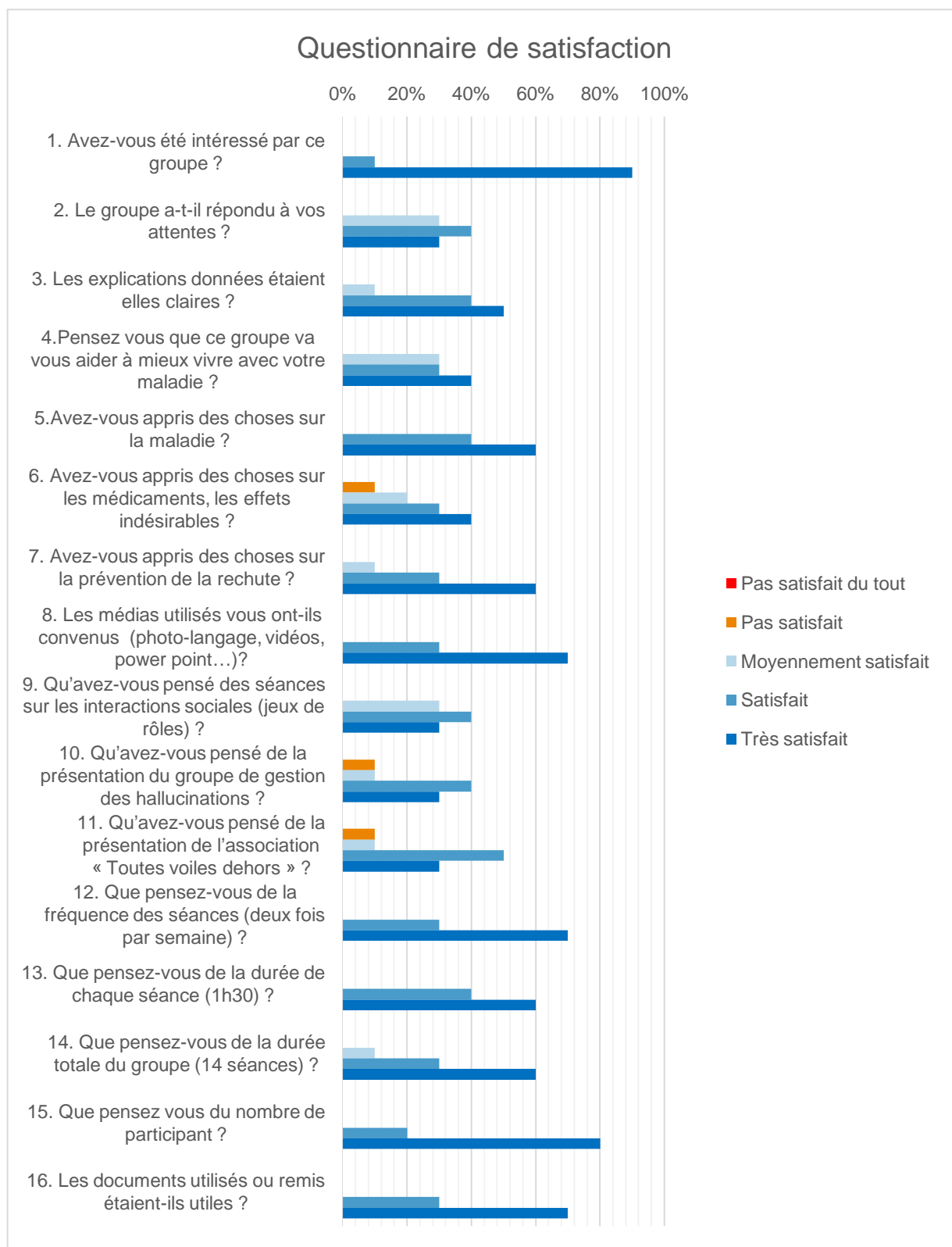
« *Solliciter un peu plus les participants* »

A la question « Recommanderiez-vous ce groupe à quelqu'un ? », la totalité des patients ont répondu oui.

60 % des participants disent avoir parlé à leurs proches du groupe GPS.

Voici le Graphique 1 montrant pour chaque question du questionnaire le pourcentage de réponse par proposition (pas satisfait du tout, pas satisfait, satisfait, moyennement satisfait, satisfait, très satisfait)

Graphique 1 : Résultats des questionnaires de satisfaction



Voici d'autres propos recueillis durant la synthèse individuelle à distance du groupe :

Voici les thèmes qu'aurait souhaités aborder les patients : le stress post traumatique lié à la première bouffée délirante aiguë, l'art-thérapie, la solitude, plus de travail d'habiletés sociales sur un modèle de résolution de problèmes

Nous les avons également interrogés sur des moments où ils auraient pu se sentir en difficulté, une patiente a décrit des sensations d'angoisses lors des premières séances qui se sont rapidement amendées, un patient se sentait en difficulté lorsque les autres participants évoquaient leur famille, celui-ci étant très isolé. Les autres n'ont pas évoqué de moments particuliers.

Voici des propos de patients durant la séance individuelle de synthèse concernant le sentiment avec lequel ils ressortent du groupe :

« Je me sens rassuré je ne suis pas tout seul »

« Cela a été positif de partager les expériences les uns des autres. Au début je me suis dit je ne m'en sortirai pas. »

« Plus détendue pour discuter avec mon psychiatre »

« J'ai beaucoup perçu le manque d'autonomie des autres. Mais j'ai trouvé comment vivre avec. »

« Je me sens moins dans le secret avec ma maladie, apaisement, plus libérée, moins isolée dans la maladie »

d) Vers la validation ARS

Le programme a été construit en vue d'une demande de validation ARS, nous avons donc respecté les critères de qualités ARS. Voici les différents aspects finaux du programme pour le dossier de validation et les points à continuer de travailler pour pouvoir accéder à la validation.

i) Construction du dossier de demande de validation

Nous avons construit le dossier, qui est constitué d'une demande comportant les détails du programme (lieux, professionnel, population cible, objectifs ...) il comporte des annexes dans lesquelles le programme est résumé dans un tableau, un document doit également être réalisé comportant la trame précise de chaque séance, avec les différents temps d'animation, les modalités d'animation etc... Le dossier doit également contenir le diagnostic éducatif ainsi que la trame de la synthèse.

Le tableau 11 résume les éléments du cahier des charges du groupe.

Tableau11 : résumé du cahier des charges du programme « mieux vivre avec la schizophrénie »

Eléments du cahier des charges		« Mieux vivre avec sa maladie »
L'équipe	Pluridisciplinaire : médecin, infirmière, diététicienne, assistante sociale Nécessité de justifier pour chaque intervenant d'une formation de 40h Coordinateur à désigner	
Situation clinique couverte	Troubles schizophréniques et schizoaffectif, ALD 30 Touche 1 % de la population, pourvoyeur de handicap	
Les objectifs du programme	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de schizophrénie et de son entourage - Améliorer l'alliance thérapeutique - Amélioration de l'observance - Amélioration de l'insight - Identifier les différents symptômes de la pathologie - Repérer les signes d'alarmes - Améliorer la compréhension de son vécu par le patient - Prendre connaissance des différents traitements, savoir adapter en cas de situation particulière - Connaître les effets secondaires et la surveillance des traitements 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Prévention du risque de rechute par le repérage des facteurs de stress, des signes d'alarmes et symptômes de rechute, puis la réflexion de conduite à tenir - Prendre connaissance du dispositif de soins et s'y repérer - Prendre connaissance de ses droits - Initiation au travail des habiletés sociales et à la résolution de problème - Réajuster son hygiène de vie (activité physique, diététique, sommeil...)
<i>Population concernée</i>	Patient ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou trouble schizo affectif stabilisé. Patient Adulte
<i>Indépendance</i>	Exclusion des addictions non sevrées, décompensation aigu
<i>Données d'efficacité</i>	Le programme a été élaboré et mis en œuvre sans influence des opinions ou des intérêts des industriels du médicament, ou des dispositifs médicaux ou des technologies de l'information.
<i>Mode d'entrée</i>	Cf introduction
<i>Format proposé</i>	Adressé par psychiatre traitant, mais prise de contact par le patient avec l'équipe
	ETP initiale
	Programme de 14 séances groupales de 1h30, deux fois par semaine, et deux séances individuelles pour diagnostic éducatif et synthèse de fin de participation
<i>Etapes de la démarche éducative et organisation des séances</i>	Diagnostic éducatif individuel, détermination des objectifs éducatifs Participation aux 14 séances groupales Synthèse individuelle
<i>Financement</i>	Financement sur budget du CMP
<i>Enregistrements nécessaires à la continuité de la démarche éducative</i>	Dossier ETP papier, contenant le diagnostic éducatif les objectifs éducatifs, le compte rendu de la synthèse, le questionnaire de connaissance, la copie de la lettre adressée au psychiatre.
<i>Modalités d'évaluation individuelle des acquisitions et des changements</i>	Echelle : MARS, HAQ, SUMD Questionnaire de connaissance
<i>Modalités de coordination des activités</i>	Fiche compte rendu de séance, réunions
<i>Modalités de coordination et de partage des informations avec les intervenants dans la prise en charge du patient au sein du parcours de soins</i>	Courrier type au psychiatre traitant Dossier ETP au CMP
<i>Présentation du programme éducatif et de l'offre d'éducation thérapeutique au patient</i>	Flyers (Annexe 1) présentant les modalités pratiques Première explication lors de la prise de contact avec l'équipe Présentation complète lors du rendez-vous du diagnostic éducatif Le patient est informé de la possibilité de quitter le groupe à tout moment et sans préjudice d'aucune nature
<i>Recueil de consentement</i>	Fiche de consentement écrit à la fin du diagnostic éducatif
<i>Accord du patient pour le partage d'informations le concernant</i>	Spécifié sur la fiche de consentement
<i>Charte déontologique Charte d'engagement et de confidentialité</i>	A faire signer à chaque intervenant avant l'animation du groupe

IV. Discussion

a) Construction d'un groupe d'ETP

Notre projet répond à la volonté du centre de consultation la Grave d'intégrer un groupe psychoéducatif structuré au sein de leurs pratiques, dans une démarche d'amélioration de l'offre de soin. Notre projet complète la mise en place du groupe GPS, adressé aux familles dont les retours sont très positifs. Proposer ces interventions est un moyen de répondre aux recommandations de l'HAS en termes de psychoéducation.

La construction d'un groupe d'ETP cependant reste complexe du fait du peu d'outils disponibles adressés aux patients souffrant de schizophrénie et adaptés à leurs difficultés. Une grande partie de notre travail au-delà de l'écriture d'un cahier des charges a été la réflexion et la construction d'outils, dont il faudra poursuivre l'adaptation.

Nous l'avons vu, en France, l'accessibilité à des programmes d'ETP reste limitée, ce défaut pourrait être expliqué par la difficulté de créer des programmes adaptés aux patients schizophrènes, au temps nécessaire à la construction de tels programmes, au coût que cela représente (financier et temps de personnel), au recrutement des patients mais aussi à des résultats controversés, avec peu d'études en France. Une étude (Viard, et al., 2015) a évalué les représentations des soignants, des patients et des familles quant à l'ETP en psychiatrie et on retrouve chez les soignants une image de l'ETP stéréotypée à partir de l'image de représentation de l'ETP en diabétologie, ceci pourrait être un autre frein à la mise en place. L'enquête (Cadiot & Verdoux, 2013) retrouve également un écart entre une forte implication dans l'éducation thérapeutique quotidienne des soignants qui contraste avec peu de programme structuré.

Lors des diagnostics éducatifs, il est également ressorti la question de l'annonce du diagnostic (appris par hasard pour certains, sur un courrier...) ainsi que d'un manque d'information. Bien que la question de l'annonce diagnostic ait évolué on ne dispose pas de donnée récente sur l'annonce du diagnostic en France, une revue de la littérature (Villani & Kovess-Masféty, 2016) ne retrouve que des études anciennes donnant des taux d'annonces diagnostics déclarés par les psychiatres de 13.5 à 39%. Il existe une réticence des professionnels liée à l'incertitude du diagnostic, le pessimisme quant à l'évolution, les inquiétudes de la stigmatisation ainsi que du manque d'insight des patients. Or cette question semble essentielle avant d'aborder la question de l'éducation thérapeutique. En effet le premier temps d'annonce diagnostic auprès du patient et de sa famille est un temps essentiel, il s'agit du premier temps de l'éducation thérapeutique, permettant de délivrer une première information, et ainsi d'intégrer le patient plus activement dans une dynamique de soin. La littérature par ailleurs montre de manière unanime le souhait des patients d'une information. (Villani & Kovess-Masféty, 2016)

b) L'animation du groupe

i) Difficultés d'animations

Quelques particularités liées à la pathologie nous sont apparues. Premièrement, la présence de discours parfois désorganisés ou d'idées délirantes. La position du soignant est alors complexe lorsque celui-ci est interpellé par un patient sur des croyances en santé qui se mêlent à des idées délirantes. En effet celui-ci doit au mieux tenter de déconstruire avec le patient celle-ci, mais ne pas les confronter au risque de les renforcer, ainsi que de gérer le groupe en parallèle qui peut se trouver en difficulté à entendre des propos aussi décalés. Nous avons pris le parti de laisser s'exprimer les patients sans trop laisser envahir le groupe si les propos devenaient trop angoissants, il s'agissait d'interpeller les autres patients pour permettre un échange. Mais cependant ce temps d'expression est essentiel pour les patients, qui nous ont tous fait un retour positif à ce sujet, ce sentant libre d'échanger, et d'exprimer leurs points de vue et parlant pour la première fois pour certains avec d'autres patients de leur vécu.

Deuxièmement les difficultés cognitives des patients étaient parfois très marquées pour certains, nécessitant de réexpliquer plusieurs fois, d'être accompagné par un soignant de manière plus individuelle. Les patients les plus en difficulté étaient souvent accompagnés également par d'autres participants du groupe. Nous avons appliqué toutes les recommandations pour limiter l'impact des troubles cognitifs mais cependant ceux-ci restent très inégaux selon les patients.

Les outils aident beaucoup à l'animation des séances, la structuration demandée par l'ARS permet de bien accompagner l'animateur, même si des modifications ont été apportées la structuration permet une ligne conductrice aidant à se repérer dans la démarche éducative.

ii) Vécus des soignants

Les patients ont été très réceptifs aux activités proposées durant le groupe, participant volontairement, partageant sans difficulté dès les premières séances, faisant des retours positifs, visiblement intéressés par le contenu et la forme de nos animations. Un climat de confiance s'est rapidement instauré et le partage de la part des patients a été extrêmement enrichissant en tant que soignant. L'animation du groupe a été un grand plaisir pour tous les animateurs.

Le travail lors du groupe permet de nous décaler d'une position soignante classique pour permettre un échange et un enrichissement pour les patients comme pour les soignants, dans une position partenariale. Nous avons essayé de toujours solliciter leurs créativité, leur entraide, de mettre en avant leurs propres capacités.

Les patients ont pu avoir une parole libérée dès la première séance, des liens se sont tissés entre eux durant le groupe, pouvant permettre que certain s'appuie sur les capacités des autres.

Le fait d'aborder les difficultés que représentent les troubles schizophréniques au quotidien, nous avons ressenti une certaine frustration car il existe peu d'offre de soin psychosociaux sur le secteur (habiletés sociale, remédiation cognitive etc..). Certains patients ont été dans les suites de ce groupe en demande de soins spécifiques après avoir pu repérer leur propre symptomatologie et ressources, deux des patients vont ainsi participer

à un groupe de gestion des hallucinations, certains auraient souhaité travailler leurs déficits cognitifs. Le groupe semble pouvoir les mobiliser vers des soins spécifiques.

A terme, la poursuite du développement de l'offre de soin à Toulouse permettrait de pouvoir orienter selon les besoins repérés par les patients sur différentes prises en charge psychosociales.

Les modifications pour certains patients semblent minimales et peuvent nous donner une impression d'échec, mais grâce au travail de thèse de Sara Faivre nous avons pu avoir un regard objectif sur certains critères. Il semble essentiel de poursuivre ce travail d'évaluation objective.

c) Réflexion sur le programme et les outils

i) Retour des patients

Tous les patients auraient souhaité que le groupe se poursuive au-delà de 12 séances.

Suite à des remarques trois séances semblent être à mieux structurer pour diminuer l'impression qui est ressortie qu'elles contenaient trop d'information : *réseau de soins, causes évolutions et rechutes, hygiène de vie 2*.

De plus les questions de satisfaction retrouvent une satisfaction plus faible sur les séances des médicaments sur lesquelles nous allons retravailler.

Les patients ont tous apprécié l'ambiance, le partage d'expérience, l'identification à d'autres patients « je me sens moins coupable ».

ii) Repenser des séances

Il semble au vu des remarques des patients qu'il soit nécessaire de repenser certaines séances. La séance sur « les droits des patients », les patients ont trouvé le contenu trop dense. L'idée étant d'ajouter de nouveaux outils pour permettre une meilleure structuration de la séance, certains patients ayant décrit des difficultés à maintenir leur attention. La séance a été basée sur des questions spontanées des patients, il serait possible d'ajouter un jeu adapté tel qu'un « jeu de lois » dans lesquels nous pourrions intégrer les grandes questions autour des droits des patients. Ainsi cela permet de remobiliser l'attention, et de délivrer un support en fin de séance permettant de revenir sur certaines questions.

La séance sur « causes évolution et rechute » a également été citée par les patients en effet le contenu semble trop important pour cette séance, qu'il faudra diviser sur deux séances.

iii) Jeu de Kim

L'outil « le jeu de Kim » inspiré des cartes de Barrows a été ressenti par les animateurs comme insuffisamment structuré. En effet deux patients présentant des troubles cognitifs importants ont été en difficulté sur cette activité, les scénarii étaient expliqués à l'oral, il semble que l'ajout d'un support visuel et d'un nombre limité de décision avec une conséquence à chaque décision soit plus approprié pour permettre à tous les participants de profiter de cet outil. Néanmoins nous n'avons pas eu de retour négatif par les patients. Il s'agit de structurer pour permettre une meilleure aisance à l'animateur.

iv) Vidéos

Il n'y a pas eu de retour négatif sur les vidéos, elles n'ont pas suscité d'angoisse ou de peurs chez les 10 patients, il n'y a pas eu de mauvaise interprétation ni d'incompréhension du contenu. Les patients ont participé activement en partageant facilement leurs propres expériences en liens, ou des expériences de personnes qu'ils connaissent. Les vidéos nous ont permis d'aborder la question de la désorganisation qui est un symptôme difficile à percevoir pour les patients, la vidéo a permis à certain patient de pouvoir se reconnaître et s'identifier.

Un patient les a identifiées comme « son outil préféré » durant le groupe, une autre patiente a trouvé les vidéos « plus parlant que des explications ».

v) Jeu Compétence (travail des habiletés sociales)

La partie de question semblait abordable pour tous les patients, mais deux patients se sont trouvés en difficulté sur les jeux de rôle que proposait le jeu. Nous avons donc décidé sur le deuxième groupe de proposer le choix aux patients entre des activités Comète afin de réfléchir sur les interactions sociales sans obligatoirement mettre en scène et le jeu compétence. Les 6 patients du deuxième groupe ont préféré ne pas réaliser de jeux de rôles. Même s'il semblait intéressant de travailler les jeux de rôles, en une séance il ne s'agirait que d'une initiation pouvant motiver le patient sur ce travail spécifique des habiletés sociales. Or nous avons eu plutôt des réactions négatives et il ne semble pas nécessaire de les mettre en difficulté durant ce temps mais de présenter le concept cependant.

Nous avons ainsi une proposition sur cette séance qui permet d'adapter en fonction de leur souhait de réaliser des jeux de rôles ou non.

vi) Modifications apportés suite à l'expérience des groupes

a. Nombre de participants

Au sujet du nombre de patients, les patients nous ont fait remonter leurs inquiétudes lors du diagnostic éducatif d'être dans un groupe trop nombreux, inquiétudes que nous avons pu rassurer et patients qui se sont très bien intégrés au sein du groupe. Ils ont pu dire que le nombre leur semblait adapté. Pour ce qui est du vécu des animateurs il semble que 6 soit un nombre maximal idéal, permettant à la fois des interactions riches et la possibilité d'accompagner et soutenir chaque individu, partager la parole et l'attention. Six patients est également la limite dans la salle de réunion dans laquelle nous réalisons le groupe.

b. Attitude dans l'animation

L'accent est à mettre sur la surveillance du bien être des individus dans le groupe. La répartition des différents temps de parole également à mieux canaliser par les animateurs car rapidement certains patients tendent à monopoliser le temps de parole. Cette remarque étant présente dans les questionnaires de satisfaction.

Sur certain questionnaire de satisfaction la notion de nécessité d'un plus grand message d'espoir est revenue et semble essentielle à mettre en place. Egalement nous devons continuer à penser des méthodes pour accompagner la déstigmatisation.

c. Ajout d'échelle

Nous n'avons pas utilisé d'échelle stricte d'évaluation de la clinique de nos patients, tel que la PANSS, peut-être un aspect intéressant en termes de possibilité d'amélioration mais aussi de critères d'exclusion. En effet une certaine stabilité clinique reste nécessaire pour aborder ce groupe et pouvoir en tirer le maximum.

d) Modifications du programme en vue d'une demande de validation

Le programme tel que nous l'avons présenté dans les résultats ne remplit pas tous les critères permettant une validation. Voici les modifications en cours.

L'un des critères n'étant pas présent est le caractère individualisable du programme. En effet nous n'avons pas créé des modules d'approfondissement ni des modules pouvant être choisis par le patient. Nous avons eu le souci de pouvoir donner accès à tous les patients à un programme structuré complet et nous semblant difficile de garder une cohésion de groupe si certains étaient absents. Mais cela en a enlevé le côté individualisable de la démarche éducative.

Les solutions envisageables seraient de proposer un parcours incluant ou non le groupe de TCC de gestion des hallucinations, ou avec le groupe GPS (incluant ainsi les familles et majorant l'efficacité) ainsi les parcours seront modulés en fonction des patients. Et il est également question d'adapter un module sur l'unité d'admission du CHU de Toulouse.

Il semblerait intéressant d'ajouter aux groupes la possibilité de séances individuelles avec des objectifs ciblés avant pour par exemple les patients ayant été absents, pour des patients nécessitant d'être plus accompagnés sur certains points. En effet nous avons pu percevoir la limite des séances en groupe, dans le manque d'individualisation de la démarche éducative globale. Mais cette mise en place reste à évaluer avec les disponibilités des membres de l'équipe.

Des modifications ont été débutées sur :

- La trame du diagnostic éducatif afin de la clarifier, et une synthèse en fin de diagnostic éducatif, résumé dans une fiche avec les objectifs éducatifs, et compétences à acquérir définies avec le patient.
- Une fiche type de consentement pour la participation du groupe, et le partage d'information aux partenaires
- Une trame pour la séance de synthèse, avec pour objectif de pouvoir identifier ses propres changements, mesurer son évolution, savoir les exprimer.
- Les grilles d'évaluation annuelles et quadriennales en utilisant les ressources en ligne de l'UTEP de Montpellier. (Montpellier, 2015).

Les évaluations quadriennales et annuelles permettent aux équipes de s'engager dans une dynamique d'amélioration des pratiques.

Chaque évaluation va permettre à partir des mêmes indicateurs, d'objectiver les évolutions et les éléments nécessaires aux prises de décisions sur les changements et les conditions nécessaires à la poursuite du programme d'ETP.

Il reste nécessaire de réfléchir en équipe au moyen d'évaluation de l'acquisition des compétences par les patients.

e) Limites de l'éducation thérapeutique

Deux patients durant le groupe ont pu exprimer être gênés par des majorations d'hallucinations auditives, après la fin des séances. Leurs « voix » leur exprimant des propos négatifs envers le groupe, leur pointant leur impossibilité de rétablissement, critiquant leurs aptitudes. Ces manifestations abordées en groupe ont disparu après 3 à 4 séances.

Les tenants de la position réfractaire à la psychoéducation mettent en avant le risque de stigmatisation et la réaction anxio-dépressive associée à une majoration du risque suicidaire. En effet, certaines études suggèrent une augmentation du taux de dépression chez les sujets ayant une forte conscience des troubles. (Sauvanauda, et al., 2017) (Aghababian, Auquier, Baumstarck, & al, 2011) . Une étude sur 114 patients atteints de schizophrénie suggère que la stigmatisation perçue (ou intériorisée) influence le lien entre insight et trouble de l'humeur. (Staring, Van der Gaag, & Van den Berge, 2009) Une autre étude s'est attachée aux liens entre ces données et il semble que la stigmatisation intériorisée pèse un poids plus lourd sur la dépression que l'insight et impacte le lien entre insight et dépression. (Bouvet & Bouchoux, 2015). Il pourrait être intéressant de mesurer la stigmatisation intériorisée des patients au début de la démarche d'ETP pour évaluer les patients à risque, grâce à des échelles telles que l'ISMI (Internalized Stigma of Mental Illness scale).

Le travail autour de la stigmatisation semble essentiel à renforcer dans les objectifs du groupe. La schizophrénie reste parmi les pathologies physiques et/ou mentales l'une des plus stigmatisante, et engendre de la discrimination anticipée et vécue. (Daumerie, Vasseur-Bacle, & Giordana , 2012). De plus la stigmatisation intériorisée a également été associée à une moins bonne observance médicamenteuse (Kamaradova, et al., 2016).

La démarche psychoéducative reste une démarche volontaire et on observe que les patients engagés dans le groupe de psychoéducation étaient déjà dans une réflexion de rétablissement et d'acceptation dans laquelle nous les avons accompagnés. Cela pose la question des patients présentant un insight très faible et un grand déni des troubles. (Klingberg, Buchkremer, Holle, Schulze Monking, & Hornung, 1999) ont montré que les patients avec un pronostic favorable et un meilleur fonctionnement social répondent mieux aux programmes éducationnels. Ces auteurs ont suggéré que les malades les plus vulnérables ne sont pas capables d'apprendre suffisamment les stratégies de prévention des rechutes. De plus (Atkinson, Coia, Gilmour, & Harper , 1996) ont observé que seul un quart de patients schizophrènes sont intéressés pour les programmes éducationnels. (Sauvanauda, et al., 2017) (Chabannes, et al., 2009).

f) Développement des soins pour les patients souffrant de schizophrénie

L'équipe du Centre Médico Psychologique La Grave a déjà formalisé depuis plusieurs années un groupe de psychoéducation adressé aux familles de patients présentant une schizophrénie et suite à notre travail un deuxième groupe adressé cette fois directement aux patients.

Aujourd'hui le travail de l'équipe permettra de réfléchir à une coordination de ces deux approches au sein du CMP mais également pour une validation des programmes par l'ARS, permettant une meilleure visibilité régionale, la possibilité de percevoir des financements.

L'accessibilité reste cependant très limitée, seule une session par an de 6 à 8 patients maximum sur le CMP semble envisageable au vu du temps nécessaire. C'est un constat que faisait également Rummel Kluge (Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bauml, & Kissling, 2006) dans une enquête postale effectuée en Allemagne Suisse et Autriche, 86% des institutions déclaraient offrir des dispositifs de psychoéducation à leurs usagers et à leurs familles, mais cela ne représentait que 21 % des usagers et 2% des familles sur une année. Il se posait donc la question de majorer l'accessibilité afin de majorer l'impact

V. Conclusion

La schizophrénie est une maladie chronique ubiquitaire, fréquente et qui reste encore aujourd'hui très invalidante. C'est la huitième cause de handicap des sujets âgés de 15 à 44 ans dans le monde. Elle présente des manifestations cliniques et des évolutions variées, impactant la qualité de vie de ces patients.

La prise en charge pharmacologique associée à une prise en charge psychosociale semble aujourd'hui faire consensus. Ainsi l'éducation thérapeutique ou psychoéducation a montré son efficacité dans la diminution du nombre de rechute et de réhospitalisation chez les patients schizophrènes. Ils existent des recommandations pour la mise en place de programme éducationnel visant non pas simplement à une information sur la maladie et les médicaments mais à un travail sur la gestion de la maladie, l'autonomie et l'amélioration de la qualité de vie. C'est une démarche centrée sur la personne, sur ses valeurs, besoins, ressources et stratégies, c'est un processus progressif par lequel le patient acquiert des connaissances et un savoir-faire (stratégies de « coping », faire face avec).

Pour compléter les soins déjà proposés sur le CMP La Grave qui organise un groupe d'intervention familiale psychoéducatif : « GPS : groupe pour proche de patient schizophrène », notre projet a consisté en la mise en place d'un groupe de psychoéducation adressé aux patients souffrant de troubles schizophréniques, ainsi que l'évaluation de la satisfaction des patients inclus. Ce projet répond à la fois à une demande du CMP mais également aux recommandations de propositions de soins dans le cadre de maladies chroniques et de la schizophrénie.

Notre démarche de mise en place s'est articulée autour de la bibliographie existante, de recommandations de l'ARS, de formation en éducation thérapeutique, du soutien d'une équipe spécialisée ainsi que du partage d'expérience avec d'autres équipes.

Ce programme travaille sur différentes compétences (auto soins, psychosociale, adaptation) de chaque patient afin de pouvoir maintenir et améliorer leur qualité de vie, à partir de leurs besoins.

Grace à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire ce programme a pu voir le jour en novembre 2016 et accueillir en une année 10 patients sur deux sessions. L'évaluation de la satisfaction a été réalisée grâce à un questionnaire anonyme, retrouvant une note d'appréciation globale du groupe de 9.3/10.

Un travail en parallèle visant à la validation du groupe par l'ARS est toujours en cours et permettra de donner une meilleure visibilité au groupe, ainsi que potentiellement des financements.

Il semble nécessaire de poursuivre ces démarches d'autonomisation et d'empowerment du patient en mettant en œuvre d'autres actions psychosociales, pour pouvoir proposer des soins toujours plus complets et personnalisables.

Bibliographie

- (s.d.). Récupéré sur Réseau pic info : <http://www.reseau-pic.info/?dest=fiches/nom.php>
- Psychosis and Schizophrenia in Adults Treatment and Management. (Updated Edition 2014). *NICE Clinical Guidelines*, , No. 178.
- (2015, Septembre). Récupéré sur Se retablir: <http://www.seretablir.net/outils-interventions/competence/>
- Abed, M., Himmel, W., Vormfelde, S., & Koschack. (2014). Video-assisted patient education to modify behavior: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 97(1), 16-22.
- Aghababian, V., Auquier, P., Baumstarck, K., & al, e. (2011). Influence des troubles de la conscience sur l'autoévaluation de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie. . *Encéphale* , 37:162–71.
- Atkinson, J., Coia, D., Gilmour, W., & Harper , J. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *British Journal of Psychiatry*, 168:199–204 [A–].
- Auvergne Rhone Alpes ARS Santé . (2016, Décembre). Consulté le Juillet 2017, sur <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/les-programmes-autorises-en-auvergne-rhone-alpes>
- Baandrup, L., Østrup Rasmussen, J., Klokke, L., Fitzgerald Austin, S., Bjørnshave, T., Fuglsang Bliksted, V., . . . Nordentoft, M. (2015, September). Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs – A national clinical guideline. *Nordic Journal of Psychiatry*.
- Bonsack , C., Rexhaja, S., & Favrod, J. (2015, February). Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 173,, 79–84.
- Bordenave Gabriel , C., Giraud-Baro, E., De Beauchamp, I., Bougerol, T., & Calop, J. (2002, Juin). Peut-on établir un lien entre information, connaissance et observance médicamenteuse chez les patients souffrant de troubles psychotiques ? *Journal de Pharmacie Clinique*, 21:123-29.
- Bourgogne Franche Comté ARS Santé . (2016, Juillet). Consulté le Juillet 4, 2017, sur <https://www.bourgogne-franche-comte.ars.sante.fr/sites/default/files/2016-12/Liste%20des%20programmes%20d%27ETP%20autorisés%20au%2011%20juillet%202016%20en%20Bourgogne-Franche-Comté.pdf>
- Bouvet, C., & Bouchoux, A. (2015, Octobre). Etudes des liens entre la stigmatisation intériorisée, l'insight et la dépression chez des personnes souffrant de schizophrénie. *L'Encephale*, Volume 41, Issue 5, Pages 435-443.
- Bretagne ARS Santé . (2016, Juin 10). Consulté le Juillet 4, 2017, sur <https://www.bretagne.ars.sante.fr/education-therapeutique-du-patient-etp-procedure-dautorisation-des-programmes>
- Cadiot, F., & Verdoux, H. (2013). Pratiques d'éducation thérapeutique en psychiatrie. Enquête auprès des psychiatres hospitaliers d'Aquitaine. *L'Encéphale*, 39, 205—211.
- Canadian Psychiatric Association. (2005, November). CLINICAL PRACTICE GUIDELINES Treatment of Schizophrenia. *The Canadian Journal Of Psychiatry*.
- Catana, A., Baudoux-Meunier, A., Charpeaud, T., Chéreau, I., Denizot, H., Gremeau, I., . . . , e. a. (2015, Février). Intérêt de l'éducation thérapeutique chez les malades souffrant de schizophrénie : le programme SCHIZ'EDUC. *Annales médico-psychologiques - Vol. 173 - N° 1 - p. 97-100*, 173 (1) : 97-100.

- Centre Val de Loire ARS santé . (2015, Septembre). Consulté le Juillet 2017, sur https://www.centre-val-de-loire.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-01/Liste_ETP_autorises.pdf
- Chabannes, J.-P., Bazin , N., Leguay , P., Nuss, P., Peretti , C., & Tatu, P. (2009). Intérêt du programme éducationnel Soleduc® pour la prévention des rechutes dans la schizophrénie. *Annales médico-psychologiques*, 167:115–8.
- Charrier, N., Chevreul, K., & Durand-Zaleskil. (2013). Le coût de la schizophrénie : revue de la littérature internationale. *Encéphale*, 39S:S49–56.
- Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie. (2014). Référentiel de psychiatrie.
- Comete. (s.d.). Récupéré sur Cres Paca: <http://www.cres-paca.org/a/288/comete-pour-developper-les-competences-psychosociales-en-education-du-patient/>
- Cormier H. (2000). Profamille, programme d'intervention de groupe auprès des familles de personnes atteintes de schizophrénie. (Q. U. Sainte-Foy, Éd.)
- Corse ARS Santé . (2017, Janvier). Consulté le Juillet 4, 2017, sur <https://www.corse.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/PROG%20ETP%20AUTORISES.pdf>
- Daumerie, N., Vasseur-Bacle, S., & Giordana , J. (2012). La discrimination vécue par les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques. Premiers résultats Français de l'étude INDIGO. *Encéphale*, Volume 38, Issue 3, June 2012, Pages 224-231.
- de la Tribonnière, X. (2016). *Pratiquer l'éducation thérapeutique. L'équipe et les patients*. Elsevier masson.
- D'Ivernois, J.-F. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Educ Ther Patient/Ther Patient Educ*.
- DiMatteo, M. (2004, Mars). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Med Care*, 42(3), 200-209.
- Dixon, L., Perkins, D., & Calmes, C. (2009, September). Guideline watch (September 2009): practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia. American Psychiatric Association Practice Guidelines for the Treatment of Psychiatric Disorders.
- ETap. (s.d.). Consulté le Juillet 4, 2017, sur ETaP paca ARS santé: <http://etap.paca.ars.sante.fr/c/etap/>
- Favrod , J., & Bonsack, C. (2008, Mars). Qu'est ce que la psychoéducation ? *Santé mentale*, 126, 26-32.
- Favrod, J., Bonsack, C., & Rexhaj, S. (2014, Janvier). Psychoéducation et parcours de rétablissement. *Santé mentale*.
- Favrod, J., Maire, A., Rexhaj, S., & Nguyen, A. (2015). *Se rétablir de la schizophrénie. Guide pratique pour les professionnels*. Masson.
- Feldmann, R., Hornung, P., Prein, B., Buchkremer, G., & Arolt, V. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *Eur Arch Psychiatr Clin Neurosci*, pp. 115–119.
- Franck , N. (2016, September). Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie How to involve patients with schizophrenia in their treatment using psychoeducation. *La Presse Médicale*, Volume 45(Issue 9).
- Franck, N. (2013, janvier). Clinique de la schizophrénie. *EMC psychiatrie*, Volume 10 .
- Galletly, C., Castle, D., Dark, C., Humberstone, V., Jablensky, A., Killackey, E., . . . Tran, N. (2016). Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related

- disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, Vol. 50(5) 1-117.
- German Association for Psychiatry, P. a. (s.d.). *S3 Guidelines in Psychiatry and Psychotherapy Guideline. Psychosocial Interventions for People with Severe Mental Illness*.
- Giordan, A. (2010). Éducation thérapeutique du patient : les grands modèles pédagogiques qui les sous-tendent. *Médecine des maladies Métaboliques*, 4(3), 305-311.
- Golay, A. (2013). *Comment Motiver le patient à changer ?* Geneve: Maloine.
- Golay, A. (2015). *Guide d'éducation thérapeutique du patient. L'école de Genève*. Maloine.
- Goldman, C. (1988). Toward a definition of psychoeducation Hosp Commun Psychiatry. *Psychiatric Services*, Volume 39, Issue 6.
- HAS. (2007, juin). ALD n°23 Schizophrénies. Guide médecins sur les schizophrénies
- HAS. (2016, Juillet). Les parcours de soins, actualisation. *Actes et prestations - Affection de longue durée ALD n°23 Schizophrénies* .
- Hasan A, Falkai P , Wobrock T, Lieberman J, Glenthøj B, Gattaz W.F , & et al. World federation of societies of biological. (2012). Guidelines for biological treatment of schizophrenia, part 1: update 2012 on the acute treatment of schizophrenia and the management of treatment resistance 2012. *World J Biol Psychiatry*, 13(5), 318-378.
- Haute couverture , S., Limosin, F., & Rouillon, F. (2006, Mars). Épidémiologie des troubles schizophréniques. *La Presse Médicale*, 35(3), 461-468.
- Howes, O., & Murray, R. (2013, December). Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model. *The Lancet*, 383(9929), 1677-1687.
- Howes, O., & Nour, M. (2016, February). Dopamine and the aberrant salience hypothesis of schizophrenia. *World psychiatry*, 15(1), 3-4.
- INPES. (2013, Juin). Référentiel de compétences pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient dans le cadre d'un programme. Saint Denis .
- Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. (s.d.). *Outils d'intervention en éducation pour la santé : critères de qualité* . Récupéré sur <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/883.pdf>
- Jääskeläinen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J., Saha, S., & Isohanni, M. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. *Schizophr Bull*, pp. 1296–1306.
- Kamaradova, D., Latalova, K., Prasko, J., Kubinek, R., Vrbova, K., Mainerova, B., . . . Tichackova, A. (2016, July). Connection between self-stigma, adherence to treatment, and discontinuation of medication. *Patient Prefer Adherence.*, 10, 1289.
- Klingberg, S., Buchkremer, G., Holle, R., Schulze Monking, H., & Hornung, W. (1999). Differential therapy effects of psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients--results of a 2-year follow-up. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.*, 249(2), 66-72.
- Kraepelin. (1899). *The acute schizoaffective psychoses*. E psychiatrie Leipzig : Barth.
- Lecorps, P. (2008, Février). Education thérapeutique du patient: la question du sujet. *Contact Santé*, (Vol. 168, No. 9, pp. 649-654). Elsevier Masson.
- Ledoux, A., & Cioltea, D. (2010). Psychoéducation et attitude phénoménologique en psychothérapie de groupe. *Annales Médico-Psychologiques*.
- Les programmes d'ETP*. (s.d.). Consulté le Juillet 4, 2017, sur Pole ETP Bretagne : <http://www.poleetpbretagne.fr/?-Les-programmes-d-ETP-12->

- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*(232–245).
- Marwaha, S., & Johnson, S. (2004, May). Schizophrenia and employment - a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.*, 39(5), 337-349.
- Masand, P., Roca, M., Turner, M., & Kane, J. (2009). Partial adherence to antipsychotic medication impacts the course of illness in patients with schizophrenia: a review. *Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry*, 11(4), 147.
- Maurel, M., Belzaeux, R., Adida, M., Fakra, E., Cermolacce, M., Da Fonseca, D., & Azorin, J.-M. (2011). Schizophrénie, cognition et psychoéducation. *Encéphale*, 37, S151-S154.
- McGrath, J., Saha, S., Chant, D., & Welham, J. (2008, May 14). Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev*, 30(1), 67-76.
- McGuire, A. B., Kukla, M., Green, A., Gilbride, D., Mueser, K. T., & Salyers, M. P. (2014). Illness Management and Recovery: A Review of the Literature. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 65(2), 171–179.
- Ministry of healthcare and consumer . (2009). *Clinical Practice Guideline for Schizophrenia and Incipient Psychotic Disorder*.
- Mon ETP . (s.d.). Consulté le Juillet 4, 2017, sur <http://www.mon-etp.fr/c/mon-etp/resultats/>
- Montpellier, U. (2015, Avril). Récupéré sur CHU Montpellier : http://www.chu-montpellier.fr/fileadmin/user_upload/ETP/Grille_autoevaluation_annuelle_UTE_P_Mtp_2015.pdf
- Mosnier-Pudar, H., & Hochberg-Parer, G. (2008, Septembre). Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? *Médecine des maladies Métaboliques, Vol. 2 - N°4*.
- Mullins, C., Obeidat, N., Cuffel, B., Naradzay, J., & Loebel, A. (2008). Risk of discontinuation of atypical antipsychotic agents in the treatment of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 98(1), pp. 8–15.
- National Institute for Health and Care Excellence (UK). (Updated Edition 2014). Psychosis and Schizophrenia in Adults Treatment and Management. *NICE Clinical Guidelines, No. 178*.
- Normandie ARS Santé. (2017). Consulté le Juillet 4, 2017, sur https://www.normandie.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-05/site%20ars_110517_0.pdf
- Nouvelle Aquitaine ARS Santé . (2017, Janvier). Consulté le Juillet 4, 2017, sur https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-02/ETP_Prog_Autorises_Nouvelle_Aquitaine_01_01_2017.pdf
- Novick, D., Montgomery, W., Treuer, T., Aguado, J., Kraemer, S., & Haro, J. (2015). Relationship of insight with medication adherence and the impact on outcomes in patients with schizophrenia and bipolar disorder: results from a 1-year European outpatient observational study. *BMC Psychiatry*, 15(1), p. 189.
- OMS. (2016, avril). *Schizophrénie Aide-mémoire N°397*. Récupéré sur <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs397/fr/>.
- Oscar Santé. (s.d.). Consulté le Juillet 4, 2017, sur <http://www.oscarsante.org>
- Owen, M., & al, e. (2016, january). Schizophrenia. *The Lancet, The Lancet , Volume 388 , Issue 10039 , 86 - 97*.

- Pancrazi, M., Ortuno, E., Delbosc, C., & de la Tribonnière, X. (2013). Éducation thérapeutique du patient, psychothérapie, thérapie cognitivo-comportementale (TCC), psychoéducation : quels équilibres ? *Santé éducation*, 1, 32-5.
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. The Cochrane Database of Systematic Reviews, (2),.
- Petitjean, F., Bralet, M., Hodé, Y., & Tramier, V. (2014). Psychoéducation dans la schizophrénie. *EMC-Psychiatrie*, 37-291.
- PIC, & Psychiatrie Information Communication. (s.d.). Récupéré sur Réseau pic: <http://www.reseau-pic.info/?dest=fiches/nom.php>
- Pitschel-Walz, G., Bauml, J., Bender, W., Engel, R., Wagner, M., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich PIP-study. *J Clin Psychiatry*.
- Prasko, J., Vrbova, K., Latalova, K., & Mainerova, B. (2011, December). Psychoeducation for psychotic patients. *Biomed Pap Med Fac Univ Palacky Olomouc Czech Repub.*, 155(4), pp. 385–396.
- Rapport de l'OMS Europe. (1996 [traduit en français en 1998]). Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease.
- Rouillon, F. (1992). Enquête épidémiologique sur les troubles psychiatriques en consultation spécialisée. *Encéphale*, 18(5), 525-535.
- Rousselet, A. (2014). *Mieux vivre avec la schizophrénie*. DUNOD.
- Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrist. (2016). Clinical practice guidelines for the management of schizophrenia and related disorders. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bauml, J., & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia: results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull*, 32(4), 765-775.
- Sauvanauda, F., Kebira, O., Vlasiea, M., Dostea, V., Amadoa, I., & Krebsa, M. (2017). Bénéfice d'un programme d'éducation thérapeutique agréé sur la qualité de vie et le bien-être psychologique de sujets souffrant de schizophrénie. *L'Encéphale*, 43(3), 235-240.
- Sendt, K. V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015, January). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, Volume 225, Issues 1–2, Pages 14–30.
- Siblitz, I., Amerging, M., Gössler, R., Unger, A., & Katschnig, H. (2007). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 42(11), 909-915, pp 909-915.
- SIGN Scottish Intercollegiate Guidelines Network. (2013, March). Management of schizophrenia A national clinical guideline.
- Staring, A., Van der Gaag, M., & Van den Berge, M. (2009). Stigma moderates the associations of insight with depressed mood, low self-esteem, and low quality of life in patients with schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res*, 115(2), 363-369.
- Subotnik, K. L., Nuechterlein, K. H., Ventura, J., Gitlin, M. J., Marder, S., Mintz, J., & Singh, I. R. (2011). Risperidone nonadherence and return of positive symptoms in the early course of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 168, pp. 286–292.

- The Canadian Journal of Psychiatry - Clinical Practice Guidelines. (2005, November). *Vol 50, Suppl 1*.
- Uchino, T., Maeda, M., & Uchimura, N. (2012). Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J*, pp. 25–31.
- Viard, D., Netillard, C., Cheraitia, E., Barthod, V., Choffel, J., Tartary, D., . . . Tissot, E. (2015, Janvier). Education thérapeutique en psychiatrie : représentations des soignants, des patients et des familles. *L'Encéphale*.
- Villani, M., & Kovess-Masféty, V. (2016, Janvier). Qu'en est-il de l'annonce du diagnostic de schizophrénie aujourd'hui en France ? *L'Encéphale*, 42(1), 4-13.
- Weiden, P., & Zygmond, A. (1997). The road back: working with the severely mentally ill. Medication noncompliance in schizophrenia: I. Assessment. *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*, pp. 106–110.
- World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP). (2013). Guidelines for Biological Treatment of Schizophrenia. *The world Journal of Biological Psychiatry*.
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). sychoeducation for schizophrenia. . *The Cochrane Library*.
- Yamada, K., Watanabe, K., Nemoto, N., Fujita, H., Chikaraishi, C., Yamauchi, K., & Kanba, S. (2006, 30 January). Prediction of medication noncompliance in outpatients with schizophrenia: 2-year follow-up study. *Psychiatry Research*, 141(1), 61-69.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4*.
- Augeraud, E. (2015, février). Le programme ARSIMED® dans les schizophrénies ARSIMED®. *Annales médico-psychologiques*, 173(1) : 101-5.

VI. Annexes

i) Annexe 1 : Flyer groupe « Mieux vivre avec sa maladie »

Psychoéducation dans la schizophrénie



Mieux vivre avec sa maladie

Pour qui?

Patients souffrant de trouble schizophrénique, stabilisés, ayant un suivi psychiatrique, informés du diagnostic

Où?

Centre Médico Psychologique La Grave (Métro St Cyprien)

Quand?

2 fois par semaine : lundi et jeudi après-midi
pendant 6 semaines

Combien de patients?

Groupe de 6 à 8 patients

Par qui?

Sara Faivre et Jeanne Victorin (internes de psychiatrie)
Sylvie Marc (infirmière), Axel Bourcier (psychiatre)

Comment adresser?

Le patient contacte le Centre Médico Psychologique Adultes
au **05.61.77.79.00**

Un RDV de présentation sera convenu avec l'équipe

ii) Annexe 2 Fiches "mes symptômes"

Mes symptômes

SYMPTÔMES PRODUCTIFS :

Hallucinations :

- Auditives
- Tactiles
- Visuelles
- Olfactives
- Vol de pensée, écho de la pensée
-
-

Idées délirantes :

- Thème mystique
- Thème de persécution
- Thème mégalomane
- Thème hypochondriaque
- Thème de jalousie
-
-
-

SYMPTÔMES NÉGATIFS :

- Tendance à rester allongé sans dormir
- Isolement social
- Perte de volonté ou motivation
- Diminution des émotions et de leurs expressions
- Perte d'intérêt
-
-

SYMPTÔMES COGNITIFS

- Problème de concentration
- Problème de mémoire
- Difficulté à exécuter des actions de la vie quotidienne

SYMPTÔMES THYMIQUES :

Episode maniaque :

- Euphorie, sensation de toute puissance
- Diminution du temps sommeil sans fatigue
- Achats inconsidérés
- Mises en danger (sexuelles, drogues ..)
- Accélération des pensées et de la parole
- Familiarité
-

Episode dépressif :

- Tristesse de l'humeur
- Modification du sommeil
- Diminution de l'appétit
- Perte d'envie et de plaisir
- Ralentissement des pensées
- Problème de concentration et mémoire
- Idées suicidaires
-

iii) Annexe 3 "Pass Prévention"

SÉANCE 9

PASS PREVENTION

Prévention de la rechute

MES SIGNES D'ALARME

MES SYMPTOMES DE RECHUTE

QUI APPELER ?

iv) Annexe 4 : Questionnaire de satisfaction

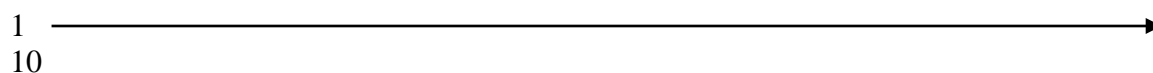
Questionnaire de satisfaction Groupe Psychoéducation dans la schizophrénie

Vous avez participé au groupe « Psychoéducation dans la schizophrénie ». Votre avis nous intéresse et nous aidera à améliorer la qualité de notre travail. Pour cela nous vous demandons de répondre à ce questionnaire, cela ne prendra que quelques minutes.

	Pas satisfait du tout	Pas satisfait	Moyennement satisfait	Satisfait	Très satisfait
1. Avez-vous été intéressé par ce groupe ?					
2. Le groupe a-t-il répondu à vos attentes ?					
3. Les explications données étaient elles claires ?					
4. Pensez vous que ce groupe va vous aider à mieux vivre avec votre maladie ?					
5. Avez-vous appris des choses sur la maladie ?					
6. Avez-vous appris des choses sur les médicaments, les effets indésirables ?					
7. Avez-vous appris des choses sur la prévention de la rechute ?					
8. Les médias utilisés vous ont-ils convenus (photo-langage, vidéos, power point...)?					
9. Qu'avez-vous pensé des séances sur les interactions sociales (jeux de rôles) ?					
10. Qu'avez-vous pensé de la présentation du groupe de gestion des hallucinations ?					
11. Qu'avez-vous pensé de la présentation de l'association « Toutes voiles dehors » ?					
12. Concernant l'organisation du groupe,					

a. Que pensez-vous de la fréquence des séances (deux fois par semaine) ?					
b. Que pensez-vous de la durée de chaque séance (1h30) ?					
c. Que pensez-vous de la durée totale du groupe (14 séances) ?					
d. Que pensez-vous du nombre de participants ?					
13. Les documents utilisés ou remis étaient-ils utiles ?					

14. Globalement, sur une échelle de 1 (pas satisfait) à 10 (très satisfait), quelle est votre appréciation du groupe ?



15. Pensez-vous que d'autres thèmes devraient être abordés ? Si oui, lesquels ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

16. Y a-t-il des choses à modifier pour améliorer notre groupe ? Avez-vous des suggestions pour répondre mieux à vos attentes ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

17. Recommanderiez-vous ce groupe à quelqu'un ?

Oui Non

18. Avez-vous parlé à vos proches du groupe de psychoéducation pour les proches de personnes atteintes de schizophrénie ?

Oui Non

Merci de votre participation !

SÉANCE 1 INTRODUCTION

Les troubles schizophréniques

Généralités



Généralités :

La schizophrénie est une maladie mentale qui touche environ 1 personne sur 100, dans le monde entier.

Le terme *Schizophrénie* vient du grec *schizo* = fendre *phrenie* = esprit ses différentes formes sont décrites depuis plusieurs siècles.

Cette maladie touche autant les hommes que les femmes, et toutes les catégories socio économique. Elle se déclare entre 15 et 25 ans en moyenne chez l'homme et un peu plus tardivement chez la femme entre 25 et 35 ans.

Cette maladie est chronique et évolue sur une vie entière, mais cette maladie se stabilise grâce aux traitements et de grand hommes ont cultivés leur génie malgré cette maladie. Chaque patient présente des symptômes très différents.

1

EN FRANCE :

600 000 schizophrènes
1 personne sur 100

2

HOMME FEMME

3

DÉBUT DE LA MALADIE

Entre 15 et 35 ans



Fausse idées !

La schizophrénie :

N'est pas un dédoublement de la personnalité

N'est pas causée par des parents négligents

Ne compte pas plus de criminel

Pas de génie sans un grain de folie :

Exemple de schizophrènes célèbres :



John Ford Nash prix Nobel d'économie



Camille Claudel sculpteur et peintre

**MISE EN PLACE D'UN GROUPE DE PSYCHOEDUCATION POUR
PATIENT ATTEINT D'UN TROUBLE SCHIZOPHRENIQUE AU SEIN
DU CMP LA GRAVE**

RESUME EN FRANÇAIS :

La schizophrénie est une maladie ubiquitaire, chronique et invalidante. La psychoéducation a prouvé son efficacité pour améliorer l'observance médicamenteuse et diminuer les réhospitalisations dans la schizophrénie, on retrouve des recommandations pour sa mise en place dans différents pays. Notre objectif a été la mise en place et l'animation d'un groupe de psychoéducation adressé aux patients schizophrènes sur le CMP La Grave, ainsi que l'évaluation de la satisfaction des participants, sous un format d'éducation thérapeutique réglementé par l'Agence Régionale de Santé. La démarche détaillée dans notre travail a été réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Le programme permet un travail sur les connaissances de la maladie, les compétences d'auto soins et psychosociales, en trois modules.

TITRE EN ANGLAIS: Implementation of a psychoeducational group for patient suffering from schizophrenia in the center of consultation La Grave

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Psychoéducation, éducation thérapeutique, schizophrénie, mise en place, satisfaction.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Axel BOURCIER