



UNIVERSITE DE LILLE
DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année 2024

MEMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT D'INFIRMIER EN PRATIQUE AVANCEE

MENTION PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE

L'INSIGHT DANS LE RETABLISSEMENT EN PSYCHIATRIE

Présenté et soutenu publiquement le 24 juin 2024 à Lille
(Département facultaire de médecine Henri Warembourg)

Par Amélie MEAUX

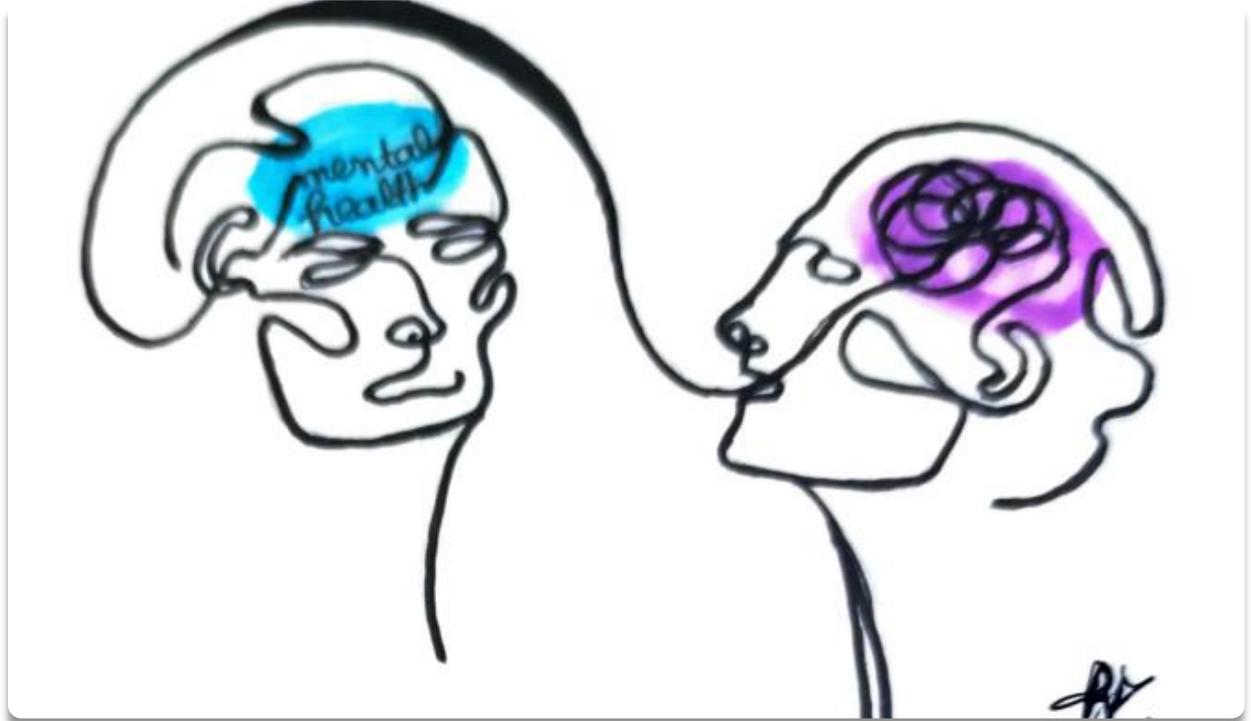
JURY :

Président du jury : Pr Éric WIEL
Directrice de mémoire : Dr Agnès LAMBRICHTS
Tutrice pédagogique : Véronique KOZLOWSKI
Tutrice Professionnelle : Nathalie LARDEUR

Département facultaire de médecine Henri Warembourg
Avenue Eugène Avinée
59120 LOOS

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les mémoires :
Celles-ci sont propres à leurs auteurs.



Citation de Goethe

'Speaking is a need; listening is an art.'
« Parler est un besoin, écouter est un art. »

Remerciements

À mon Président de jury, Monsieur le Professeur Éric WIEL,
Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury et de juger mon travail.

À ma directrice de Mémoire, Madame le Docteur Agnès LAMBRICHTS,
Je vous remercie de m'avoir soutenue et guidée tout au long de ce parcours.

À mon enseignante infirmière, Madame Véronique KOZLOWSKI,
Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mon travail.

À ma tutrice professionnelle, Madame Nathalie LARDEUR,
Je vous suis reconnaissante de votre soutien, de votre bienveillance et de vos conseils tout au long de ce travail.

J'aimerais également remercier la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM) qui a aidé à la réflexion et à la conception de ce travail lors des consultations d'aide méthodologique.

Je suis reconnaissante envers toute l'équipe pédagogique et les intervenants qui ont permis d'enrichir ces deux années de formation, et en particulier à Mme Marie-Eve Godeffroy pour son écoute, son soutien et son accessibilité.

Je souhaite aussi adresser ma plus grande gratitude à l'équipe du CSRPS (Centre Support de Réhabilitation PsychoSociale) de Tourcoing : Agnès, Nathalie, Jordan, Cristina et Céline ; pour votre accueil, votre bienveillance et votre humanité si inspirante.

Un grand merci aux équipes des centres de proximité du GHT Psy NPdC (Groupement Hospitalier de Territoire de psychiatrie du Nord Pas-de-Calais) de m'avoir ouvert vos portes, mais aussi pour votre aide, votre écoute et la richesse de nos échanges.

Merci également à M Bachellez, mon directeur des soins, et mes différentes cadres de proximité : Isabelle, Christine et Sophia, pour vos encouragements, votre soutien, et la construction de ce projet professionnel.

Mes derniers remerciements sont pour mon mari et mes enfants, qui ont supporté les changements de notre quotidien ces deux dernières années, rythmé par les échéances de la formation.

Je souhaite dédier ce travail à **Solange BRISBOUT**, pour sa bienveillance, son soutien et ses encouragements tout au long de mon projet professionnel.

Liste des abréviations

AA : Alcooliques Anonymes

AFRC : Association Francophone de Remédiation Cognitive

AMDP-system : Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology

ARS : Agence Régionale de Santé

BEP : Bilan Educatif Partagé

C3RP : Centre Ressource en Remédiation cognitive, Rétablissement et Réhabilitation Psychosociale

CESE : Conseil Economique Social et Environnemental

CII : Conseil International des Infirmiers

CL3R : Centre Référent de Réhabilitation psychosociale et de Remédiation cognitive de Lyon

CMP : Centre Médico-Psychologique

COPIL : COmité de PIlotage

CRR : Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale

CSP : Code de Santé Publique

CSRPS : Centre Support de Réhabilitation PsychoSociale

DPO : Délégué à la protection des données

EHS : Entraînement aux Habilités Sociales

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

ERFC : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives

ETP : Education Thérapeutique du Patient

F2RSM : Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale Hauts de France

GHT Psy NPdC : Groupement Hospitalier de Territoire de Psychiatrie du Nord Pas-de-Calais

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé et Territoires

INSAIT : INSight Assessment InTerview

IPA : Infirmier(e) de Pratique Avancée

IS : Insight Scale (Birchwood)

ISP : Infirmier de Secteur Psychiatrique

ITAQ : Insight and Treatment Attitude Questionnaire

MSP : Médiateur Santé Pair

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PANSS : Positive and Negative Syndrom Scale

PRS : Projet Régional de Santé

PSE : Present State Examination

PSI : Plan de Suivi Individualisé

PSM : Psychiatrie et Santé Mentale

PTSM : Projet Territorial de Santé Mentale

RC : Remédiation Cognitive

RNIPH : Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine

RPS : Réhabilitation PsychoSociale

SAI : Schedule of Assessment of Insight

S-QoL : Self-administered that assesses Quality of Life

SRS : Schéma Régional de Santé

STORI : STages Of Recovery Instrument

SUMD : Scale to assess Unawareness of Mental Disorder

TCC : Thérapies Comportementales et Cognitives

WAPR : World Association for Psychosocial Rehabilitation

WEMWBS : Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale

Sommaire

Remerciements

Liste des abréviations

Introduction générale.....1

I : Introduction du cadre conceptuel.....3

I.1 Psychiatrie et santé mentale.....3

I.2 Insight.....8

I.3 Rétablissement et réhabilitation psychosociale.....15

I.4. Psychoéducation.....23

II : Méthode.....28

II.1. Choix méthodologique.....28

II.2. Module « Conscience en soi ».....29

II.3. Procédure.....33

III : Résultats et analyse.....35

III.1 Variables descriptives.....35

III.2 Critère de jugement principal : INSAIT.....38

III.3 Evaluations répétées.....41

III.4. Données post-module.....44

IV : Discussion45

IV.1 Réponse à l'hypothèse de recherche.....45

IV.2 Faiblesses et forces de l'étude.....48

IV.3 Perspectives et approfondissements50

Conclusion55

Bibliographie

Table des matières

Annexes

Introduction générale

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), « *Une personne sur huit présente un trouble mental* ». (*Troubles mentaux*, s. d.)

D'après Santé Publique France, « *En France, les « maladies psychiatriques » associées à l'ensemble des « traitements chroniques par psychotropes » (dont les anxiolytiques et hypnotiques) représentent 14 % des dépenses totales et le premier poste de dépense de l'Assurance Maladie. Ils représentent la première cause d'années vécues avec une invalidité. Ils sont responsables de 35 à 45 % de l'absentéisme au travail.* » (*Santé mentale*, s. d.)

Le coût de la santé mentale est donc un enjeu de santé publique.

Infirmière travaillant en psychiatrie depuis près de 20 ans, j'ai un parcours professionnel varié dans divers services intra et extra hospitaliers et dans des régions différentes. J'apprécie les multiples soins possibles dans le parcours des personnes accompagnées. J'ai à cœur de toujours actualiser mes connaissances dans le domaine de la santé mentale, jusqu'à aujourd'hui orienter ma pratique en réhabilitation psychosociale.

Ces soins sont orientés vers le concept de rétablissement, défini comme la possibilité pour la personne de mener une vie qu'elle considère comme satisfaisante. (Masson & Franck, 2021)

Cette approche holistique rejoint les missions de l'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) dans l'accompagnement global des personnes intégrant leur parcours de soins, leur parcours de santé et leur parcours de vie. (Ambrosino, 2021) L'IPA en Psychiatrie et Santé Mentale (PSM) s'inscrit dans l'organisation de ces parcours tout en s'impliquant dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles. (Chassagnoux & Gaye, 2022) Elle peut ainsi contribuer à des études et travaux de recherche pour améliorer l'accès aux soins et la qualité des parcours. Elle peut également développer son expertise. (*Légifrance - Publications officielles - Journal officiel - JORF n° 0187 du 13/08/2019*, s. d.)

Je me suis intéressée au concept d'insight suite à ma pratique et aux réflexions partagées lors de rencontres entre centres de proximité de réhabilitation psychosociale de la région Hauts de France. En effet, lors de la présentation des différents outils, un préalable de « bon insight » est régulièrement évoqué. (Franck, 2016a)

A la suite de mes cours de première année sur les déterminants et modèles explicatifs de la santé et des comportements de santé, et de mes vécus cliniques en service ou en stage, j'ai voulu rapprocher le modèle trans théorique du changement de comportement de Prochaska aux stades du rétablissement. Le défaut d'insight se retrouve au stade de pré-contemplation de Prochaska

et au stade moratoire du rétablissement, c'est-à-dire en amont des parcours de réhabilitation psychosociale. (Annexe 1)

Après ma rencontre avec la Fédération Régionale de Recherche en psychiatrie et Santé Mentale Hauts de France (F2RSM), je me suis rapprochée du Dr Lambrichts qui a entamé un travail de recherche avec la mise en place du « Module conscience en soi », prochainement labélisé ETP (Education Thérapeutique du Patient)(Ferlay et al., 2021).

Ce travail s'intéresse à l'évaluation de l'efficacité de ce module de psychoéducation notamment sur l'évolution de l'insight.

Après la présentation du cadre conceptuel, la méthodologie de cette étude descriptive rétrospective est présentée avant les résultats et leur analyse. Enfin, préalablement à la conclusion, une discussion est proposée.

I : Introduction du cadre conceptuel

L'OMS rappelle : « *Il n'y a pas de santé sans santé mentale* ». Nous commençons donc par introduire le contexte de la psychiatrie et de la santé mentale avant de développer les concepts utilisés dans ce travail.

I.1 Psychiatrie et santé mentale

I.1.a Historique de la psychiatrie et de la santé mentale

Historiquement, nous retrouvons la stigmatisation des troubles mentaux dès le Moyen Âge et St Augustin, qui introduit l'idée d'une possession et donc d'un châtiment. Si la Renaissance a vu une humanisation avec la réhabilitation de certains troubles mentaux, elle est réservée à une élite. Cependant, au XVII^{ème} et au XVIII^{ème} siècle, l'exclusion et l'enfermement sont la règle avec l'idée qu'il n'y a pas de guérison.

Ainsi, la psychiatrie est née il y a 200 ans avec le mouvement des aliénistes qui reconnaît le statut de maladie et l'intérêt du malade afin de le soustraire du cadre pénal et à la maltraitance afin de donner une chance de guérison. Les asiles permettent une meilleure connaissance des maladies avec le rôle du cerveau et leur évolution. Toutefois, nous constatons les limites de l'enfermement après la seconde guerre mondiale. Le secteur psychiatrique est né dans les années 60 avec le développement des soins extra hospitaliers. Nous assistons progressivement à une désinstitutionalisation et un virage ambulatoire depuis les années 80.

Jean Demay (Psychiatre 1926-1999) « *l'expérience prouve que la chronicité n'est pas irréversible.* » (1981)

En parallèle, la moitié des lits a fermé en 40 ans surtout dans le public. Cependant, nous assistons à une augmentation constante du nombre de patients en psychiatrie dont plus du double en ambulatoire en 20 ans. Pourtant ces 10 dernières années ont vu la fermeture de plus de 670 CMP (Centre Médico-Psychologique) posant la question de la continuité des soins. Continuité des soins chère à Lucien Bonnafé qui a également défendu l'accueil inconditionnel avec les autres désaliénistes François Tosquelles et Jean Oury. (*La révolte de la psychiatrie - Mathieu Bellahsen, Rachel Knaebel - Éditions La Découverte, s. d.*)

Selon l'OMS, la santé mentale est un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». (*Santé mentale,*

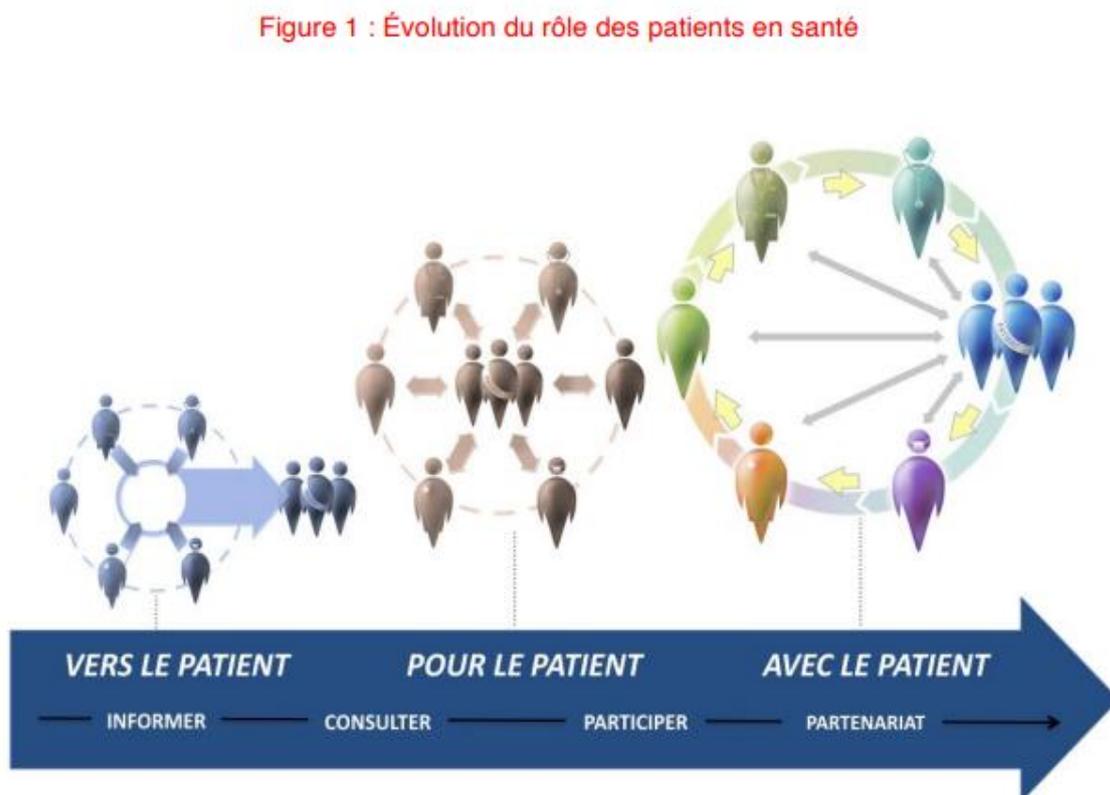
s. d.) Elle l'a mise comme priorité de santé publique en 2000 dans un but de déstigmatisation. La santé mentale représente bien plus que l'absence de troubles mentaux, et fait partie intégrante de la santé : il n'y a pas de santé sans santé mentale. Elle est déterminée par de nombreux facteurs : socio-économiques, biologiques et environnementaux. Il semble donc opportun de penser la psychiatrie et la santé mentale dans une complémentarité des approches.

« (...) les limites de l'approche standard en psychiatrie peuvent être enrichies par des pratiques orientées vers le rétablissement (...). » (Le Cardinal et al., 2013) Ainsi, les professionnels doivent faciliter ce processus par leur posture et croire que les personnes ont les capacités à se rétablir.

I.1.b Changement de posture en psychiatrie

Nous nous intéressons d'abord à l'évolution du rôle des patients en santé.

(Boivin et al., s. d.)



Le paternalisme a évolué vers une approche centrée, afin d'amener aujourd'hui au patient partenaire. Cette relation de partenariat est une relation réciproque d'engagement selon le « modèle de Montréal ». Cela implique un co-leadership, une co-construction et une co-

responsabilité ; amenant à une complémentarité des savoirs professionnels et des savoirs expérientiels. (Boivin et al., s. d.). Au lieu de travailler « pour », maintenant, nous travaillons « avec » la personne. Ce nouveau concept engendre une nouvelle relation de soin en privilégiant une médecine narrative.

Nous ne parlons plus de « prise en charge » car la personne s’implique activement à présent, en collaboration avec l’équipe, les différents intervenants et ses proches pour atteindre son rétablissement. C’est la personne concernée qui définit les objectifs notamment dans les domaines du travail, des études et des relations interpersonnelles.(Bourdeau et al., 2014)

On parle alors d’alliance thérapeutique qui est une entente entre le patient et son thérapeute sur les objectifs généraux du traitement et des tâches spécifiques liées au déroulement du traitement, ce n’est donc pas une séduction mutuelle.

L’évolution des prises en soins oriente vers la réhabilitation psychosociale, qui renvoie à la notion de rétablissement et d’autodétermination. Cette progression amène à la création de nouvelles professions comme les Médiateurs Santé Paire (MSP), les psychologues spécialisés en neuropsychologie et les IPA dans des approches complémentaires interdisciplinaires et avec des partages d’expériences afin de participer à l’amélioration des accompagnements.

I.1.c Pratique avancée en psychiatrie et santé mentale

Evolution de la profession infirmière en psychiatrie

Dans les origines de la profession d’infirmier psychiatrique, on retrouve Jean-Baptiste Pussin (1746-1811), ancien malade qui pourrait aussi être considéré comme l’ancêtre des pairs aidants avec le savoir expérientiel. Cet humaniste sort de l’ombre de Philippe Pinel, car il serait le véritable « libérateur » des aliénés au siècle des lumières, suivi par la République et la proclamation des droits de l’Homme. (Rivallan, 2015)

« L’histoire de la formation infirmière en psychiatrie n’a jamais été un long fleuve tranquille. En 1955, la formation infirmière était de courte durée. En 1973, la formation s’étend sur 28 mois et délivre le titre d’infirmier de secteur psychiatrique pour un exercice directement lié à la psychiatrie de secteur. L’année 1979 marque le rapprochement des deux programmes d’études par une année commune, 1992 signe l’arrêt de la formation spécifique d’infirmier de secteur psychiatrique (ISP), au profit d’une formation unique. En 2009, le programme de formation en psychiatrie est de plus en plus réduit. » (PERRIN-NIQUET, 2019)

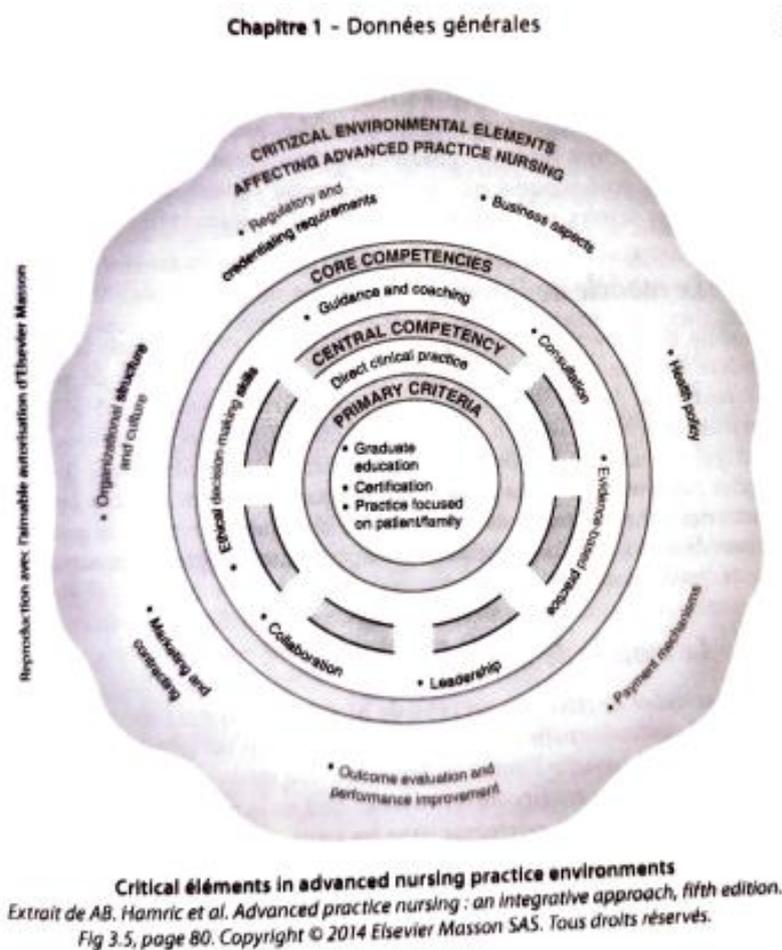
Nous devons l’origine du concept de pratique avancée à Florence Nightingale puis à Hildegarde Peplau avec la création de « infirmière clinicienne spécialisée » en psychiatrie aux Etats-Unis. En Europe, ce sont les pays nordiques et les Royaumes unis qui introduisent ce concept.

En France, c'est en 2019 que la formation d'IPA mention « Psychiatrie et Santé Mentale » est créée. (Formarier & Jovic, 2009)

Depuis 2002, le Conseil International des Infirmiers (CII) a comme définition, reconnue au niveau international :

« L'infirmier-ère diplômé-e qui exerce en pratique avancée a acquis les connaissances théoriques et le savoir-faire nécessaires aux prises de décisions complexes, de même que les compétences cliniques indispensables à la pratique avancée de son métier, pratique dont les caractéristiques sont déterminées par le contexte dans lequel l'infirmière sera autorisée à exercer. Une formation de base de niveau maîtrise (Master's Degree) est recommandée ».

Pour structurer la pratique avancée, différents modèles sont proposés avec le leadership, l'autonomie et l'expertise comme caractéristiques communes. La France retient le modèle Hamric, qui place la pratique clinique en compétence centrale avec l'approche holistique, la relation de partenariat avec le patient, la référence à un raisonnement clinique expert, l'utilisation de résultats de la recherche pour guider ses interventions et la mise en œuvre de plusieurs approches de soins. (Ambrosino, 2021)



Organisation de la pratique avancée

La réglementation évolue encore pour la pratique avancée qui vient en complémentarité avec les activités des autres professionnels. L'IPA favorise l'interdisciplinarité pour optimiser les parcours complexes rencontrés en psychiatrie, car travailler ensemble permet de fluidifier les parcours de soins, de santé et de vie avec la personne concernée et ses aidants. Cette collaboration doit être volontaire pour que chacun s'implique. L'objectif étant d'intégrer toutes les pratiques pour nous amener à la transdisciplinarité qui permettra de donner du sens à cette approche holistique qui ne se limite pas à la pathologie, mais intègre les réactions à la pathologie.

En effet, dans les avis du Conseil Economique Social et Environnemental (CESE), nous retrouvons en conclusion du document « *Améliorer le parcours de soin en psychiatrie* » : Le soutien à la recherche en psychiatrie avec la transdisciplinarité et la participation des patientes et patients et de leurs proches. (*Améliorer le parcours de soin en psychiatrie*, s. d.)

Nous pouvons nous aider en utilisant le modèle clinique trifocal proposé par Marchal et Psiuk qui identifie trois domaines : biologique, psychologique et social / culturel. Ce modèle est centré sur la personne et adapté à la prise en soin globale par l'ensemble des professionnels de santé dont fait partie l'IPA qui pourra mettre en avant ce qui unit chaque protagoniste pour résoudre la complexité de la situation. (Psiuk, 2006)

Le développement de nouvelles organisations, comme le travail en coopération, est favorisé en premier lieu par la loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires dite loi HPST. Nous retrouvons dans l'article 51 : « *coopération entre professionnels de santé dont l'objectif est de favoriser les transferts d'activités et les actes de soins, avec sécurité et qualité.* ». Ce protocole de coopération nominatif permet un élargissement des compétences en réponse à un besoin identifié.

Concernant les IPA, c'est l'article R4301-4 du code de santé publique qui donne les règles de collaboration par un protocole d'organisation « *dans le cadre du travail en équipe entre le ou les médecins et le ou les infirmiers exerçant en pratique avancée.* ». L'IPA est responsable de ses actes, l'information donnée au patient est en annexe du protocole, et précise la fréquence des visites prévues par le médecin. (Ambrosino, 2021)

« *En vue du rétablissement du patient, la pratique avancée sera une belle évolution pour les soins et la profession.* » (PERRIN-NIQUET, 2019)

Après avoir défini le contexte de ce travail nous nous intéressons aux concepts autour duquel il s'articule. Tout d'abord il semble important de prendre le temps de clarifier la complexité de l'insight, avant de définir le rétablissement en psychiatrie et la réhabilitation psychosociale pour terminer avec la psychoéducation et le module « conscience en soi » qui est l'objet d'étude.

I.2 Insight

L'insight est un concept complexe avec de multiples facettes. De nombreuses recherches sont effectuées afin d'en caractériser les différents aspects. Ces conceptualisations varient selon les auteurs et selon les écoles de pensées. « *L'insight est un concept complexe sans définition unitaire.* » (FRANCK, 2018, p.481). Il peut être défini comme la « *conscience des troubles ou de la maladie* » (Rainteau, 2022), ou « *introvision* ». (Marková & Jaafari, 2009) Il existe de nombreuses études empiriques sur l'insight, avec des résultats divergents et contradictoires qui peuvent s'expliquer par le nombre important de définitions et d'échelles d'évaluation.

Avant d'essayer de clarifier ce concept pour tenter de l'évaluer, nous nous intéressons brièvement à l'historique de cette notion.

I.2.a Historique de l'insight

Nous retrouvons quelque chose qui se rapproche de l'insight dans la philosophie grecque antique avec la locution *Gnôthi Seauton* qui signifie « *Connais-toi toi-même* ». Ce serait la plus ancienne maxime gravée à l'entrée du temple d'Apollon à Delphes, repris par Socrate. Pendant le siècle des lumières, le thème prédominant est : « *introspection* ». Au XIXème siècle, Freud introduit la notion : « *aperception* », qui est une conception plus large de la compréhension de soi qui se base sur la connaissance de soi. C'est aussi au XIXème siècle qu'il y a eu une professionnalisation de la psychiatrie en tant que discipline. (Marková & Jaafari, 2009)

Le terme « *Insight* » se retrouve en langue germanique avec le terme « *Einsicht* » ; mais les langues latines, dont le français, n'ont pas de terme unitaire.

L'insight est un terme retrouvé dans différents courants de la psychiatrie depuis le milieu du XIXème siècle en France, à partir de la notion de « *folie partielle* », lors de séances de la société médico-psychologique. (Friard, 2012) Les premiers aliénistes, Pinel et Esquirol, introduisent ainsi une certaine conscience de l'état pathologique. On commence alors à distinguer la conscience complète et la conscience incomplète qui varie selon les stades de la maladie. En

effet, comme tout jugement, l'insight évoluerait au cours du temps. Il y a donc différentes classifications permettant une conceptualisation plus large de l'insight de la maladie mentale, ce qui rend le concept plus complexe. (Marková & Jaafari, 2009)

I.2.b Concept de l'insight

Le centre du concept théorique de l'insight est la conscience des changements, accompagnée d'un jugement sur ce changement. Nous retrouvons différentes perspectives psychologiques.

Selon la psychologie cognitive de la Gestalt, l'insight permettrait la résolution de problème spécifique par « *illumination* » ou « *révélation* ». Cette compréhension extérieure se différencie de la compréhension intérieure de la psychiatrie générale qui affirme que la connaissance des problèmes se développe graduellement sur un laps de temps non spécifié. (Marková & Jaafari, 2009)

Selon la neuropsychologie cognitive, ce serait un « *système de lecture de l'esprit* », donc un état mental.

Enfin, l'insight ou la connaissance de soi est au cœur de la théorie psychanalytique de Freud au milieu du XIXème siècle. Il est à relier aux processus mentaux conscients, préconscients et/ou inconscients. L'insight serait alors une forme de profonde connaissance de soi, dans un processus continu de restructuration. L'acquisition de l'insight se ferait dans les situations de transfert et de contre transfert, où l'empathie serait cruciale pour son développement. Anna Freud, sa fille, a fait évoluer le concept d'insight comme connaissance de son monde intérieur.

La complexité de la conceptualisation psychanalytique aurait contribué à freiner la recherche empirique. Sa vision interne, continue et sans limite se différencie de la vision externe, discrète et soudaine, de la Gestalt et du cognitivisme. (Marková & Jaafari, 2009)

Différenciation insight / anosognosie / déni

L'insight est un terme complexe et interdisciplinaire à différencier de l'anosognosie et du déni. L'anosognosie est rattachée à la neurologie et la neuropsychologie, elle se définit comme l'absence de conscience d'un déficit particulier en lien avec des états neurologiques. L'origine est un dysfonctionnement cérébral, un déficit neurologique significatif. On retrouve un manque total de compréhension ou de connaissance dans une structure limitée. Il n'y a ici pas la place pour inclure les mêmes types de jugements du patient sur sa pathologie qu'en psychiatrie. L'anosognosie est un phénomène observé qui a une définition plus étroite qu'en

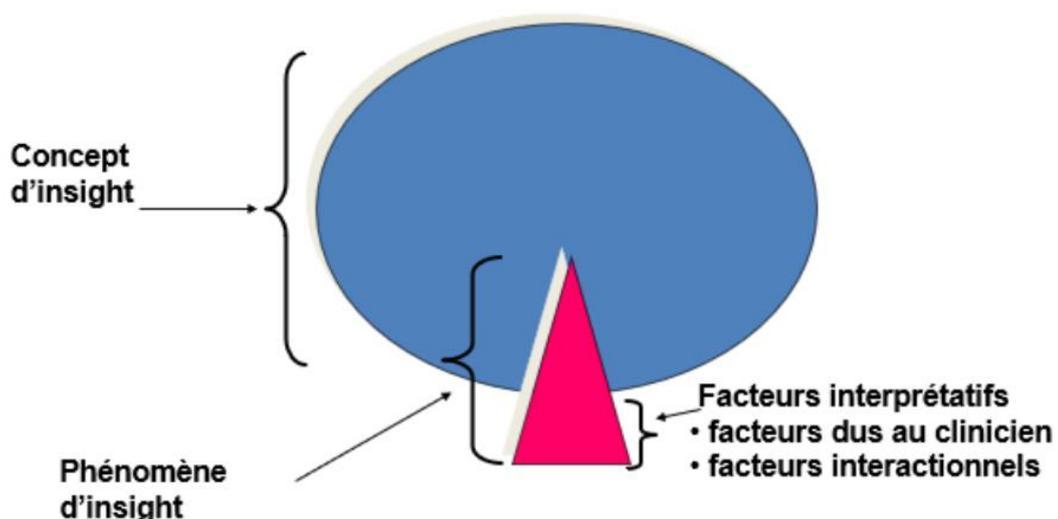
psychiatrie avec l'insight. L'insight ne se limite pas à cette conception en y intégrant des déterminants psychologiques et psychiques ; comme les mécanismes de défense inconscients dont fait partie le déni, qui se met en place lorsque la menace provoque l'anxiété. (Friard, 2012)

Le déni est un processus mental auquel l'individu n'a aucun accès. C'est l'incapacité d'être conscient d'un déficit sur une base psychodynamique ou motivationnelle. Terme psychanalytique pour décrire un processus mental conscient et inconscient amenant à la connaissance de soi.

Ces deux conceptualisations sur l'absence de conscience sont importantes dans le travail empirique sur la perte d'insight. Le concept de l'insight intègre donc les notions d'anosognosie et de déni, dans une structure large incluant les aspects psychologiques, sociaux et fonctionnels. C'est un processus dynamique qui varie en fonction des changements internes et externes.

Conceptualisation de l'insight en psychiatrie

L'insight est devenu une variable indépendante et un concept complexe d'où l'importance de distinguer le concept théorique qui est un tout complexe et multidimensionnel, et le phénomène clinique de l'insight qui ne s'intéresse qu'à un des aspects de ce concept. Le Centre Ressource en Remédiation cognitive, Rétablissement et Réhabilitation Psychosociale (C3RP), à Sainte Anne, Paris, reprend le schéma de Marková pour l'illustrer.



(C3RP, 2022)

“En d’autres termes, l’Insight en tant qu’état mental, est indépendant de la maladie en soi, mais interdépendante de multiples autres facteurs, parmi lesquels se trouvent la maladie affectant les processus mentaux.”(Marková & Jaafari, 2009)

L’insight serait donc un état mental dynamique et un champ important pour la recherche empirique car il pourrait être la clé de compréhension de certains résultats, puisque la maladie n’est pas le seul facteur affectant l’insight. Les facteurs sociaux et culturels ont un poids important pour les personnes concernant leurs croyances sur les troubles mentaux. Ce serait donc une expérience subjective dépendante de la conscience de la personne avec l’implication de processus motivationnels qui regroupent des processus mentaux conscients et inconscients.

Nous ne devons pas le considérer comme un symptôme, un indicateur de la maladie ou un signe caractéristique. En effet, ce serait à l’encontre de certains aspects d’une conceptualisation multidimensionnelle de ce concept.

Selon David et al (1990), il existe trois dimensions de l’insight qui sont largement retenues :

- La conscience de souffrir d’un trouble mental
- L’aptitude à reconnaître le caractère pathologique de certains événements mentaux
- L’acceptation de la nécessité d’un traitement

Cette approche multidimensionnelle intègre donc des éléments psychiques, psychopathologiques, neurocognitifs et interactionnels. Ces complexités ne sont pas seulement expliquées par les symptômes de la maladie, mais aussi par un état mental.

L’insight garde la conscience comme élément central, mais y ajoute différents types de jugements. Le phénomène d’insight rassemble les composantes de la structure de l’insight choisies par le clinicien ou le chercheur. Il existe également des différences concernant les méthodes d’évaluation avec une question d’interprétation qui varie selon les perceptions de l’évaluateur et l’influence des soignants et des proches.

Les facteurs qui influencent le phénomène de l’insight sont le concept d’insight, les outils d’évaluation utilisées et l’objet de l’insight. Jaafari insiste sur la nécessité de définir ces facteurs pour toute recherche empirique.

Ainsi, cette étude se base sur les trois dimensions de l’insight selon David et al (1990). Pour continuer à définir cette recherche, nous nous intéressons donc à son évaluation puis au domaine clinique.

I.2.c Recherches empiriques sur l'insight

Evaluation de l'insight

Les définitions plus ou moins larges varient selon les approches et les différents aspects de l'insight. De plus, il existe de nombreuses échelles d'hétéroévaluation qui peuvent être biaisées par le vécu de clinicien ; et des échelles d'autoévaluation qui ne permettent pas une interprétation aussi riche que l'hétéroévaluation. (Jaafari & Marková, 2011)

Les échelles quantitatives sont retrouvées dans l'approche dimensionnelle et très souvent pour les personnes souffrant de troubles psychotiques. Nous retrouvons entre autres le questionnaire standardisé de Mc Evoy et al. (1981) : Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ), la SAI : Schedule of Assessment of Insight de David et al (1990), L'Insight Scale (IS) de Birchwood et al (1994) qui est une autre transposition du modèle tridimensionnel, l'approche multidimensionnelle d'Adamor et al (1991) Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD) qui est large et complexe et donc difficile en mesure empirique.

Nous retrouvons également des items spécifiques de l'insight dans des évaluations psychopathologiques plus générales comme le PSE : Present State Examination, de Wing et al (1974), l'AMDP-system : Manual for the Assessment and Documentation of Psychopathology, de Guy et Ban (1980), et surtout la PANSS : Positive and Negative Syndrome Scale, de Kay et al (1987). Si ces évaluations catégorielles de sévérité sont plus pratiques et plus simples, elles restent peu aptes à explorer les détails du contenu de l'insight. (Marková & Jaafari, 2009)

Il semble donc important de prendre en compte la structure multidimensionnelle de l'insight plutôt qu'uniquement comme un symptôme dans un processus morbide où il est un indicateur.

Dans la partie méthodologie, nous expliquons le choix de l'échelle INSAIT (INSight Assessment InTerview) qui est un entretien semi-dirigé d'évaluation du degré d'insight proposé par Baptiste Gaudelus, infirmier au CL3R (Centre Référent de Réhabilitation psychosociale et de Remédiation cognitive de Lyon), service universitaire de Réhabilitation, Lyon, France. Il est aujourd'hui IPA en santé mentale et psychiatrie au Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale (CRR), Lyon. L'INSAIT reprend les 3 dimensions de l'insight avec l'évaluation de la conscience des symptômes, la conscience du besoin d'un traitement et d'un suivi spécialisé, et la conscience d'avoir une maladie psychiatrique. (Annexe 2)

Insight en psychiatrie clinique

« *L'intérêt croissant porté à l'exploration clinique de l'insight semble trouver son origine, en partie, dans des observations montrant que le manque d'insight est extrêmement présent chez les patients souffrant de maladies psychiatriques.* » (Marková & Jaafari, 2009, p. 83)

Le défaut d'insight est connu pour avoir des conséquences délétères comme la mauvaise observance thérapeutique, un plus mauvais pronostic concernant l'évolution de la maladie et un amoindrissement de la qualité de vie. Il est donc nécessaire d'évaluer le degré d'insight « *pour mettre en œuvre des stratégies pour tenter de diminuer ce défaut d'insight si souvent rencontré.* » (Airagnes, 2012) Ce travail sur l'insight est métacognitif au même titre que les biais cognitifs.

De nombreuses explorations empiriques de l'insight chez les personnes présentant des troubles mentaux et plus particulièrement des troubles psychotiques permettent de développer de nombreux outils structurés de mesure de l'insight. Nous retrouvons principalement des évaluations quantitatives qui permettent des études de corrélation. Il est mis en évidence l'influence des facteurs individuels, extérieurs et environnementaux. Cependant, les résultats de ces études divergent et sont peu significatifs surtout en raison des différences méthodologiques. (Marková & Jaafari, 2009)

Si un certain nombre d'études affirme qu'il y aurait une amélioration de l'insight avec le temps, un meilleur insight correspondrait aussi à un meilleur résultat clinique. Alors qu'un faible insight engendrerait une fuite et un évitement comme stratégie de *Coping*.

Cependant un meilleur insight induirait plus de tristesse et de dépression. Mais il faut relativiser ces résultats car ces études remarquent cette corrélation au début des traitements mais pas après un an de suivi. De plus, des études sur des sujets dit "sains" prouvent que le manque d'insight peut être analysé comme un phénomène commun normal et parfois adaptatif comme mécanisme de défense.

L'insight joue également un rôle dans la capacité à consentir aux soins et est donc important au niveau éthique.

« *L'évaluation de la capacité à consentir aux soins mérite aussi d'être révisée, car les patients souffrant d'une pathologie psychiatrique, même avec un faible insight, peuvent être compétents sur certaines dimensions et participer activement aux soins.* » (Jaafari & Dauga, s. d.)

Si la conceptualisation dominante chez les chercheurs est l'insight comme structure multidimensionnelle donc large, l'insight est également un concept relationnel, en relation à

quelque chose comme un état pathologique. C'est donc « l'objet » qui va déterminer la manifestation clinique de l'insight, il est déterminé en fonction du contexte conceptuel qui est la discipline professionnelle. Dans ce travail nous nous situons en psychiatrie et plus particulièrement dans le paradigme du rétablissement avec la réhabilitation psychosociale que nous développons maintenant.



7

(Mandel, 2022)

I.3 Rétablissement et réhabilitation psychosociale

I.3.a Introduction du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale

C'est au milieu du XIX^{ème} siècle aux Etats-Unis, que le concept de *recovery* est né pour soutenir l'abstinence d'anciens buveurs. « *Ce rétablissement représente une réalité personnelle, qui déborde largement le seul domaine de la pathologie médicale.* » (Le Cardinal et al., 2013) C'est également le moment où d'anciens usagers interviennent dans les services d'addictologie. La création des Alcooliques Anonymes (AA) dans l'Ohio formalise ce mouvement en 1935 et regroupe aujourd'hui 2,2 millions d'adhérents dans 150 pays.

Les années 1980 voient apparaître l'*Empowerment* aux Etats-Unis pour la réappropriation du pouvoir « par et pour » les usagers. « *L'espoir est au centre de cette dynamique qui ne met volontairement pas l'accent sur les symptômes mais sur la possibilité de retrouver un sens à sa vie, malgré la maladie.* » (Le Cardinal et al., 2013) Ces années 80 marquent également une désinstitutionnalisation de la psychiatrie avec le développement de l'ambulatoire.

La traduction de *recovery* par « rétablissement » doit le voir comme un processus vers un nouvel état d'équilibre et pas comme un retour à un « état antérieur » ou une guérison. En 2010, un collège de psychiatre de Londres définit les trois composantes clés du rétablissement : l'espoir, le pouvoir ou l'autodétermination, et l'inclusion sociale. C'est cette inclusion sociale qui introduit la réhabilitation psychosociale en s'appuyant sur les ressources internes et externes de la personne.

Ce mouvement naît dans les années 70, l'association mondiale de réhabilitation psychosociale est créée en 1986 à Vienne. Nous sommes dans un contexte de désinstitutionnalisation avec la politique de secteur et la naissance de la psychothérapie institutionnelle intégrant la prévention, la permanence et la disponibilité des soins. Mais il persiste une chronicisation, des problèmes d'hébergement et d'insertion. C'est à ce moment-là que la réhabilitation psychosociale développée par les pays anglosaxons durant cette même période, arrive en France dans les années 90. (Franck, 2016a)

Ce changement de paradigme met en avant le savoir expérientiel : « *Les pratiques de pair-aidance s'inscrivent dans différents pays du monde, dans la suite logique de cette mutation.* » (Le Cardinal et al., 2013) On retrouve ainsi les *peer-support workers* aux Etats-Unis, les pair-aidants au Canada et les « Médiateurs de Santé Pair » (MSP) en France. Ces nouveaux professionnels travaillent pour l'adhésion au traitement avec des contacts directs, en aidant à la

restauration de l'estime de soi, la reprise de l'espoir et la diminution de la stigmatisation. Ce savoir expérientiel vient en complémentarité des autres savoirs en psychiatrie et santé mentale.

C'est ainsi que ce tournant clinique nous invite à un changement de paradigme en s'orientant vers ce qui est significatif pour les personnes dans leur histoire de vie. Concept complexe et multidimensionnel qui reconnaît la complémentarité des approches médicale et expérientielle tout en percevant le rétablissement comme un processus de reconstruction de soi. (Assad, 2014)

Le rétablissement

En psychiatrie, le rétablissement est un processus qui se centre sur des critères subjectifs indépendamment de la présence ou de l'absence des symptômes. Le principe est que toute personne est capable d'évoluer vers un projet de vie choisi. Le but est de renforcer le pouvoir d'agir et d'améliorer les compétences dans une approche globale centrée sur la personne.

Pour Patricia Deegan c'est « *Une attitude, une manière de prendre conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi [...]. Savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent à moi* » (Masson & Franck, 2021)

Selon Favrod et Bonsack : « *le rétablissement se réfère au fait de pouvoir mener une vie pleine et significative (...). Il reste silencieux sur le fait que la maladie est toujours active ou pas. Il n'est pas spécifique à la schizophrénie, mais considère les patients comme des personnes normales qui se débattent avec une maladie sévère.* » (Franck, 2016a)

Il existe quatre dimensions du rétablissement en santé mentale :

Les dimensions du rétablissement (adapté de Van der Stel, 2012).



Le rétablissement est donc personnel, subjectif et singulier. Il nécessite un rétablissement clinique concernant les symptômes. C'est dans cette dimension que les traitements interviennent sans forcément viser une absence de symptômes mais une stabilisation. La dimension fonctionnelle renvoie aux cognitions, aux relations et à l'autonomie dans la vie quotidienne. Enfin, la dimension sociale regroupe le logement, le budget et l'emploi.

Il est donc nécessaire d'accompagner vers le développement des ressources individuelles et environnementales, qui peut correspondre aux facteurs de protections du modèle stress-vulnérabilité-compétence. Le but étant d'atteindre un bien-être subjectif, donc une qualité de vie satisfaisante. (Provencher & Keyes, 2010)

Cette approche thérapeutique psychosociale et collaborative comprend cinq stades :

Stade de rétablissement	Description
Moratoire	Déni de la maladie, confusion identitaire, retrait social, désespoir.
Prise de conscience	Conscience qu'un futur meilleur est possible et qu'on peut se définir autrement que par la maladie.
Préparation	Premiers pas vers le rétablissement : reconnaissance de ses valeurs et forces, identification avec les pairs, développement de ses habiletés.
Reconstruction	Formation d'une identité positive, identification de buts à atteindre, responsabilisation.
Croissance	Sens à sa vie et perception positive de soi. Résilience et capacité à gérer la maladie malgré

(Bourdeau et al., 2014)

Le moratoire nécessite un engagement et un suivi intensif. La prise de conscience serait la première lueur d'espoir d'une vie meilleure avec un possible rétablissement. C'est également la phase de développement de l'insight. La préparation permet de faire la distinction entre « être malade » et « avoir une maladie » en différenciant les manifestations de la maladie des composantes de sa personnalité. La reconstruction permet de restaurer une identité positive et d'établir des objectifs de vie. Cette phase permet de retrouver un sentiment de contrôle de sa vie (*Empowerment*). Enfin, la croissance permet la reconnaissance de ses ressources, la gestion de la maladie et le maintien d'une vision optimiste de l'avenir.

Les différents témoignages rapportent une transformation identitaire.

« Le processus de rétablissement renvoie à un cheminement non linéaire du patient vers la conscience et l'acceptation de l'expérience de la maladie. » (Koenig-Flahaut et al., 2012)

Une évaluation du parcours de rétablissement peut être effectuée par l'échelle STORI (STages Of Recovery Instrument) et adapter la démarche de réhabilitation psychosociale. Si le rétablissement est possible sans réhabilitation psychosociale, la réhabilitation psychosociale permet un accompagnement vers le rétablissement et d'en diligenter le processus.

« La réhabilitation c'est apprendre à revivre. » (Amandine, 2024)

La réhabilitation psychosociale

La Réhabilitation PsychoSociale (RPS) est basée sur la philosophie du rétablissement. Elle comprend donc l'ensemble des procédés visant à aider les personnes vivant avec des troubles psychiques à se rétablir, c'est-à-dire à obtenir un niveau de vie et d'adaptation satisfaisants par rapport à leurs attentes. Nous avons pu observer que même lorsque les symptômes sont stabilisés par les traitements médicamenteux, il persiste des difficultés cognitives (mémoire, attention, fonctions exécutives...), des difficultés dans les cognitions sociales (relations aux autres, s'affirmer, ...), des troubles de l'insight (comprendre la maladie, reconnaître les symptômes et les effets du traitement), et une perte d'autonomie. Ces difficultés peuvent entraver le processus de rétablissement et les troubles cognitifs, véritables déterminants du handicap psychique, freinent la reprise du travail. L'objectif de la réhabilitation psychosociale est de diminuer ces difficultés pour favoriser le rétablissement. Toutefois, rappelons que le handicap psychique dû aux troubles cognitifs qui persistent n'est pas une déficience intellectuelle.

Dans les pionniers de la réhabilitation psychosociale, nous retrouvons Ram A. Cnaan et M. Frakas qui ont décrit les grands principes généraux. (Franck, 2016a)

La réhabilitation psychosociale est une démarche thérapeutique pour restaurer des capacités à partir des objectifs concrets définis par la personne. Co-construction d'un parcours afin de favoriser le rétablissement grâce à l'autodétermination, une approche positive, une précocité des interventions, une normalisation, une personnalisation, un engagement, en horizontalité, en favorisant l'inclusion sociale et l'accès à l'emploi, tout en optimisant la durée de prise en soins en favorisant le droit commun plutôt que le milieu protégé. (Masson & Franck, 2021)

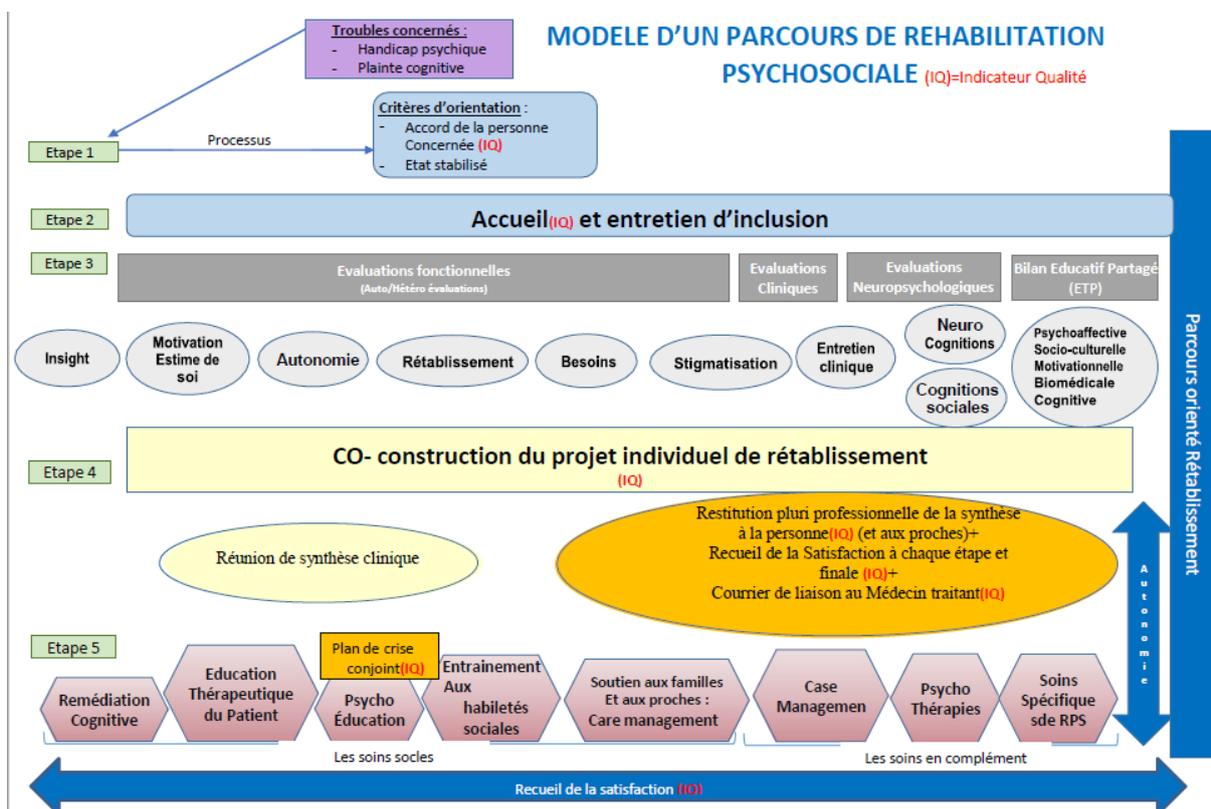
Les cinq grands piliers de la réhabilitation psychosociale sont l'espoir, *l'empowerment* (le pouvoir d'agir), l'identité, les objectifs de l'utilisateur et l'ouverture vers l'extérieur. Les critères d'évaluation de la RPS sont la qualité de vie et le bien-être.

L'objectif est d'accueillir tout le monde quel que soit les symptômes ou la demande, dans un accompagnement sans jugement. La seule variable sera la volonté de collaborer car ce travail ne peut pas se faire dans la contrainte. La réhabilitation accompagne les usagers dans leur temporalité et s'adapte à leur rythme. Elle débute avec la demande de l'utilisateur et se termine lorsqu'il n'y a plus de demandes. Il est important de ne jamais oublier la personne derrière la maladie en définissant un objectif commun en collaboration avec l'utilisateur, les proches et l'équipe soignante. (Rainteau, 2022)

Les 4 étapes de la réhabilitation psychosociale sont

- L'évaluation multidisciplinaire (clinique, fonctionnelle, neuropsychologique)
- La co-construction d'un projet (plan de suivi individualisé : PSI)
- Les soins de réhabilitation psychosociale
- La généralisation et la consolidation dans la vie quotidienne

L'équipe du CSRPS (Centre Support de Réhabilitation PsychoSociale) proposent ce modèle de parcours (N. Paulus, A. Vandamme, C. Hauw, N. Lardeur, Dr Lambrichts, Dr Brunner) :



La motivation est un facteur essentiel de l'alliance thérapeutique mais peut être difficile lorsqu'il y a un trouble de l'insight. La première étape sera donc un travail motivationnel avant de débiter un bilan personnalisé. Selon l'AFRC (Association Francophone de Remédiation Cognitive) la motivation comprend l'autonomie, les compétences et l'appartenance.

« *Les thérapies psychosociales mettent l'accent sur les besoins humanistes de nos patients, et invitent à une psychiatrie plus éthique.* » (Isabelle, 2021)

Il semble que les concepts de rétablissement et de réhabilitation psychosociale partagent les valeurs et les principes fondamentaux du Counseling et de la thérapie institutionnelle.

I.3.b Liens avec le rétablissement et la réhabilitation psychosociale

Counseling

Comme pour l'insight, il n'existe pas de terme français pour traduire le Counseling. Concept né aux Etats Unis, puis arrivé en France au début du XXème siècle pour apporter une aide dans l'orientation professionnelle des jeunes. Il est devenu ensuite un courant thérapeutique grâce à Carl Rogers qui décrit des entretiens d'aide ou de conseil centrés sur la personne et ses problèmes psycho-sociaux. Il intègre déjà les ressources, le mode de vie et les valeurs de la personne pour trouver des solutions aux problèmes. (Formarier & Jovic, 2009)

Cette reconnaissance de la personne comme expert de sa propre vie rejoint les principes du rétablissement. Nous retrouvons également des similitudes entre le processus de changement du soi, décrit par Patricia Deegan dans le rétablissement, et la réorganisation de la structure du soi, développé par Rogers pour le Counseling. Au même titre, les capacités relationnelles et l'attitude holistique sont retrouvées dans les deux approches. (Ellingham & Grisart, 2014)

Psychothérapie institutionnelle

Eugénie Cattin a écrit une thèse de médecine : « *D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle.* » Ce travail s'intéresse à la dimension humaine de ses deux mouvements nés de la désinstitutionalisation. En effet, les deux pensent que le soin de l'individu est possible dans son milieu en prenant en compte ses aspirations, ses particularités et son individualité.

La psychothérapie institutionnelle naît du désaliénisme dans les années 50 en France. Le terme est évoqué pour la première fois en 1952 par Koechlin & Daumézon. Dans ce mouvement, nous retrouvons également St Alban avec Paul Balvet et François Tosquelles qui ont lutté pour une humanisation de l'asile. On peut également citer la clinique de Laborde avec Jean Oury.

Dans les Clubs, on retrouve l'entraide, la rupture de l'isolement et la socialisation. La parole de chacun est prise en compte quel que soit son statut dans l'établissement.

La réhabilitation psychosociale a des racines communes avec le desaliénisme. On retrouve les « Clubhouse » comme réseau d'entraide, de soutien social et de solidarité entre les membres en dehors du cadre des soins traditionnels avec la valeur travail sur un modèle associatif.

Dans ces deux mouvements, nous retrouvons l'idée qu'une vie est possible en dehors de l'hôpital pour les malades atteints de troubles psychiatriques où les clubs sont des lieux de rencontre avec une adhésion libre, une « libre circulation », une souplesse de fonctionnement et une autonomie.

« Les courants de la psychothérapie institutionnelle et de la réhabilitation psychosociale se rejoignent sur des points essentiels de leur éthique et de leurs fondements. » (Cattin, 2017)

S'appuyer sur le Counseling et/ou la thérapie institutionnelle, et toute la littérature décrivant les compétences relationnelles de ces concepts pourrait être une ressource dans le changement de posture nécessaire pour accompagner vers le rétablissement. La pratique avancée pourrait permettre de faire les liens entre les différents concepts et gagner en efficacité, en favorisant la complémentarité des approches.

I.3.c Offres de soins orientés rétablissement : la Réhabilitation PsychoSociale (RPS)

Nous allons maintenant nous intéresser brièvement aux textes de référence concernant l'organisation de la mise en place des filières de soin de réhabilitation psychosociale, avant de présenter les différents outils possibles.

Législation

En 1996 l'OMS publie conjointement à la WAPR (World Association for Psychosocial Rehabilitation) les principaux objectifs de la réhabilitation psychosociale (*International NGO for Psychosocial Rehabilitation*, s. d.)

En France, le décret du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale (PTSM) décrit dans son Art. R. 3224-6.-1. : *« Le projet territorial de santé mentale a pour priorité l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité sans rupture, notamment pour les personnes souffrant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur inclusion sociale.*

A ce titre, il prévoit : 1° Les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, et aux accompagnements sociaux et médico-sociaux. » (Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017)

Pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, une instruction a été fournie aux Agences Régionales de Santé (ARS) le 16 janvier 2019. Une note de cadrage prévoit la structuration d'une offre de soins de réhabilitation en proximité et des centres « support » régionaux. Il est précisé que les nouveaux outils thérapeutiques viennent en complémentarité de l'offre des secteurs. Il est attendu une couverture homogène des territoires avec des publics cibles, un parcours de soins en réhabilitation psychosociale avec une organisation territoriale. Des indicateurs d'évaluation et de suivi à destination des acteurs y sont proposés. (*INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires - Légifrance, s. d.*)

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2018-2028 des Hauts de France est révisé à mi-parcours en novembre 2023 et conduit à l'adoption d'un nouveau Schéma Régional de Santé (SRS) qui renforce la territorialisation des actions et place la prévention en tête des priorités. (*L'ARS Hauts-de-France publie le projet régional de santé révisé, 2023*).

Ce SRS promeut entre-autre la réhabilitation psychosociale pour réduire les ruptures dans les parcours. Nous vous présentons maintenant les différents outils qui viennent en complémentarité des offres de soins déjà présents dans les secteurs

Les outils de réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale regroupe des outils thérapeutiques non médicamenteux, utilisés en complément de l'approche psychopharmacologique. Ces outils sont de la remédiation cognitive, de l'entraînement aux habilités sociales, des thérapies comportementales et cognitives et de la psychoéducation. Ils peuvent être utilisés seuls ou en association dans le parcours de soins individualisé en fonction des besoins de la personne. (Franck, 2016b)

Les obstacles au rétablissement sont des difficultés cognitives et relationnelles qui peuvent être rééduquées en Remédiation Cognitive (RC) avec la neurocognition, la cognition sociale et la métacognition, en individuel ou en groupe. L'Entraînement aux Habilités Sociales (EHS) et les Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC) vont travailler les difficultés dans le quotidien avec l'autonomie, l'estime de soi, l'affirmation de soi, ... Enfin les troubles de l'insight peuvent se travailler en psychoéducation afin de permettre l'*empowerment* de la personne concernée mais aussi pour ses proches.

C'est cet outil, qui intègre l'Education Thérapeutique du Patient (ETP), que nous développons maintenant afin de présenter le module « Conscience en soi », l'objet de l'étude

I.4 Psychoéducation

I.4.a. Implantation de la psychoéducation

Une forme d'Education thérapeutique naît en 1922 avec les premiers traitements par insuline pour les personnes souffrant de diabète. En santé mentale, l'approche éducationnelle arrive au même moment mais dans une approche verticale et autoritaire. Il faudra attendre les années 70 pour voir cette approche évoluer vers une approche humaniste, active et constructiviste. En même temps, c'est en 1971 que la psychoéducation est reconnue de manière universitaire en tant que science sociale. Les termes « éducation thérapeutique » et « psychoéducation » coexistent depuis cette époque. Le terme éducation thérapeutique est privilégié en France avec les plans nationaux d'éducation à la santé dans le champ des maladies chroniques en général. Pour qu'un programme puisse recevoir l'appellation ETP : Education Thérapeutique du Patient, il doit être validé par l'ARS. Cependant, le terme psychoéducation est préféré dans la littérature internationale surtout anglosaxonne. (Darkiewicz, s. d.)

Législation

L'éducation thérapeutique est largement légiférée. On la retrouve dans la loi 2009-879 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients, à la Santé et aux Territoires dite HPST, pour toutes les personnes atteintes de pathologies au long cours. Elle est inscrite dans l'article L. 1161-1 du Code de Santé Publique (CSP), qui l'inclut dans le parcours de soins. Enfin, nous retrouvons sa promotion dans la loi 2016-41 de modernisation de notre système de santé.

L'éducation thérapeutique est réglementée par la HAS (Haute Autorité de Santé), et s'appuie sur une évaluation des besoins et de l'environnement du patient grâce à un diagnostic éducatif. Ensuite, un programme personnalisé est défini avec des priorités d'apprentissage. Après planification, des séances individuelles ou collectives sont mises en œuvre. Enfin, une évaluation des compétences acquises et du déroulement du programme est réalisée.

Gérard Reach a dit « *Une ETP sans posture est une imposture.* » (Scherrer-Burri, s. d.) Il s'agit d'un changement de paradigme qui donne sens. Car acquérir et développer une posture éducative permet de négocier des objectifs éducatifs partagés avec la personne concernée. Cette approche encourage l'autonomie de la personne selon le modèle biopsychosocial de prise en soins.

« *Proposer de l'éducation thérapeutique au patient fait partie intégrante des missions de L'IPA dans le cadre de la promotion et de l'éducation pour la santé.* » (Chassagnoux & Gaye, 2022)

La compétence 3 est entièrement vouée à ce travail : « *Concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique* ».

Les programmes de psychoéducation ont les mêmes exigences qualité mais ne sont pas labélisées comme des programmes d'ETP. « *La psychoéducation constitue le versant psychiatrique de l'éducation thérapeutique.* » (Franck, 2016b)

La psychoéducation

La psychoéducation peut être réalisée par un soignant et/ou un patient expert afin de prévenir les rechutes et améliorer la qualité de vie. Elle permet d'identifier les symptômes, les prodromes et les facteurs déclenchants ou gérer le stress et les émotions avec le modèle vulnérabilité stress. Elle permet une meilleure compréhension pour atteindre l'autonomie grâce à l'autodétermination et ne pas tomber dans le piège de l'auto-stigmatisation.

Il existe plusieurs programmes de psychoéducation pour des usagers ou leurs familles, dans le partage d'expériences. Ce savoir expérientiel peut être apporté par un usager rétabli comme un médiateur santé pair. « *Ils apportent une vision certes positive, mais réaliste de la maladie basée sur la possibilité d'un rétablissement.* » (Franck, 2016b)

« *La psychoéducation implique plusieurs dimensions : une dimension pédagogique (acquisition de connaissances), une dimension psychologique (acceptation de la maladie et renoncements), une dimension comportementale et cognitive (attribution d'un sens à la maladie, développement de compétences et d'attitudes favorables à l'engagement) et une dimension de réadaptation (restauration des compétences et mobilisation des ressources).* » (Franck, 2016b)

La psychoéducation vise à favoriser l'implication dans un approche holistique, elle est donc utilisée en association et en complémentarité du traitement pharmacologique et les autres soins non médicamenteux idéalement en transdisciplinarité. La psychoéducation est en phase avec le positionnement du patient partenaire, co-constructeur de ses projets de soin, de santé et de vie.

I.4.b Psychoéducation, insight et rétablissement

Ces programmes doivent être adaptés en fonction de l'âge et des phases de la maladie. Différentes méta-analyses ont mis en évidence que « *La psychoéducation améliore l'implication dans la prise en charge, réduisant l'impact négatif des troubles de l'insight sur l'appropriation de la maladie et des traitements.* » (Franck, 2016b) Dans son article « *Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie* », N. Franck propose d'envisager systématiquement de la psychoéducation particulièrement dans les premières étapes du rétablissement (« moratoire » et « conscience »).

Les troubles de l'insight contribuent indirectement au pronostic fonctionnel de la maladie à travers un refus de la maladie et de son traitement. « *La psychoéducation a pour objectif de réduire l'impact des troubles de l'insight et améliorer l'acceptation de la maladie, des symptômes, des troubles associés et du traitement.* » (Franck, 2016b)

Les troubles de l'insight touchent 57 à 98% des personnes concernées par la schizophrénie. Un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie a été réalisé en collaboration avec le Pr Llorca et avec le soutien de l'Institut Lilly. Ce programme, ciblé sur chacune des dimensions de l'insight, a pour objectif de favoriser l'obtention d'une meilleure adhérence et alliance thérapeutique. (Misdrahi et al., 2008) Cependant, ce programme n'a pas pu se développer en l'état dans les Hauts de France, suite à l'interdiction de l'ARS en raison de l'implication d'un laboratoire pharmaceutique.

Des programmes psychoéducatifs centrés sur l'amélioration de l'insight pourraient améliorer l'adhésion aux soins et par conséquent permettre la diminution du taux de rechute. (DROULOUT et al., 2008)

Cependant il y a de nombreuses difficultés pour prouver l'efficacité de la psychoéducation avec différentes métaanalyses qui n'arrivent pas à donner de résultats fiables, mais reconnaissent une baisse des rechutes ou des ré-hospitalisations et une amélioration du bien-être.

L'insight est une variable subjective de la réhabilitation, tout comme la métacognition, la motivation et l'internalisation de la stigmatisation. (Martin & Franck, 2013) Selon Lysaker et al. la métacognition est la possibilité de développer une pensée à propos de sa propre pensée selon la réflexivité, la théorie de l'esprit, la décentration et l'habileté stratégique.

« Si l'approche éducative est incontestablement un repère pertinent pour prendre en charge les déficits d'insight, soulignons cependant le risque d'une utilisation excessive de la psychoéducation, susceptible d'induire une confrontation trop directe à la réalité du trouble, à ses conséquences et à la stigmatisation sociale. Le risque est alors de majorer des phénomènes tels que la dépression et le risque suicidaire. » (Martin & Franck, 2013)

Il semble donc primordial d'encadrer les approches psychoéducatives en étant attentif aux ressources des personnes et en proposant un accompagnement pendant et après les programmes.

Nous nous intéressons à présent à la création du module « Conscience en soi » qui est un programme psychoéducatif centré sur l'amélioration de l'insight, proposé par le CSRPS du Groupement Hospitalier de Territoire de psychiatrie du Nord Pas-de-Calais (GHT Psy NPdC).

I.4.c Module « Conscience en soi »

Le module « Conscience en soi » est un outil intégratif de psychoéducation, incluant la métacognition et l'entraînement aux habiletés sociales, initié au Centre de Proximité de Tourcoing à la suite du 9^{ème} colloque de réhabilitation du 26 septembre 2017 « *Insight et remédiation cognitive* » (réseau AFRC).

L'objectif est de permettre à la personne concernée de travailler son « *Insight* » dans le cadre d'un programme de psychoéducation, le plus tôt possible dans son parcours individuel de soins. Il aborde la conscience du trouble, la nécessité de prendre un traitement et les conséquences sociales.

Le module « conscience en soi » est alors créé afin de sensibiliser des personnes concernées par un trouble psychique, toutes pathologies confondues, et d'en initier le parcours de soin vers le rétablissement. On retrouve les concepts d'*insight*, d'*empowerment*, de stigmatisation et de métacognition. Ce travail est basé sur une approche pédagogique inductive car ce sont les expériences personnelles des patients qui servent de base au travail d'*insight* dès le stade de pré-intention (indicateur subjectif choisi pour évaluer l'efficacité de l'outil, Prochaska). (Ferlay et al., 2021)

Basé sur la philosophie du rétablissement, ce module de psychoéducation accompagne la personne concernée dans un parcours individuel. Il l'invite à devenir acteur de son rétablissement en co-construction avec l'équipe pluridisciplinaire.

La séance initiale de recueil de symptômes sert de socle et de fil rouge pour les autres séances en valorisant le savoir expérientiel. Les 4 habiletés travaillées dans « Conscience en soi » sont :

- La prise de conscience des symptômes.
- Les stratégies en cas de menace de décompensation ou de recrudescence de symptômes préoccupants.
- La prise de conscience de la nécessité de prendre un traitement et son utilité.
- La prise de conscience des conséquences sociales du désordre : Focus sur l'auto-stigmatisation.

Les perspectives et approfondissements sont abordés tout au long des quatre séances. Ainsi, ce module vise à faciliter l'alliance thérapeutique, l'adhésion aux soins et aux parcours de soins, en permettant à la personne concernée d'acquérir une posture adaptée au regard de sa pathologie et de retrouver de l'espoir. Ce changement de positionnement lui permet de devenir actrice en

développant l'*Empowerment*, grâce au sens donné aux soins et par la prise de conscience de ses troubles et de leurs conséquences.

Les équipes sont formées à l'outil en 6 temps, avec une séance de présentation et un accompagnement lors des 4 séances du module. A l'issue de cette formation, une rencontre est proposée avec des échanges de pratiques.

Ce module est voué à devenir le module initial d'un programme d'ETP, en valorisant le savoir expérientiel et en permettant d'amorcer un parcours orienté rétablissement.

Nous approfondissons la méthodologie de « Conscience en soi » dans la prochaine partie de notre étude.

MODULE



CONSCIENCE
EN SOI

« La psychoéducation a été développée pour répondre aux troubles de l'insight et à leurs conséquences, ...» (Franck, 2016b)

II : Méthode

Nous avons pu mettre en évidence que notre recherche sur l'insight se base sur le concept des 3 dimensions de David et al (1990) : la conscience de souffrir d'un trouble mental, l'aptitude à reconnaître le caractère pathologique de certains événements mentaux, et l'acceptation de la nécessité d'un traitement. L'outil d'évaluation de l'insight est l'INSAIT, et l'objet de l'insight est le champ de la psychiatrie et plus particulièrement le rétablissement avec le module « Conscience en soi ».

Maintenant, nous décrivons la méthodologie de cette étude descriptive rétrospective. Avec l'hypothèse qu'une amélioration de l'insight est attendue à l'issue du module « Conscience en soi ».

II.1 Choix méthodologique

II.1.a Méthodologie

Le Dr Lambrechts était en recherche d'étudiants pour réaliser une revue de pertinence des soins qui est une méthode d'évaluation et d'amélioration des pratiques. C'est une approche par comparaison à un ensemble de critères objectifs, prédéterminés, standardisés et validés. (*Revue de pertinence des soins*, s. d.)

Compte tenu du temps imparti pour ce travail de recherche, un recueil de données de façon rétrospective est envisagé. Après discussion avec la fédération de recherche (F2RSM) et le Dr Lambrechts, nous concluons qu'une recherche comparative en rétrospectif présente trop de biais notamment de sélection.

Nous nous orientons donc vers une étude descriptive rétrospective (quantitative). L'objectif principal est d'évaluer l'efficacité du module « Conscience en soi » sur l'amélioration de l'insight. Le critère de jugement principal est l'échelle INSAIT (INSight Assessment InTerview), entretien semi dirigé d'évaluation du degré d'insight. C'est également l'indicateur principal du module réalisé avant et à la fin du module.

Secondairement, nous repérons les facteurs qui influent la bonne réussite du module comme les facteurs socio-démographiques (âge, sexe, niveau d'étude), mais aussi le diagnostic, les comorbidités addictives, les fonctions cognitives (ERFC : Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives), l'estime de soi (Rosenberg), la stigmatisation (Echelle de stigmatisation abrégée) et la qualité de vie (S-Qol.18 items). Nous pouvons croiser ces données avec le taux d'assiduité

au module et l'évolution de l'insight ; ainsi que le taux de ré-hospitalisation, de rupture de soins et d'inclusion dans un parcours de réhabilitation psychosociale à 3 et 6 mois.

De plus, on peut décrire l'évolution du Prochaska utilisé à chaque fin de séance avec la satisfaction. Il est l'indicateur subjectif choisi pour évaluer l'efficacité de l'outil.

La récolte de données de manière rétrospective en fait une Recherche N'Impliquant pas la Personne Humaine (RNIPH). La méthodologie de référence est la MR-004, une procédure simplifiée qui encadre les traitements de données à caractère personnel à des fins d'étude, évaluation ou recherche n'impliquant pas la personne humaine. Il y a eu un engagement à ne collecter que les données strictement nécessaires ou pertinentes au regard des objectifs de la recherche. (*Article - Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004) - Légifrance, s. d.*) Cette étude, dans sa construction, s'inscrit donc hors loi Jardé.

II.1.b Population choisie

Toutes les personnes ayant participé au module « Conscience en soi » avec l'échelle d'évaluation INSAIT sont incluses dans l'étude. Ne sont pas incluses, les personnes ayant participé au module avec l'échelle d'insight de Birchwood (IS). Ce qui représente 8 personnes.

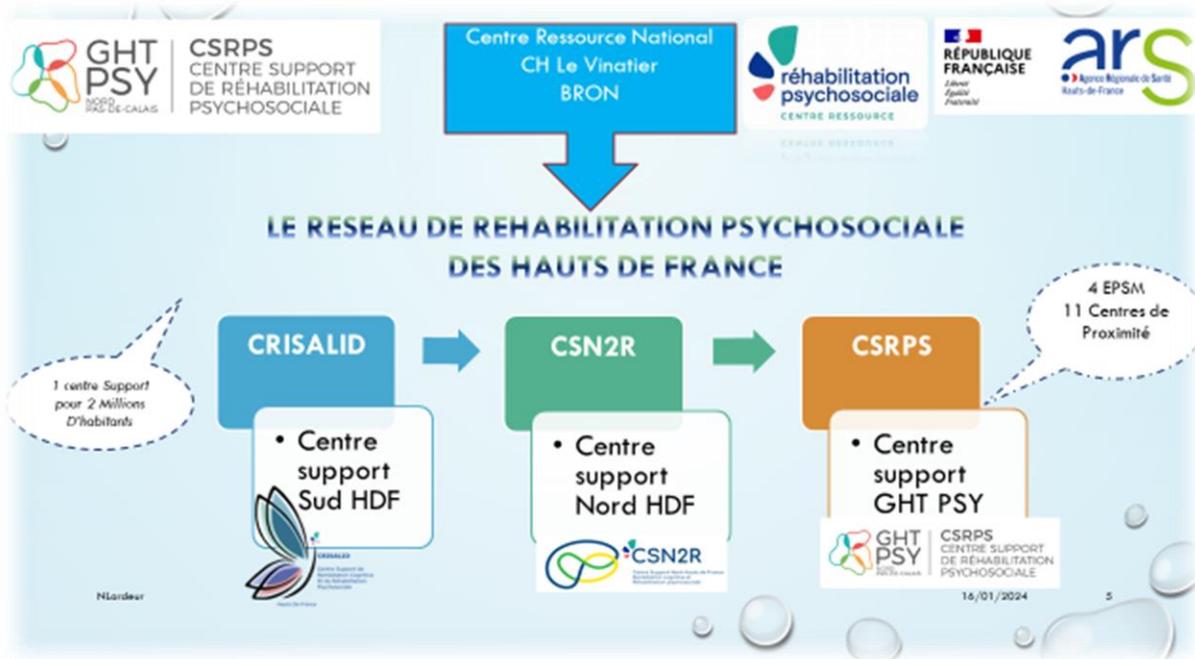
Une précédente étude sur l'amélioration de l'insight des personnes ayant suivi le programme « Conscience en soi » est réalisée en 2021-2022 par Marine Petit dans le cadre du Master Sciences Cognitives de l'université de Lille. (Petit, 2021) Une baisse de l'insight repérée après le module dans certains cas avait comme hypothèse un problème de traduction de l'Insight Scale (IS) de Birchwood. En conséquence est intervenu un changement d'échelle pour l'évaluation de l'insight avec le choix de L'INSAIT, proposé par le centre ressource national de réhabilitation psychosociale qui intègre la dimension du rétablissement.

II.2. Module « Conscience en soi »

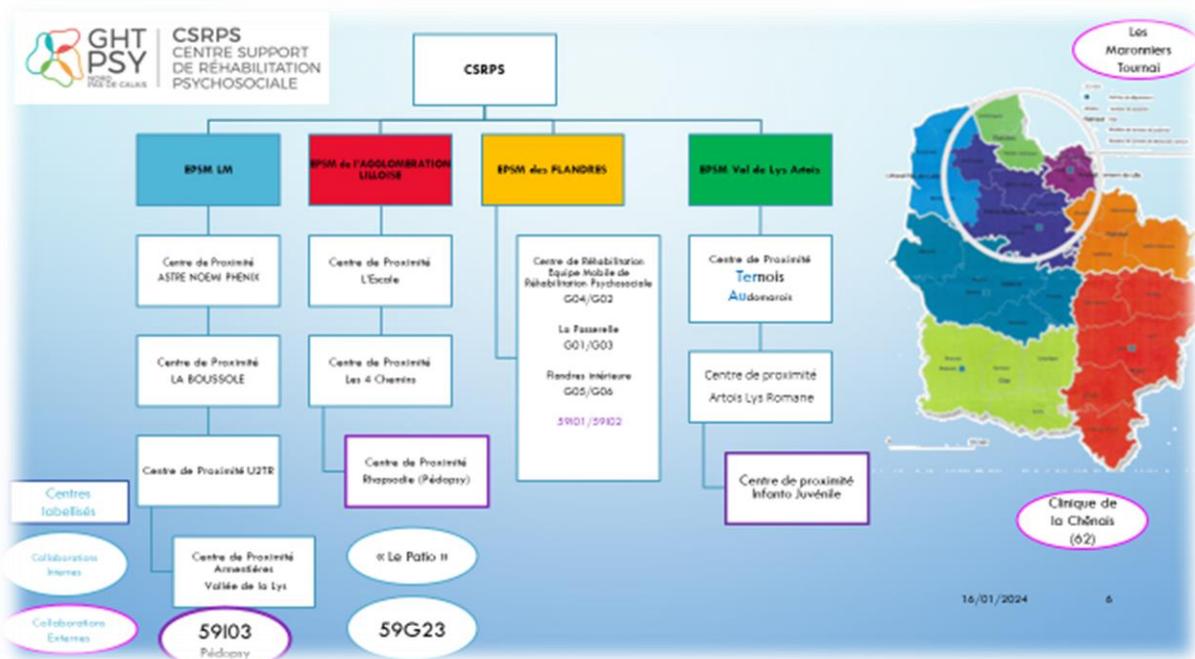
II.2.a CSRPS

Le recueil de ces données est effectué à partir du CSRPS (Centre Support de Réhabilitation Psycho-Sociale) de Tourcoing, dans 5 centres de proximité de réhabilitation psychosociale où est réalisé ce module. Il s'agit donc d'une étude monocentrique.

Le CSRPS fait partie du réseau de réhabilitation psychosociale des Hauts de France, sous la supervision du centre ressource national basé au centre hospitalier du Vinatier, à Bron en région lyonnaise. Ce centre support est rattaché au Groupement Hospitalier de Territoire de psychiatrie du Nord Pas-de-Calais (GHT Psy NPdC), qui regroupe 4 Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) et 11 centres de proximité. Vous trouverez ci-après les modélisations proposées par l'équipe du CSRPS.



Réseau Rebab des Hauts de France (NLardeur&ALambrichts 2023)



Les centres de proximité du GHT de Psychiatrie NPDC (NLardeur&ALambrichts 2023)

Le module « Conscience en soi » est proposé par le CSRPS aux centres de proximité du GHT Psy NPdC, et l'étude est réalisée dans les 5 centres proposant le module, au sein de deux EPSM.

II.2.b Module « Conscience en soi »

La présentation complète du module est en annexe 2.

Recrutement

Le module s'adresse aux personnes concernées, toutes pathologies confondues, dès le stade de pré-intention du problème psychique, selon les indicateurs des stades de Prochaska. L'accord de la personne est systématiquement recherché et les séances sont individuelles.

Ainsi, un entretien d'accueil est obligatoirement réalisé avec l'aval du psychiatre référent ou le responsable de l'unité. Cet entretien permet d'établir une alliance précoce et un climat de confiance. C'est la raison pour laquelle il est mis en œuvre de préférence avec le MSP ou un soignant référent de la personne.

Evaluations (Annexe 2)

Les évaluations attendues sont :

- L'INSAIT, entretien semi dirigé d'évaluation de l'insight. L'insight est considéré comme bon à partir de 9.
- L'échelle d'estime de soi de Rosenberg. L'estime de soi est analysée comme très faible si inférieure à 25, faible entre 25 et 31, moyenne entre 31 et 34, forte entre 34 et 39 et très forte si supérieure à 39.
- L'échelle de stigmatisation abrégée en 9 items est significative à partir de 15.
- Le questionnaire de qualité de vie SQoL-18 (Self-administered that assesses Quality of Life). Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est dégradée.

Les cotations attendues après chaque séance sont l'évaluation des acquis, l'évaluation de la satisfaction (qualité des séances et attractivité de l'animation) et le stade de Prochaska.

Un BEP (Bilan Educatif Partagé) peut être réalisé de manière complémentaire dans la perspective d'un ETP. De même, de manière facultative, une ERFC (Evaluation Rapide des Fonctions Cognitives) peut être réalisée en absence de bilan neuropsychologique. Il n'y a pas de difficultés pour les scores entre 47 et 50, et une probable altération significative des fonctions cognitives si le score est inférieur ou égal à 46.

Enfin, une fiche « Perspective et approfondissement » est tenue à chaque séance.

Supports utilisés (Annexe 2)

Le support d'animation est le manuel de l'animateur qui contient les outils de cotation du module, la notice des outils d'évaluation, ainsi que les outils et supports du déroulé des séances avec les cartes symptômes et les cartes médicaments.

Le dossier individuel du patient est constitué des outils de participation composant le passeport : les évaluations et cotations des séances, ainsi que les pièces administratives et les courriers.

Intervenants

Le module est animé en binôme par des professionnels ayant reçu une sensibilisation au programme dont une personne idéalement formée aux 40h ETP.

Dans cette étude, ce sont les professionnels de centres de proximité, avec la participation d'une Médiatrice Santé Pair (MSP) pour faciliter les échanges, la communication et la confiance. Avec également un pharmacien, un prescripteur ou un IPA notamment pour la séance sur la médication.

Les séances

La séance 1 porte sur l'expression des symptômes en intégrant de la psychoéducation et de la métacognition. L'objectif est que la personne concernée soit capable de catégoriser ses symptômes. Cette séance va servir de socle et de fil rouge pour les autres séances. Dans un premier temps, la personne fait un repérage des situations et choisit des cartes sous la forme de photolangage. Dans un second temps, une catégorisation des symptômes est proposée avec une classification en co-construction.

La séance 2 aborde la stratégie de recours aux soins avec de l'entraînement aux habiletés sociales afin que la personne concernée soit capable d'envisager ou d'initier une stratégie personnelle de recours aux aides en cas de menace de crise. Il y aura d'abord un repérage des signes de départ, pour ensuite définir une stratégie de recours aux soins.

La séance 3 concerne la médication avec de la psychoéducation pour que la personne entende la notion de la nature biologique du trouble afin de comprendre l'efficacité et la nécessité de son traitement. Des cartes médicaments seront préalablement choisies et associées aux symptômes de la même manière qu'un photolangage. Par la suite, il y aura une explication de l'impact du traitement.

La séance 4 aborde la stigmatisation et l'auto-stigmatisation avec les répercussions sociales du désordre grâce à de la métacognition. La personne va être sensibilisée à la stigmatisation et repérer l'auto-stigmatisation potentielle en mesurant l'impact sur son rétablissement.

Après les séances, le passeport est remis à l'utilisateur, avec la passation des échelles finales INSAIT, estime de soi, stigmatisation, et qualité de vie, avec une dernière évaluation du stade de Prochaska. De plus, une analyse de la fiche « perspective et approfondissement » est proposée pour co-construire le parcours et le plan de crise conjoint à partir de la séance 2. Enfin, un courrier est envoyé au médecin traitant et au psychiatre référent pour signaler la fin du module.

II.3. Procédure

Nous décrivons à présent les démarches accomplies dans le cadre de cette étude descriptive, monocentrique et rétrospective sans groupe contrôle. Rappelons que l'objectif principal est d'évaluer l'efficacité du module « Conscience en soi » sur l'amélioration de l'insight, avec comme critère de jugement principal l'INSAIT réalisé avant et après le module. L'hypothèse est une amélioration de l'insight attendue à l'issue du module.

II.3.a protocole

Après avoir signé une convention d'engagements réciproques pour l'aide méthodologique de la F2RSM (Annexe 3), une fiche résumée du protocole de l'étude est validée par le Délégué à la protection des données (DPO) du GHT Psy NPdC (Annexe 4).

II.3.b Information

Ensuite, une présentation de l'étude est effectuée dans les 5 services où est réalisé le module « Conscience en soi », après information aux directeurs des soins des 2 EPSM concernés. Au total, seulement 4 centres de proximité sont intégrés car le cinquième n'a pas réalisé le module avec l'échelle INSAIT.

Une lettre d'information destinée aux patients est prévue initialement en information collective, mais elle est finalement remise de manière individuelle compte tenu du faible nombre de personnes (8). Le consentement est effectué par non opposition. (Annexe 5)

II.3.c Recueil de données

Les données sont relevées dans les dossiers médicaux informatiques et les dossiers papiers par déplacement dans les 4 centres de proximité du GHT Psy NPdC concernés.

Cette collecte rétrospective s'effectue de manière anonyme avec l'aide d'un professionnel de chaque structure, directement sur le serveur sécurisé NextCloud de la F2RSM Psy.

Les variables descriptives sont les données sociodémographique (l'âge, le genre, et le niveau d'étude), les données cliniques (le diagnostic, les comorbidités addictives et l'ERFC), la durée et l'assiduité au module.

Concernant le critère de jugement principal, les scores généraux de l'échelle INSAIT ainsi que les 3 domaines (symptômes, traitement, maladie) sont recueillis avant et après le module.

Secondairement, nous récoltons les évaluations répétées avant/après tels que l'estime de soi de Rosenberg, l'échelle de stigmatisation abrégée et le questionnaire de qualité de vie SQOL-18. Nous recueillons également les évaluations répétées après chaque séance, comme les stades de Prochaska et la satisfaction sur la qualité des séances et l'attractivité de l'animation. Enfin nous collectons les données post-modules correspondant aux ré-hospitalisations, aux ruptures de soins et à l'inclusion dans un parcours de Réhabilitation PsychoSociale (RPS) 3 mois et 6 mois après le module.

II.3.d Méthode d'analyse

Les analyses univariées sont réalisées pour décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages. Les analyses sont réalisées avec les logiciels Excel, R Studio et R version 4.3.1 avec l'aide des statisticiens de la F2RSM. Les analyses bivariées afin de croiser les données ne sont pas réalisées compte tenu du faible nombre de dossiers (8).



III : Résultats et Analyse

A partir des données recueillies sur le NextCloud de la F2RSM (Tableau en annexe 6), des analyses univariées sont réalisées (N=8). Nous commençons par les variables descriptives, avant d'étudier le critère de jugement principal qui est l'INSAIT. Secondairement, nous nous intéressons aux évaluations répétées et aux données post-module. (*Nextcloud*, s. d.)

III.1. Variables descriptives

III.1.a Données sociodémographiques

Données socio-démographiques	
Sexe, n(%)	Homme 5(62.5)
	Femme 3(37.5)
Age, moy (sd)	38.8(13.6)
<i>Min : 21 ; Max : 58 ; Médiane : 40.5</i>	
Niveau d'étude (en nombre d'année au-dessus du BAC), n(%)	0 5(62.5)
	1 1(12.5)
	3 1(12.5)
	5 1(12.5)
Centre, n(%)	A 2(25)
	B 2(25)
	C 1(12.5)
	D 3(37.5)

Tableau 1 : Données sociodémographiques

Reprendre des données sociodémographiques permet également de repérer les déterminants de la santé mentale qui sont les ressources psychiques et individuelles, les tissus relationnels et socioéconomiques, ainsi que le contexte politique et sociétal.

Le genre ne représente pas les moyennes retrouvées en ambulatoire dans les établissements psychiatriques qui étaient en 2020 de 50% d'hommes de manière générale et 47% en psychiatrie adulte. (*Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques*, s. d.). Cependant, ces données se rapprochent des données 2016-2023 de la cohorte nationale REHABase publiées en janvier 2024, concernant les personnes suivies dans les centres de

Réhabilitation PsychoSociale (RPS) comme dans notre étude, où on retrouve 39% de femmes et 61% d'hommes. (Floriane, 2024)

L'âge moyen est plus élevé que celui retrouvé dans la cohorte REHABase pour le premier entretien qui est de 33 ans. (Floriane, 2024) Cet écart peut s'expliquer par le fait que les personnes intégrées dans l'étude avaient déjà été incluses dans un centre de proximité de RPS et n'étaient donc pas à leur premier entretien.

Le niveau d'étude n'est pas non plus représentatif des données retrouvées dans la cohorte nationale car toutes les personnes intégrées avaient un niveau bac alors que REHABase évoque 43% des personnes qui ont un niveau inférieur au bac. (Floriane, 2024)

Le faible échantillon ne nous permet pas d'analyser un comparatif en fonction des centres et rend ces résultats non significatifs.

Nous retrouvons les caractéristiques socio-économiques dans les caractéristiques individuelles des déterminants de santé du rapport Lalonde de 1974, où il est également intégré les habitudes de vie, les compétences personnelles et sociales ainsi que les particularités biologiques et génétiques que nous pouvons repérer dans les données cliniques.

III.1.b Données cliniques

Données cliniques	
Diagnostic, n(%)	
Bipolarité	2(25)
Trouble borderline	1(12.5)
Schizophrénie	5(62.5)
Comorbidité addictive, n(%)	
Oui	4(50)
Non	4(50)
Type de comorbidité addictive si présente, n(%)	
<i>Plusieurs sont possibles un seul et même patient</i>	
	N=4
Jeux	1(25)
Alcool	3(75)
Tabac	1(25)
TCA	1(25)
ERFC, n(%)	
Positive	4(50)
Négative	2(25)
Données manquantes	2(25)

Tableau 2 : Données cliniques

Le diagnostic principal le plus retrouvé est le trouble du spectre de la schizophrénie comme dans REHABase, même si la proportion est plus importante dans notre étude que dans la cohorte (41,3%). De même, les troubles bipolaires sont surreprésentés dans notre étude, mais les troubles de personnalité s'en rapprocherait avec 10% dans la cohorte. Néanmoins, les troubles neurodéveloppementaux, les troubles dépressifs et les troubles anxieux ne sont pas représentés dans notre étude probablement à cause du faible échantillon ou en raison d'un trouble de l'insight moins important dans ces pathologies. (Floriane, 2024)

« *Les conduites addictives sont souvent associées à des troubles psychiatriques* » (Lejoyeux & Embouazza, 2009). Les recommandations sont une prise en soin intégrée et simultanée des pathologies psychiatriques et de la conduite addictive. Les comorbidités psychiatriques les plus fréquentes sont la dépression, l'anxiété et les troubles de la personnalité, pas ou peu représentées dans notre étude. « *Les troubles bipolaires induisent plus souvent des alcoolismes secondaires que la dépression* » (Lejoyeux & Embouazza, 2009) et nous pouvons constater que la comorbidité alcoolique est présente chez les deux personnes souffrant de troubles bipolaires de notre étude. Les conduites addictives des personnes souffrant de schizophrénie est souvent une poly consommation avec une dépendance à la nicotine plus sévère qu'en population générale. L'usage du tabac n'est retrouvé que chez une personne souffrante de schizophrénie dans ce travail avec également une comorbidité alcoolique. Le risque de dépendance au cannabis est également plus important pour les personnes souffrant d'un trouble du spectre de la schizophrénie mais n'est pas représenté dans notre étude sûrement en raison du faible nombre de personnes incluses.

L'altération des fonctions cognitives contribuent au handicap psychique avec des retentissement sur le rétablissement, et l'ERFC révèle une probable altération significative des fonctions cognitives chez la moitié des personnes incluses. Mais le faible échantillon ne nous permet pas de croiser ces données avec le degré d'insight et son évolution.

En psychiatrie générale les facteurs individuels sont la pathologie, la personnalité et les processus psychiques. Les facteurs externes sont les pressions sociales, le stress environnemental et les problématiques culturelles. Tous ces facteurs peuvent varier dans le temps et influent sur le degré d'insight que nous étudions après l'observation de la durée et de l'assiduité du module.

III.1.c Durée et assiduité au module

Données module	
Durée module, moy (sd)	1.94(0.98)
<i>Min ; Max ; Médiane : 1.5</i>	[Mois]
Assiduité module, moy (sd)	4(0)
<i>Min : 4 ; Max : 4 ; Médiane : 4</i>	[Séances]

Tableau 3 : Données module (sd : standard deviation = écart type)

Toutes les personnes incluses ont suivi le module dans son intégralité et nous ne disposons pas de suffisamment de données pour croiser la durée du module et l'évolution de l'insight.

III.2. Critère de jugement principal : INSAIT

Evaluations INSAIT		
	T0	T4
Insait, moy (sd)	7.38(2.97)	10 (2)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	2 ; 12 ; 7.5	7 ; 12 ; 10
Données manquantes n(%)	0 (0)	1(12.5)
Insait traitement, moy (sd)	3.13 (1)	3.86 (0.38)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	3 ; 4 ; 3.5	3 ; 3 ; 4
Données manquantes n(%)	0 (0)	1 (12.5)
Insait symptômes, moy (sd)	2 (1.1)	2.57 (1.51)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	0 ; 4 ; 2	0 ; 4 ; 2
Données manquantes n(%)	0 (0)	1 (12.5)
Insait maladie, moy (sd)	2.25 (1.28)	3.57 (0.79)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	0 ; 4 ; 2	2 ; 4 ; 4
Données manquantes n(%)	0 (0)	1 (12.5)
Insait catégoriel, n(%)		
Bon	2 (25)	4 (50)
Mauvais	6 (75)	3 (37.5)
Données manquantes n(%)	0 (0)	1(12.5)

Tableau 4 : Evaluations INSAIT (T0 : avant le module, T4 : après le module)

III.2.a Evolution du score général INSAIT

« La psychoéducation a été développée pour répondre aux troubles de l'insight et à leurs conséquences, ... » (Franck, 2016b)

Compte tenu du faible nombre de dossiers (N=8), nous ne pouvons pas donner de tendance mais objectivement, nous constatons une évolution favorable du degré d'insight considéré comme bon à partir de 9 sur l'échelle INSAIT.

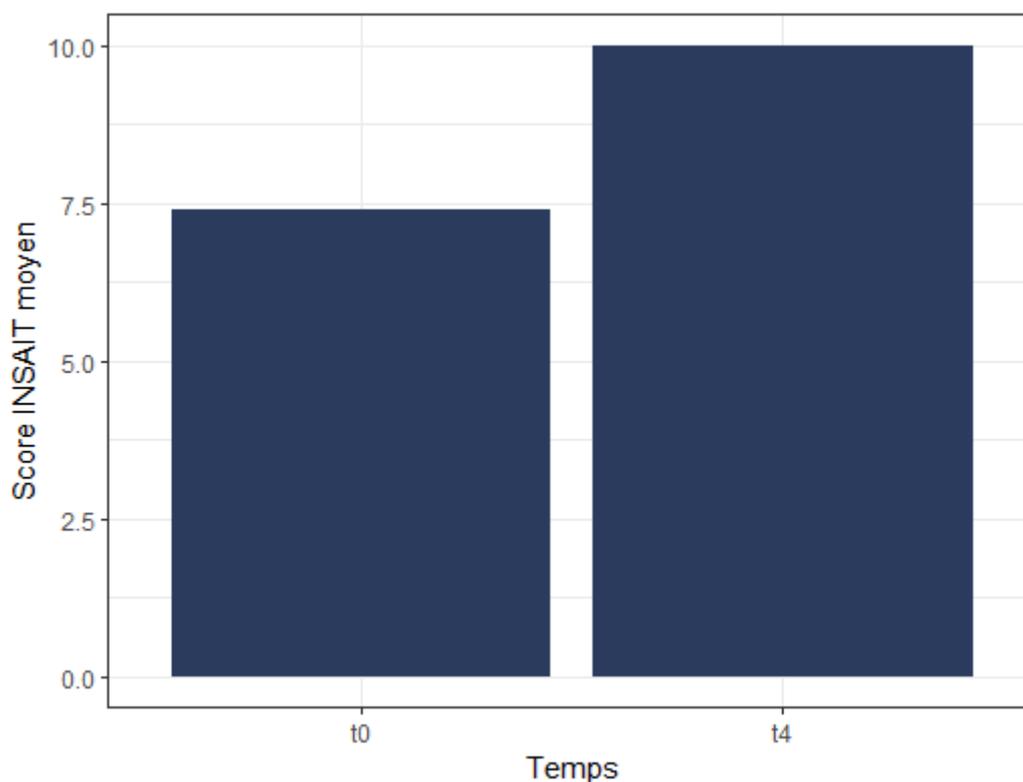


Fig. 1 : Diagramme INSAIT

Les deux personnes qui avaient déjà un bon insight (12 et 10) ne voient pas d'évolution. Les cinq autres personnes où nous pouvons constater une évolution voient une augmentation moyenne de 3,6 points du degré d'insight (min. 2, max.5), amenant le score général à un insight bon pour deux d'entre elles. Les trois autres personnes se rapprochent néanmoins d'un bon insight avec un score allant de 7 à 9.

III.2.b Evolution des 3 dimensions de l'INSAIT

« *La psychoéducation a pour objectif de réduire l'impact des troubles de l'insight et améliorer l'acceptation de la maladie, des symptômes, des troubles associés et du traitement.* » (Franck, 2016b)

La conscience d'un besoin de traitement et de suivi spécialisé était déjà au degré le plus haut (4) pour quatre personnes avant le module, puis a atteint ce degré pour deux autres personnes après le module, et augmenté pour l'autre personne ayant eu ses évaluations finales. Les personnes incluses sont déjà engagées dans un parcours de soin, ce qui peut expliquer ce haut score, même si nous ne pouvons pas en tirer de conclusion significative.

La conscience d'avoir une maladie psychiatrique était cotée au plus haut (4) pour les deux personnes ayant déjà un bon insight (>9) et a été également cotée à 4 pour trois autres personnes et a augmenté pour les deux autres personnes ayant eu les évaluations finales. Cette constatation

peut également s'interpréter par l'engagement préalable dans un parcours de RPS, sans pouvoir donner de tendance.

La conscience des symptômes a une évolution moindre avec le maintien de la cotation pour trois personnes, une augmentation pour trois autres et même la baisse pour une personne. Cette constatation peut justifier la nécessité d'un accompagnement plus long avec la poursuite du travail sur l'insight dans un programme d'éducation thérapeutique plus spécifique. Cependant, nous ne pouvons toujours pas rendre ce résultat significatif pour donner une tendance.

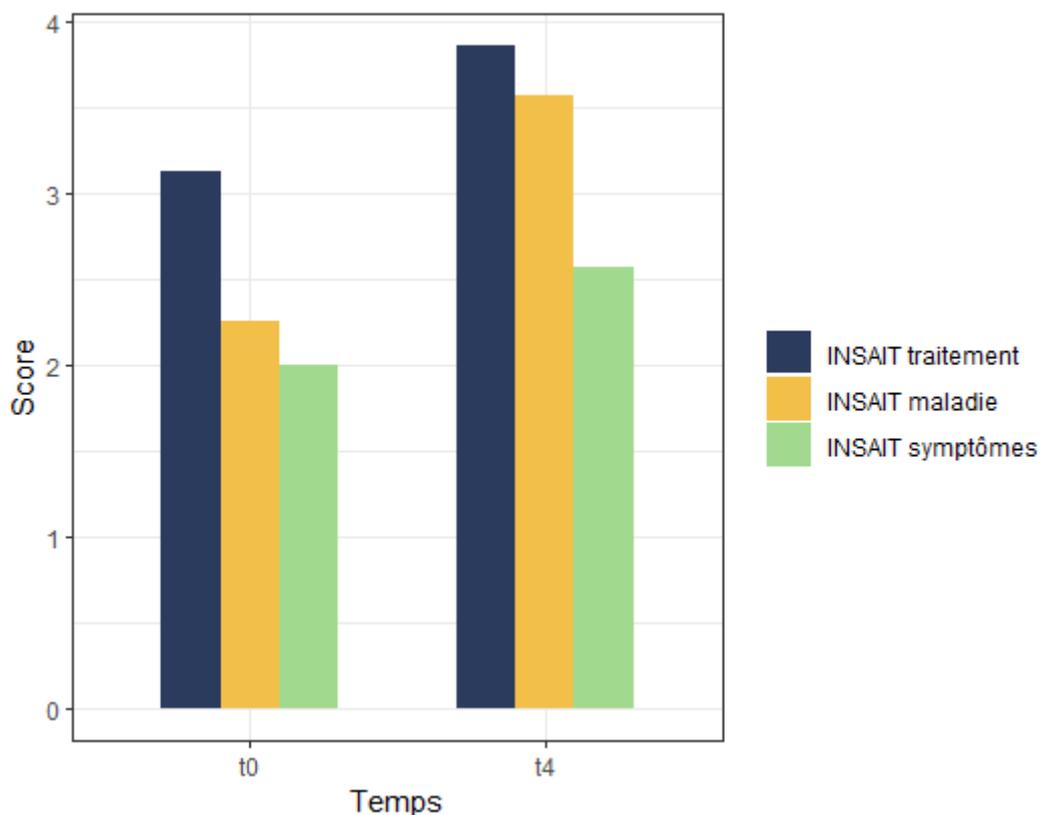


Fig.2 : Diagramme sous scores INSAIT

Malgré le faible échantillon, l'hypothèse d'une amélioration attendue de l'insight à l'issue du module de psychoéducation « Conscience en soi » est vérifiée dans cette étude, même si les résultats ne sont pas significatifs. Nous ne pouvons toutefois pas répondre à l'objectif principal qui est d'évaluer l'efficacité du module sur l'amélioration de l'insight, d'autant plus que l'échelle utilisée comme critère de jugement principal n'a pas finalisé sa validation scientifique et que l'inclusion d'au moins 30 personnes aurait été nécessaire.

III.3 Evaluations répétées

III.3.a Evaluations répétées avant/après

Evaluations répétées 1		
	T0	T4
Rosenberg, moy (sd)	24.5(8.6)	29.3(7.1)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	14 ; 35 ; 24	17 ; 36 ; 31.5
Données manquantes n(%)	2 (25)	2(25)
Rosenberg catégoriel, n(%)		
Très faible	3(37.5)	1 (12.5)
Faible	1(12.5)	2 (25)
Moyen	1(12.5)	0 (0)
Forte	1(12.5)	3 (37.5)
Données manquantes n(%)	2 (25)	2(25)
SQOL, moy (sd)	49.8(12.5)	49.6(8.05)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	28 ; 58 ; 56	40 ; 58 ; 54
Données manquantes n(%)	3 (37.5)	3 (37.5)
Stigmatisation, moy (sd)	20(6.6)	17.3(8)
<i>Min ; Max ; Médiane</i>	12 ; 29 ; 18	7 ; 29 ; 16
Données manquantes n(%)	2 (25)	2 (25)
Stigmatisation catégorielle, n(%)		
Significative	5 (62.5)	4 (50)
Non significative	1 (12.5)	2 (25)
Données manquantes n(%)	2 (25)	2 (25)

Tableau 5 : Evaluations répétées avant/après

Le manque de données est plus marqué pour ces évaluations répétées, avec uniquement que la moitié des personnes avec des valeurs aux deux temps pour l'estime de soi et la stigmatisation, et uniquement deux personnes pour la qualité de vie. La représentation par diagramme serait donc faussée et non représentative.

L'estime de soi évaluée par l'échelle de Rosenberg baisse légèrement pour deux personnes qui ont déjà une estime cotée comme faible ou très faible, notamment pour la personne ayant une cotation maximale à l'insight avant et après le module. L'autre personne ayant un bon insight, augmente légèrement son estime en passant de moyen à fort. Notons cependant l'évolution très favorable d'une personne qui passe d'une estime très faible à forte.

L'évolution de la qualité de vie évaluée par le questionnaire SQoL-18 ne peut être observée que chez deux personnes avec une dégradation à relativiser compte tenu des nombreux facteurs influençant cette perception.

La stigmatisation évaluée par l'échelle abrégée en 9 items diminue légèrement pour deux personnes et augmente sensiblement pour deux autres personnes. De manière générale la stigmatisation reste significative pour la majorité des personnes incluses malgré une séance entièrement dédiée, car il existe un lien évident avec le développement de l'insight.

Dans une étude récente parue dans la revue Schizophrenia Research (Barbalat et al., 2024), une hypothèse pour démontrer qu'un bon insight est aussi lié à une diminution de la qualité de vie, est que la connaissance de la maladie détériore l'estime de soi et l'auto-stigmatisation. Il a cependant été montré que cette relation pouvait être atténuée par un haut niveau d'étude et un haut niveau de fonctionnement, et accentuée par la sévérité clinique et le sexe masculin. (Barbalat et al., 2024)

Si nous observons les résultats de la personne la plus diplômée (Bac+5), nous constatons une augmentation de 3 points d'insight l'amenant à la limite du « bon insight » : 9. Malgré une probable altération significative des fonctions cognitives par l'ERFC (45) et le sexe masculin, on retrouve une estime de soi forte (35), en dépit d'une stigmatisation significative (16). Cette observation est en faveur de l'hypothèse qu'un haut niveau d'étude atténue la diminution de la qualité de vie avec un bon insight, mais serait à approfondir avec plus d'observations pour créer une tendance significative.

Nous nous intéressons maintenant à l'évolution des stades du changement et la satisfaction où nous disposons de toutes les données recueillies après chaque séance.

III.3.b Evaluations répétées après chaque séance

Evaluations répétées après chaque séance				
	T1	T2	T3	T4
Prochaska, n(%)				
Considération	6 (75)	3 (37.5)	1 (12.5)	1 (12.5)
Préparation	2 (25)	3 (37.5)	5 (62.5)	5 (62.5)
Action		2 (25)	1 (12.5)	
Maintient			1 (12.5)	2 (25)
Satisfaction séance, n(%)				
Très bien	4 (50)	5 (62.5)	6 (75)	6 (75)
Bien	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25)	2 (25)
Moyen	1 (12.5)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
Satisfaction animation, n(%)				
Très bien	5 (62.5)	5 (62.5)	5 (62.5)	6 (75)
Bien	2 (25)	1 (12.5)	3 (37.5)	2 (25)
Moyen	1 (12.5)	2 (25)	0 (0)	0 (0)

Tableau 6 : Evaluations répétées après chaque séance

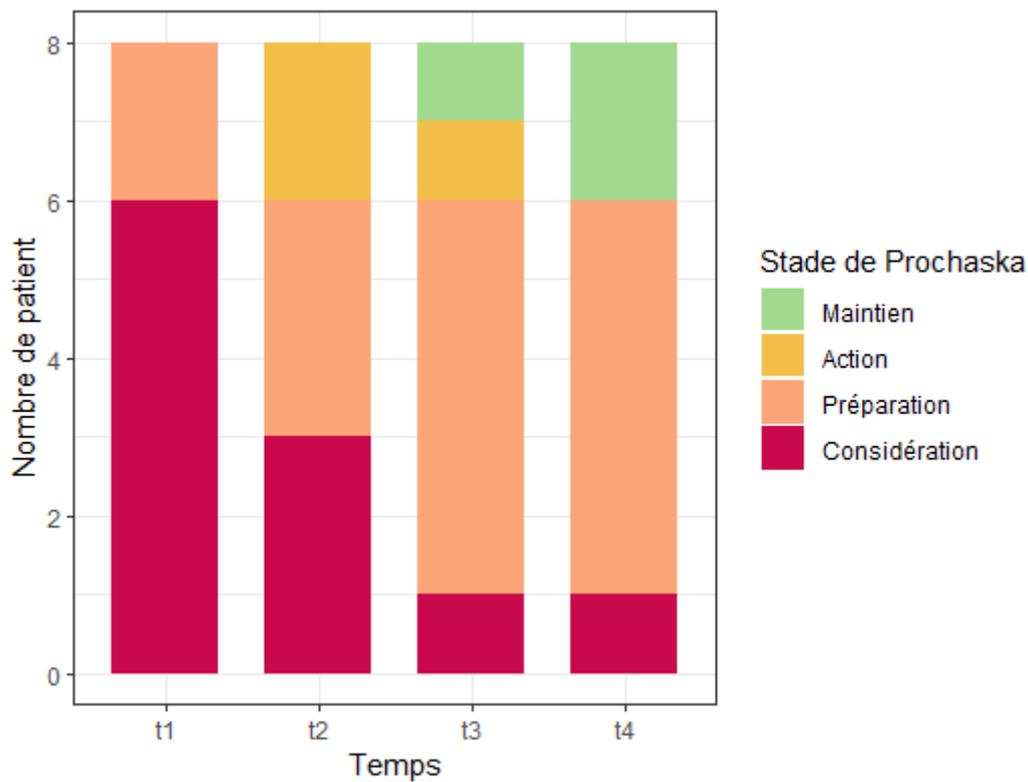


Fig.3 : Diagramme Prochaska

Pour évaluer un changement de comportement, il est utilisé le modèle trans-théorique de Prochaska et DiClementé après chaque séance. Les quatre séances du module sont réalisées en moins de deux mois en moyenne, néanmoins nous constatons déjà une avancée dans le processus de changement de comportement que nous pouvons relier aux étapes du rétablissement. (Annexe 1)

Si deux personnes conservent leur stade du changement sûrement en raison du délai court, nous constatons une évolution positive pour 75% des personnes ayant participé au module. A l'issue de « Conscience en soi » où est travaillé l'insight, la majorité sont en préparation avec une prise de décision pour organiser ce changement, en supposant qu'il est impulsé par l'espoir. Ensuite, les personnes passent à l'action avec un changement observable témoignant de l'*Empowerment* de la personne. Ce pouvoir d'agir vise le maintien, avec l'intégration des nouveaux comportements dans les habitudes et un plan de prévention des rechutes pour atteindre le rétablissement.

L'évaluation de chacune des séances montre un niveau de satisfaction élevé. Le recueil de plus de données permettrait une analyse plus fine pouvant conduire à l'amélioration des séances grâce à des résultats significatifs.

Nous avons vu que des programmes psychoéducatifs centrés sur l'amélioration de l'insight pourraient améliorer l'adhésion aux soins et par conséquent permettre la diminution du taux de rechute. (DROULOUT et al., 2008) Nous allons donc terminer notre analyse avec les données post-module, cependant le manque de temps pour prendre du recul ne nous permet pas de récupérer les données 6 mois après le module.

III.4 Données post-module

Données post-module		
Réhospitalisation à 3 mois, n(%)		
Oui		0 (0)
Non		8 (100)
Motif Rupture de soin à 3 mois, n(%)		
Oui		0 (0)
Non		8 (100)
Parcours RPS à 3 mois, n(%)		
Oui		6 (75)
Non		2 (25)

Tableau 7 : Données post-module

Nous devons modérer les résultats à 3 mois car il serait plus objectif de vérifier s'il existe un maintien à 6 mois et 1 an après le module, avec plus de données pour des résultats probants.

Néanmoins, ces premières observations sont encourageantes car la participation au module « Conscience en soi » aurait un effet bénéfique sur la diminution des hospitalisations et des ruptures de soins dans les 3 mois, indépendamment des différents lieux où il a été réalisé.

La majorité des personnes a intégré un parcours de Réhabilitation PsychoSociale, ce qui s'explique aussi par le fait que le module soit réalisé dans des centres de proximité de RPS. L'une des personnes qui n'a pas intégré la RPS est la personne qui n'a pas réalisé les évaluations finales, et l'autre personne a le projet de l'intégrer prochainement.

L'intérêt suscité par ce module permet d'entrevoir des perspectives, comme le déploiement de ce programme psycho-éducatif à une plus large échelle et la réalisation d'études comparatives. Nous développons maintenant la discussion pour évaluer la réponse possible à l'hypothèse de recherche, les faiblesses et les forces de l'étude, ainsi que les perspectives et approfondissements.

IV : Discussion

Rappelons de nouveau que l'objectif principal de cette étude descriptive rétrospective est d'évaluer l'efficacité du module « Conscience en soi » sur l'amélioration de l'insight, avec comme critère de jugement principal l'INSAIT réalisé avant et après le module. L'hypothèse avancée est qu'une amélioration de l'insight est attendue à l'issue du module.

Secondairement, nous nous intéressons aux évaluations répétées et aux données post-module afin d'évaluer l'effet de cette psychoéducation sur l'estime de soi, la stigmatisation et la qualité de vie ; mais aussi sur la satisfaction et l'évolution des stades du changement. Enfin, nous observons les hospitalisations, les ruptures de soins et l'inclusion en RPS en supposant une influence favorable.

IV.1 Réponse à l'hypothèse de recherche

IV.1.a Critère de jugement principal : l'INSAIT

Les résultats obtenus montrent globalement une augmentation du niveau d'insight en fin de module pour toutes les personnes ayant participé au module, avec une évaluation de l'insight par l'échelle INSAIT. Cependant, les résultats ne sont pas significatifs en raison du faible nombre de personnes incluses et de la non validation scientifique de l'échelle.

Pour être représentatif, l'inclusion pourrait se réfléchir selon les dernières données de la cohorte nationale REHABase concernant les caractéristiques sociodémographiques et les caractéristiques médicales des personnes suivies en centre de réhabilitation psychosociale. Ainsi, la qualité et la pertinence de l'étude pourrait être améliorées par l'intégration d'un plus grand nombre de personnes afin d'atteindre le minimum de 30 personnes demandées pour une revue de pertinence des soins par exemple.

L'étude pour valider scientifiquement l'INSAIT n'a pas été menée à terme mais reste un objectif. Cependant, pour avoir des résultats scientifiquement valables, et après échanges avec Baptiste Gaudelus, créateur de cette échelle, il faudrait croiser l'évaluation de l'INSAIT avec l'IS (Insight Scale) de Birchwood en complément de la WEMWBS : Echelle de bien-être mental de Warwick-Edinburgh (Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale). Selon lui l'IS de Birchwood donnerait une mauvaise évaluation qualitativement quand les usagers évaluent qu'ils vont mieux, avec comme hypothèse que L'IS de Birschwood n'intègre pas la possibilité

de rétablissement. L'intégration de la WEMWBS permettrait de faire une critique de la faible évolution de l'IS de Birchwood au regard d'une autre échelle d'autoévaluation validée (WEMWBS), et ce serait un argument en faveur de l'INSAIT malgré l'absence d'étude de validation.

Comme nous avons pu le voir dans le cadre conceptuel, un travail sur l'insight permettrait une amélioration du pronostic en considérant la personne dans son contexte et dans ses aptitudes. La mise en place de programmes de psychoéducation permet des interventions prévenant une rechute. (Petit, 2021) En effet, de nombreuses études soulignent l'intérêt des mesures psychoéducatives afin d'améliorer l'insight du patient. (DROULOUT et al., 2008) Il y est indiqué que des programmes psychoéducatifs centrés sur l'amélioration de l'insight pourraient améliorer l'adhésion aux médicaments et par conséquent diminuer le taux de rechute. De plus, un certain nombre d'études affirme qu'il y aurait une amélioration de l'insight avec le temps, et un meilleur insight correspondrait aussi à un meilleur résultat clinique. Alors qu'un faible insight engendrerait une fuite et un évitement comme stratégie de *Coping* (adaptation).

Cependant un meilleur insight induirait plus de tristesse et de dépression. Mais il faut relativiser ces résultats car ces études remarquent cette corrélation au début des traitements mais pas après un an de suivi. De plus, des études sur des sujets dit "sains" prouvent que le manque d'insight peut être analysé comme un phénomène commun normal et parfois adaptatif. Cette dichotomie pose une question éthique qui mériterait un approfondissement de réflexion dans cet accompagnement vers la connaissance de la maladie, des symptômes et de la nécessité de prendre un traitement.

En dépit d'un faible échantillon, l'hypothèse d'une amélioration attendue de l'insight à l'issue du module de psychoéducation « Conscience en soi » est vérifiée dans cette étude, même si les résultats ne sont pas significatifs. Néanmoins, nous ne pouvons pas répondre à l'objectif principal qui est d'évaluer l'efficacité du module sur l'amélioration de l'insight. Mais nous pouvons réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour rendre cet objectif atteignable dans les perspectives, après s'être concentré sur les critères de jugement secondaires, les faiblesses et forces de l'étude.

IV.1.a Critères de jugement secondaires

La cohorte REHABase émet comme hypothèse que la connaissance de la maladie détériore l'estime de soi et augmente l'auto-stigmatisation des personnes concernées, en réponse à la démonstration d'un lien entre bon insight et diminution de la qualité de vie.

Notre étude n'a pas permis de mettre en avant des résultats concernant la qualité de vie. Mais il semble que son évaluation serait plus appropriée dans un parcours de réhabilitation psychosociale plutôt que sur la durée d'un module de quatre séances, compte tenu du laps de temps nécessaire pour observer une évolution.

Le module « Conscience en soi » évalue secondairement l'estime de soi et la stigmatisation, ce qui est en corrélation avec l'hypothèse avancée par la cohorte. En effet, la stigmatisation est travaillée dans une séance du module et prend donc en compte le risque d'auto-stigmatisation, identifié comme un frein au rétablissement.

Cependant, il semble pertinent d'imaginer une évaluation à distance de 3 et/ou 6 mois, voire un an de l'estime de soi et de la stigmatisation, en même temps que l'insight. En raison des conclusions de différentes études faisant un lien entre une amélioration de l'insight et une baisse de l'humeur, il serait également judicieux d'évaluer l'humeur en même temps que l'insight avec l'échelle HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) par exemple, qui est validée et largement utilisée dans les recherches. Ce constat permet également de faire une hypothèse de compréhension de la baisse de l'insight lors de la première étude sur le module « Conscience en soi », qui pourrait s'expliquer par un mécanisme de défense face à la baisse de l'humeur engendrée.

Toutefois, effectuer des évaluations à distance quand de nombreux soins et autres facteurs interviennent, c'est prendre le risque d'avoir encore des résultats non significatifs en raison des biais que cela peut engendrer. D'autant plus si le module « Conscience en soi » devient un module initial d'ETP. La perte de temps étant une perte de chance, il n'est pas envisageable de retarder la poursuite de l'ETP pour pouvoir évaluer l'efficacité du module avec moins de biais.

Malgré notre faible échantillon qui rend les résultats non significatifs, nous pouvons observer une concordance avec les résultats d'autres études, comme la confirmation que suivre un programme de psychoéducation permet aux personnes de prendre conscience de la maladie et ainsi co-construire et adhérer au parcours de soins proposés.

Les travaux de recherche qui résultent de la cohorte REHABase, prévoient de continuer d'investiguer les rapports entre insight et qualité de vie, en testant les relations entre leurs différentes dimensions

« L'insight peut en effet être décomposé en connaissance de la maladie ; connaissance des symptômes ; connaissance du traitement. La qualité de vie est elle-même un concept multifactoriel, incluant notamment les dimensions de bien-être, d'estime de soi, de résilience,

de relations sociales. Nous tenterons ainsi de déterminer un "réseau" d'interconnexions entre les différentes dimensions de ces concepts d'insight et de qualité de vie. » (Floriane, 2024)

Une étude avec plus de données pour croiser les données socio-démographiques et cliniques, pourrait permettre de repérer les facteurs qui influencent l'insight.

L'objectif principal de la réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement est d'améliorer la qualité de vie. Il semble donc indispensable d'accompagner le développement de l'insight qui influence ce facteur subjectif. Les différentes études réalisées ne préconisent pas l'économie de ce travail car un défaut d'insight est mis en lien avec une mauvaise observance thérapeutique, un désengagement des soins et un risque majoré de rechute et d'hospitalisation. Nous sommes face au paradoxe de l'importance de faire évoluer l'insight pour intégrer les outils de RPS, sachant que cette amélioration de l'insight peut avoir un impact négatif sur la qualité de vie dans un premier temps. D'où l'importance d'imaginer des études sur un plus long temps, comme la cohorte nationale, pour vérifier que cette constatation ne se vérifie pas après un an de suivi.

Ces conclusions nous amènent à identifier les faiblesses et les forces de notre étude, avant d'envisager les perspectives et approfondissements.

IV.2. Faiblesses et forces de l'étude

IV.2.a Faiblesses de l'étude

Le nombre de personnes incluses dans cette étude ne permet pas d'obtenir des données significatives. De plus, nous n'avons pas pu établir un groupe témoin, ce qui permet uniquement de contrôler l'effet de l'intervention et non les autres facteurs d'amélioration. En réalité, d'autres éléments peuvent influencer l'amélioration de l'insight, comme le suivi proposé en hôpital de jour, en centre de réhabilitation psychosociale avec la remédiation cognitive par exemple, ainsi que les autres soins sociaux et en addictologie. Cette étude engendre donc un biais de confusion car l'ensemble du travail effectué en parallèle du module n'est pas pris en compte.

De plus, l'échelle INSAIT, dont la validation scientifique n'a pas été finalisée, en fait le biais majeur de notre étude qui ne pourrait pas être reproduite en l'état. Le biais supplémentaire est la fiabilité inter-juges avec un hétéro-questionnaire, qui peuvent donner de nombreuses variations en plus des rapports interpersonnels, avec la relation de confiance engendrant de la sympathie ou de la compréhension. Il faut aussi prendre en compte l'aspect interprétatif important d'une expérience subjective comme l'insight, qu'il faut considérer comme un état

mental avec les jugements variés de l'interlocuteur et les interactions entre l'interlocuteur et la personne concernée.

Nous pouvons également identifier un biais de sélection car nous pouvons supposer que les personnes adressées pour le module par des professionnels engagés en réhabilitation psychosociale les orientent déjà vers un parcours de RPS. Ce qui renvoie à l'allégeance des thérapeutes et des chercheurs qui est un grand biais pour la recherche.

Un autre biais est que les personnes se sentent toujours mieux lorsqu'on s'occupe d'elles, plutôt que de ne rien faire. Ce mieux-être n'est donc pas spécifique à l'action menée.

Enfin, le manque de temps dédié pour les soins de réhabilitation psychosociale comme la psychoéducation, est un frein identifié. Car ces soins doivent être intégrés à moyens constants dans les différents services. De plus, la période d'observation est trop courte au vu du caractère chronique des pathologies, et une observation plus longue de 6 mois à 1 an permettrait de donner plus de valeur aux résultats.

Pour conclure, ces freins identifiés sont également des axes d'amélioration que nous allons développer dans les perspectives. En effet, si cette étude non contrôlée ne peut pas montrer l'efficacité, elle donne une réflexion plus poussée sur la question d'une étude avec un groupe contrôle randomisé en prospectif pour une revue de pertinence des soins.

IV.2.b Forces de l'étude

Cette étude a été composée de toutes les personnes ayant participé au module « Conscience en Soi » pour une étude descriptive rétrospective exhaustive. Comme proposé par Marine Petit à l'issue de son travail, le module a exclusivement été proposé en extrahospitalier avec des personnes présentant une symptomatologie stabilisée. (Petit, 2021) De ce fait, nous remarquons une grande assiduité pour les personnes incluses dans notre étude, alors que cela était une difficulté rencontrée dans ce premier travail.

De plus il n'existe pas de discrimination à l'inclusion dans le module, ce qui correspond aux recommandations actuelles de la HAS avec une prise en charge précoce.

L'accompagnement méthodologique de la F2RSM a permis un recueil de données anonyme et sécurisé, permettant ainsi de garantir l'intégrité de l'étude.

Il semble important de souligner l'intégration d'un travail sur la stigmatisation et l'auto-stigmatisation, en ayant conscience qu'un travail sur l'insight peut également engendrer de

l'auto-stigmatisation et avoir ainsi une influence négative sur l'estime de soi, avec donc un impact sur la qualité de vie et l'humeur.

La participation a « Conscience en soi » aurait également un effet bénéfique sur l'amélioration de l'insight de façon interdépendante dans les différents centres en dépit des différences qui pourraient les caractériser. Ces résultats similaires, malgré des soignants différents, montrent que la formation au module par le CSRPS permet un effet comparable entre les centres, avec un dossier d'information et des outils communs.

Cette étude donne également des arguments en faveur de l'effet bénéfique de la psychoéducation sur l'amélioration de l'insight. De plus, la concordance des résultats avec d'autres études permet d'avancer des hypothèses de compréhension. En effet, l'observation d'une avancée dans les changements de comportement montre l'utilité d'un tel accompagnement centré sur l'insight.

La deuxième séance sur les stratégies de recours aux soins permet aussi de proposer par la suite un plan de prévention partagé qui est un outil pour l'amélioration des pratiques proposé par la HAS (Haute Autorité de Santé). (*Professionnels*, s. d.) Ce plan est une opportunité de mise en commun grâce à la décision partagée qui redonne le pouvoir d'agir et accompagne vers le rétablissement.

Enfin, de manière informelle lors du recueil de données, certains professionnels ont pu également me rapporter la plus grande facilité de mettre en place un programme de psychoéducation plutôt qu'un programme d'ETP. En effet, les échanges qui ont été possibles lors de rencontres autour du module « Conscience en Soi », ont permis des échanges de pratiques, ainsi que des réflexions autour de l'insight et de l'intégration en réhabilitation psychosociale, très enrichissants.

Ces constatations permettent d'envisager maintenant les perspectives et approfondissements à l'issue de ce travail.

IV.3 Perspectives et approfondissements

IV.3.a Perspectives

Suite à cette étude, les premières perspectives concernent l'amélioration de l'outil « Conscience en soi », qui amènent à la volonté d'échanges de pratiques pour aller vers une réflexion sur l'inclusion en réhabilitation psychosociale.

Amélioration de « Conscience en soi »

La première action, menée rapidement à l'issue de cette étude, a été le retour de l'évaluation de l'insight dans le module par l'IS de Birchwood. Cet auto-questionnaire a été identifié par les professionnels comme plus simple d'utilisation. Il est largement utilisé dans les recherches sur l'insight et c'est également l'échelle choisie pour la cohorte nationale REHABase. Cette base de données multicentrique, est la première à investiguer les effets des soins proposés en réhabilitation psychosociale des personnes ayant des troubles psychiques sévères. (Floriane, 2024)

Face au constat que l'augmentation du niveau d'insight est relativement faible, voire nulle, pour les personnes présentant déjà un bon niveau d'insight au préalable, il se pose la question de l'inclusion des personnes ayant déjà un bon insight pour les prochaines recherches.

Concernant l'inclusion dans le module, se pose également l'interrogation d'inclure les personnes en sortie d'hospitalisation et pas uniquement les personnes déjà en réhabilitation psychosociale, dans le but de favoriser l'intégration des soins orientés vers le rétablissement de manière précoce.

Enfin, pour des travaux de recherche ultérieurs, il semble pertinent de proposer l'échelle de l'humeur HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) proposée dans les recommandations de bonnes pratiques de la HAS. L'HADS est une auto-évaluation développée pour fournir aux cliniciens un outil pratique acceptable, fidèle, valide et facile à utiliser pour identifier et quantifier la dépression et l'anxiété. (*Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – Strokengine, s. d.*)

Comme l'a dit Léonard de Vinci : « *La simplicité est la sophistication suprême* ». Alors, pour ne pas rajouter des échelles contraignantes pour les équipes et les personnes concernées, il semblerait judicieux d'identifier les échelles à maintenir afin d'alléger et rendre efficiente une future étude prospective. Ainsi, nous pouvons envisager des rencontres pour un retour d'expériences professionnelles et expérientielles dans la complémentarité des différents centres proposant le module, afin d'être dans une démarche d'amélioration des pratiques.

Echanges de pratiques

L'IPA participe à l'amélioration des pratiques professionnelles interdisciplinaires dans la psychoéducation, pour une progression de la qualité des soins. Cette nouvelle profession peut

exercer son leadership, à partir du corps professionnel le plus représenté quantitativement dans les équipes de soins pluridisciplinaires.

Compte tenu des études mettant en lien l'amélioration de l'insight avec une baisse de la qualité de vie et de l'humeur, un accompagnement est à réfléchir. Toutes les psychothérapies nécessitent un minimum d'insight, c'est donc une base indispensable à la mise en place de toute thérapie.

Une réflexion sur l'intégration du concept d'insight, avec un travail possible en amont des parcours de réhabilitation psychosociale, serait enrichissant. En effet, la psychoéducation sert à informer sur le fonctionnement engendré par le trouble et les possibilités thérapeutiques. Cela amène à penser que la stigmatisation potentiellement engendrée par le diagnostic pourrait être accompagnée dès l'annonce.

Des échanges sur ce concept et la psychoéducation avec les différents professionnels des centres de proximité pourrait s'imaginer lors du comité de pilotage de réhabilitation psychosociale envisagé au sein du GHT (COPIL REHAB). Le rôle de l'IPA pourrait être de sensibiliser à l'insight et à ses conséquences dans un partage d'expériences.

L'intégration des savoirs théoriques et expérientiels pourrait contribuer à l'amélioration des parcours par une inclusion précoce en RPS, afin de contribuer à l'optimisation du rétablissement.

Inclusion en RPS

De manière empirique, nous constatons que la plupart des personnes ne fait pas de demande spontanée ; elles pourraient donc être considérées comme non prêtes à un parcours de RPS orienté rétablissement. Il semble donc pertinent de proposer un travail sur l'insight et l'acceptation de la maladie, des symptômes et des traitements, pour faire émerger des demandes dès la sortie d'hospitalisation. En effet, une intervention serait à envisager le plus tôt possible afin de limiter la perte de chance.

La perte de temps est dû au tabou de la maladie psychique avec la stigmatisation, l'ignorance et le manque de connaissance, qui influent tous sur le manque d'insight. Il est important d'informer et d'accompagner pour redonner l'espoir d'un rétablissement.

C'est la loi pour l'égalité des chances de 2005 qui introduit le handicap psychique avec un possible rétablissement par l'*Empowerment* des personnes concernées. (*La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances* | handicap.gouv.fr, 2017)

Le PTSM promeut également le rétablissement (décret du 27 juillet 2017) avec un accès plus précoce aux soins de réhabilitation psychosociale dans cette approche horizontale pour un *Empowerment* avec la co-construction et la co-réalisation du parcours individualisé de soins en RPS. Un travail sur l'insight permet « d'aller vers », en accompagnant la personne vers la formulation d'une demande, avec également la motivation en adaptant les soins au handicap.

Il a été mis en évidence qu'un faible insight pouvait conduire à une fuite et un évitement comme stratégie de *Coping*. Cette absence d'insight peut éloigner des soins car qui va chez le médecin quand il ne se sent pas malade ? J'ai apprécié l'approche de Nicolas Rainteau dans « Soyez réhab » qui propose une entrée vers la réhabilitation par « *l'Insight Project* ». L'aide est alors au service d'un objectif de vie identifié par l'utilisateur, en créant un environnement propice pour créer la demande en le laissant se confronter à des situations de vie qui donnent sens ; et la motivation reste fondamentale. Il est donc important de faciliter la rencontre en adaptant le lieu et l'horaire, en limitant au maximum les contraintes de l'utilisateur, tout en intégrant ses proches et sa famille. (Rainteau, 2022) Le manque d'insight est un frein identifié au rétablissement.

Une intervention rapide et appropriée serait favorable à un meilleur pronostic, avec une amélioration symptomatique et fonctionnelle. (Bourdeau et al., 2014) L'intervention peut se réfléchir en proposant un travail sur l'insight avec des programmes d'ETP dans les premiers épisodes psychotiques, *l'Insight Project* de Nicolas Rainteau, ou la psychoéducation avec « Conscience en soi », pour limiter par exemple le délai de psychose non traitée, ce qui aurait un impact positif sur le fonctionnement et la qualité de vie.

Le processus d'insight est aussi à envisager auprès des proches afin qu'ils prennent conscience et comprennent mieux le vécu de la personne concernée par un trouble psychique. Les familles doivent également être accompagnées dans l'acceptation du diagnostic de maladie psychique chronique, qui peut engendrer de la stigmatisation selon les représentations. En effet, après la prise d'un traitement, l'implication de la famille serait le deuxième indicateur de bon pronostic. (« *BREF* » un programme de psychoéducation pour les familles, 2024) Dans la pratique, des programmes psychoéducatifs peuvent être proposés pour les familles comme BREF en premier lieu.

La question du renoncement au rétablissement avec les outils de RPS, pour les personnes qui n'ont pas une conscience satisfaisante de leur maladie et de leurs symptômes, nécessite une adaptabilité du thérapeute pour créer une alliance thérapeutique. Chaque personne impliquée dans la relation peut s'appuyer sur l'empathie, une écoute active et de la reformulation décrites

par Carl Rogers dans la relation d'aide. Cette approche humaniste, qui nécessite d'adhérer à un projet commun, permettrait de renforcer l'auto-efficacité, le pouvoir d'agir, donc *l'Empowerment*.

Enfin, il me semble intéressant de travailler sur une approche qui se situe, selon moi, en prévention secondaire, en agissant au plus vite en vue de réduire le développement des troubles. Alors qu'en psychiatrie, on travaille souvent en prévention tertiaire, afin de réduire les conséquences de leur évolution et favoriser un maintien à l'emploi. Tandis que les démarches en intervention précoce, qui se développent ces dernières années, se situeraient de plus en plus en prévention primaire pour réduire la fréquence des pathologies psychiques.

Après ces perspectives, ce travail serait également l'occasion d'approfondir une méthodologie de recherche grâce à un travail collaboratif.

IV.3.b Approfondissements

Ce travail pourrait être poursuivi en élaborant un protocole pour une étude contrôlée randomisée prospective, avec l'inclusion d'un plus grand nombre de personnes (minimum 30 par groupe). Cette étude permettrait de réaliser une revue de pertinence des soins, en intégrant les perspectives envisagées pour améliorer le module « Conscience en soi ». Ainsi, une réponse à l'objectif de notre étude, qui était d'évaluer l'efficacité de ce module sur l'insight, serait envisageable.

Un autre approfondissement possible serait de collaborer au projet REHABase créée en 2016, qui regroupe maintenant 32 centres supports de réhabilitation psychosociale sur toute la France. Il serait envisageable de participer au projet de recherche sur l'insight et la qualité de vie, tout en évaluant l'impact des programmes de RPS. Cette cohorte nationale est prévue pour une durée minimale de 15 ans avec le soutien des ARS Auvergne Rhône Alpes et Nouvelle Aquitaine. Cette étude observationnelle, prospective et multicentrique a déjà recensé les données de 6326 usagers volontaires, tout au long de leurs parcours au sein des centres de RPS au niveau national. (Floriane, 2024)

Après ces perspectives et approfondissements, nous pouvons envisager de conclure ce travail.

Conclusion

La santé mentale est un enjeu prioritaire de santé qui regroupe une multiplicité de pratiques. L'activité de réhabilitation psychosociale orientée vers le rétablissement permet de fédérer les équipes, les personnes concernées et leurs proches, autour de projets porteurs de sens. Ce concept opératoire nécessite un ajustement logique de nos pratiques, en se tournant vers les demandes des usagers et de leurs familles, afin d'accompagner les personnes dans leur globalité. Aujourd'hui, le rétablissement est un objectif réaliste et atteignable avec l'acceptation du trouble mental, l'espoir quant au futur et une nouvelle perception de soi-même.

Ce travail a permis une familiarisation avec la recherche pour tenter d'apporter un début de réponse à la question de l'insight dans le rétablissement en psychiatrie. Cette étude met en évidence une augmentation de l'insight, ainsi que de l'estime de soi, avec une baisse de la stigmatisation après avoir suivi le module de psychoéducation « Conscience en soi ». Cette deuxième étude sur ce module n'a pas encore permis de conclure à l'augmentation du niveau d'insight en raison des biais encore existants. En effet, les résultats ne sont pas significatifs et ne nous permettent pas de donner une tendance, par manque de personnes incluses et les biais scientifiques identifiés dans cette recherche quantitative, descriptive, et rétrospective.

Mais ce travail met en évidence que les équipes s'investissent dans l'animation de psychoéducation, en complément d'autres soins, dans une démarche de rétablissement. Il existe également un intérêt pour le travail sur l'insight et l'alliance thérapeutique qui ont permis des échanges très enrichissants.

En corrigeant les principaux biais de cette étude pour lui donner une validité scientifique, ce travail pourrait servir de base à une étude de plus grande envergure sur l'insight et la psychoéducation. Sachant que « *concevoir et mettre en œuvre des actions de prévention et d'éducation thérapeutique* » est la compétence 3 du décret du 12 août 2019 relatif au diplôme d'état d'infirmier en pratique avancée mention psychiatrie et santé mentale.

Citation africaine

« *Tout seul on va plus vite, ensemble, on va plus loin* »

BIBLIOGRAPHIE

- Accueil | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.* (s. d.). Consulté 28 mars 2024, à l'adresse <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- Airagnes, G. (2012). L'insight et ses spécificités dans la schizophrénie. *Perspectives Psy*, 51(1), 14-21.
- Ambrosino, F. (2021). *Le guide de l'infirmier(ère) en pratique avancée*. Vuibert.
- Améliorer le parcours de soin en psychiatrie.* (s. d.). Le Conseil économique social et environnemental. Consulté 2 janvier 2024, à l'adresse <http://www.lecese.fr/travaux-publies/ameliorer-le-parcours-de-soin-en-psychiatrie>
- Article—Délibération n° 2018-155 du 3 mai 2018 portant homologation de la méthodologie de référence relative aux traitements de données à caractère personnel mis en œuvre dans le cadre des recherches n'impliquant pas la personne humaine, des études et évaluations dans le domaine de la santé (MR-004)—Légifrance.* (s. d.). Consulté 11 mars 2024, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000037187531
- Assad, L. (2014). L'expérience du rétablissement en santé mentale : Un processus de redéfinition de soi. *Le sujet dans la cité*, 5(2), 76-84. <https://doi.org/10.3917/lsdlc.005.0076>
- Barbalat, G., Maréchal, L., Plasse, J., Chéreau-Boudet, I., Gouache, B., Legros-Lafarge, E., Massoubre, C., Guillard-Bouhet, N., Haesebaert, F., & Franck, N. (2024). Functioning, clinical severity, education and sex moderate the inverse relationship between insight and quality of life in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 264, 149-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.12.015>
- Boivin, A., Flora, L., Dumez, V., L'Espérance, A., Berkesse, A., & Gauvin, F.-P. (s. d.). *Co-construire la santé en partenariat avec les patients et le public : Historique, approche et impacts du « modèle de Montréal »*.
- Bourdeau, G., Lecomte, T., Lecardeur, L., & Lysaker, P. H. (2014). Premier épisode psychotique et rétablissement. *Pratiques en santé mentale*, 60e année(2), 41-46. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0041>
- « BREF » un programme de psychoéducation pour les familles. (2024, mai 15). Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/bref-un-programme-de-psychoeducation-pour-les-familles>
- C3RP. (2022, février 4). INSIGHT et EMPATHIE en psychiatrie : Quels liens ? C3RP. <https://c3rp.fr/insight-et-empathie-en-psychiatrie-quels-liens/>
- Cattin, E. (2017). *D'un lien possible entre réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle*. 83.

- Chassagnoux, A., & Gaye, P.-Y. (2022). *Infirmier en Pratique Avancée—IPA - Mention Psychiatrie et santé mentale*. Foucher.
- Darkiewicz, N. (s. d.). *Participation au programme d'éducation thérapeutique ETAPS: impact de l'atelier Insight sur les réhospitalisations psychiatriques*.
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017-1200 (2017).
- DROULOUT, F., LIRAUD, F., & VERDOUX, H. (2008). Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques. [//www.em-premium.com/data/revues/00137006/00290005/430/](http://www.em-premium.com/data/revues/00137006/00290005/430/). <https://www.em-premium.com/article/83215/article/influence-de-la-conscience-du-trouble-et-de-la-per>
- Ellingham, I., & Grisart, J. (2014). Le mouvement du rétablissement : Un développement significatif pour le champ du counselling et de la psychothérapie. *Approche Centree sur la Personne. Pratique et recherche*, 20(2), 27-35.
- Ferlay, M., Lambrichts, A., Mastrangelo, C., Petit, M., Vandamme, A., & Vermeersch, V. (2021). *Module de conscience en soi*. EPSM Lille-Métropole.
- Floriane. (2024, mars 22). *La recherche : Cohorte REHABase*. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/3-recherche>
- Formarier, M., & Jovic, L. (2009). *Les concepts en sciences infirmières*. Mallet conseil.
- Franck, N. (2016a). *Outils de la réhabilitation psychosociale : Pratiques en faveur du rétablissement*. Elsevier-Masson.
- Franck, N. (2016b). Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie. *La Presse Médicale*, 45(9), 742-748. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.07.012>
- FRANCK, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Health Sciences.
- Friard, D. (2012). Insight. In *Les concepts en sciences infirmières* (p. 205-208). Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01.0205>
- Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) – Strokengine*. (s. d.). Consulté 2 mai 2024, à l'adresse <https://strokengine.ca/fr/assessments/hospital-anxiety-and-depression-scale-hads/>
- INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires—Légifrance*. (s. d.). Consulté 5 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44293>
- International NGO for Psychosocial Rehabilitation*. (s. d.). WAPR. Consulté 28 février 2024, à l'adresse <https://www.wapr.org/>
- Isabelle, A. (2021). Comment la réhabilitation psychosociale guidée par la perspective du rétablissement peut redessiner l'offre de soins en psychiatrie?*. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 205. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2021.02.028>

Jaafari, N., & Dauga, D. (s. d.). *Insight et capacité à consentir aux soins*.

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

Koenig-Flahaut, M., Castillo, M.-C., Schaer, V., Le Borgne, P., Bouleau, J.-H., & Blanchet, A. (2012). Le rétablissement du soi dans la schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 88(4), 279-285. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0916>

La loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances | handicap.gouv.fr. (2017, juin 23). <https://handicap.gouv.fr/la-loi-du-11-fevrier-2005-pour-legalite-des-droits-et-des-chances>

La révolte de la psychiatrie—Mathieu Bellahsen, Rachel Knaebel—Éditions La Découverte. (s. d.). Consulté 9 février 2024, à l'adresse https://www.editionsladecouverte.fr/la_revolte_de_la_psychiatrie-9782348045950

L'ARS Hauts-de-France publie le projet régional de santé révisé. (2023, octobre 31). <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/lars-hauts-de-france-publie-le-projet-regional-de-sante-revise>

Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>

Légifrance—Publications officielles—Journal officiel—JORF n° 0187 du 13/08/2019. (s. d.). Consulté 29 septembre 2023, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=XRSPDyIhXu_iMg1MsSQ3YKnYP7vb2AgJcqAsNrHUrsw=

Lejoyeux, M., & Embouazza, H. (2009). Troubles psychiatriques et addictions. In *Addictologie* (p. 51-61). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-2-294-70316-4.00007-2>

Mandel, L. (2022). *Se rétablir*. Exemple.

Marková, I., & Jaafari, N. (2009). *L'insight en psychiatrie*. Doin.

Martin, B., & Franck, N. (2013). Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 21-40. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.10.002>

Masson, D., & Franck, N. (2021). *Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie – La réhabilitation psychosociale*. Le Coudrier.

Misdrahi, D., Chéreau, I., Petit, M., & Llorca, P. (2008). Développement d'un programme psycho-éducatif ciblé sur l'insight pour les patients souffrant de schizophrénie. *L'information psychiatrique*, 84(10), 937-939. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0414>

Nextcloud. (s. d.). Nextcloud. Consulté 20 mars 2024, à l'adresse <https://nextcloud.francecentral.cloudapp.azure.com/>

- PERRIN-NIQUET, A. (2019). Évolution des pratiques infirmières en psychiatrie : Dossier. *Soins psychiatrie - ISSN : 0241-6972, n°325, 11-37.*
- Petit, M. (2021). *L'outil « conscience en soi » : La construction d'un outil thérapeutique permettant la prise de conscience du trouble psychiatrique.* Université de Lille.
- Professionnels.* (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 3 janvier 2024, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/fc_2873790/fr/professionnels
- Provencher, H., & Keyes, C. L. M. (2010). Une conception élargie du rétablissement. *L'information psychiatrique, 86(7), 579-589.*
- Psiuk, T. (2006). Évolution de la singularité vers l'interdisciplinarité. *Recherche en soins infirmiers, 84(1), 16-28.* <https://doi.org/10.3917/rsi.084.0016>
- Rainteau, N. (2022). *Soyez Réhab : Guide pratique de réhabilitation psychosociale.* Elsevier Health Sciences.
- Revue de pertinence des soins.* (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 29 septembre 2023, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/c_2807060/fr/revue-de-pertinence-des-soins
- Rivallan, A. (2015). Chapitre 2. Jean-Baptiste Pussin, le profane sacré gouverneur. In *Profanes, soignants et santé mentale : Quelle ingérence ?* (p. 23-30). Doin. <https://doi.org/10.3917/jle.hazif.2015.01.0023>
- Santé mentale.* (s. d.). Consulté 17 octobre 2023, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- Scherrer-Burri, F. (s. d.). *Impact de la formation initiale en Education Thérapeutique du Patient sur la pratique éducative des infirmiers jeunes diplômés.*
- Troubles mentaux.* (s. d.). Consulté 17 octobre 2023, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Table des matières

Remerciements

Liste des abréviations

Introduction générale.....1

I : Introduction du cadre conceptuel.....3

I.1 Psychiatrie et santé mentale.....3

I.1.a Historique de la psychiatrie et de la santé mentale.....3

I.1.b Changement de posture en psychiatrie.....4

I.1.c Pratique avancée en psychiatrie.....5

Evolution de la profession infirmière en psychiatrie.....5

Organisation de la pratique avancée.....7

I.2 Insight.....8

I.2.a Historique de l'insight.....8

I.2.b Concept de l'insight.....9

Différenciation insight / anosognosie / déni.....9

Conceptualisation de l'insight en psychiatrie.....10

I.2.c Recherches empiriques sur l'insight.....12

Evaluation de l'insight.....12

L'insight en psychiatrie clinique.....13

I.3 Rétablissement et réhabilitation psychosociale.....15

I.3.a Introduction du rétablissement et de la réhabilitation psychosociale.....15

Le rétablissement.....16

La réhabilitation psychosociale.....18

I.3.b Liens avec le rétablissement et la réhabilitation psychosociale.....20

Counseling.....20

Psychothérapie institutionnelle.....20

I.3.c Offres de soins orientés rétablissement : la RPS.....21

Législation.....21

Les outils de réhabilitation psychosociale.....22

I.4 Psychoéducation.....23

<i>I.4.a</i> <i>Implantation de la psychoéducation</i>	23
<u>Législation</u>	23
<u>La psychoéducation</u>	24
<i>I.4.b</i> <i>Psychoéducation, insight et rétablissement</i>	24
<i>I.4.c</i> <i>Module « Conscience en soi »</i>	26
II : Méthode	28
II.1. Choix méthodologique.....	28
<i>II.1.b</i> <i>Méthodologie</i>	28
<i>II.1.a</i> <i>Population choisie</i>	29
II.2. Module « Conscience en soi ».....	29
<i>II.2.a</i> <i>CSRPS</i>	29
<i>II.2.b</i> <i>Module « Conscience en soi »</i>	31
<u>Recrutement</u>	31
<u>Evaluations</u>	31
<u>Supports utilisés</u>	32
<u>Intervenants</u>	32
<u>Les séances</u>	32
<u>Après les séances</u>	33
II.3. Procédure.....	33
<i>II.3.a</i> <i>Protocole</i>	33
<i>II.3.b</i> <i>Information</i>	33
<i>II.3.c</i> <i>Recueil de données</i>	33
<i>II.3.d</i> <i>Méthode d'analyse</i>	34
III : Résultats et analyse	35
III.1 Variables descriptives.....	35
<i>III.1.a</i> <i>Données sociodémographiques</i>	35
<u>Tableau 1 : Données sociodémographiques</u>	35
<i>III.1.b</i> <i>Données cliniques</i>	36
<u>Tableau 2 : Données cliniques</u>	36
<i>III.1.c</i> <i>Durée et assiduité au module</i>	38
<u>Tableau 3 : Données module</u>	38
III.2 Critère de jugement principal : INSAIT.....	38

<u>Tableau 4 : Evaluations INSAIT</u>	38
<i>III.2.a Evolution du score général INSAIT</i>	38
<u>Fig. 1 : Diagramme INSAIT</u>	39
<i>III.2.b Evolution des 3 dimensions de l'INSAIT</i>	39
<u>Fig.2 : Diagramme sous scores INSAIT</u>	40
III.3 Evaluations répétées.....	41
<i>III.3.a Evaluations répétées avant/après</i>	41
<u>Tableau 5 : Evaluations répétées avant/après</u>	41
<i>III.3.b Evaluations répétées après chaque séance</i>	42
<u>Tableau 6 : Evaluations répétées après chaque séance</u>	42
<u>Fig.3 : Diagramme Prochaska</u>	43
III.4 Données post-module.....	44
<u>Tableau 7 : Données post-module</u>	44
IV : Discussion	45
IV.1 Réponse à l'hypothèse de recherche.....	45
<i>IV.1.a Critère de jugement principal : INSAIT</i>	45
<i>IV.1.b Critères de jugements secondaires</i>	46
IV.2 Faiblesses et forces de l'étude.....	48
<i>IV.2.a Faiblesses de l'étude</i>	48
<i>IV.2.b Forces de l'étude</i>	49
IV.3 Perspectives et approfondissements	50
<i>IV.3.a Perspectives</i>	50
<u>Amélioration de « Conscience en soi »</u>	51
<u>Echanges de pratiques</u>	51
<u>Inclusion en RPS</u>	52
<i>IV.3.b Approfondissements</i>	54
Conclusion	55
Bibliographie	
Table des matières	
Annexes	

ANNEXES

ANNEXE 1

Modèle des stades du changement par la réhabilitation psychosociale.....	I
---	----------

ANNEXE 2

Livrets du Module « Conscience en soi ».....	II
---	-----------

Livret de présentation	III
------------------------------	-----

Support d'animation : le manuel de l'animateur	V
--	---

<i>Insight Assessment InTerview (INSAIT).....</i>	<i>VII</i>
---	------------

<i>Echelle d'estime de soi de Rosenberg.....</i>	<i>XIV</i>
--	------------

<i>Echelle de stigmatisation en 9 items.....</i>	<i>XV</i>
--	-----------

<i>Questionnaire de qualité de vie S-QoI18.....</i>	<i>XVI</i>
---	------------

<i>Modèle du changement de Prochaska.....</i>	<i>XVIII</i>
---	--------------

Dossier individuel du patient.....	XIX
------------------------------------	-----

ANNEXE 3

Convention d'engagements réciproques. Aide méthodologique de la F2RSM Psy.....	XXI
---	------------

ANNEXE 4

Fiche résumé protocole étude-recherche DPO.....	XXIII
--	--------------

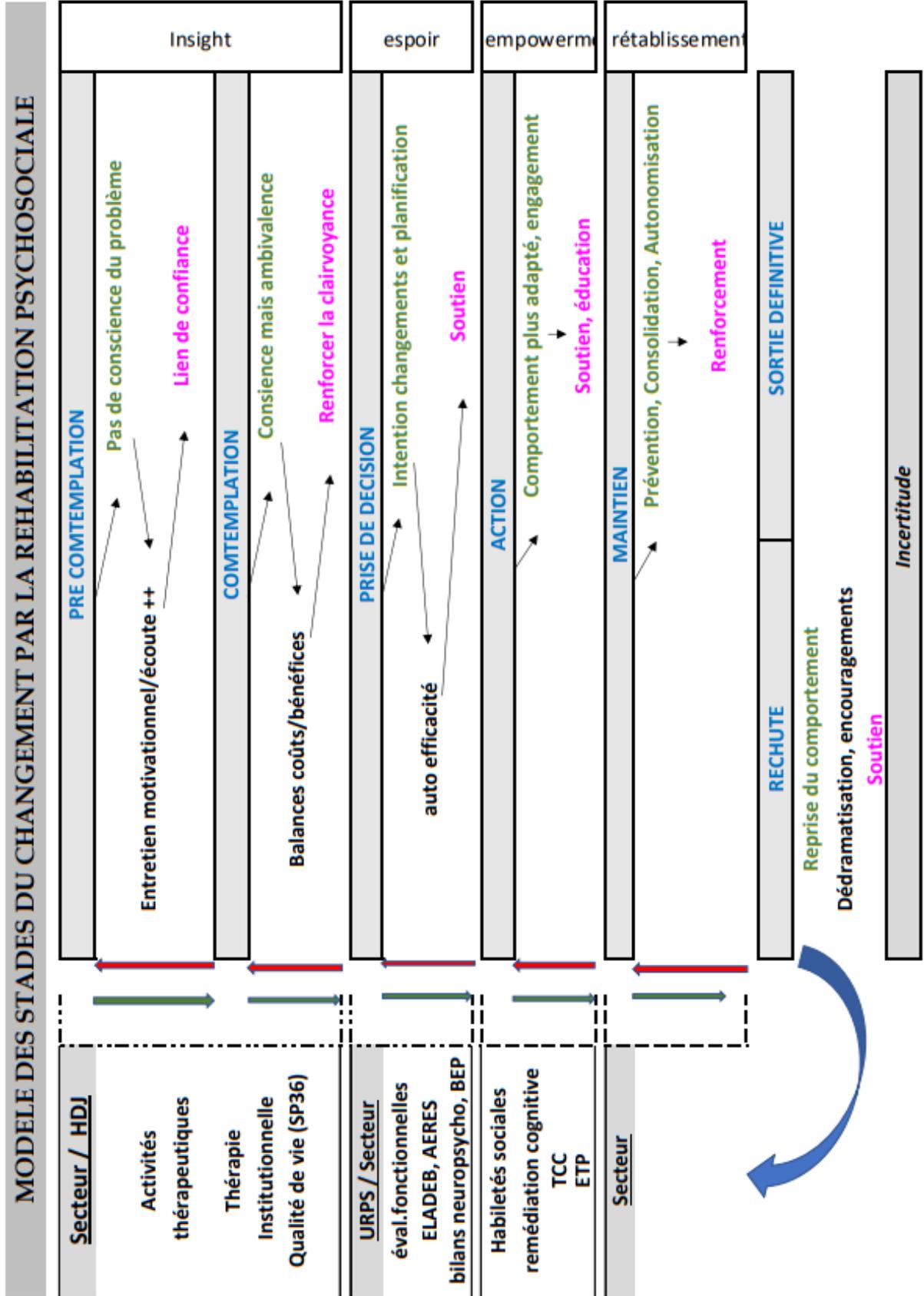
ANNEXE 5

Lettre d'information destinée aux patients.....	XXVI
--	-------------

ANNEXE 6

Tableau de données.....	XXVIII
--------------------------------	---------------

ANNEXE 1

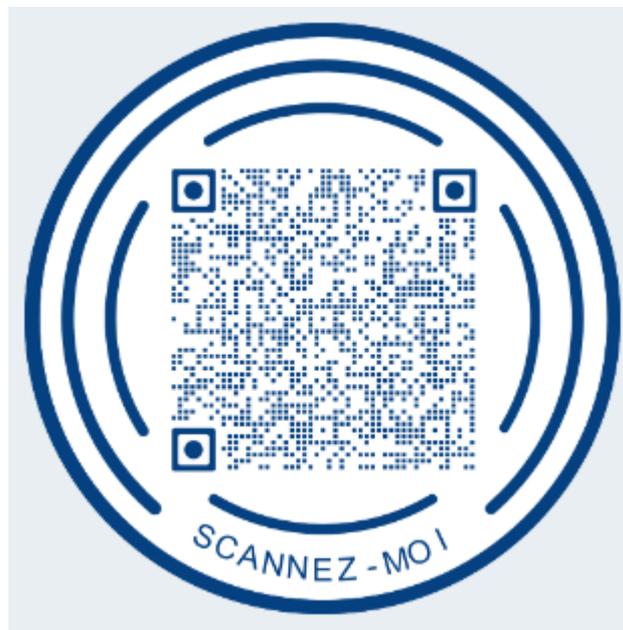


ANNEXE 2

Livrets du Module « Conscience en soi »

Livret de présentation	III
Support d’animation : le manuel de l’animateur.....	V
Insight Assessment InTerview (INSAIT).....	VII
Echelle d’estime de soi de Rosenberg.....	XIV
Echelle de stigmatisation en 9 items.....	XV
Questionnaire de qualité de vie S-QoI18.....	XVI
Modèle du changement de Prochaska.....	XVIII
Dossier individuel du patient.....	XIX

Documents entiers via ce QR code



PRÉSENTATION

MODULE CONSCIENCE EN SOI

Madame FERLAY M.

Année 2021

Dr LAMBRICHTS A.

Madame MASTRANGELO C.

Madame PETIT M.

Madame VANDAMME A.

Madame VERMEERSCH V.



I. Genèse du projet « Insight en intra »

- 1) Origine de la demande
- 2) Module conscience en soi: Initié au Centre de Proximité de Tourcoing

II. Présentation de l'atelier « CONSCIENCE EN SOI »

- 1) Où, pour qui, quand?
- 3) Pourquoi, pour quoi?
- 4) Par qui?

III. Une pédagogie appliquée à la conscience en soi: amorcer le cercle vertueux

IV. La méthodologie

- 1) Le recrutement
- 5) L'évaluation
- 6) Les supports utilisés
 - a) Support d'animation : le manuel de l'animateur
 - b) Pièces constitutives du dossier individuel du patient
 - c) Support visuel

V. Perspectives

VI. Annexes

VII. Accès au module

Document entier via le QR code

MODULE CONSCIENCES EN SOI

**Support
d'animation :
Le manuel de
l'animateur**

Madame FERLAY M.

Année 2021

Monsieur FONTAINE R.

Dr LAMBRICHTS A.

Madame MASTRANGELO C.

Madame PETIT M.

Madame VANDAMME A.

Madame VERMEERSCH V.

EVALUATIONS ET DOCUMENTATION NECESSAIRE AVANT LA 1^{ère} SÉANCE

- Bilan Educatif Partagé 1 par personne

- Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC) 1 par personne

- Echelle d'Insight INSAIT initiale 1 par personne

- Echelle d'estime de soi de Rosenberg initiale 1 par personne

- Echelle de stigmatisation abrégée 1 par personne

- Echelle de Qualité de Vie S-Qol.18 initiale 1 par personne :

- Prochaska initial 1 par personne

- Perspective et approfondissement 1 par personne

- Courrier de convocation

Document entier via le QR code

INSight Assessment InTerview (INSAIT) (Entretien semi dirigé d'évaluation du degré d'insight)

Baptiste Gaudelus , infirmier ; CLÉR – Service Universitaire de Réhabilitation, Lyon, France

Dans les pages qui suivent, vous trouverez différentes questions destinées à vous aider à évaluer le degré de conscience (ou insight) de souffrir d'un trouble psychiatrique d'une personne. Ces questions sont réparties selon 3 dimensions : La conscience de présenter ou d'avoir présenté des symptômes ; la conscience d'avoir besoin d'un traitement et d'un suivi spécialisé ; la conscience d'avoir une maladie psychiatrique chronique.

Les questions sont à considérer comme des suggestions et doivent être utilisées de manière flexible afin de conserver la dynamique de l'entretien ; leur but est de favoriser une réponse plus franche et plus proche de la réalité de l'opinion du sujet.

Suite à ces questions, vous trouverez une grille de cotation comprenant une liste d'indicateurs qui vous permettront de convertir les réponses du sujet interviewé en un score variant de 0 à 4 pour chacune des dimensions interrogées.

Pour attribuer un score, référez-vous à la grille proposée pour chaque domaine investigué : Dans un premier temps reportez-vous aux indications correspondant au score 2, puis, selon que le discours de la personne et la dynamique de l'entretien indiquent un meilleur ou un moins bon insight dans la dimension interrogée, consultez les indications du score 4 ou du score 0. Les scores 1 et 3 sont à considérer comme des degrés intermédiaires.

Les informations obtenues lors d'autres entretiens ou au travers d'autres évaluations ou d'autres temps d'observation, pourront être utilisées par le clinicien comme indicateurs en complément des réponses du sujet.

L'échelle INSAIT permet d'obtenir un score total par l'addition des 3 scores dimensionnels. En référence à l'échelle d'autoévaluation de l'insight de Birchwood (1994), cotant les mêmes dimensions, également sur 12 points, un score supérieur ou égal à 9 révèle un bon niveau d'insight.

Avant de démarrer l'entretien avec le sujet, présentez lui rapidement l'objectif poursuivi, comme proposé ci-dessous :

Introduction : *« Les médecins ont estimé que vous présentiez, ou aviez présenté des signes d'une maladie psychiatrique. Si vous le voulez bien, je vais vous poser un certain nombre de questions dans le but de connaître votre degré d'accord ou de désaccord avec leur point de vue. L'objectif de cet entretien est de mieux comprendre comment vous vivez les soins qui vous sont proposés, il est donc important que vous vous sentiez libre de répondre en toute franchise.*

Cet entretien devrait durer environ 15 minutes, je prendrai des notes pendant que vous me répondez.

Avant toute chose, avez-vous des questions à me poser à ce sujet ?

Êtes-vous d'accord pour que nous démarrions ? »

CONSCIENCE DES SYMPTÔMES

Q1 : Identifiez-vous des signes de difficultés psychologiques dans votre vie actuelle ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pourriez-vous me dire quels sont les principaux signes que vous identifiez ?	
Q2 : Avez-vous identifié des signes de ce type à d'autres moments de votre vie ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pourriez-vous me dire quels sont les principaux d'entre eux ?	
Q3 : Diriez-vous que vos sensations ou votre façon de penser sont (ou ont été) parfois modifiées ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pouvez-vous me donner des exemples ?	
Selon vous, quelle est la cause de ces modifications ?	
Q4 : Diriez-vous que votre motivation, votre humeur ou l'énergie que vous avez pour faire des choses sont (ou ont été) parfois modifiées ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Selon vous, quelle est la cause de ces modifications ?	

CONSCIENCE DES SYMPTÔMES – GRILLE DE COTATION

0- La personne n'identifie aucun symptôme de la maladie (ni positif, ni négatif) comme tel, alors même que ses réponses et la dynamique de l'entretien révèlent une activité symptomatique (notamment via les questions Q3 et Q4). La présence des symptômes peut aussi avoir été observée en dehors de l'entretien ou rapportée (de façon fiable) par l'entourage.

1-

2- Le sujet identifie certains des symptômes présent comme tels, mais pas leur intégralité.

Ou il conserve un doute notoire quant à l'origine des symptômes présents

Ou il identifie les symptômes qui étaient présents en période de crise, mais pas ceux qui sont actuellement actifs (dans la mesure où ceux-ci sont d'intensité faible à modérée)

3-

4- La personne identifie l'ensemble des symptômes actifs de la maladie comme tels.

Ou elle n'identifie pas de symptôme actuellement actif, ce qui semble congruent avec ses réponses et la dynamique de l'entretien **ET** elle est en mesure d'explicitier les symptômes qui étaient présent au cours des épisodes aigus

Insight symptômes :	
----------------------------	--

CONSCIENCE DU BESOIN D'UN TRAITEMENT ET D'UN SUIVI SPECIALISÉ

Q1:Le médecin ou le psychiatre vous a-t-il prescrit un traitement médicamenteux?	
<input type="checkbox"/> OUI Prenez-vous régulièrement ce traitement (tel qu'il est prescrit) ?	<input type="checkbox"/> NON
Q2 : Pensez-vous avoir besoin de prendre un traitement médicamenteux	
<input type="checkbox"/> OUI Selon vous, quelle est (ou serait) l'utilité de ce traitement ?	<input type="checkbox"/> NON Pouvez-vous expliquer pourquoi ? (en particulier si un traitement est prescrit)
Q3 : Bénéficiez-vous d'un suivi régulier avec un psychiatre, un psychologue, un infirmier, ou votre médecin généraliste... ?	
<input type="checkbox"/> OUI Selon vous, quelle est l'utilité de ce suivi, à quoi vous sert-il ?	<input type="checkbox"/> NON Pensez-vous que vous en auriez besoin ? Pouvez-vous expliquer pourquoi ?
Q4 : Avez-vous déjà été hospitalisé dans un service de psychiatrie ? (si hospitalisation en cours, poser directement les questions ci-dessous)	
<input type="checkbox"/> OUI Selon vous, cette hospitalisation était-elle nécessaire ? Selon vous, cette hospitalisation a-t-elle eue une efficacité ? Selon vous, cette hospitalisation a-t-elle eue des conséquences négatives pour vous ?	<input type="checkbox"/> NON Selon vous, en auriez-vous eu besoin à certaines périodes de votre vie ? Pouvez-vous expliquer pourquoi ?

CONSCIENCE D'UN BESOIN DE TRAITEMENT ET D'UN SUIVI SPÉCIALISÉ GRILLE DE COTATION

0- La personne ne ressent aucun besoin, ni aucun bénéfice associé au traitement médicamenteux ou au suivi. Elle ne prend pas ses médicaments, ou très irrégulièrement, alors que celui-ci est prescrit. Le traitement médicamenteux et le suivi peuvent cependant être réguliers, s'ils sont assortis d'une contrainte (y compris la simple évocation d'une réhospitalisation en cas de rupture).

OU la personne refuse catégoriquement l'idée de prendre un traitement médicamenteux, ou de rencontrer régulièrement un soignant, ce qui explique l'absence de prescription, alors que la dynamique de l'entretien révèle nettement un besoin de soins

L'hospitalisation, si elle a eu lieu peut avoir été vécue comme abusive, ou comme nécessaire mais pleinement efficace (vécu de guérison en contradiction avec la dynamique de l'entretien et la prescription médicale).

1-

2- Le sujet exprime des doutes quant à son besoin de prendre un traitement, bien qu'il le prenne de façon plutôt régulière.

Ces doutes peuvent se retrouver aussi vis-à-vis du suivi et sur la nécessité qu'il y avait à être hospitalisé, néanmoins il s'y conforme de façon régulière.

3-

4- La personne ressent l'efficacité du traitement médicamenteux (s'il est prescrit) et les bénéfices du suivi.

Elle peut néanmoins exprimer un désir de changement de molécule, de la posologie ou du rythme du suivi, mais n'envisage pas de modification sans l'avoir négociée avec son médecin

Insight traitement :	
-----------------------------	--

CONSCIENCE D'AVOIR UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE

Q.1 : Diriez-vous que vous avez une maladie psychiatrique ou psychique ?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Q.2 : Savez-vous si les médecins / psychiatres ont proposé un diagnostic concernant votre situation?	
<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
<p>Connaissez-vous le diagnostic qui a été posé ?</p> <p>Êtes- vous (totalement ? partiellement ?) d'accord avec ce diagnostic ?</p> <p>Pouvez- vous expliquer votre réponse ? (notamment si accord partiel ou désaccord)</p>	
<p>Q.3 : Que signifie (ou signifierait) pour vous le fait d'avoir une maladie psychiatrique ou psychique ? / Comment vous représentez-vous une personne qui a une maladie psychiatrique ou psychique ? <i>(Si un diagnostic est connu du sujet, précisez la question sur ce diagnostic)</i></p> <p><i>Si la personne est en difficulté pour préciser sa réponse, proposez les questions suivantes :</i> Quels comportements ou idées aurait cette personne selon vous ?</p> <p>Pensez-vous qu'une personne ayant été malade puisse se stabiliser, se rétablir ou guérir, risquer de rechuter... ?</p>	

**CONSCIENCE D'AVOIR UNE MALADIE PSYCHIATRIQUE
GRILLE DE COTATION**

0- La personne ne reconnaît pas souffrir d'une pathologie psychiatrique, ni en termes de diagnostic, ni en termes d'impact dans son fonctionnement (question 3)

1-

2- Le sujet reconnaît présenter certains symptômes ou une certaine fragilité, mais ne se reconnaît pas dans le diagnostic posé (éventuellement du fait de fausses croyances sur la maladie)

Ou il reconnaît souffrir d'un trouble psychiatrique, mais n'a pas connaissance de son diagnostic

3-

4- La personne reconnaît et accepte le diagnostic médical posé

Insight maladie :	
--------------------------	--

Echelle d'Estime de Soi de Rosenberg

Par Nathalie Crépin et Florence Delerue

L'estime de soi est définie comme le jugement ou l'évaluation que l'on fait de soi-même, de sa valeur personnelle. De façon plus simple, l'estime de soi peut-être également assimilée à l'affirmation de soi. L'estime de soi est un facteur essentiel dans la performance sportive.

En répondant à ce test, vous pourrez ainsi obtenir une évaluation de votre estime de soi.

Pour chacune des caractéristiques ou descriptions suivantes, indiquez à quel point chacune est vraie pour vous en encerclant le chiffre approprié.

Tout à fait en désaccord	Plutôt en désaccord	Plutôt en accord	Tout à fait en accord
1	2	3	4
1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre			1-2-3-4
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités.			1-2-3-4
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme un raté			1-2-3-4
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens			1-2-3-4
5. Je sens peu de raisons d'être fier de moi.			1-2-3-4
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis moi-même.			1-2-3-4
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait de moi.			1-2-3-4
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même			1-2-3-4
9. Parfois je me sens vraiment inutile.			1-2-3-4
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien.			1-2-3-4

Comment évaluer votre estime de soi ?

Pour ce faire, il vous suffit d'additionner vos scores aux questions **1, 2, 4, 6 et 7**.

Pour les questions **3, 5, 8, 9 et 10**, la cotation est inversée, c'est-à-dire qu'il faut compter 4 si vous entourez le chiffre 1, 3 si vous entourez le 2, 2 si vous entourez le 3 et 1 si vous entourez le 4.

Faites le total de vos points. Vous obtenez alors un score entre 10 et 40.

L'interprétation des résultats est identique pour un homme ou une femme.

Si vous obtenez un **score inférieur à 25**, votre estime de soi est très faible. Un travail dans ce domaine semble souhaitable.

Si vous obtenez un **score entre 25 et 31**, votre estime de soi est faible. Un travail dans ce domaine serait bénéfique.

Si vous obtenez un **score entre 31 et 34**, votre estime de soi est dans la moyenne.

Si vous obtenez un **score compris entre 34 et 39**, votre estime de soi est forte.

Si vous obtenez un **score supérieur à 39**, votre estime de soi est très forte et vous avez tendance à être fortement affirmé.

ECHELLE DE STIGMATISATION EN 9 ITEMS

					
1. D'avoir eu un problème de santé psychique m'a rendu plus compréhensif					
2. Je crains de dire aux gens que je bénéficie d'un traitement psychologique					
3. Mes problèmes de santé psychique m'ont rendu plus tolérant vis-a-vis des autres gens					
4. J'ai peur de la réaction des gens s'ils découvrent mes problèmes de santé psychique					
5. Je suis fâché(e) de la manière dont les gens ont réagi à mes problèmes de santé psychique					
6. Des gens m'ont évité en raison de mes problèmes de santé psychiques					
7. Des gens m'ont insulté en raison de mes problèmes psychique					
8. Avoir eu des problèmes de santé psychique m'a rendu(e) plus solide					
9. Je trouve difficile de dire aux gens que j'ai des problèmes de santé psychique					

Informations relatives à l'échelle de stigmatisation

Sous échelles

Discrimination : Questions 5,6 et 7

Transparence : Questions 2,4 et 9

Aspects positifs : Questions 1,3 et 8

Cotation

4= « tout à fait d'accord », 3= « d'accord », 2= « ni d'accord, ni pas d'accord », 1= « pas d'accord » et 0= « pas du tout d'accord »

Pour les questions 1,3 et 8, la cotation est inversée (0= « tout à fait d'accord », 4= « pas du tout d'accord »

Pour un total maximum de 36, on retiendra un résultat significatif à partir de 15 (15.2 selon l'écart type)

Questionnaire de qualité de vie : S-QoL 18

Nom : _____

Date : _____

Cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement. (Selon la cotation ci-contre.)
Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

Mon score à T1 :

Mon score à T2 :

Mon score à T3 :

Cotation :

1= Beaucoup moins

2= Moins

3= Un peu moins

4= Autant

5= Plus

	1	2	3	4	5
Actuellement, que souhaité				
1. J'ai confiance en la vie					
2. Je me bats pour réussir dans la vie					
3. Je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir					
4. Je suis bien dans ma tête					
5. Je suis libre de prendre des décisions					
6. Je suis libre d'agir					
7. Je fais des efforts pour travailler					
8. Je suis en bonne forme physique					
9. Je suis plein(e) d'énergie					
10. Je suis aidé(e) par ma famille					
11. Je suis écouté(e) par ma famille					
12. Je suis aidé(e) par mes amis (proches)					
13. J'ai des amis					
14. J'ai une vie sentimentale satisfaisante					
15. Je réalise mes projets familiaux, sentimentaux					
Actuellement, que prévu				
16. J'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir					
17. Je suis coupé(e) du monde extérieur					
18. J'ai du mal à exprimer ce que je ressens					

Les 18 items sont cotés jusque 5 pour un maximum de 90.

Plus le score est élevé, plus la qualité de vie est dégradée

La cotation évalue AVANT et APRES avec ci possible une amélioration de la qualité de vie (soit une diminution du score)

Les étapes du processus de changement selon Prochaska (Prochaska et., 1992)

Pour rappel :

Pré-considération :

La personne n'a aucune intention de changer son comportement dans un futur proche.

Considération :

La personne est consciente que le problème existe

Préparation :

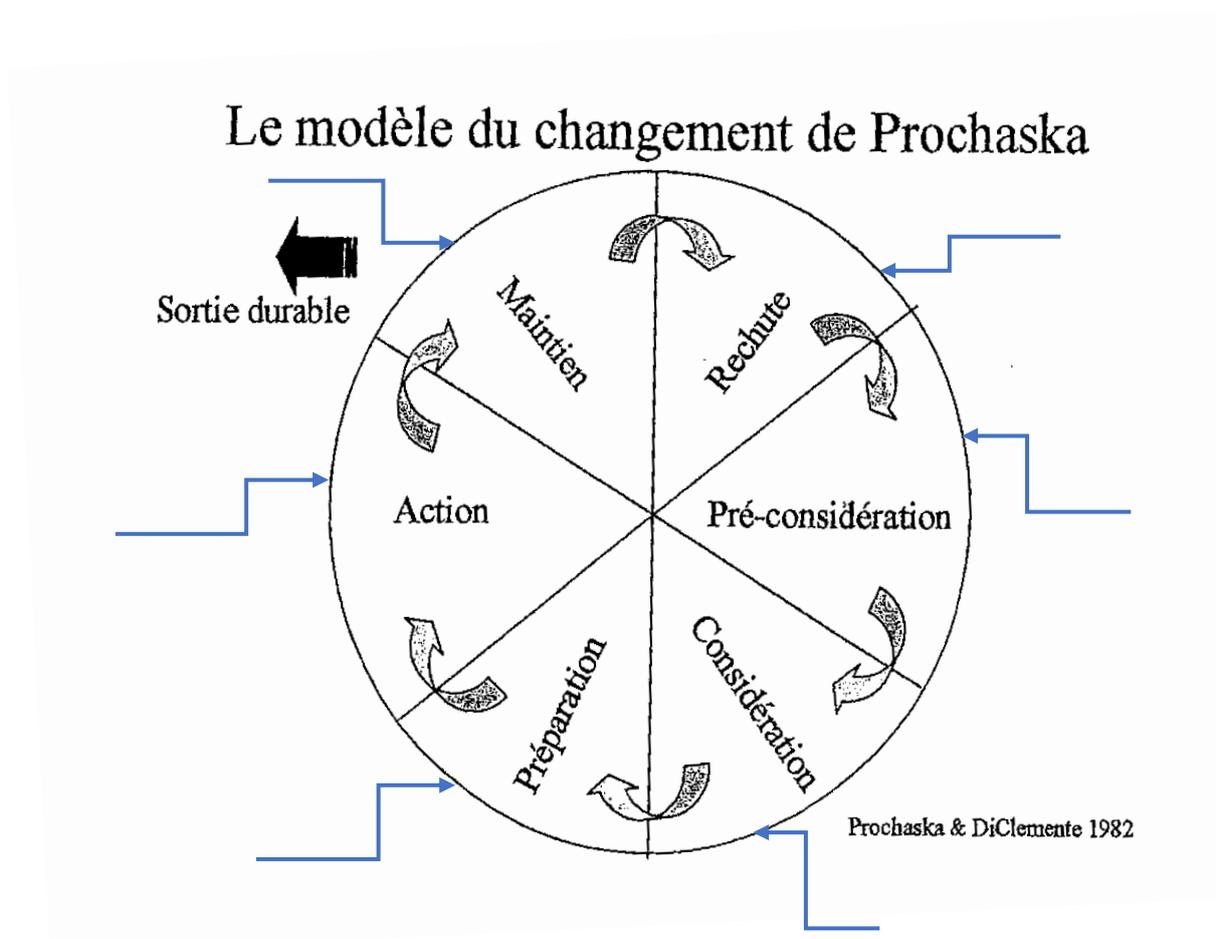
L'intention de passer à l'action prochainement

Action :

Les personnes modifient réellement leur comportement

Maintien :

La continuation du changement, non la fin du processus.



Noter la date à côté de la flèche correspondant au stade de Prochaska

**DOSSIER
INDIVIDUEL
DU PATIENT**

MODULE CONSCIENCE EN SOI

Madame FERLAY M.

Année 2021

Dr LAMBRICHTS A.

Madame MASTRANGELO C.

Madame PETIT M.

Madame VANDAMME A.

Madame VERMEERSCH V.



INDEX

- Bilan Educatif Partagé
- Évaluation Rapide des Fonctions Cognitives (ERFC)
- Echelle d'Insight INSAIT initiale
- Echelle d'estime de soi de Rosenberg initiale
- Echelle de Stigmatisation abrégée initiale
- Echelle de qualité de vie S-Qol.18 initiale
- Prochaska initial
- Fiche de cotation
- Fiche évaluations fonctionnelles
- Perspective et approfondissement
- Charte de déontologie
- Courrier de convocation

Séance 1 :

- Fiche symptômes
- Evaluation et satisfaction séance 1
- Courrier fin de séance 1

Séance 2 :

- Fiche signes de départ
- Tableau récapitulatif de stratégies
- Fiche stratégies de recours aux soins
- Evaluation et satisfaction séance 2

Séance 3 :

- Ordonnance individuelle
- Tableau des effets attendus/indésirables
- Fiche symptômes/traitement prescrits
- Evaluation et satisfaction séance 3

Séance 4 :

- Fiche support de l'Iceberg de la stigmatisation
- Fiche des 3 piliers de la réhabilitation
- Evaluation et satisfaction séance 4

Cotation finale et passeport :

- Echelle d'Insight INSAIT finale
- Echelle d'estime de soi de Rosenberg finale
- Echelle de stigmatisation abrégée finale
- Echelle de qualité de vie S-Qol.18 finale
- Passeport
- Courrier fin de module

Document entier via le QR code

CONVENTION D'ENGAGEMENTS RÉCIPROQUES AIDE MÉTHODOLOGIQUE DE LA F2RSM PSY

La convention est passée entre les soussignés :

[Le porteur du projet de recherche et, s'il s'agit d'un étudiant, associé à son directeur de recherche]

Amélie Meaux avec le Dr Agnès Lambrichts (Directrice de recherche)

Et

Le groupement d'intérêt public Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy), déclarée à l'INSEE, dont l'identifiant SIRET est 502 830 144 00023, dont le siège social est 211 rue du Général Leclerc – 59 350 Saint-André-lez-Lille

Représentée par son Directeur, le Dr Maxime Bubrovsky d'autre part,

Il est convenu et arrêté ce qui suit :

Article 1 – La consultation d'aide méthodologique

La consultation d'aide méthodologique s'adresse à l'ensemble des personnels des établissements adhérents qui souhaitent formaliser et mettre en œuvre un projet de recherche. Dans ce cadre, elle permet une aide méthodologique à la réalisation de projets, recherches, études, travaux, etc. en psychiatrie et en santé mentale.

Le porteur du projet de recherche répondra aux points suivants afin de détailler la demande :

- Si Le porteur du projet de recherche est un étudiant, son directeur de recherche doit agréer aux demandes formulées par l'étudiant auprès de la F2RSM-psy
- La nature de l'aide souhaitée doit être explicitement formulée. On peut citer sans caractère limitatif : structuration et rédaction du protocole, élaboration des outils nécessaires à l'étude, conseil statistique préalable à la mise en œuvre, traitement des données qualitatives ou quantitatives, aide biostatistique pour le choix de la méthode et/ou pour le traitement des données aide à l'obtention des autorisations réglementaires (CPP, CNIL, etc.) et le cas échéant promotion de l'étude.
- Le titre du projet : L'insight dans le rétablissement en psychiatrie ?
- Le calendrier du projet : restitution du mémoire le 7 juin 2024
- Le financement du projet : *[à joindre à la convention le cas échéant]*

Article 2 - Les compétences et engagements réciproques

La F2RSM Psy S'engage à apporter une aide méthodologique à la réalisation du projet. Une séance de travail est possible chaque jeudi et nécessite de prendre un rendez-vous au préalable. Les consultations pluridisciplinaires associent les compétences requises à chaque étape du projet (conduite de projet, méthodologie générale, statistiques, recueil et traitement des données qualitatives).

Le porteur du projet bénéficiaire de l'aide méthodologique s'engage :

1. À solliciter la présence du directeur de la recherche lors de la première consultation ;

2. À assister en présentiel ou à distance aux consultations programmée ou le cas échéant à annuler au le plus en amont possible et en tout état de cause au moins 48 heures à l'avance ;
3. À fournir un compte-rendu de consultation d'aide méthodologique sous la forme d'un relevé de décision dactylographié après chaque réunion ;
4. À valoriser les résultats de la recherche : par une communication orale ou affichée dans un congrès et/ou par une publication dans une revue professionnelle ou scientifique. Pour cela il pourra bénéficier d'un accompagnement rédactionnel par l'équipe d'aide méthodologique ;
5. À citer la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale des Hauts-de-France (F2RSM Psy) lors de la publication du travail ;
6. À placer parmi les auteurs, après concertation avec eux, les membres de la CAM ayant contribué de façon substantielle (à savoir, nécessitant un travail en dehors de la consultation : statistiques, rédaction ou relecture, etc.) ;
7. À avertir la F2RSM Psy de la présentation du travail et de lui en faire parvenir un exemplaire du travail.

Article 3 – Durée de l'engagement

Les propositions de publications et de communications devront être soumises dans l'année suivant l'obtention des résultats du travail.

Article 4 – Stockage des données

D'une manière générale, le bénéficiaire s'engage au respect de la réglementation en vigueur concernant le stockage et la protection des données à caractère spécifique.

En vue de se conformer au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), la F2RSM Psy s'est dotée d'un espace sécurisé pour le stockage des données de santé qu'elle est amenée à traiter (fichiers nominaux ou pseudonymisés). En signant cette convention, le porteur du projet s'engage à stocker les fichiers relatifs à la recherche qu'il aura menées avec la F2RSM Psy ou qu'il aura obtenus (extractions de bases médico-économiques, d'activité ...) pour les besoins de l'étude menée avec l'aide de la F2RSM Psy, sur cet espace sécurisé créé sur la plateforme NextCloud, à l'exclusion de tout support ou espace personnel (ordinateur, clé, disque dur externe, cloud ...)

Le porteur du projet recevra les codes et tutoriel nécessaires à la gestion de cet espace sécurisé, qui fait l'objet d'une sauvegarde quotidienne.

Accès <https://f2rsmpsy.francecentral.cloudapp.azure.com/>

Fait à Saint-André-lez-Lille, le 19.12.2023

Pour la F2RSM Psy

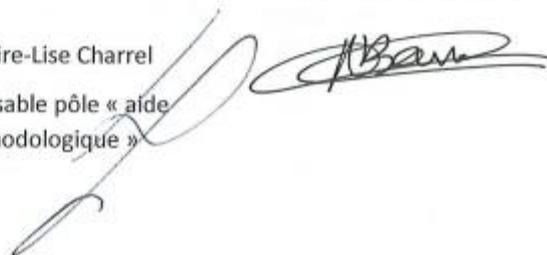
Dr Maxime Bubrovsky

Directeur



Le porteur du projet

Dr Claire-Lise Charrel
Responsable pôle « aide
méthodologique »



Convention d'engagements réciproques dans le cadre de l'aide méthodologique apportée par la F2RSM Psy

ANNEXE 4

RGPD-SSI-80-1 Modèle de fiche résumé protocole étude-recherche – Version du 07/09/2021

Fiche du registre des traitements	
Titre/acronyme de l'étude	L'Insight dans le rétablissement en psychiatrie
Référence	RM2X_XXX (numéro d'enregistrement dans le registre, cf. DPO)
Date de création de la fiche	25/10/2023
Date de dernière mise à jour de la fiche	

Présentation de l'équipe projet	
Responsable de traitement (établissement d'appartenance)	<input type="checkbox"/> EPSM Agglomération Lilloise <input type="checkbox"/> EPSM des Flandres <input checked="" type="checkbox"/> EPSM Lille Métropole <input type="checkbox"/> EPSM Val de Lys – Artois
Responsables conjoints (si autres établissements ou structures participant à l'étude)	<input type="checkbox"/> EPSM Agglomération Lilloise <input type="checkbox"/> EPSM des Flandres <input type="checkbox"/> Autre(s) : [Nom + adresse + représentant]
Personne(s) chargée(s) de l'étude	Nom : MEAUX Amélie Fonction : Infirmière étudiante en pratique avancée Mail / téléphone : amélie.boisse@ghlpsy-npdc.fr / 06.19.60.38.29
Directeur/directrice de l'étude	Nom : LAMBRICHTS Agnès Fonction : Médecin coordonnateur du CSRP, Médecin référent centre de proximité UZTR Mail / téléphone : agnes.lambrichts@ghlpsy-npdc.fr / 03.20.68.55.94
Chef de service / de pôle du service réalisant l'étude	Nom : LAMBRICHTS Agnès Fonction : Médecin coordonnateur du CSRP Mail / téléphone : agnes.lambrichts@ghlpsy-npdc.fr / 03.20.68.55.94
Comité scientifique (le cas échéant)	F2RSM psy
Autres contacts (Nom / fonction / service / mail)	211 r Gén Leclerc, 59350 Saint André Les Lille 03 20 44 30 34

Objectifs et Finalités	
Cadre de réalisation de l'étude (thèse, diplôme (mémoire), recherche, etc.)	Mémoire en vue du diplôme d'infirmier de pratique avancée (IPA)
Contexte de l'étude et objectifs	Dans le cadre du projet « INSIGHT en Intra », le module « conscience en soi » a été initié au centre de proximité de Tourcoing afin de sensibiliser des personnes concernées par un trouble psychique, toutes pathologies confondues, et d'en initier le parcours de soin vers le rétablissement. Etude descriptive rétrospective pour démontrer l'efficacité du module « conscience en soi » sur l'amélioration de l'insight (Echelle d'évaluation INSAIT) Ouverture vers le protocole d'une étude prospective pour une revue de pertinence des soins.
Licéité : Justification de l'intérêt public de l'étude (Bénéfice du projet pour la société, effort de transparence de publication des résultats, etc.)	Objectiver avec des données chiffrées l'efficacité d'un module de psychoéducation pour répondre aux troubles de l'insight et à leurs conséquences. Préparer le travail pour l'écriture d'un protocole de recherche prospective.
Valorisation des résultats (Article scientifique, présentation orale, rapport de stage, etc.)	Mémoire et soutenance orale en vue de l'obtention du diplôme d'infirmier de pratique avancée.

Cadre réglementaire de l'étude	
Qualification de l'étude	<input type="checkbox"/> Recherche impliquant la personne humaine (RIPH) → <input type="checkbox"/> Catégorie 1 <input type="checkbox"/> Catégorie 2 <input type="checkbox"/> Catégorie 3 <input checked="" type="checkbox"/> Recherche n'impliquant pas la personne humaine (RNIPH) → <input checked="" type="checkbox"/> Rétrospective <input type="checkbox"/> Prospective
Modalités d'accès aux données	<input type="checkbox"/> Recherche interne menée par l'équipe de soins des patients participants à l'étude (Dans le cadre d'une étude RNIPH uniquement) <input checked="" type="checkbox"/> Procédure simplifiée : <input type="checkbox"/> MR001 (RIPH cat 1 et 2), Avis CPP : <input type="checkbox"/> MR003 (RIPH cat 3), Avis CPP : <input checked="" type="checkbox"/> MR004 (RNIPH) <input type="checkbox"/> MR005 (RNIPH sur les données PMSI de l'ATIH) <input type="checkbox"/> Procédure classique : → Avis du CPP / avis du CESREES : → Référence de l'AIPD : → Autorisation CNIL :

Méthodologie	
Type de sources de données requises	<input checked="" type="checkbox"/> Dossiers médicaux <input type="checkbox"/> PMSI <input type="checkbox"/> Enquêtes / Cohorte <input type="checkbox"/> Littérature (données non nominatives) <input type="checkbox"/> Autre(s) :
Origine des données	<input type="checkbox"/> EPSM Agglomération Lilloise <input checked="" type="checkbox"/> EPSM Lille Métropole <input type="checkbox"/> EPSM des Flandres <input checked="" type="checkbox"/> EPSM Val de Lys – Artois <input type="checkbox"/> Autre(s) :
Population ciblée (Critères d'inclusion et non inclusion)	Personnes ayant participé au module « conscience en soi » avec l'échelle d'évaluation INSAIT
Période d'inclusion ou de ciblage	De 06/11/2023 à 12/06/2023
Nombre de sujets inclus dans l'étude	30
Historique des données demandées (Période d'extraction des données)	De 01/01/2022 à 12/06/2023
Principales variables et variables d'appariement le cas échéant	Age, sexe, niveau d'étude, diagnostic, comorbidités INSAIT Durée du module ERFC, Rosenberg, Stigmatisation, SQuel Assiduité au module Ré hospitalisation, rupture de soins, parcours RPS à 3 mois et 6 mois Stade Prochaska à chaque étape
Méthode et analyse des données	Etude descriptive Réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages. Réalisation d'analyses bivariées : Comparaison des proportions à l'aide d'un test paramétrique de Chi2 ou à l'aide d'un test non paramétrique de Fisher (lorsque les effectifs théoriques sont < 5). Comparaison des moyennes à l'aide d'un test paramétrique de Student (Lorsque les groupes sont ≥ 30 ind/groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales) ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les conditions d'utilisation d'un test de Student ne sont pas réunies). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est < 0,05

Date de début de l'étude	06/11/2023
Durée prévisionnelle de l'étude	8 mois
Durée de conservation des données après publication de l'étude	

Moyens utilisés pour la mise en œuvre du traitement	Utilisation	Précisions
Logiciel informatique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> Fourni par la DSI / <input type="checkbox"/> Par un prestataire externe : Nom du logiciel : Précisez le lieu de stockage : Autres :
Outils de bureautique (tableur, etc.)	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	Précisez le lieu de stockage : Serveur sécurisé NextCloud de la F2RSM Psy
Papier	<input type="checkbox"/> OUI	Précisez le lieu de stockage :
Autres		

Droits des personnes concernées		Comment ?
Information individuelle des patients, des usagers, des participants à l'étude	<input type="checkbox"/> OUI	
Information collective	<input checked="" type="checkbox"/> OUI	
Dérogation à l'information individuelle des personnes (article 15.5b du RGPD)	<input type="checkbox"/> OUI	Avis CNIL ;
Consentement / opposition	<input type="checkbox"/> Consentement <input checked="" type="checkbox"/> Opposition	
Contact géant l'exercice des droits		
Transfert des données (non anonymisées) hors Union Européenne	<input type="checkbox"/> OUI	Pays de destination : Encadrement légal :

Compléments éventuels :

.....

Avis DPO :

L'étude est-elle conforme ? OUI / NON / Nécessite les ajustements suivants :

.....

Signatures

Délégué à la Protection des Données Olivier Boyaval 	Chef du service mettant en œuvre l'étude ou directeur de l'étude Dr Agnès Janbrichts 
---	---

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PATIENTS POUR PARTICIPATION A UNE RECHERCHE BIOMEDICALE

Titre de la recherche : L'insight dans le rétablissement en psychiatrie

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche clinique dans le cadre d'un mémoire de fin d'étude d'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) qui concerne L'insight dans le rétablissement en psychiatrie.

Cette lettre d'information vous détaille en quoi consiste cette étude.

Justification de l'étude : Les soins de réhabilitation psychosociale ont pour objectif le rétablissement, qui est défini comme la possibilité pour la personne de mener une vie qu'elle considère comme satisfaisante. Ces soins nécessitent un préalable de « bon insight » (conscience du trouble, introspection).

Objectifs de l'étude : Démontrer l'efficacité du module « conscience en soi » sur l'amélioration de l'insight. Le critère de jugement principal sera l'échelle INSAIT (INSight Assessment InTerview).

Déroulement de l'étude :

Recueil de données anonymes à partir du CSRPS (centre support de réhabilitation psychosociale) :

- Age, sexe, niveau d'étude, diagnostic, comorbidités
- INSAIT
- Durée du module
- ERFC, Rosenberg, stigmatisation, Squol
- Assiduité au module, satisfaction
- Ré hospitalisation, rupture de soins, parcours RPS à 3 mois et à 6 mois
- Stade Prochaska à chaque étape

Bénéfices de l'étude :

Objectiver l'efficacité du module « Conscience en soi ».

Permettre d'améliorer les soins et le suivi des personnes impliquées dans un parcours de réhabilitation psychosociale.

Résultats :

Si vous le souhaitez, les résultats globaux de cette étude et publications seront disponibles sur simple demande auprès de la Fédération Régionale de Recherche en Santé Mentale et Psychiatrie des Hauts de France (contact@f2rsmpsy.fr).

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès du médecin responsable : *Dr Agnès Lambrichts*

Si vous le souhaitez, vous pouvez à tout moment vous opposer à l'utilisation de vos données, et cela n'aura aucune conséquence sur la qualité des soins qui vous seront prodigués.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche. Vous pouvez, à tout moment, vous opposer à leur utilisation, soit en avertissant la personne responsable de la recherche, soit en envoyant un mail au délégué à la protection des données de la F2RSMpsy (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale des Hauts de France), à l'adresse suivante : protection.donnees@f2rsmpsy.fr

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès.

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de lire cette lettre d'information.

ANNEXE 6

Patient	Centre	Age	Sexe	Niv_etude	Diag	Comorbidites_addictives	Insait_t0	Insait_t0_symptom	Insait_t0_ttt	Insait_t0_maladie	Insait_t4	Insait_t4_symptom	Insait_t4_ttt	Insait_t4_maladie
1	A	21	M	BAC	Schizophrène	Jeux	6	2	2	2	8	0	4	4
2	A	50	M	BAC PRO	Schizophrène	Tabac OH	12	4	4	4	12	4	4	4
3	B	40	F	BAC+3	Bipolaire	OH	8	2	4	2	12	4	4	4
4	B	22	M	BAC	Schizophrénie	Non	8	2	4	2	12	4	4	4
5	C	29	M	BAC	Schizophrénie	Non	10	2	4	4	10	2	4	4
6	D	49	F	BAC+1	Bipolaire	OH, TCA	7	2	3	2	N/A	N/A	N/A	N/A
7	D	41	F	CAP	Etat Limite	Non	2	0	2	0	7	2	3	2
8	D	58	M	BAC+5	Schizophrène	Non	6	2	2	2	9	2	4	3

Duree_module	Erfc	Rosenberg_t0	Rosenberg_t4	Stigmatisation_t0	Stigmatisation_t4	Sqol_t0	Sqol_t4	Assidueite_module	Rehosp_3mois	Motif_rupture_soin_3mois	Parcours_rps_3mois
3,5	N/A	14	36	29	24	28	40	4	Non	Non	Oui
3,5	< 46	29	26	18	17	56	58	4	Non	Non	Oui
1,5	49	N/A	29	N/A	7	N/A	54	4	Non	Non	Oui
1,5	45	N/A	34	N/A	12	N/A	54	4	Non	Non	Oui
1	N/A	32	34	12	15	N/A	42	4	Non	Non	Oui
1,5	50	18	N/A	18	N/A	51	N/A	4	Non	Non	Non
1,5	45	19	17	27	29	56	N/A	4	Non	Non	Oui
1,5	45	35	N/A	16	N/A	58	N/A	4	Non	Non	Non

Satisfaction_seance_t1	Satisfaction_animation_t1	Satisfaction_seance_t2	Satisfaction_animation_t2	Satisfaction_seance_t3	Satisfaction_animation_t3	Satisfaction_seance_t4	Satisfaction_animation_t4	Prochaska_t1	Prochaska_t2	Prochaska_t3	Prochaska_t4
Moyen	Moyen	Bien	Moyen	Bien	Bien	Très bien	Très bien	Considération	Considération	Préparation	Préparation
Bien	Bien	Bien	Bien	Bien	Bien	Bien	Bien	Considération	Considération	Considération	Considération
Très bien	Très bien	Considération	Action	Maintien	Maintien						
Très bien	Très bien	Préparation	Action	Action	Maintien						
Bien	Bien	Très bien	Très bien	Très bien	Bien	Très bien	Très bien	Considération	Préparation	Préparation	Préparation
Bien	Très bien	Bien	Moyen	Très bien	Très bien	Bien	Bien	Préparation	Préparation	Préparation	Préparation
Très bien	Très bien	Considération	Considération	Préparation	Préparation						
Très bien	Très bien	Considération	Préparation	Préparation	Préparation						

AUTEURE : MEAUX Amélie

Date de soutenance :

Titre du mémoire : L'insight dans le rétablissement en psychiatrie / *Insight within Recovery in Psychiatry*

RESUME

Selon l'OMS, Organisation Mondiale de la Santé, une personne sur huit présente un trouble mental. Et d'après Santé Publique France, les maladies psychiatriques représentent 14% des dépenses totales et le premier poste de dépense de l'assurance maladie.

Le rétablissement est défini comme la possibilité pour la personne de mener une vie qu'elle considère comme satisfaisante. Ce nouveau paradigme est articulé autour des soins de réhabilitation psychosociale, qui nécessitent un préalable de « bon insight » ou conscience du trouble, intro vision. L'Infirmière de Pratique Avancée (IPA) en Psychiatrie et Santé Mentale s'inscrit dans l'organisation de ces parcours, tout en s'impliquant dans l'évaluation et l'amélioration des pratiques professionnelles.

Le Centre Support de Réhabilitation Psycho-Sociale de Tourcoing propose un module « conscience en soi », qui a pour objectif principal d'améliorer l'insight des personnes concernées.

Ainsi, par une méthode quantitative, une étude descriptive rétrospective est réalisée concernant les personnes ayant participé au module « conscience en soi ».

L'objectif est d'évaluer l'efficacité de ce module de psychoéducation sur l'amélioration de l'insight.

En dépit d'un faible échantillon, l'hypothèse d'une amélioration attendue de l'insight à l'issue du module de psychoéducation « Conscience en soi » est vérifiée dans cette étude, même si les résultats ne sont pas significatifs.

Bien que nous ne puissions pas répondre à l'objectif principal, nous pouvons réfléchir aux moyens à mettre en œuvre pour rendre cet objectif atteignable. En effet, l'observation d'une avancée dans les changements de comportement (Prochaska) montre l'utilité d'un tel accompagnement centré sur l'insight.

L'IPA collabore donc à l'amélioration des soins et du suivi des personnes impliquées dans un parcours de réhabilitation psychosociale.

Mots-clés : Psychiatrie, Insight, Psychoéducation, Réhabilitation Psycho-Sociale, Rétablissement.

ABSTRACT

According to the WHO -World Health Organization- one person in eight suffers from a mental disorder. And according to Santé Publique France psychiatric illnesses account for 14% of total expenditure and are the largest item of health insurance expenditure.

Recovery is defined as the ability of a person to live a life that he or she considers satisfying. This new paradigm revolves around psychosocial rehabilitation care which requires a prerequisite of "good insight" or awareness of the disorder - intro vision. The Advanced Practice Nurse (APN) in Psychiatry and Mental Health is involved in the organization of such pathways - as well as in the evaluation and improvement of Professional practices. The PsychoSocial Rehabilitation Support Center in Tourcoing offers a 'self-awareness' module - which mainly aims at improving the insight of concerned people.

Using a quantitative method, a retrospective descriptive study was carried out on people who had taken part in the "self-awareness" module.

The aim is to assess the effectiveness of this psycho-education module in improving insight.

Despite the small sample size - the hypothesis of an expected improvement in insight following the "Self-awareness" psychoeducation module is confirmed in this study - even if the results are not significant. Although we cannot answer the main objective - we can reflect on the means to be implemented to make this objective achievable. Indeed, the observation of a breakthrough in behavioral change (Prochaska) shows the usefulness of such insight-focused support.

The APN is thus helping to improve the care and follow-up of people involved in a psychosocial rehabilitation program.

Keywords: *Psychiatry, Insight, Psycho-education, PsychoSocial Rehabilitation, Recovery.*

Directrice de mémoire : Dr Agnès LAMBRICHTS

Tutrice professionnelle : Mme Nathalie LARDEUR