



**HAL**  
open science

# Rétablissement et réhabilitation psychosociale : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie

Adrian Melac

► **To cite this version:**

Adrian Melac. Rétablissement et réhabilitation psychosociale : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie. Psychiatrie et santé mentale. 2018. dumas-02096342

**HAL Id: dumas-02096342**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02096342>**

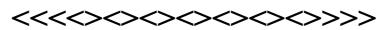
Submitted on 11 Apr 2019

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

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

**UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE**

**FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS**



**ANNEE 2018 N° 2018 - 71**

**TITRE DE LA THESE :**

**Réhabilitation psychosociale et rétablissement : représentations dans une population de professionnels en Psychiatrie.**

**THESE**

**POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE (DIPLOME D'ETAT)**

**PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT**

-----  
**Le 03/07/2018**

**à : AMIENS**

-----  
**Par MELAC ADRIAN**

**Né(e) le 26/07/1990 à LYON**

-----  
**PRESIDENT DE THESE : Monsieur le Professeur Alain DERVAUX**

**MEMBRES DU JURY :**

**Monsieur le Professeur Christian MILLE**

**Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE**

**DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Marie-Cécile BRALET**

## **Table des matières**

Remerciements .....	3
Introduction .....	6
Réhabilitation psychosociale.....	8
1. Définition.....	8
2. Objectifs.....	8
3. Principes clés .....	9
4. Les modèles de la réhabilitation .....	11
5. Les outils de la réhabilitation.....	11
Rétablissement .....	16
1. Définitions .....	16
2. Mise en œuvre politique du rétablissement : regard global.....	18
3. Focus sur la France .....	18
4. Focus sur la Belgique .....	21
Etude.....	23
1. Matériels et méthodes .....	23
2. Questionnaires .....	24
3. Analyses statistiques.....	25
4. Résultats.....	27
Discussion .....	49
1. Mise en perspective des résultats.....	49
2. La réhabilitation psychosociale comme vecteur de rétablissement.....	53
3. Idées reçues sur le rétablissement et réponses potentielles .....	54
Conclusion.....	56
Bibliographie.....	58

## **Remerciements**

---

### ***Monsieur le Professeur Alain DERVAUX***

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Psychiatrie Adultes)*

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de présider le jury de notre thèse.

Nous avons su apprécier votre enseignement et vos conseils tout au long de l'internat.

Nous vous prions de trouver ici le témoignage de notre grande reconnaissance.

### ***Monsieur le Professeur Christian MILLE***

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Pédo-psychiatrie)*

*Pôle « Femme – Couple – Enfant »*

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur d'être membre de ce jury et d'accepter avec bienveillance de juger notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

### ***Monsieur le Professeur Jean-Daniel LALAU***

*Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (Nutrition)*

*Chef du Service Endocrinologie, maladies métaboliques et nutrition*

*Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et endocrinologie"  
(D.R.I.M.E)*

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de participer à ce jury en qualité d'expert en ETP.

Soyez assuré de notre profonde gratitude.

### ***Monsieur le Professeur Jean-Marc GUILLE***

*Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie)*

*Coordonnateur régional du DES de psychiatrie*

Nous vous remercions de votre accompagnement et de votre enseignement tout au long de notre internat.

Nous vous remercions de votre supervision et de vos conseils durant le semestre passé dans votre service.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de vous intéresser à notre travail et de bien vouloir le juger.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

***A Madame le Docteur Marie-Cécile BRALET***

*Docteur en médecine - Praticien hospitalier (Psychiatrie adulte)*

*Docteur ès Sciences*

*Chef de pôle PRERPS Centre Hospitalier Isarien*

Nous vous remercions de nous avoir guidé dans l'élaboration de ce travail.

Nous vous remercions de votre accompagnement, de vos conseils et de votre patience tout au long de notre internat, nos échanges auront mené à une profonde évolution des conceptions du travail de psychiatre et à ce travail.

Soyez assurée de notre profonde gratitude et de notre immense admiration.

***A Monsieur le Professeur Nicolas FRANCK***

*Professeur des Universités- Praticien hospitalier (Psychiatrie adulte)*

*Chef de pôle Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale et de Remédiation Cognitive*

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous guider dans la mise en œuvre de ce travail de recherche.

Nous vous remercions de nous avoir fait l'honneur de vous intéresser à notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

***A Monsieur Bernard JACOB***

*Chef de projet et coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale (art 107)*

*SPF Service Public Fédéral (Belgique)*

Nous vous remercions d'avoir accepté de répondre à nos questions et d'avoir ainsi considérablement enrichi ce travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

***A Madame Céline DESCAMPS***

*Chargée de mission Psychiatrie et Santé Mentale*

*Bureau R4 Prise en charge post-aigues, Pathologie chronique et Santé mentale*

*Sous-direction Régulation de l'Offre de Soins*

Nous vous remercions d'avoir accepté de nous rencontrer et de préciser avec nous la mise en œuvre française de la réhabilitation et du rétablissement.

Nous vous exprimons toute notre gratitude.

***A tous les participants de l'étude***

Merci de m'avoir accueilli et d'avoir répondu, de m'avoir livré vos idées et avis sur ce sujet passionnant.

***A Audrey***, merci de tenir la place que tu tiens dans ma vie. Merci pour ton soutien et tes conseils avisés tout au long de ce travail.

***A mes parents***, qui m'ont toujours soutenu et ont cru en moi durant ces longues études. Merci !

***A Ariane***, ma super sœur qui a su me rappeler quelles sont les choses importantes et me le démontrer... Merci.

***A mes grands-parents***, pour leur présence et leur affection depuis toujours, merci de la confiance que vous me témoignez.

***A ma belle-famille***, merci pour l'accueil au sein de la famille, les footings et les encouragements.

## **Introduction**

---

Le concept de rétablissement imprègne aujourd'hui de plus en plus les politiques de santé mentale en France et à l'étranger (1). Concept complexe et parfois déroutant, il vient questionner le modèle de l'hôpital psychiatrique tel qu'il fonctionne actuellement. Il est aujourd'hui mis en œuvre à travers la réhabilitation psychosociale au sein de services ou de pôles spécialisés. De nombreux services spécialisés n'ont pas intégré les outils et évolutions propres à une réhabilitation actuelle.

La mise en œuvre de la réhabilitation psychosociale comme pratique orientée vers le rétablissement propose un axe concret d'évolution des soins. Au cours des dernières décennies ont été développés des outils répondant à des besoins spécifiques. Ils permettent d'envisager une poursuite du processus de désinstitutionalisation débutée dans la deuxième moitié du 20<sup>ème</sup> siècle.

A la croisée des chemins avec différents concepts comme l'empowerment et l'inclusion sociale, le rétablissement propose de redéfinir le paradigme des soins en santé mentale, remettant l'espoir au centre du processus (2). Cela remet en question les représentations encore pessimistes de nombreux acteurs de la santé mentale pour lesquels il s'agit de maladies chroniques avec pour seul horizon la stabilisation des symptômes.

Ces concepts nous interrogent sur les connaissances, avis, attentes des soignants au sein des secteurs. Se voient-ils les intégrer à leur pratique quotidienne et les modifier en profondeur ? Comment faire évoluer les mentalités et les pratiques au travers de ces concepts ? Quels contextes de soin permettent cela ? Comment les développer ?

La première partie de ce travail permettra de définir et préciser les outils et mises en œuvre actuelle du concept de rétablissement et des pratiques de réhabilitation psychosociale. Nous présenterons la réhabilitation psychosociale comme un ensemble de pratiques intégratives encore. Le rétablissement sera abordé sous l'angle du concept, venant offrir un cadre théorique à l'organisation future des soins en psychiatrie en France.

La seconde partie présentera l'étude menée au décours de ce travail de thèse. Nous détaillerons les méthodes utilisées, présenterons les analyses effectuées et les résultats obtenus. Notre objectif est de faire un état des lieux des représentations des professionnels de psychiatrie publique. En effet, partir des représentations des personnes permet d'engager un travail sur la motivation au changement.

La troisième partie permettra de discuter ces résultats et de les mettre en perspective en les confrontant aux représentations des personnes travaillant au niveau de la mise en œuvre politique. Il nous sera ainsi possible d'amener des propositions concrètes de développement de pratiques en faveur du rétablissement.



# Réhabilitation psychosociale

---

## 1. Définition

La réhabilitation psychosociale est un ensemble de pratiques dont les définitions ont évolué dans le temps, elle n'est pas une simple technique mais un processus complet.

Anthony et Liberman en 1986 la définissent comme l'ensemble des stratégies qui permettent aux patients psychiatriques de récupérer leur fonctionnement instrumental dans la plus large mesure possible en utilisant des procédés d'apprentissage et des mesures prothétiques. (3)

L'OMS en 2005 définit la réhabilitation de manière très large comme un processus permettant aux personnes présentant une déficience, une incapacité ou un handicap dus à un trouble mental d'atteindre un degré optimal d'autonomie au sein de la communauté. Elle consiste à la fois à améliorer les compétences individuelles et à modifier l'environnement. (4)

Farkas en 2006 la définit comme la somme des actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet et pour atténuer les difficultés résultant de ses conduites déficitaires ou anormales. Son but est d'améliorer le fonctionnement de la personne afin qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles. (5)

Deleu en 2012 la définit comme trois éléments à la fois (6) :

- une conception de la prise en charge de la place de la personne avec une maladie mentale sévère dans notre société ;
- un ensemble de pratiques constituant l'approche de la réadaptation psychiatrique ;
- un service parmi d'autres services dans un système de soutien communautaire.

Nous constatons que la définition de la réhabilitation psychosociale s'est élargie au cours du temps, passant de pratiques de soins à un ensemble de pratiques visant à redéfinir la place de la personne avec une maladie mentale sévère dans notre société et la place des services de psychiatrie dans une visée plus communautaire. Dans ce contexte, la place de la famille est prépondérante. En effet, la majeure partie des personnes après un premier épisode psychotique vivent ou sont en contact étroit avec leur famille. (7)

## 2. Objectifs

La réhabilitation psychosociale a des objectifs larges et s'adresse à une population variée.

Elle s'adresse à des personnes avec une maladie mentale sévère qui connaissent des limitations fonctionnelles en raison de cette maladie (6). Cela rejoint la conception de Franck (8) qui considère actuellement que toute personne touchée par un trouble psychique sévère limitant ses capacités fonctionnelles ou susceptible de les limiter doit en bénéficier.

Les objectifs de la réhabilitation ont été défini par Liberman. Il s'agit d'aider la personne à apprendre les habiletés et à obtenir les soutiens, pour vivre de la façon la plus indépendante possible avec une intégration dans les milieux ordinaires de vie au niveau le plus élevé de fonctionnement possible, aussi libre de symptômes que possible, et dans une vie significative qui offre une satisfaction et un sentiment d'efficacité personnel (9). Franck définit les objectifs de la réhabilitation comme l'amélioration du fonctionnement et l'augmentation des possibilités d'action des individus dans des environnements spécifiques (8).

La réhabilitation offre des possibilités d'évolution de la psychiatrie considérables, notamment dans la manière d'aborder les liens entre usagers et professionnels. Ne recherchant plus à essentiellement diminuer les symptômes présentés, elle propose de mobiliser des ressources préservées afin d'améliorer la qualité de vie des personnes. Des principes clés comme l'autodétermination, l'engagement et la sortie du modèle médical sont au centre du processus de réhabilitation (8). La mise en place d'un projet réaliste accompagné de nombreux outils comme la remédiation cognitive, l'entraînement aux habiletés sociales ou encore la psychoéducation constituera la base du processus.

### **3. Principes clés**

En France, les grands principes encore aujourd'hui à la base de la pratique de la réhabilitation psychosociale, ont été établis au cours des années 1990. Ils défrichent une voie visant à dépasser le modèle médical habituel, permettant de revenir à une approche du sujet centré sur « son autodétermination, ses capacités, l'apprentissage de compétences et sur la mobilisation de son environnement social » (1). Le modèle médical se définissant par un travail orienté sur les symptômes et la pathologie : maladie, diagnostic, réduction des symptômes par les médicaments. L'idée centrale du rétablissement est de partir de la partie saine du sujet et d'avoir pour objectif sa qualité de vie telle qu'il la définit.

Les grands principes de la réhabilitation psychiatrique sont (8,10) :

1 Chacun a un potentiel qui doit être développé.

2 Chacun peut développer des compétences sociales, vocationnelles, d'apprentissage et interpersonnelles.

3 Chacun a droit à des responsabilités et à l'autodétermination.

4 Les services offerts aux usagers le sont dans un environnement aussi normal que possible.

5 Les besoins et les services doivent être individualisés.

6 Les intervenants doivent posséder des connaissances spécialisées et être profondément engagés.

7 Les soins sont offerts dans un environnement personnalisé dépourvu d'autoritarisme et de barrières liées à la professionnalisation.

8 Une intervention précoce est préférable.

9 Toutes les ressources de l'environnement sont mises à profit pour renforcer l'offre de services.

10 Des actions sont entreprises pour modifier l'environnement en regard des attitudes, droits, services et comportements en vue d'induire un changement social.

11 L'utilisateur peut utiliser les services aussi longtemps qu'il en a besoin, à l'exception de programmes spécifiques à court terme très sollicités.

12 Le travail ou la reprise d'une activité professionnelle sont centraux dans le processus de réhabilitation.

13 Le modèle de soin est social plus que médical.

14 L'accent est mis sur les forces de l'utilisateur plutôt que ses troubles.

Ne se limitant pas à l'approche médicale des pathologies psychiatriques, la réhabilitation s'appuie sur deux grands modèles ; celui du retentissement fonctionnel et celui du modèle vulnérabilité-stress.

En ce sens la réhabilitation prend, si l'on peut dire, le parti du malade et tente de définir à partir des compétences effectives de chaque malade les modalités d'une meilleure adéquation entre ses possibilités et les exigences communes de l'espace social environnant. De sorte que contrairement à la simple réinsertion, la réhabilitation englobe l'ensemble des paramètres qui délimitent l'espace relationnel d'un sujet (11).

#### **4. Les modèles de la réhabilitation**

Les modèles de la réhabilitation psychosociale sont multiples et ont évolué dans le temps.

Développée par Anthony durant une trentaine d'années, l'approche « choisir-obtenir-garder » n'est pas issue des milieux psychiatriques. Il s'agit d'une approche généraliste dans le sens où elle prend en compte les besoins et les objectifs de changement d'une personne dans quatre domaines : résidentiel, éducatif, professionnel et social (6). Elle s'articule en cinq phases progressives : d'orientation, de préparation, de choix, d'accès à l'environnement préféré et de développement des habiletés, soutien et adaptations essentielles (8).

Les outils de la réhabilitation se sont développés avec pour but une approche fonctionnelle se fondant sur deux modèles. Le modèle du retentissement fonctionnel se rapproche du concept de « handicap psychique » tel qu'il est défini dans la loi française de février 2005 ; et le modèle vulnérabilité-stress est connu et largement utilisé comme modèle explicatif des troubles psychiatriques sévères (8).

Franck nous propose une synthèse revenant sur les trois étapes essentielles du processus de réhabilitation : une évaluation, le déploiement de techniques de soins et/ou un accompagnement spécifique, la poursuite d'un parcours le plus autonome possible dans la société (8).

#### **5. Les outils de la réhabilitation**

Nous présenterons dans cette partie les quatre principaux outils de la réhabilitation ayant actuellement le plus haut niveau de preuve dans la littérature (12) : la remédiation cognitive, la psychoéducation, l'entraînement des compétences sociales et les thérapies cognitivo-comportementales.

##### La remédiation cognitive

Nicolas Franck définit la remédiation cognitive comme permettant le traitement du déficit cognitif, à travers l'amélioration des fonctions déficitaires ou le développement de nouvelles stratégies cognitives destinées à pallier ce déficit. L'impact des déficits cognitifs sur le pronostic fonctionnel rend important leur prise en compte. Cela regroupe différentes procédures thérapeutiques reposant sur la pratique d'exercices ludiques permettant un entraînement et/ou un apprentissage (13). La remédiation cognitive s'adresse à des patients stabilisés avec un traitement à dose minimale efficace.

La mise en œuvre de la remédiation cognitive commence par un bilan multidisciplinaire impliquant psychiatre, neuropsychologue, infirmier et professionnels du secteur médico-social. Le bilan neuropsychologique fait partie intégrante du travail de remédiation cognitive, en évaluant les fonctions cognitives dans les domaines de la neurocognition (mémoire, attention, fonctions exécutives) et de la cognition sociale. Cela permettra de guider la mise en place de projets de soins et de vie choisis, et de définir des cibles thérapeutiques (13).

La remédiation travaillera selon deux modalités complémentaires : entraîner les fonctions déficitaires et accompagner la personne dans la recherche et la mise en place de nouvelles stratégies (14,15). Cela permettra au patient de s'adapter à ses difficultés pour en limiter au maximum l'impact et appréhender de manière optimale les situations auxquelles il sera confronté (Rapport du Centre de Preuves Psychiatrie et Santé Mentale, 2015).

A l'issue du bilan intégratif conduit avec le patient, les résultats lui sont restitués intégralement. Cela permet de définir directement les objectifs concrets du travail en remédiation cognitive (16), à partir des projets et des besoins du patient.

L'efficacité de la remédiation cognitive a été documentée par de nombreuses études pour différentes pathologies psychiatriques, notamment :

- la schizophrénie (14,17–19) ;
- le trouble schizo-affectif (20) ;
- le trouble bipolaire (21).

L'association de la remédiation cognitive à d'autres techniques de réhabilitation démontre un bénéfice plus important sur le fonctionnement psychosocial (22). Deux méta-analyses ont évalué les effets de la remédiation cognitive sur les fonctions cognitives, les symptômes, le retentissement fonctionnel et sur le fonctionnement dans la vie quotidienne (12,17,22).

### La psychoéducation

La définition de l'éducation thérapeutique retenue par la Haute Autorité de Santé est : « elle vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante et de façon permanente de la prise en charge du patient. Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçues pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la

maladie. Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie. » (23)

Koubichkine et Schoendorff définissent la psychoéducation comme un processus permettant à une personne de gagner un savoir et une compréhension sur sa maladie à travers un apprentissage susceptible de modifier son comportement et/ou ses représentations. Elle favorise l'engagement du participant dans un changement comportemental (24).

Le terme de psychoéducation relève d'une approche complète allant de l'annonce diagnostique jusqu'à l'éducation thérapeutique revenant sur les sujets de la maladie, des comorbidités et du traitement (25). Cela dépasse clairement le fait de donner une information au patient et à sa famille (26,27), en effet seulement l'information ne permet pas nécessairement d'aider les patients à vivre avec leur trouble au quotidien (23).

L'approche doit être la même que pour l'ensemble des pathologies chronique. Les troubles psychiatriques présentent quelques spécificités à prendre en compte : difficultés cognitives et émotionnelles, une stigmatisation encore forte (25). Le travail psychoéducatif se fera au niveau personnel et familial et est à adapter à chaque situation. Il est à proposer à tous les patients, dès le début de leur parcours de soins (12).

L'efficacité de la psychoéducation familiale est documentée par de nombreuses études sur le taux de rechute (28–32) et l'observance du traitement dans la schizophrénie. Les études documentant son efficacité sont nombreuses pour le trouble bipolaire (33–36).

Malgré une efficacité importante et largement documentée, la psychoéducation ne diffuse pas suffisamment : les familles en bénéficieraient au mieux pour 10% d'entre elles et souvent entre 0% et 2% (25).

Le programme Profamille est actuellement le plus utilisé au niveau francophone. Initialement développé au Québec, il a dans second temps été importé en Europe. Il est structuré en 14 séances auxquelles s'ajoutent 8 séances d'approfondissement et dans certains cas 3 séances individuelles. Le programme intègre à part entière une évaluation par les participants de l'efficacité du programme en les interrogeant sur leur humeur et leur capacité à faire face (37). L'efficacité est aussi évaluée par la fréquence de rechutes et de ré-hospitalisations des patients.

### L'entraînement des compétences sociales

L'entraînement des compétences sociales est basé sur deux modèles reconnus, le modèle de Bandura sur le sentiment d'efficacité, selon lequel l'efficacité d'un individu s'acquiert par la répétition et le renforcement positif, et le modèle vulnérabilité-stress-compétence, qui suggère que de bonnes habiletés sociales peuvent aider la personne à prévenir les rechutes (12).

Favrod a défini les compétences sociales comme les comportements verbaux et non verbaux résultant de processus cognitifs et affectifs qui permettent de s'ajuster à la vie dans la communauté, ce sont des capacités spécifiques qui permettent de répondre à une situation sociale de façon compétente (38). Les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale et notamment de schizophrénie présentent fréquemment un déficit de ces compétences, entravant leur capacité à s'insérer et fonctionner dans la société.

L'entraînement des compétences sociales a pour objectif de permettre aux patients de retrouver un fonctionnement social riche et adapté. Il propose pour cela des travaux en groupe autour de situations habituelles interpersonnelles. L'objectif étant de diminuer un manque de savoir-faire social, une absence de confiance en soi, un défaut de conscience de certaines conséquences sociales des comportements (39). Cet entraînement peut être mis en place durant l'hospitalisation et en ambulatoire, le contenu pourra être adapté en fonction du contexte actuel.

L'entraînement des compétences sociales a démontré son efficacité au décours de nombreuses études (40–42). Son association à d'autres mesures de réhabilitation psychosociale notamment la remédiation cognitive a démontré son efficacité (43). Cet entraînement présente comme limite le fait qu'il n'est pas toujours simple de transférer les acquis dans la vie quotidienne (44).

### Les thérapies cognitivo- comportementales

Les thérapies comportementales et cognitives sont des psychothérapies verbales dont le but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes (45). Ces thérapies ont été fondées initialement à partir des théories de l'apprentissage puis se sont enrichies des théories cognitives du fonctionnement psychologique.

Le rapport d'expertise Inserm conclut que les thérapies cognitivo- comportementales ont apporté la preuve de leur efficacité pour 15 troubles sur les 16 évalués (46). L'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a développé un guide des indications des thérapies cognitivo- comportementales en trois grades dans lequel il classe la réhabilitation psychosociale

des schizophrènes chroniques (en association aux antipsychotiques) au grade A (preuve scientifique établie) (47).

Les thérapies cognitivo- comportementales réalisées dans un contexte de réhabilitation psychosociale à destination de schizophrènes chronique sont réalisées sur une durée de 4 à 6 mois avec vingt séances. Leur efficacité a été documentée. Elles s'adressent à des patients stabilisés avec symptômes résiduels. Des approches en individuel et en groupe peuvent être proposées, leurs avantages sont complémentaires (12). L'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales dans cette indication a été documenté par plusieurs méta-analyses sur les symptômes positifs, négatifs et le fonctionnement social (48).



## Rétablissement

---

### 1. Définitions

Le rétablissement a été historiquement défini par deux définitions emblématiques du sujet. Une première fournie par Deegan (49) et une seconde par Anthony.

« Le rétablissement est un processus, non pas un résultat ou une destination. Le rétablissement est une attitude, une manière d'approcher ma journée et les défis auxquels je fais face. Être en rétablissement signifie que j'ai certaines limitations et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limitations devenir une occasion de désespérer et de renoncer, j'ai appris qu'en étant consciente de ce que je ne peux pas faire, je peux aussi m'ouvrir à toutes les possibilités des choses que je peux réaliser ». (50)

« Le rétablissement est un processus personnel et unique visant un changement d'attitudes, de valeurs, de sentiments, d'objectifs, de compétences et/ou de rôles. C'est un moyen de vivre une vie satisfaisante, utile et emplie d'espoir, qu'elle soit ou non limitée par une maladie. Le rétablissement implique la création d'une nouvelle signification et d'un nouveau but dans la vie de l'individu, qui apprend à dépasser les conséquences dramatiques de la maladie... » (51)

Le rétablissement, concept subjectif, se distingue très clairement de la guérison. La guérison est en effet parfaitement objective, dépendant entre autres des compétences du médecin et pouvant être spontanée. Le rétablissement s'apparente plus à un processus initié par la personne elle-même. C'est au niveau de la maladie mentale, un processus nécessaire. Le rétablissement ouvre la voie à une réappropriation de soi, il peut tendre vers un désir de retour à la normalité, à une certaine insertion et une efficacité dans la société. Il amène les professionnels de santé à revoir leur positionnement, à plus entretenir une attitude d'espoir. (52)

L'objectif principal est un cheminement tenant compte des aspirations de la personne. L'écueil d'une normalisation forcée n'est pas à écarter, le rétablissement propose un travail de la personne pour s'insérer dans la société mais aussi de la société pour s'adapter à la personne. Le concept d'inclusion sociale illustre bien cette double contrainte. Il s'agit de développer déjà au niveau des services de soins un contexte permettant aux personnes de retrouver confiance en elles, la possibilité de développer un projet propre, porteur de leurs aspirations, et de s'ouvrir vers l'extérieur et une vie sociale. Il s'agira en définitive de trouver de nouvelles façons d'être au monde. Il se distingue du modèle actuel médical visant majoritairement le contrôle des symptômes. (53)

Le concept de rétablissement ne peut se développer que lorsque les soins sont centrés sur la possibilité pour l'individu d'être acteur de sa propre vie, de ses soins, de s'engager dans la société au travers d'activités significatives. (53)

Pour synthétiser, Maxime Duplantier dans son travail de thèse de médecine propose une liste des caractéristiques essentielles du rétablissement (54) :

- Le rétablissement est un processus de transformation personnelle.
- Ce processus est non linéaire. Il comprend des périodes de stagnation voire des retours en arrière.
- La prise de responsabilité de la personne dans ses soins et dans sa vie en général est une condition essentielle à son rétablissement.
- Il passe par un travail de redéfinition de soi, de reconnaissance des limites imposées par la maladie afin de mieux les dépasser. C'est aussi la prise de conscience d'avoir une maladie et non plus d'être défini par cette maladie.
- La personne est au centre. Le rétablissement se base sur les forces du patient, et se fait au rythme de celui-ci.
- Les objectifs ne peuvent être définis que par la personne concernée, le but étant d'accéder à un mode de vie qui la satisfait elle-même en premier lieu. Renouer avec son entourage, créer de nouvelles relations, participer à des activités sociale ou professionnelles, accéder à une indépendance matérielle représentent des objectifs importants mais ne deviennent capitaux que si la personne en exprime la nécessité.
- La réduction des symptômes et des effets indésirables des traitements est un moyen et non un objectif en soi.

Andresen propose un modèle du rétablissement sous la forme d'une succession de stades (8,55). Favrod a repris le concept et l'a développé en associant les stades aux différentes techniques de réhabilitation :

- Moratoire : engagement dans le soin, normalisation des symptômes, suivi intensif dans le milieu.
- Conscience : psychoéducation, TCC des symptômes psychotiques.
- Préparation : TCC des symptômes psychotiques, remédiation cognitive, entraînement des compétences sociales.

- Reconstruction : soutien à l'emploi ou à la formation, emplois transitionnels, engagement dans de nouvelles activités et de nouveaux rôles sociaux.

- Croissance : peu d'interventions professionnelles.

## **2. Mise en œuvre politique du rétablissement : regard global**

La mise en œuvre de soins plus en accord avec ces concepts dépend en grande partie de volontés politiques. Différents pays anglo-saxons mais aussi francophones ont développé des projets en ce sens, on peut citer la Belgique, les Pays-Bas, le Danemark, l'Angleterre (2009), l'Irlande (2005), l'Australie (2005), les Etats-Unis (2003), la Nouvelle-Zélande (1998). (1)

A titre d'exemple, le plan d'action de « rétablissement et de bien-être » développé en Angleterre met cinq concepts clés au centre des soins : l'espoir, la responsabilité personnelle, l'éducation, le plaidoyer pour soi-même et le soutien. La mise en œuvre de ce programme place les usagers au centre dès sa conception, jusqu'à son évaluation ; en les encourageant à se former, acquérir les compétences nécessaires.

Dans une autre approche, le programme « Vers le rétablissement, l'empowerment et l'expertise d'expérience » mis en place aux Pays-Bas insiste sur la nécessité pour les usagers d'acquérir des compétences leur permettant de développer leur propre projet de rétablissement. Il propose de travailler sur la communication avec autrui, la distanciation des expériences, savoir élaborer un témoignage, transmettre les connaissances et participer ensuite à des dispositifs de formation. (53)

## **3. Focus sur la France**

En France, la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 a été définie dans le décret 2017 – 1816 du 28 décembre 2017 (56). Cette stratégie est développée autour de 4 axes dont un intitulé « garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge à chaque étape du parcours de santé ». Afin de revenir sur l'historique ayant conduit à son développement, le contenu de cet axe stratégique et sa mise en place, Céline Descamps, chargée de mission psychiatrie et santé mentale de la Direction Générale de l'Offre de Soins du Ministère des Solidarités et de la Santé, a été interviewée.

Cette approche globale du parcours des personnes met en lumière trois problématiques dans la prise en charge actuelle : celle du cloisonnement entre le secteur sanitaire et le secteur médico-

social ; celle des ruptures de parcours entre l'hospitalier et la ville ; et celle du manque de diffusion des innovations en santé mentale qui se mettent en place au niveau local. A titre d'exemple, la réhabilitation qui est une innovation de prise en charge en santé mentale ne se diffuse pas autant et aussi vite partout en France. Pour répondre à ces problématiques, l'article 69 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 a inscrit les soins psychiatriques dans une dynamique globale orientée vers les parcours de santé et de vie sans rupture et a rendu obligatoire l'élaboration de projets territoriaux de santé mentale pour créer des réponses partagées aux besoins identifiés (57). La logique de ce projet est une logique ascendante, qui part des acteurs de terrain en santé mentale (acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, acteurs du logement, de la prévention...) pour co-construire un projet qui sera adressé au directeur général de l'ARS. L'enjeu est de créer des liens entre ces différents acteurs et d'établir une culture commune et une vision partagée des besoins des personnes sur le territoire et des réponses à apporter pour y répondre. Conformément aux dispositions du décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017, ces réponses doivent prendre en compte la promotion des capacités des personnes et leur maintien ou leur engagement dans une vie sociale et citoyenne active. Chaque projet territorial de santé mentale doit traiter six axes définis comme prioritaires, à savoir :

- l'organisation des conditions du repérage précoce des troubles psychiques, de l'élaboration d'un diagnostic et de l'accès aux soins et aux accompagnements sociaux ou médico-sociaux (Art. R. 3224-5) ;
- l'organisation du parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes souffrant de 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 (Art. R. 3224-6) ; article promouvant les actions destinées à prévenir la survenue ou l'aggravation du handicap, par l'accès le plus précoce possible aux soins notamment de réhabilitation, ainsi que la mobilisation conjointe des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux de proximité pour éviter les systèmes amont-aval et favoriser le soutien à l'autonomie d'emblée ;
- l'organisation des conditions de l'accès des personnes présentant des troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins (Art. R. 3224-7) ; article inscrivant le lien entre psychiatres et médecins généralistes pour favoriser l'accès à un avis spécialisé et la diffusion des bonnes pratiques ;
- l'organisation des conditions de la prévention et de la prise en charge des situations de crise et d'urgence (Art. R. 3224-8) ;

- l'organisation des conditions du respect et de la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, du renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation de ces troubles (Art. R. 3224-9) ; article dans lequel s'inscrivent l'empowerment, les projets de citoyenneté et l'entraide entre pairs ;
- l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale (Art. R. 3224-10) ; priorité qui vise notamment le développement des compétences psychosociales chez les élèves et les étudiants.

Une des conséquences de cette nouvelle stratégie nationale de santé, axée sur la prévention, l'accès précoce aux soins et le maintien dans le milieu de vie ordinaire, est également d'interroger les moyens alloués à l'hospitalisation par rapport à ceux alloués à l'ambulatoire dans les établissements autorisés en psychiatrie. L'incitation à développer les soins ambulatoires est notamment prise en compte par les ARS dans les modulations des dotations globales de financement (DAF) qu'elles effectuent au niveau régional.

Au total, de nombreux acteurs sont impliqués à différents niveaux de cette politique nationale :

- l'ensemble des professionnels de santé, et des professionnels du secteur social et médico-social ;
- les universitaires en psychiatrie et les doyens, notamment pour intégrer la réhabilitation au sein de la maquette du diplôme d'études spécialisés de psychiatrie des étudiants de troisième cycle des études médicales ;
- les familles, les pairs-aidants, les associations ;
- les agences régionales de santé pour mettre en œuvre la politique nationale au sein de chaque territoire régional ;
- le ministère pour l'élaboration et le suivi des politiques mais également d'autres axes tels que la formation des professionnels de santé, via notamment le DPC (développement personnel continu) ;
- ... et les patients eux-mêmes.

Restent les questions de la tolérance sociétale et de la problématique du vivre ensemble. Des expérimentations ont été mises en place, notamment les médiateurs de santé pairs ou le dispositif « un chez soi d'abord ». Ces expérimentations sont des leviers majeurs de transformation des représentations.

#### **4. Focus sur la Belgique**

Le 13 mars 2018, une interview a été menée auprès de Bernard Jacob, Coordinateur fédéral de la réforme des soins en santé mentale en Belgique. Nous nous baserons sur cet échange pour détailler la mise en œuvre politique de pratiques orientées vers le rétablissement en Belgique.

Une réforme globale des soins en santé mentale pour adultes a été initiée en 2009. La vision de cette réforme est basée sur le concept du rétablissement. Les soins et l'aide sont orientés selon une approche communautaire ; la réhabilitation psychosociale, le retour vers un logement autonome et vers la formation et l'emploi rémunéré. Ce concept de rétablissement s'adresse à l'ensemble des usagers des soins en santé mentale, quel que soit le trouble qu'ils présentent.

La mise en œuvre de cette réforme s'est développée en plusieurs étapes. Dans un premier temps, des textes présentant une vision commune ont été élaborés avec les différents ministères concernés. Cette étape a nécessité plusieurs mois de travail, ce qui a permis, dans un second temps, de communiquer un plan d'actions, de façon cohérente, vers les acteurs de terrain. Cette deuxième phase a permis de, progressivement, implémenter les réseaux de soins, avec, notamment, la création d'équipes mobiles, nouvelle offre de soins qui est venue compléter le panel des ressources existantes. Pour accompagner le changement, un programme de formation annuel global a été défini, sollicitant divers intervenants : locaux, universitaires, internationaux, sans oublier les groupements d'usagers. Par ailleurs, les groupements d'usagers et de proches ont été impliqués à tous les niveaux de décision dans le cadre du développement de la réforme ; ils fournissent, annuellement un rapport d'activités au ministère comprenant de nombreuses recommandations.

Pour introduire la notion de réhabilitation psychosociale et du rétablissement dans la réforme, les pratiques développées par les structures spécialisées de réhabilitation psychosociale ont été prises en considération. Les autorités fédérales ont multiplié la mise en place de cette offre spécifique sur l'ensemble du territoire. Le travail en réseau développé en parallèle permet de mettre en avant l'efficacité de ces pratiques et donc de faire effet « boule de neige » ensuite. La question qui s'est naturellement posée a été : peut-on faire du rétablissement au sein d'un hôpital ? Le développement progressif des structures extra-hospitalières a permis d'y répondre partiellement. Actuellement, la Belgique est dans une phase de transformation d'une partie des structures résidentielles, notamment par un mécanisme de « gel » de lits et de développement d'équipes mobiles de crise et de longue durée. Ils passent ainsi d'une offre résidentielle à une offre communautaire, sans création d'une offre supplémentaire.

A l'heure actuelle, quelques équipes ont ponctuellement fait le choix d'engager des pair-aidants, mais leur statut n'est pas encore clair. Un groupe de travail intitulé « expertise du vécu » a été mis en place, récemment, il a pour objectif de réfléchir à cette notion.

## **Etude**

---

### **1. Matériels et méthodes**

Des professionnels du secteur de psychiatrie et des internes de DES ont été sollicités pour répondre à des questionnaires/interviews semi-dirigés sur la réhabilitation psychosociale et le rétablissement. Ils ont pu livrer leurs représentations sur ces concepts et leur application en pratique. Nous avons également recueilli des opinions, des attentes, des envies qui reflètent leur conception actuelle du travail de secteur.

L'objectif est de faire un état des lieux sans à priori en recueillant les opinions, attentes et envies de professionnels de la psychiatrie publique au sujet de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement.

#### Type d'étude et objectif

Une étude épidémiologique observationnelle transversale multicentrique a été menée de janvier à avril 2018.

#### Population d'étude

Nous nous sommes intéressés à 3 populations distinctes :

- une population de médecins psychiatres ;
- une population d'infirmiers ;
- une population d'internes DES de psychiatrie.

Les 2 premières ont été recrutées au sein du CHI (Centre Hospitalier Isarien, EPSM Oise, région Haut de France), du CH Sainte Anne (Paris, région Ile de France) et de l'EPSM Vinatier (Lyon, région Rhône Alpes Auvergne).

Les Internes ont été contactés via l'AFFEP (Association Française Fédérative des Étudiants en Psychiatrie) qui regroupe des internes de différentes régions et semestres pour répondre à un questionnaire informatisé.

Pour avoir un corpus d'analyse du discours suffisant, et en tenant compte des difficultés d'accessibilité, nous avons interviewé 45 infirmiers et 15 médecins.

Deux entretiens ont également été menés auprès de personnalités politiques du monde de la santé : le premier auprès de Monsieur Bernard Jacob, Coordinateur Fédéral de la réforme des soins en santé mentale en Belgique et Madame Céline Descamps, chargée de mission psychiatrie et santé mentale à la Direction Générale de l'Offre de Soins au Ministère Français des Solidarités et de la Santé.



## 2. Questionnaires

Nous avons utilisé auprès des deux populations de psychiatres et infirmiers un questionnaire standardisé et semi-structuré ; celui-ci a été validé auprès d'experts psychiatres (Marie-Cécile Bralet, Corinne Launay et Nicolas Franck). L'ensemble des professionnels interrogés travaillaient dans des services autres que spécifiques en réhabilitation psychosociale (urgences, hôpital de jour, CMP, unités d'admissions) et ne connaissaient pas à l'avance les questions hormis le thème principal. Les interviews ont duré en moyenne 20 minutes et tous les questionnaires ont été anonymisés.

### 2.1. Questionnaire/interview semi-structuré

1ère partie :

- 1- Quel est pour vous le concept de rétablissement ?
- 2- Quel est selon vous la définition de la réhabilitation psychosociale ?
- 3- Quels sont pour vous les outils de la réhabilitation psychosociale ?
- 4- Quels sont pour vous les patients concernés par la réhabilitation psychosociale ?
- 5- A quel moment du parcours de soins pensez-vous utile de proposer des soins de réhabilitation psychosociale au patient ?
- 6- Quelles sont vos pratiques de réhabilitation psychosociales au quotidien ?
- 7- Connaissez-vous l'entraide entre pairs ?
- 8- Avez-vous connaissance d'un réseau de pair-aidance professionnelle au sein de votre hôpital ? Et si oui, y faites-vous appel ?
- 9- Comment votre service se structure t'il autour de ces pratiques ?

Présentation rétablissement : citations d'Anthony et de Deegan.

2ème partie :

- 10- Que pensez-vous de ce concept ?
- 11- Quels liens faites-vous avec vos pratiques de réhabilitation psychosociale ? Comment vos pratiques s'inscrivent-elles dans cette définition ?
- 12- Que serait-il possible d'améliorer pour tendre vers ce concept de rétablissement ?

Concernant les internes DES, le questionnaire informatisé a été diffusé via la mailing liste de l'AFFEP.

## **2.2. Questionnaire interne de psychiatrie**

- En quel semestre êtes-vous ?
- Dans quelle région faites-vous votre internat ?
- Avez-vous des cours ou séminaires de DES en lien avec le rétablissement ?
- Si oui, combien d'heures ?
- Avez-vous des cours ou séminaires de DES en lien avec la réhabilitation psycho-sociale ?
- Si oui, combien d'heures ?
- Avez-vous accès à un stage de réhabilitation psychosociale dans votre maquette ?
- Seriez-vous intéressé à vous former aux concepts et outils de la réhabilitation psychosociale ?
- Avez-vous déjà fait appel à l'entraide entre pairs ?
- Avez-vous connaissance d'un réseau de pair-aidance professionnelle au sein de votre hôpital ?
- Si oui, y faites-vous appel ?
- A quel moment du parcours de soins proposeriez-vous des soins de réhabilitation psychosociale au patient ?

## **3. Analyses statistiques**

### **3.1. Interviews semi-structurés**

Les données ont été traitées en utilisant le logiciel IramuteQ (Interface of R for the Multidimensional Analyses of Texts and Questionnaire, Toulouse 2008) ; celui-ci permet une analyse multidimensionnelle de textes et de questionnaires, par une approche mixte quantitative et qualitative. La méthode d'analyses se déroule au fur et à mesure des résultats obtenus.

Nous effectuerons dans un premier temps une analyse globale du corpus puis dans un second temps une analyse de chaque corpus correspondant aux 5 thématiques de notre questionnaire.

#### **3.1.a. Corpus global**

L'ensemble du corpus de texte est tout d'abord retranscrit dans IramuteQ. Le logiciel permet alors de mettre en évidence des associations statistiquement significatives (regroupées dans des classes). Celles-ci sont montrées grâce à une représentation visuelle (nuage de mots) mais limitant les possibilités d'interprétation. Des analyses ultérieures doivent par conséquent être conduites pour avoir une analyse plus objective du corpus :

- **La lexicométrie** (à partir d'une méthode de classification hiérarchique descendante), qui compte les occurrences de chaque mot dans l'ensemble des discours.
- **La classification par méthode de Reinert** qui permet de mieux comprendre les relations entre les mots d'un segment de texte grâce à une analyse factorielle.
- **L'analyse factorielle** qui présente les mots actifs (sans les articles, conjonctions, pronoms etc.) par différentes couleurs selon la classe à laquelle ils appartiennent.
- **Le dendrogramme** qui précise l'importance relative de chaque classe et qui présente les différents mots actifs associés significativement à chacune des classes.
- **L'analyse de similitude** qui applique les concepts de la théorie des graphes utilisés en analyse des données relationnelles (analyse de réseaux). Les mots sont les sommets du graphe et les arrêtes représentent les cooccurrences entre eux. Plus la taille des mots est grande, plus ils sont fréquents dans le corpus. Plus les arrêtes sont épaisses, plus les mots sont cooccurrents. Différentes méthodes de représentation graphiques sont utilisables, l'interprétation en est identique, nous avons sélectionné la forme la plus lisible.

Le logiciel IramuteQ découpe donc le corpus en plusieurs classes en fonction des associations de mots statistiquement retrouvés de façon significative. Ce découpage s'est fait en plusieurs étapes puisque nous avons d'abord testé notre hypothèse initiale, à savoir un découpage en 5 classes correspondant à nos 5 thématiques suivantes : rétablissement, réhabilitation psychosociale, pratiques de réhabilitation, entraide entre pairs et évolution pour aller vers ces concepts (thématiques du questionnaire). En fonction de l'hypothèse initiale IramuteQ valide ou non ce découpage. S'il n'est pas validé il propose un découpage plus naturel du nombre de classes (analyse quantitative) qui va permettre de dégager un certain nombre de thématiques. C'est ce dernier découpage qui sera choisi pour nos analyses ultérieures sur le corpus global car c'est celui-ci qui permettra l'analyse qualitative la plus fine et significative (représentations).

### 3.1.b. Sous-corpus

Les sous-corpus s'appuient sur les thématiques ciblées dans notre questionnaire : le rétablissement, la réhabilitation psycho-sociale, les pratiques de réhabilitation, l'entraide entre pairs et l'évolution pour aller vers ces concepts. Nous avons procédé aux mêmes étapes d'analyse et choisi la solution d'IramuteQ la plus pertinente sur le nombre de classes défini dans chacun de ces sous-corpus. Un seul dendrogramme a pu être réalisé (taille des sous corpus trop insuffisante pour les autres analyses). A l'aide de celui-ci et des verbatims reliés à chaque classe, nous avons construit des tableaux. Ces tableaux constituent la part qualitative de cette analyse. Ils permettent d'extraire des verbatims et d'en dégager un thème et une signification.

### 3.2. Entretiens politiques

Ces entretiens étant plus libres, aucune analyse statistique n'a été réalisée.

### 3.3. Questionnaire informatisé

Les données issues des questionnaires informatisés ont été analysés avec les logiciels Excel et R 3.4.0. Des analyses statistiques descriptives classiques ont été réalisées. Les résultats sont présentés en termes de moyennes avec écarts-types pour les variables quantitatives et en termes d'effectifs et proportions pour les variables qualitatives. Une matrice de corrélation est réalisée, avec la méthode de Spearman. Le seuil de significativité est  $p < 0.05$ .

## 4. Résultats

### 4.1. Questionnaires/Interviews semi-structurés

La première figure 1 présente le nuage de mots de l'ensemble du corpus, plus les mots sont affichés en grand et au centre, plus ils étaient fréquents dans les discours.



Figure 1 Nuage de mots, corpus complet

#### 4.1.a. Analyse Globale

Une fois importé, le fichier comprend 576 segments de texte, 18 732 occurrences et 2 013 formes.

#### **Lexicométrie (statistiques)**

Concernant le bilan lexical, les mots les plus fréquents sont patients (326), travailler (177), vie (115), connaître (103), social (96), extérieur (94) et quotidien (94).

#### **Classification de Reinert**

Notre première hypothèse de découpage à 5 classes regroupant nos 5 thématiques ne s'est pas vérifiée. Le logiciel a identifié 2 classes à partir de nos 5 thématiques. Lorsqu'ensuite on laisse le logiciel effectuer son analyse, sans hypothèse préconçue, c'est une solution à 10 classes qui est retenue et qui est donc la solution la plus statistiquement pertinente et informative. Nous avons donc retenu cette analyse à 10 classes pour la poursuite des analyses.

**L'analyse factorielle** affiche donc 10 classes de couleur différente regroupant chaque mot actif correspondant (figure 2).

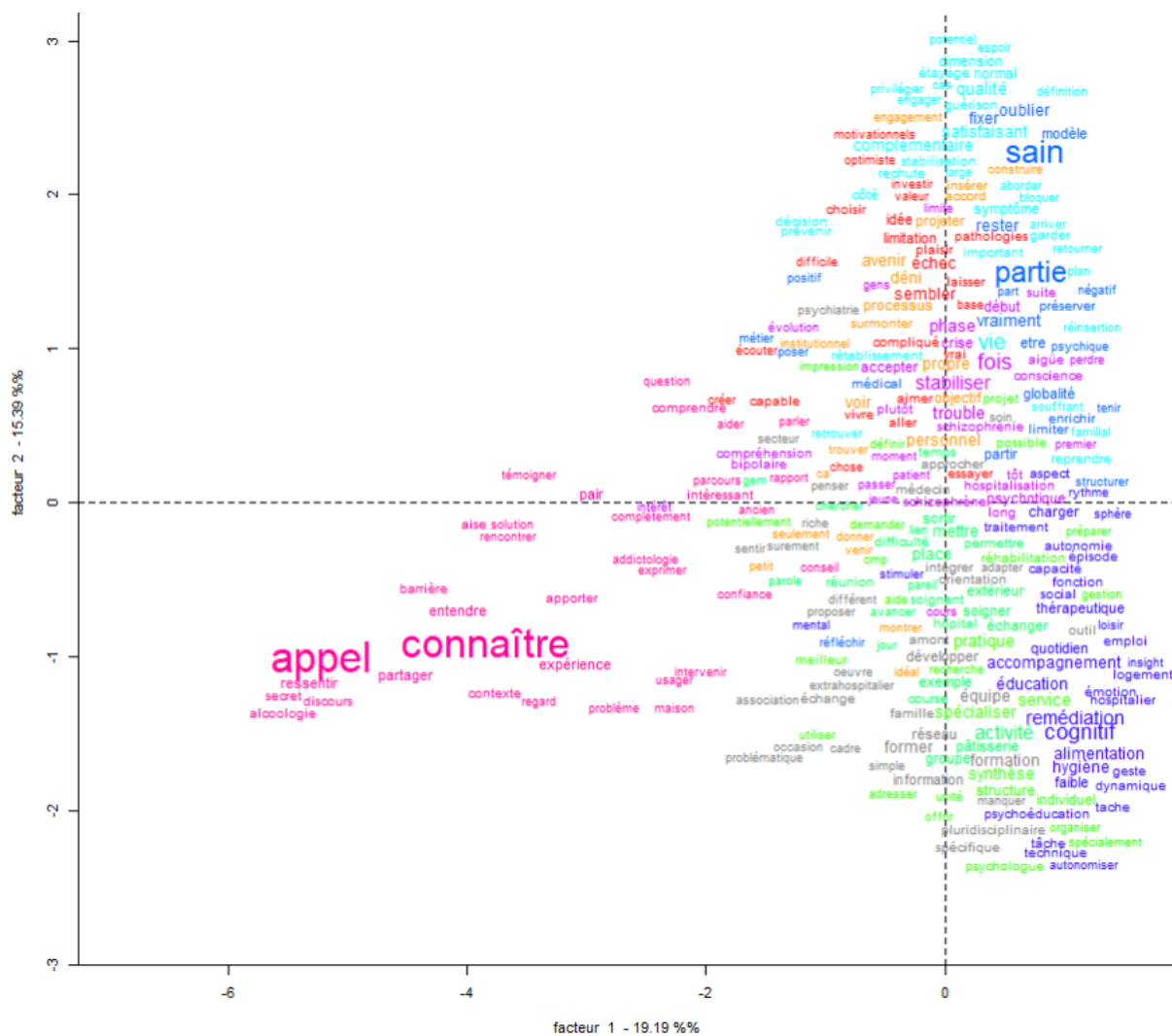


Figure 2 - Analyse factorielle des correspondances par classe – version 1 à 10 classes

L'entraide entre pairs (en rose) est la classe la plus distincte des autres classes et notamment des celles de réhabilitation (en bleu foncé) et évolutions des pratiques (en bleu clair). La thématique centrale autour de laquelle les autres classes s'organisent est la stabilisation (en violet). On recherche alors les spécificités de ces 10 classes.

**Le dendrogramme** permet de préciser l'importance relative de chaque classe et de présenter les différents mots actifs associés (figure 3).

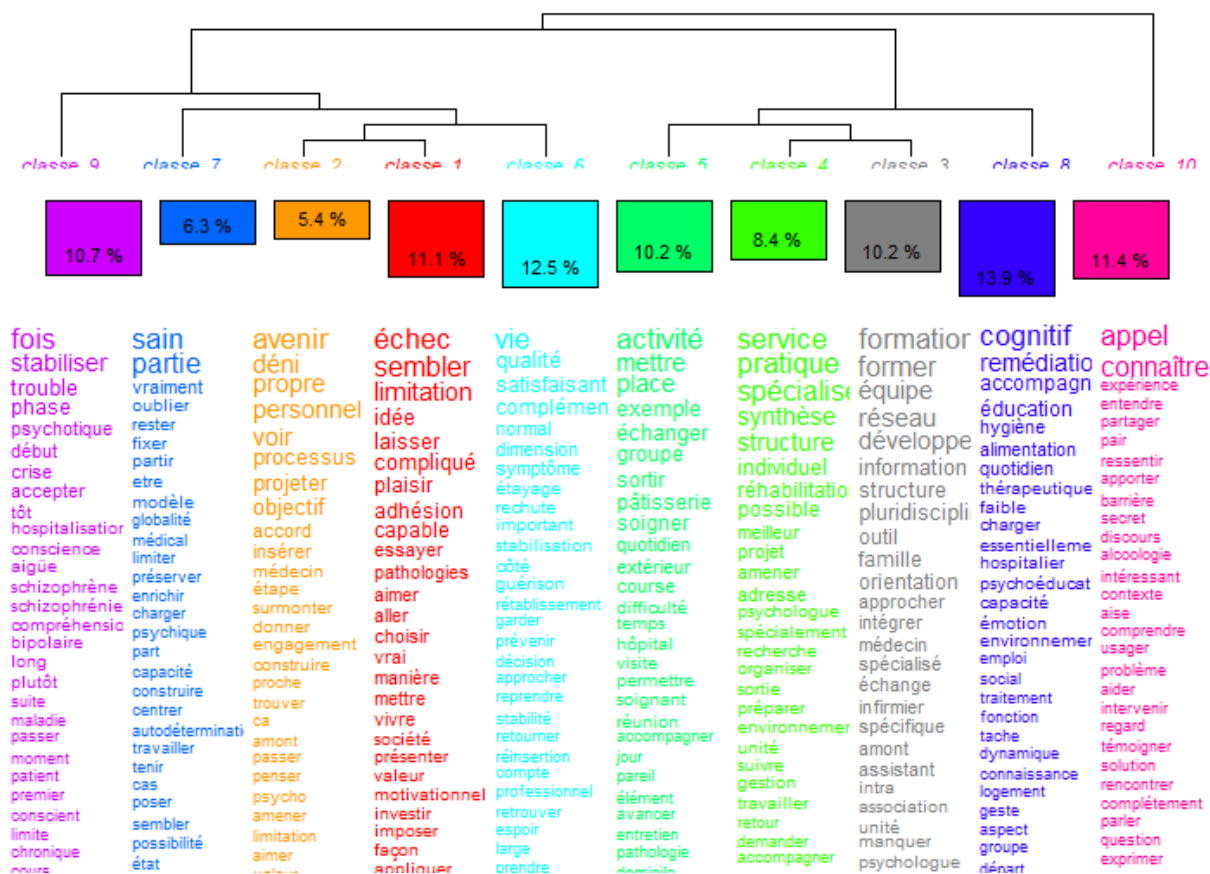


Figure 3 – Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – version à 10 classes

Cette démarche qualitative permet de classer la majorité des classes en 3 grandes catégories (de gauche à droite) que nous avons nommées : réhabilitation, évolution des pratiques, pair-aidance. Nous observons une différence marquée entre la classe 10, celle de la pair-aidance et les autres classes. Les deux autres grandes catégories regroupent les classes suivantes: les classes n°1, 2, 5, 7, 9 pour la première catégorie et les classes n°3, 4, 5, 8 pour la seconde. La classe autour de la remédiation cognitive est la plus fréquente (13,3 %, cf tableau 1 ci-dessous).

Le tableau permet de préciser le poids de chaque classe, leur contenu et la thématique abordée, grâce à l'extraction des verbatims (analyse qualitative).

Tableau 1 - Récapitulatif de l'analyse factorielle – version à 10 classes

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
8 (13,9%)	La remédiation cognitive, une piste connue à favoriser	Cognitif, remédiation, accompagnement, éducation	« développement de capacités cognitives », « entraînement aux habilités sociales, la remédiation cognitive et le case management », « lien avec l'éducation thérapeutique »
6 (12,5%)	Un but recherché qui semble compris	Vie, qualité, satisfaisant	« accompagnement dans sa vie », « reprendre une vie qui leur convienne », « sa qualité de vie est au centre de mes réflexions »
10 (11,4%)	La pair-aidance, un concept à faire connaître	Appel, connaître, expérience, entendre	« je ne connaissais pas », « oui j'y ferai appel », « ça peut être une expérience d'entendre d'autres que les soignants »
1 (11,1%)	L'incurabilité, un concept à oublier	Échec, sembler, limitation	« s'adapter aux potentiels échecs », « les échecs sont surmontables », « prendre en compte les limitations », « surmonter les difficultés et les limitations »
9 (10,7%)	La stabilisation, un moment jugé opportun pour intervenir	Fois, stabiliser, trouble, phase, crise	« lorsque le patient est stabilisé », « une fois la pathologie stabilisée », « principalement quand les troubles aigus sont stabilisés »
3 (10,2%)	Des formations et un travail en équipe à reprendre	Formation, équipe, réseau	« développer des formations plus spécifiques », « faire évoluer la formation des médecins et des infirmiers », « on travaille beaucoup en réseau avec les structures extra-hospitalières »
5 (10,2%)	Des pratiques existantes diverses	Activité, mettre, place, exemple	« activités au quotidien, le sport par exemple », « activité pâtisserie », « activités occupationnelles avec l'hôpital de jour », « mettre en place un groupe de psychoéducation »



4 (8,4%)	Un manque de recommandations concernant ces pratiques	Service, spécialisé	pratique,	« en tant que service d'entrée nous nous orientons », « notre pratique ce sont les directives de l'ARS », « rien de structuré, plutôt des pratiques individuelles »
7 (6,3%)	Un travail qui reste majoritairement à faire	Sain, partie,	oublier, fixer	« le travail sur la partie saine ce n'est pas vraiment ce que l'on fait pour le moment », « partir de la partie saine est important », « parfois on oublie qu'ils ont pu être autrement », « on oublie que la personne fonctionnait à l'extérieur »
2 (5,4%)	Une construction de l'avenir entre les mains de l'équipe	Avenir, déni,	propre, personnel, compliqué	« se projeter sur l'avenir, le retour au domicile », « que le patient soit d'accord, qu'il ne soit plus dans le déni des troubles »

---

## Analyses de similitudes

Seuls les mots avec au minimum 10 co-occurrences sont présentés.

Deux thèmes clés ressortent du corpus de texte : patient et travailler. Le mot patient est particulièrement co-occurent des mots social, vie, projet et extérieur. Le mot travailler est particulièrement co-occurent des mots quotidien, traitement et structure.

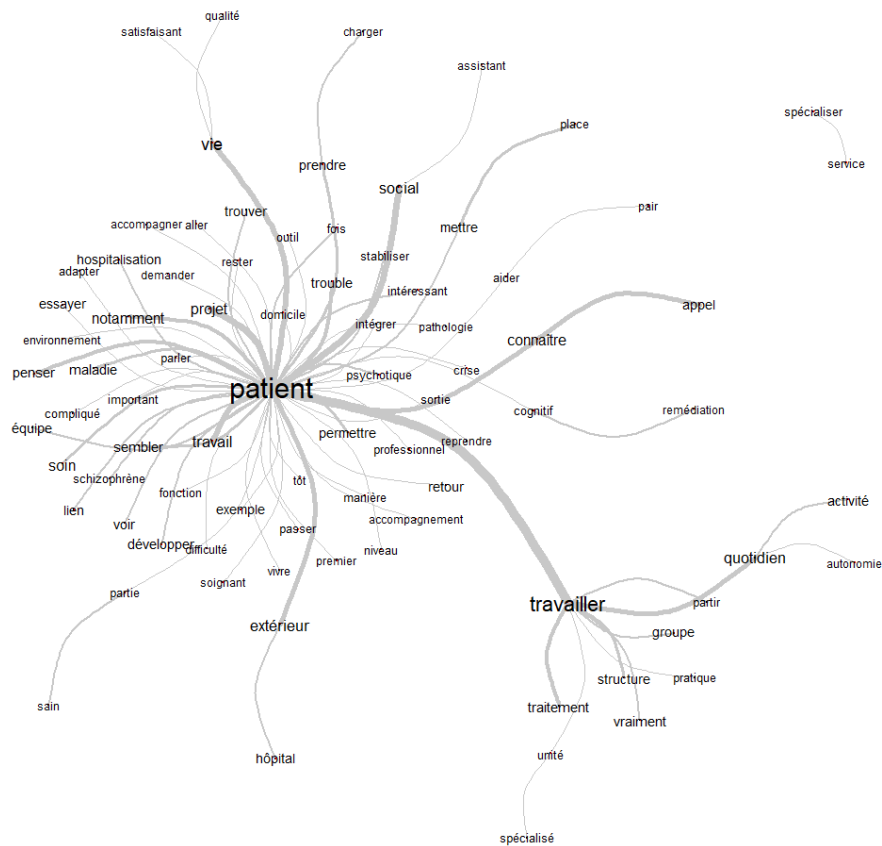


Figure 4 – Analyse des similitudes – Méthode de Kamada Kawai

### 4.1.b. Analyse par thématique : sous-corpus

#### **Le rétablissement**

Nous avons regroupé les réponses aux questions en lien avec le rétablissement (questions 1, 10 et 12).

Nous avons obtenu 6 classes.

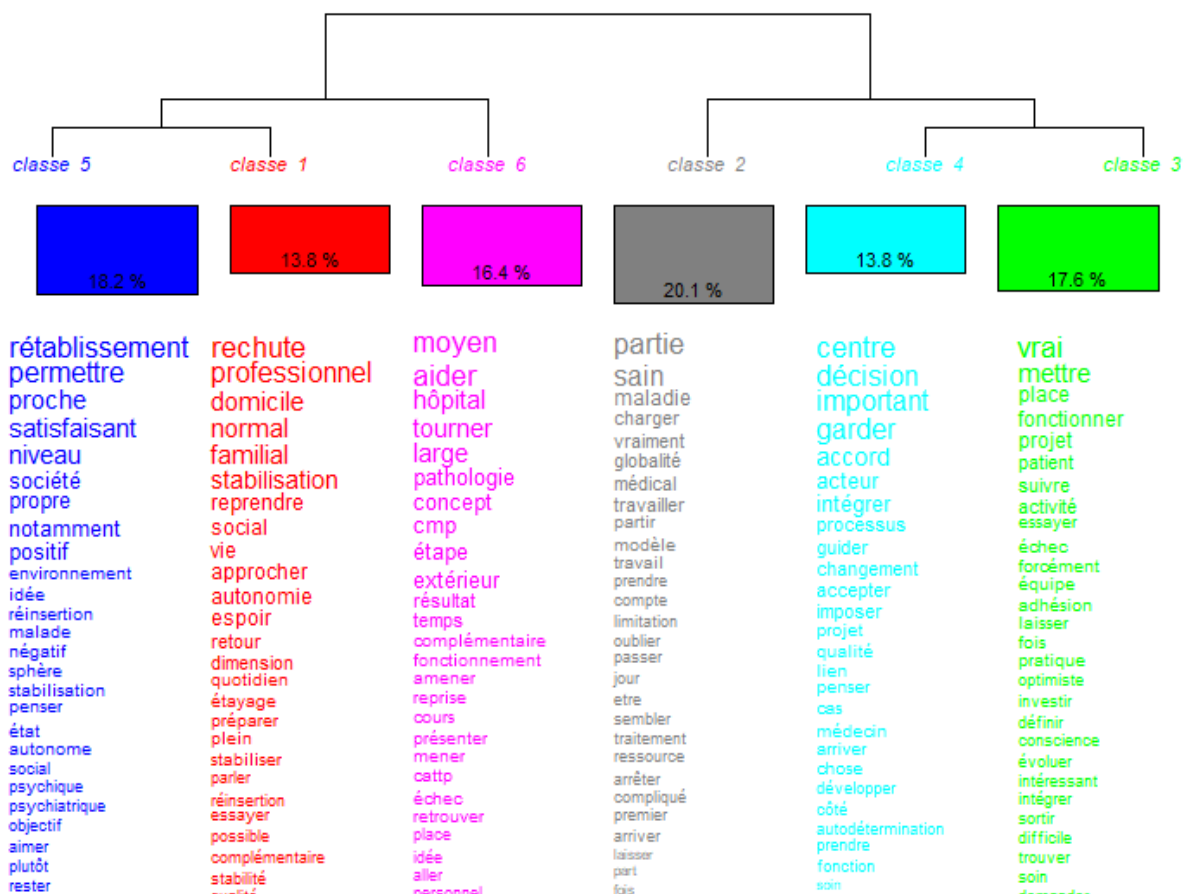


Figure 5 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – corpus rétablissement

On distingue deux grandes catégories : la première (classes 5, 1 et 6) regroupant les différentes conceptions et les associant aux pratiques extérieures ; la deuxième (classes 2, 4 et 3) associant le travail sur la partie saine à la définition du projet.

Tableau 2 - Récapitulatif de l'analyse factorielle, 6 classes – thématique rétablissement

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
2 (20,1%)	Travailler à partir de la partie saine, une idée qui parle	Partie, sain, maladie, changer	« prendre en charge le patient dans sa globalité », « acceptation de la maladie », « il ne faut pas percevoir que la maladie », « travail sur la partie saine », « la partie sur responsabilité et autodétermination semble très importante »
5 (18,2%)	Des conceptions du	Rétablissement, permettre,	« « retrouver une dynamique sociale au niveau de ses proches », « pour moi il n'y a pas de rétablissement, notamment pour la

	rétablissement disparates	proche, satisfaisant	psychose », « pour moi le rétablissement ça leur permet de penser leur vie différemment »
3 (17,6%)	Des projets qui questionnent, encore une faible implication des patients	Vrai, place, fonctionner, projet	« mettre en place des projets de soin », « en rapport avec ses projets de vie », « quand cela n'était pas en lien avec ce que voulait le patient, cela ne fonctionnait pas », « cela semble utopique mais c'est vrai »
6 (16,4%)	Insister sur le développement de moyens et structures extra-hospitalières	Moyen, aider, hôpital	« quel moyen il met en place pour contourner cet échec », « suivi à moyen et long terme », « vers un projet qui va l'aider à mieux gérer sa vie », « il faut les aider plus sur l'extérieur », « notamment les hôpitaux de jour et de semaine », « mieux suivi en dehors de l'hôpital »
1 (13,8%)	Une idée du rétablissement définie par l'autonomie	Rechute, professionnel, domicile, normal	« avec le moins de rechutes possibles », « apte à retourner au domicile », « reconstruction d'une vie familiale et professionnelle », « réinsertion sociale et professionnelle »
4 (13,8%)	Définir un projet par et pour le patient	Centre, décision, important, accord	« le côté processus semble vraiment important », « que le patient soit acteur c'est important », « difficile de prendre une décision si la personne n'est pas d'accord », « je crois que garder la personne au centre sans s'arrêter qu'aux symptômes est déjà quelque chose »

### **La Réhabilitation psychosociale**

Nous avons regroupé les réponses aux questions en lien avec la réhabilitation (questions 2, 3, 4 et 5). Nous avons obtenu 4 classes.

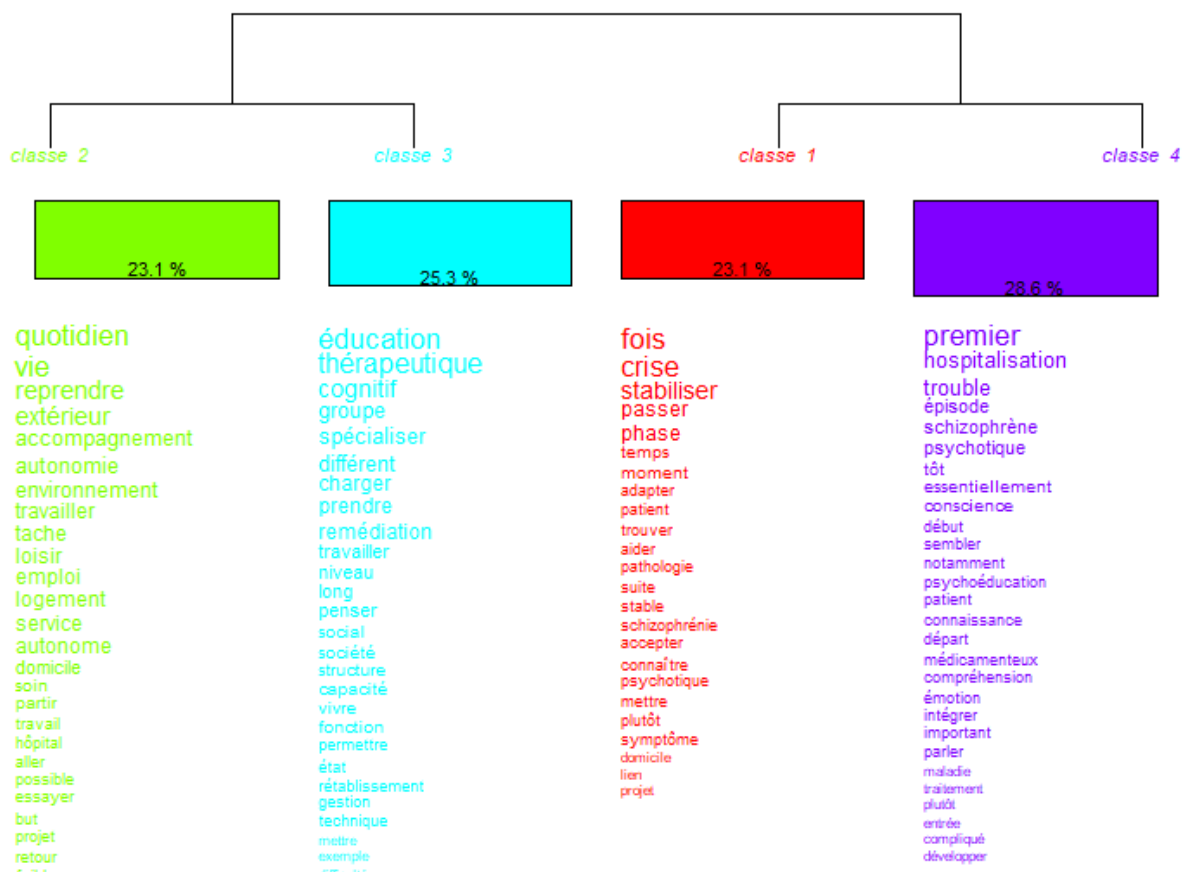


Figure 6 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – corpus réhabilitation

On distingue deux grandes catégories : la première (classes 2 et 3) associant les différents outils décrits pour reprendre une vie autonome ; la deuxième (classes 1 et 4) définissant ces pratiques comme à mettre en place au plus tôt pour des patients stabilisés.

Tableau 3 - Récapitulatif de l'analyse factorielle, 4 classes – thématique réhabilitation

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
4 (28,6%)	A mettre en place tôt	Premier, hospitalisation, trouble, épisode	« souvent en première hospitalisation lors de l'entrée dans la maladie », « tout au long de l'hospitalisation puis ensuite en extrahospitalier », « connaissance des troubles et des traitements »
3 (25,3%)	Des outils divers, avec au centre l'ETP et la remédiation cognitive	Education, thérapeutique, cognitif, groupe	« groupes spécialisés de psychoéducation », « travailler en groupe pour surmonter des difficultés », « service de remédiation cognitive »,

« préparer la vie à l'extérieur, l'éducation thérapeutique »

1 (23,1%)	Des techniques pour des patients stables et conscients des troubles	Fois, stabiliser, passer	crise,	« ceux stabilisés et conscients des troubles », « quand ils sont stabilisés en sortie de crise », « en dehors des moments de crise »
2 (23,1%)	Reprendre une autonomie fois la crise passée	Quotidien, une reprendre	vie,	« accompagnement du patient dans sa dynamique de vie », « travailler sur la vie de tous les jours », « accompagner dans sa gestion du quotidien »

### L'entraide entre pairs

Nous avons regroupé les réponses aux questions en lien avec l'entraide entre pairs (questions 7 et 8). Nous avons obtenu 5 classes.

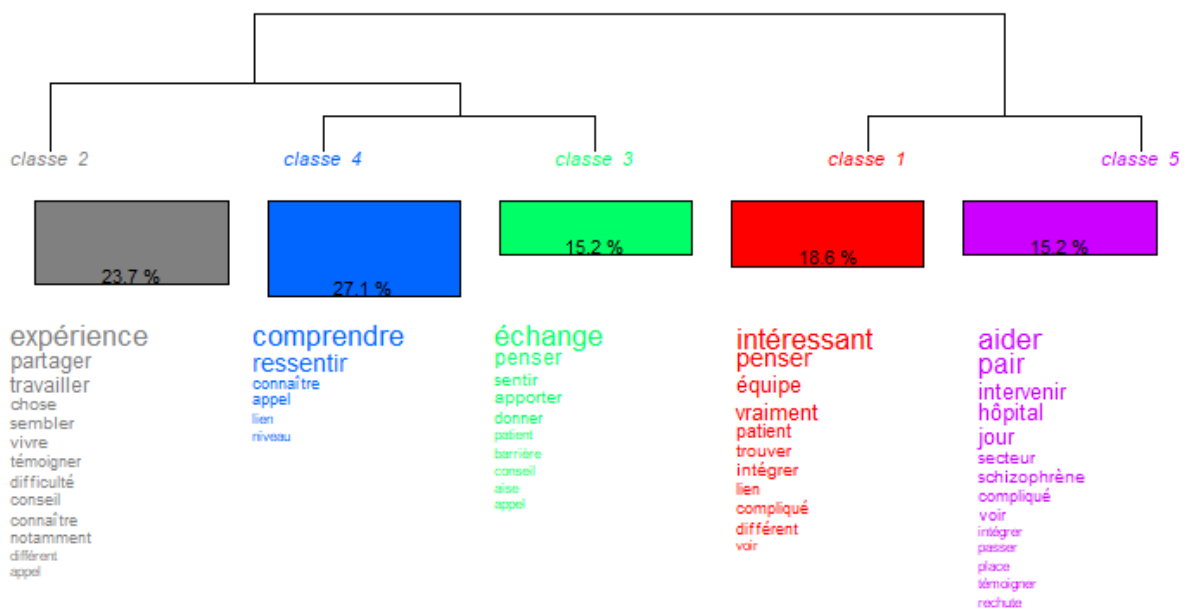


Figure 7 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – corpus entraide entre pairs

L'analyse du corpus entraide entre pairs distingue deux grandes catégories : la première (classes 2, 4 et 3) regroupant les différents bénéfices potentiels, l'expérience apportée s'associant aux autres bénéfices et à la création d'un lien différent ; la deuxième (classes 1 et 5) associant les différents questionnements sur leur intégration potentielle.

Tableau 4 - Récapitulatif de l'analyse factorielle, 5 classes – thématique entraide entre pairs

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
4 (23,7%)	Des bénéfices multiples et notamment une connaissance différente des professionnels	Comprendre, ressentir, connaître	« une meilleure compréhension de ce qu'ils ressentent, de ce qu'ils vivent », « le patient serait plus à l'aise pour exprimer ses ressentis », « parfois on ressent le fait qu'on est pas au même niveau, qu'on ne peut pas comprendre ce qu'il ressent »
2 (15,2%)	Apporter une expérience	Expérience, partager, travailler	« on pourrait travailler avec », « ça semble positif de venir pouvoir partager son expérience »
1 (18,6%)	Des inquiétudes sur comment les intégrer et travailler avec eux en équipe	Intéressant, penser, équipe	« ce ne serait pas évident au début de les intégrer dans les équipes », « il faudrait que le patient ne soit pas du secteur, que les patients et l'équipe ne le connaissent pas », « des interventions ou des présentations de leur parcours pourraient être vraiment intéressantes, mais au sein d'une équipe de soins je ne pense pas »
3 (15,2%)	Créer un lien plus facilement	Echange, sentir	« le vécu apporterait je pense beaucoup », « cela apporterait je pense un discours complémentaire », « au CATTP, les échanges entre patients permettent déjà ça »
5 (15,2%)	Quelques pairs-aidants déjà impliqués, mais des inquiétudes sur leur capacité à intervenir	Aider, intervenir, hôpital	« oui on a un pair aidant qui intervient à partir de l'hôpital », « j'aurai du mal à voir un schizophrène même stabilisé intervenir », « on a un patient schizophrène qui intervient à notre demande, aussi sur les problèmes d'alcoologie »

## Les pratiques

Nous avons regroupé les réponses aux questions en lien avec les pratiques (questions 6, 9 et 11).

Nous avons obtenu 5 classes.

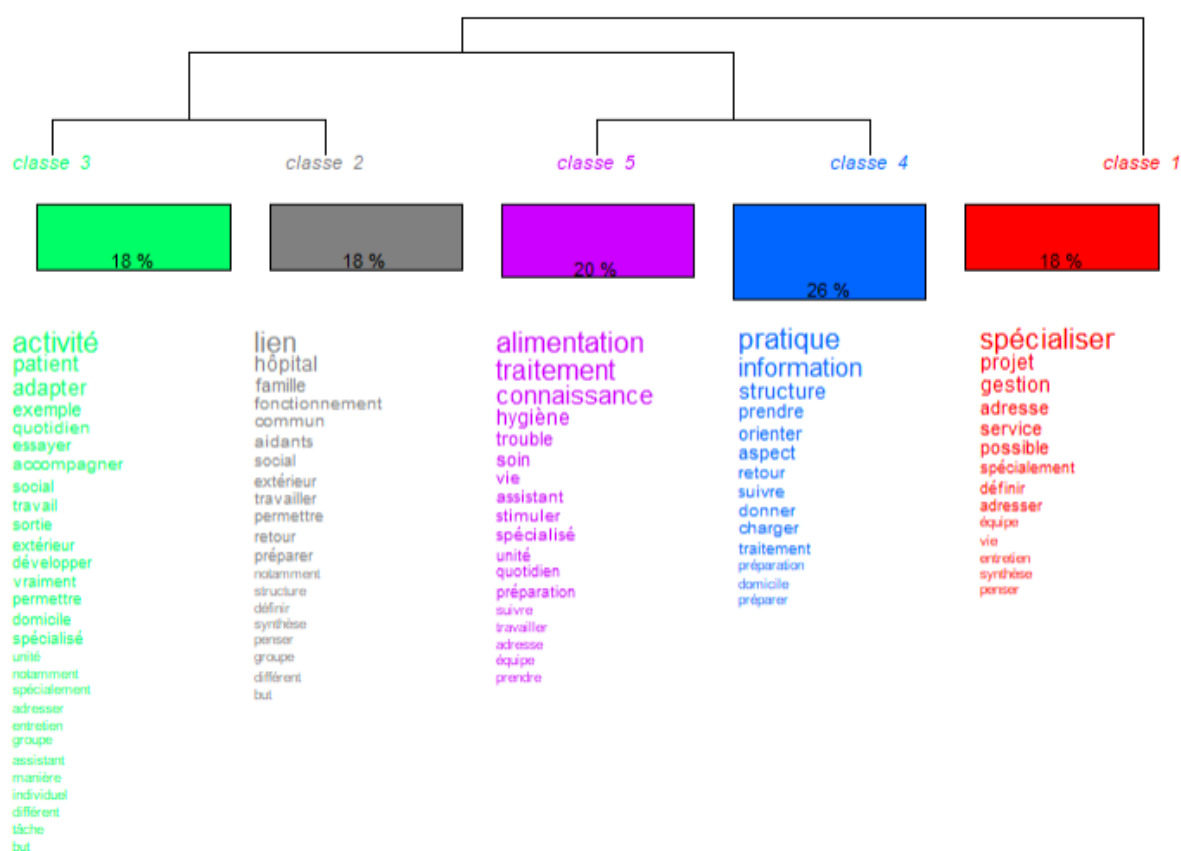


Figure 8 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – corpus pratiques

On distingue d'un côté 3 catégories : la première « l'implication des services spécialisées » (classe 1) ; la seconde (classes 2 et 3) associant le travail en réseau et le développement de structures adaptées sur l'extérieur ; et la troisième (classes 4 et 5) associant l'information fournie et le travail sur le quotidien effectué par les services de secteur.

Tableau 5 - Récapitulatif de l'analyse factorielle à 5 classes, thématique des pratiques

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
4 (26%)	Des services qui orientent et informent mais ne structure	Pratique, et information, structure	« ne se structure pas trop autour de ces pratiques », « prendre contact pour donner des informations », « but de



	font pas de réhabilitation		soutien et d'information essentiellement »
5 (20%)	Des services qui travaillent beaucoup sur le quotidien	Alimentation, traitement, connaissance	« on insiste pas mal sur la connaissance des troubles et des traitements », « travail sur la prise du traitement, avoir un rythme régulier sur l'alimentation notamment par rapport aux effets secondaires des traitements », « travail sur le quotidien, l'hygiène, l'alimentation »
1 (18%)	Des pratiques orientées vers les projets quand le temps est suffisant sinon orientés vers des services spécialisés	Spécialiser, gestion	« on adresse aux services spécialisés », « le raccourcissement du temps d'hospitalisation ne permet plus d'aboutir les projets », « en cours d'entretien, on évoque le projet de vie »
2 (18%)	Un travail de réseau déjà pensé à l'échelle du secteur	Lien, famille	« on rencontre beaucoup les familles pour essayer de préserver au mieux les aidants », « on travaille le lien social, maintenir le lien à la famille », « on travaille vraiment en lien avec les structures en dehors de l'hôpital »
3 (18%)	Développer des activités au niveau des structures de soins pour les adapter aux patients	Activité, patient, adapter	« visites à domicile pour s'adapter à leur environnement », « monter des activités adaptées sur l'extérieur », « activité cuisine, sortie en extérieur, achats, ménage », « activité pâtisserie », « sport »

#### 4.1.c. Analyse par profession : sous-corpus

Nous avons scindé le corpus en deux par profession : infirmiers et médecins psychiatres. Nous avons réalisé les mêmes analyses que précédemment.

## Infirmiers

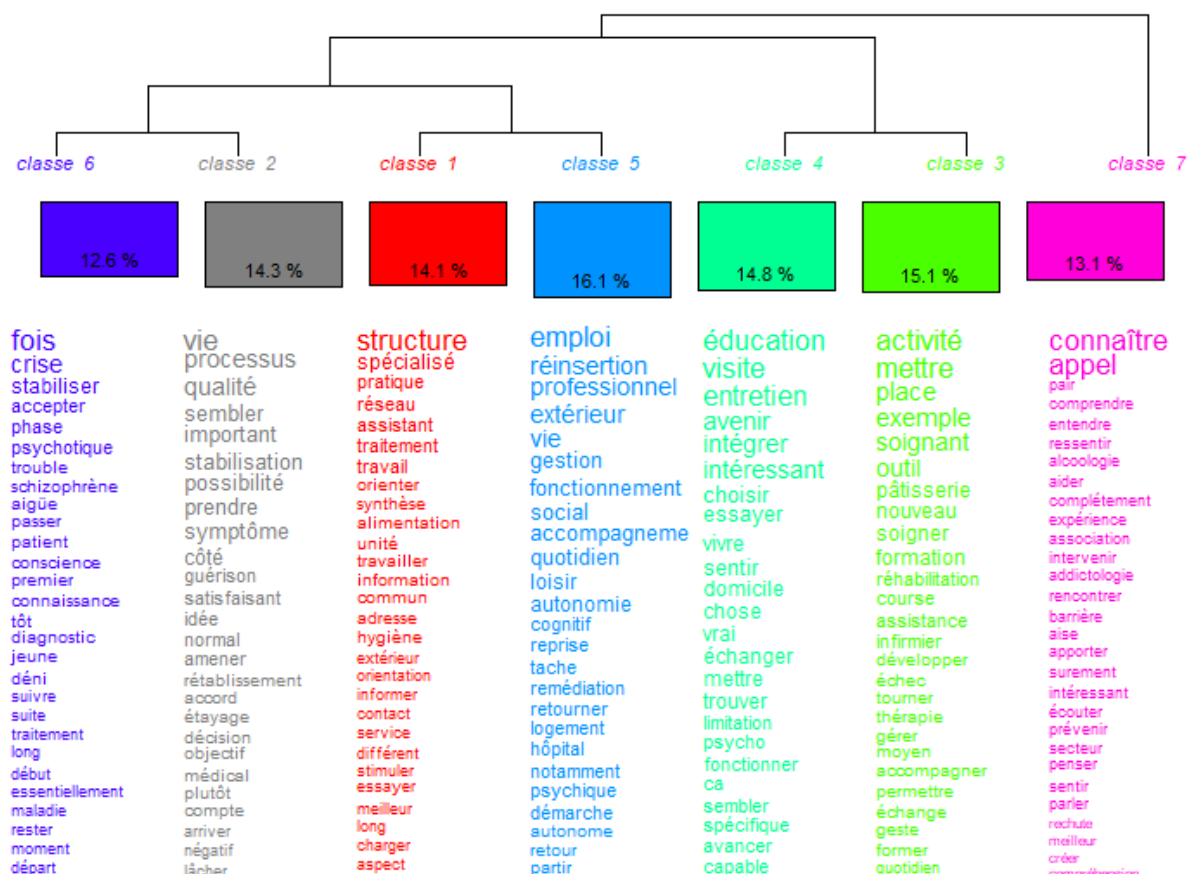


Figure 9 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – profession infirmiers

L'analyse du corpus infirmiers a distingué trois grandes catégories : la première (classe 7) revenant sur la pair-aidance comme un concept peu connu mais intéressant ; la seconde (classes 3 et 4) associant l'ETP au développement de projets et d'activités spécifiques ; la troisième (classes 6, 2, 1 et 5) associant les concepts du rétablissement aux pratiques de réhabilitation.

Tableau 6 - Récapitulatif de l'analyse factorielle à 7 classes, profession infirmiers

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
5 (16,1%)	Guider le patient dans son processus de réinsertion	Emploi, réinsertion, professionnel	« réinsertion sociale », « travailler sur la réinsertion du patient », « reprendre un emploi », « recherche d'emploi »
3 (15,1%)	Développer pour les patients un projet, le	Activité, mettre, place	« mettre en place les projets », « mettre en échec », « mettre une structure », « activités du quotidien », « activités

	travailler avec les activités		« sociales », « activité pâtisserie », « activités occupationnelles »
4 (14,8%)	Eduquer le patient et l'accompagner jusqu'au domicile	Education, visite, entretien	« éducation thérapeutique », « psychoéducation », « visites à domicile », « entretiens motivationnels », « entretiens réguliers »
2 (14,3%)	Un cheminement progressif vers la qualité de vie	Vie, processus, qualité	« processus de toute une vie », « processus de rétablissement », « qualité de vie »
1 (14,1%)	Développer des approches communes, en réseaux	Structure, spécialisé, pratique	« Structures intermédiaires », « structures extra-hospitalières », « pratiques communes »
7 (13,1%)	Pair-aidants	Connaitre, appel, pair	« non je ne connaissais pas », « j'y ferais appel », « ils ont connu les troubles »
6 (12,6%)	Commencer quand ils ne sont plus en crise	Fois, crise, stabiliser	« stabilisés et conscients des troubles », « une fois la crise passée »

---

## Médecins psychiatres

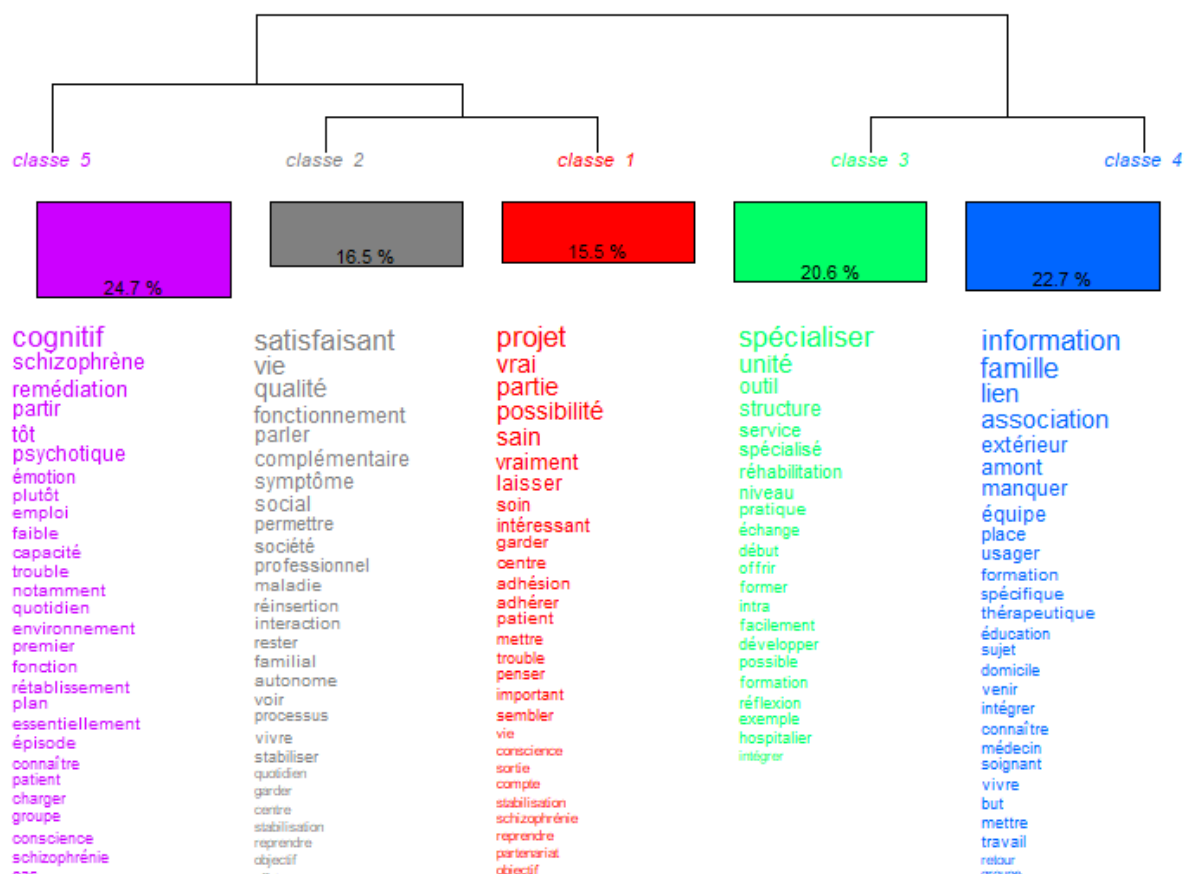


Figure 10 - Dendrogramme (mots les plus fréquents par classe) – profession médecins psychiatres

L'analyse du corpus médecins a distingué deux grandes catégories : la première (classes 3 et 4) associant le travail avec les familles et les unités spécialisées ; la deuxième (classes 1, 2 et 5) associant l'outil remédiation cognitive aux concepts du rétablissement.

Tableau 7 - Récapitulatif de l'analyse factorielle à 5 classes, profession médecins psychiatres

Classe	Thème	Mots les plus prévalents	Verbatims
5 (24,7%)	La remédiation cognitive, un outil bien diffusé	Cognitif, schizophrène, remédiation	« je connais la remédiation cognitive », « notamment développées pour des personnes schizophrènes », « développer les fonctions cognitives »
4 (22,7%)	Travailler avec les familles, une nécessité	Information, famille, lien	« dans le cadre de l'éducation thérapeutique, les familles coaniment », « développer nos liens

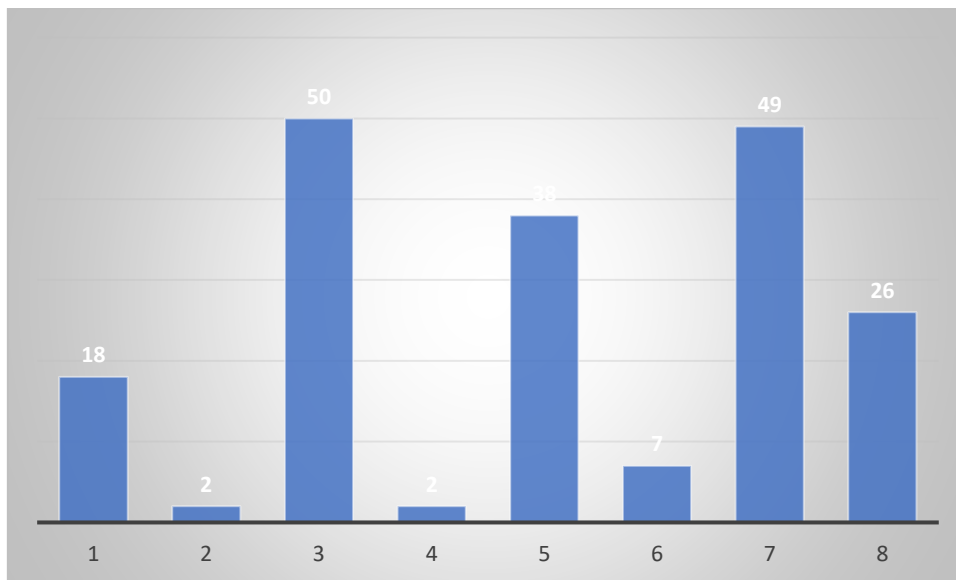
3 (20,6%)	Des unités spécialisées mais un manque d'outils sur le secteur	Spécialiser, unité, outil	avec les associations de famille », « un vrai travail d'information en amont » « il me manque des outils en cours d'entretien », « plus de formations pour les équipes qui pourraient se saisir de certains outils », « sur les unités spécialisées », « plus d'échanges avec les unités spécialisées »
2 (16,5%)	Le rétablissement défini en terme de qualité de vie et d'interactions sociales	Satisfaisant, qualité	vie, « pouvoir mener une vie satisfaisante sur le plan affectif, de privilégier une qualité de vie », « fonctionnement satisfaisant notamment sur des critères de qualité de vie et d'insertion socioprofessionnelle »
1 (15,5%)	Bien que peu mis en place, l'autodétermination et le travail sur la partie saine parlent	Projet, vrai, partie	« j'adhère pleinement au travail sur la partie saine », « c'est vrai qu'il faut mettre la personne au centre des soins », « c'est vrai qu'il faut intégrer le patient aux projets », « s'appuyer sur la partie saine pour construire son projet de soins »

---

## 4.2. Questionnaire internes DES

### 4.2.a. Analyse descriptive

192 internes ont répondu au questionnaire informatisé. La majorité sont en seconde partie de troisième cycle (63%, figure 15) et viennent d'Aix-Marseille (20,3%), de Lille (9,3%), de Toulouse (6,3%) ou de Lyon (5,7%).



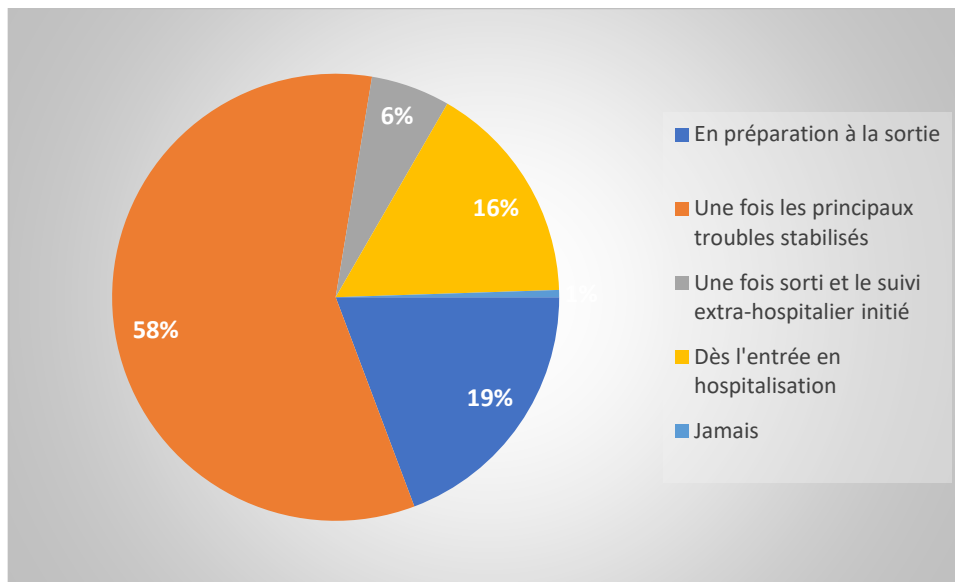
*Figure 15 – Semestres d'internat des internes*

Les connaissances autour du rétablissement sont plutôt faibles : seuls 24% des internes ont déclaré avoir reçu au moins un cours ou un séminaire de DES en lien avec le rétablissement. Pour ceux ayant eu des cours à ce sujet, ils ont duré en moyenne 6 heures.

Les connaissances autour de la réhabilitation étaient supérieures : 44,8% des internes ont déclaré avoir reçu au moins un cours ou un séminaire de DES et ils ont duré en moyenne 7 heures. Par ailleurs, 47,4% des internes ont accès à un stage de réhabilitation psychosociale dans leur maquette. Concernant leur formation à venir, 89,6% des internes se déclarent intéressés pour se former aux concepts et outils de la réhabilitation psychosociale.

Seuls 34,4% des internes ont déjà fait appel à l'entraide entre pairs et 18,7% ont connaissance d'un réseau de pair-aidance professionnelle au sein de leur hôpital. Lorsqu'ils en ont connaissance, seuls 21,3% des internes y font appel. Les internes ayant connaissance de ces réseaux sont les internes en semestres d'internat les plus élevés ( $p=0,11$ ) et varient significativement selon les villes.

A 58%, les internes pensent que le moment opportun pour proposer des soins de réhabilitation psychosociale est une fois les principaux troubles stabilisés (figure 16).



*Figure 16 – Moment du parcours de soins jugé opportun pour proposer des soins de réhabilitation psychosociale au patient*

#### 4.2.b. Analyse des corrélations

La matrice de corrélation (tableau 8, figure 17) nous apprend que le fait d’avoir eu des cours ou des séminaires sur le rétablissement est significativement lié au fait d’en avoir également eu sur la réhabilitation ( $p < 0,0001$ ) et au fait d’avoir un stage d’internat disponible en réhabilitation ( $p < 0,0001$ ). Mais ni les cours et séminaires, ni la présence d’un stage en réhabilitation ne sont corrélés au fait d’être intéressés pour se former en réhabilitation, de connaître les réseaux de pair-aidance de son hôpital et d’y faire appel. L’adressage du patient à un réseau de pair-aidance est plus précoce si l’interne se dit intéressé par une formation à la réhabilitation et plus tardif si l’interne a eu des cours ou des séminaires durant sa formation. Plus l’interne est avancé dans son internat, plus il tend à connaître les réseaux de pair-aidance de son hôpital ( $p = 0,0086$ ) et plus il va y faire appel ( $p = 0,0010$ ) ; mais pour cela il faut qu’il l’ait déjà expérimenté ( $p = 0,0003$ ).

Une régression logistique multivariée est ensuite réalisée pour identifier les facteurs explicatifs du recours au système de pair-aidance.

Tableau 8 – Matrice de corrélation

	Semestre de l'interne	Cours ou séminaire de rétablissement	Cours ou séminaire de réhabilitation	Stage d'internat en réhabilitation	Intérêt pour se former en réhabilitation	Antécédent d'appel à une pair-aidance	Connaissance d'un réseau pair-aidance	Appel à un réseau de pair-aidance	Moment opportun du parcours
Semestre de l'interne	1	-0.04 [-0.18;0.1] 0.5587	0.10 [-0.04;0.24] 0.1784	-0.04 [-0.18;0.1] 0.5855	-0.07 [-0.21;0.08] 0.3575	0.12 [-0.02;0.26] 0.0881	0.19 [0.05;0.32] 0.0086	0.24 [0.10;0.36] 0.0010	-0.05 [-0.19;0.1] 0.5186
Cours ou séminaire de rétablissement		1	0.40 [0.28;0.51] <0.0001	0.25 [0.11;0.38] 0.0005	0.11 [-0.03;0.25] 0.1236	-0.1 [-0.24;0.04] 0.1765	0.04 [-0.1;0.18] 0.5538	0.01 [-0.13;0.15] 0.8632	-0.13 [-0.27;0.01] 0.0627
Cours ou séminaire de réhabilitation			1	0.34 [0.21;0.46] <0.0001	0.07 [-0.08;0.21] 0.3548	0.05 [-0.09;0.19] 0.4590	0.08 [-0.07;0.22] 0.2875	-0.08 [-0.22;0.06] 0.2756	-0.19 [-0.32;-0.05] 0.0082
Stage d'internat en réhabilitation				1	0.08 [-0.06;0.22] 0.2430	0.04 [-0.1;0.18] 0.6032	0.03 [-0.12;0.17] 0.7301	-0.02 [-0.16;0.13] 0.8252	-0.02 [-0.16;0.12] 0.8091
Intérêt pour se former en réhabilitation					1	0.00 [-0.15;0.14] 0.9507	0.03 [-0.11;0.17] 0.6519	0.00 [-0.14;0.14] 0.9651	0.24 [0.1;0.37] 0.001
Antécédent d'appel à une pair-aidance						1	0.21 [0.07;0.35] 0.0028	0.26 [0.12;0.39] 0.0003	0.00 [-0.15;0.14] 0.9468
Connaissance d'un réseau pair-aidance							1	0.67 [0.58;0.74] <0.0001	0.01 [-0.13;0.16] 0.8477
Appel à un réseau de pair-aidance								1	0.01 [-0.13;0.16] 0.8466
Moment opportun du parcours									1

Les données sont présentées avec un coefficient de corrélation [intervalle de confiance à 95%] et p-value.



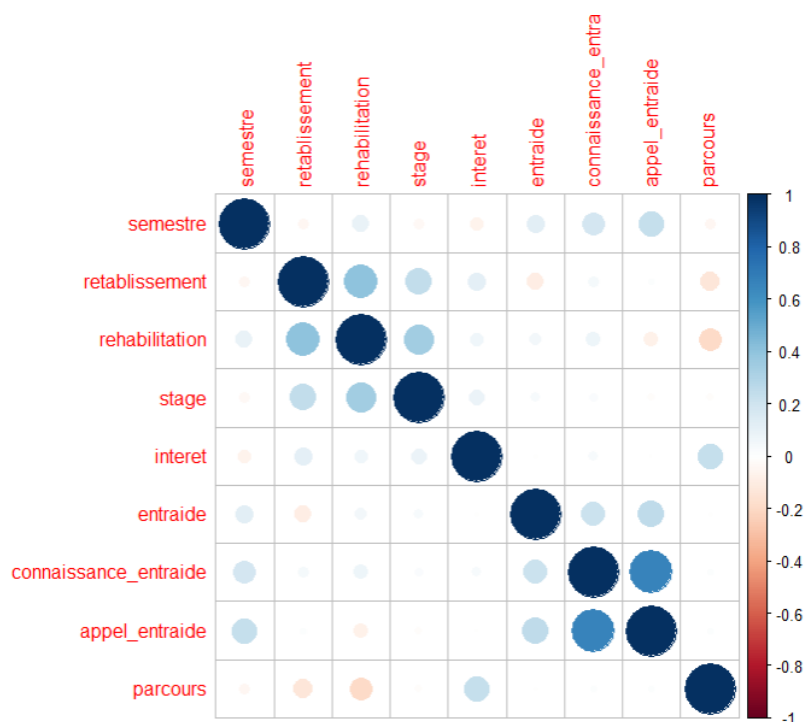


Figure 17 - Corrélogramme

#### 4.2.c. Modélisation

Seule la connaissance d'un réseau de pair-aidance dans l'hôpital est significativement associée avec le fait d'y recourir, indépendamment du semestre d'internat, d'une expérimentation passée ou du moment jugé opportun pour adressage (tableau 9).

Tableau 9 – Modèle de régression logistique multivarié

	Coefficient	Ecart-type	p-value
Semestre de l'interne	0,03	0,02	0,059
Antécédent d'appel à une pair-aidance	0,15	0,08	0,050
Connaissance d'un réseau pair-aidance	1,06	0,09	<0,001
Moment opportun du parcours	-0,03	0,02	0,2176

## Discussion

---

### 1. Mise en perspective des résultats

Il s'agit de la première étude en langue française qui explore les représentations et pratiques centrées sur le rétablissement et la réhabilitation. Les résultats vont donner des pistes pour permettre de développer des processus de changement des pratiques, avec pour objectif de tendre vers des soins dont les conceptions auront été imprégnées du rétablissement tel qu'il a été décrit au début de ce travail. L'analyse quantitative et qualitative des données recueillies souligne la complexité de la mise en œuvre des pratiques centrées sur le rétablissement.

Tout d'abord, plusieurs biais doivent être mentionnés. Le choix de la population ne respectant pas les règles de l'aléatoire, elle n'est pas représentative de l'ensemble des professionnels de la psychiatrie publique. De même, nous avons mené nos questionnaires dans des structures bénéficiant déjà de l'implantation de centres de réhabilitation psychosociale, les participants étaient probablement plus au fait des pratiques implantées.

Les concepts du rétablissement sont encore très peu connus, rares ont été les participants en ayant entendu parler. Les idées qui se sont raccrochées naturellement au rétablissement mettent l'accent sur la reprise d'une vie extérieure, avec des interactions sociales, sans symptômes résiduels ni rechutes. L'aspect qualité de vie est encore très peu amené spontanément, les critères étant encore très centrés sur le modèle médical. Nous avons avec la seconde partie du questionnaire pu démontrer que ces concepts sont majoritairement bien accueillis, mais pas toujours bien compris ou intégrés dans leur ensemble. Ainsi travailler à partir de la partie saine est un concept clair et bien accepté, l'autodétermination est bien plus compliquée à admettre. Bien que la plupart des participants aient précisé solliciter le plus possible les patients, ils ont aussi expliqué construire la plupart des projets initialement sans leur avis, craignant de prendre en compte des idées qu'ils jugent non adaptées aux personnes. Le modèle médical en tant que tel est largement mis en avant lorsqu'il s'agit de décrire les pratiques et sortir de ce modèle a peu fait sens.

La réhabilitation psychosociale dans sa version moderne est un domaine peu connu. La plupart des participants ont précisé avoir des pratiques spécifiques de réhabilitation, décrivant le développement d'activités du quotidien au sein de l'institution. L'argument développé étant que cela permet aux personnes d'accéder à des activités qu'elles ne pourraient pas pratiquer, ou ne pratiqueraient pas hors de l'institution. Les unités de réhabilitation psychosociale sont bien connues mais leurs pratiques ou outils ne sont pas encore clairs pour les participants. Deux grands types de représentations ont émergé à leur sujet. Ce sont des unités s'occupant de

patients avec une évolution déficitaire se situant donc presque comme un lieu de vie ; ou ce sont des unités très spécialisées prenant en charge essentiellement de jeunes patients avec schizophrénie. Les outils les plus connus sont de loin la remédiation cognitive et l'éducation thérapeutique. Ces outils sont déjà en cours d'implantation dans divers secteurs, les infirmiers ont régulièrement développé ou ont en projet des groupes d'éducation thérapeutique.

Développer l'information et la formation des différents professionnels est une nécessité pour implanter des pratiques de réhabilitation psychosociale et orientées vers le rétablissement. Ces formations doivent être enrichies d'un enseignement croisé, à la fois entre les différents corps professionnels mais aussi et surtout avec les usagers et membres des familles. Les intérêts sont multiples, du partage d'expérience au changement radical de regard que cela peut entraîner sur l'évolution des personnes et leurs possibilités. Ces partages d'expérience existent déjà au niveau associatif notamment mais restent peu développés actuellement. Le changement des mentalités doit partir des représentations de départ qu'ont les personnes. En effet, la radicalité du changement amené par la perspective du rétablissement risque d'entraîner des réticences et des incompréhensions, si on ne s'appuie pas sur les représentations initiales pour amorcer le changement. Les techniques d'entretien motivationnel doivent s'appliquer dans tout processus de changement.

Faire appel à l'entraide entre pairs était une pratique majoritairement inconnue. Une fois cette pratique précisée, elle a suscité l'intérêt. La majorité des participants se verraient faire appel à un pair-aidant. Ils y voient principalement une personne amenant une expérience que les soignants n'ont à priori pas, ils mettent aussi beaucoup l'accent sur le lien qui pourrait ainsi se créer. S'il s'agit de travailler avec un pair-aidant, plusieurs questions ont été soulevées. En effet, la question de l'intégration et la place du pair-aidant est centrale. Il ressort des questionnaires qu'intégrer ces pratiques en extérieur ou sous la forme de travail en réseau avec des associations semblent assez naturel. Mais intégrer un pair-aidant dans une équipe de soins, et notamment en intra-hospitalier, a soulevé de nombreuses réticences.

Actuellement, une trentaine de médiateurs de santé pair a été formée, une partie est encore employée (58). Tous les parcours ne sont pas représentés, aucun des médiateurs n'ayant été confronté à un parcours de schizophrénie par-exemple. Nous pourrions proposer un système tel qu'il a pu se développer en Belgique. Les pairs aidants sont des usagers et anciens usagers qui interviennent bénévolement au niveau de diverses structures. L'intégration dans ce type de bénévolat se faisant par la motivation et l'échange avec d'autres pairs aidant au sein d'un tissu associatif. Ce système, encore à ses débuts, offre la possibilité de développer de manière simple l'entraide entre pairs et de la structurer progressivement, et surtout il est géré par les usagers et

par leurs proches. Il reste limité actuellement du fait des difficultés à envisager la professionnalisation du savoir expérientiel, incompréhension souvent retrouvée au décours de notre étude.

Interrogés sur leurs pratiques et la manière dont ils se verraient les faire évoluer, la plupart des participants rapportent ce qu'ils font en pratique et reviennent progressivement sur leurs représentations d'un travail de réhabilitation en services. Les pratiques rapportées comme habituelles sont un ensemble d'activités centrées sur le quotidien (activité cuisine, pâtisserie, hygiène, stimulation à la prise régulière du traitement, adoption d'horaires réguliers etc.). Ces activités sont décrites par les participants comme permettant de maintenir un bon niveau d'adaptation à l'extérieur et donc de préparer et faciliter un retour à une vie autonome. Ces pratiques sont rapportées comme fonctionnant de manière très verticale. Parmi les pratiques de réhabilitation psychosociale, une en particulier semble déjà s'implanter dans les services : la psychoéducation. Interrogés sur leur notions et représentations de la psychoéducation, les participants mettent en avant un travail informatif, centré sur le traitement et les symptômes, assurés par des professionnels dans des contextes de groupes. La relation décrite reste assez asymétrique, et l'échange autour de la transmission d'informations assez médicales. Le travail avec les familles, notamment dans un cadre psychoéducatif est une notion fréquemment précisée : à la fois souhaitée, à la fois insuffisamment travaillée pour le moment.

Le questionnement sur l'évolution des pratiques a mené à diverses réponses. Une proportion non négligeable des participants a répondu ne pas savoir, sous entendant qu'ils n'investissaient pas pleinement les idées amenées au décours du questionnaire, malgré une part importante de réactions positives initiales. La formation a été fréquemment proposée, pour les outils spécifiques décrits et pouvant être intégrée dans les services aussi bien d'admissions qu'avec des personnes stabilisées. Le recours plus important aux moyens institutionnels est resté une certaine constante dans ces réponses. La durée d'hospitalisation est souvent jugée trop courte pour pleinement préparer la personne à vivre à l'extérieur, le nombre d'activités intra-hospitalières simulant une vie autonome extérieure serait à développer de façon plus importante. Les principaux aidants rapportés restent les soignants, avec en second les familles.

Les réponses aux questionnaires ont rapporté une certaine continuité du modèle médical avec une relation asymétrique avec d'un côté des « experts » et de l'autre une personne nécessitant des soins. Les enjeux des principes du rétablissement sur le changement des pratiques et de la posture que cela entraîne sont peu intégrés. La psychoéducation/éducation thérapeutique pourrait constituer un levier dans ce contexte. En effet, elles sont fréquemment citées et investies et il serait donc peut-être plus judicieux de les développer. La démarche inhérente au

processus de psychoéducation/éducation thérapeutique se rapproche par de nombreux aspects à celle du rétablissement. Ainsi passer par un outil connu et soutenu par une littérature riche offre la possibilité d'une évolution naturelle vers une posture soignante orientée vers le rétablissement. Dans ce contexte, il paraît opportun de proposer des formations croisées sur la posture éducative entre les différents professionnels/usagers en contact des personnes avec troubles psychiques.

Les infirmiers et médecins, soumis au même questionnaire, ont répondu de manière sensiblement différente. Cela fait ressortir les rôles complémentaires qu'ils peuvent assurer dans les services, l'intérêt porté à ces outils et concepts ayant été très proches. Les infirmiers ont développé l'aspect intégration des outils à leurs pratiques actuelles, ils ont beaucoup cité la psychoéducation par-exemple. Les médecins sont plus revenus sur les outils spécifiques implantés sur d'autres services comme la remédiation cognitive, l'importance du travail avec les familles, ainsi que le travail en réseau. Nous pouvons ressortir de ces échanges que les infirmiers se voient intégrer à leur quotidien certaines des pratiques présentées et que les médecins se voient plus travailler en réseau avec des services spécialisés porteurs de ces pratiques. Ce constat doit conduire à une réflexion croisée sur les pratiques infirmières avancées en santé mentale et à leurs mises en place.

Les internes, sollicités à l'aide du questionnaire informatisé, ont apporté plusieurs éléments intéressants. Ils ont été particulièrement nombreux à répondre, le sujet semble donc questionner et intéresser. La plupart n'avait pas entendu parler de rétablissement mais connaissait la réhabilitation psychosociale. Le fait d'avoir reçu un enseignement sur le rétablissement est corrélée à la connaissance de la réhabilitation, mettant en avant que ces sujets sont probablement abordés ensemble. La connaissance de réseaux d'usagers et de proches n'est pas corrélée à l'enseignement reçu ni à la présence d'un service spécialisé ou à leur avancée dans le cursus. Cela montre souvent un manque de diffusion de l'information tant au niveau de la formation universitaire qu'au niveau des structures référentes/ressources. Seule l'information de l'existence d'un réseau de pair-aidance, d'usagers ou de familles, au niveau de l'hôpital est corrélée à la connaissance de cette pratique par les internes. En augmentant la connaissance des internes sur les diverses structures et réseaux de leur hôpital, au sein du territoire, il y aura davantage recours à ces dispositifs /réseaux. Ce constat doit conduire à modifier l'organisation de la formation des internes DES en réhabilitation psychosociale/rétablissement en introduisant des semestres inter-spécialités (neurologie, génétique..), et dans des lieux d'exercice divers sanitaire, libéral et médico-social, dans le cadre d'un maillage local.

On voit au décours de ces résultats que des pratiques orientées vers le rétablissement ne sont pas encore à l'œuvre dans les secteurs de psychiatrie. En citant très fréquemment les outils institutionnels, le recours préférentiel aux ressources soignantes et hospitalières et en n'ayant qu'une faible connaissance des outils spécifiques et des ressources communautaires.

Les questionnaires ont donc permis de faire émerger les conceptions des professionnels traduisant en majorité un modèle médical, descendant.

La réhabilitation psychosociale orientée rétablissement offre des pistes pour faire évoluer les pratiques.

## **2. La réhabilitation psychosociale comme vecteur de rétablissement**

La réhabilitation psychosociale au cours de son histoire en est venue à proposer une offre de soins cohérente ayant pour but de favoriser l'aller vers et la vie dans la cité des personnes présentant ou ayant présenté un trouble de santé mentale, quel qu'il soit. Nous présentons l'idée qu'implanter des dispositifs intégratifs spécialisés en réhabilitation psychosociale dans chaque territoire, c'est-à-dire répondant à un bassin de population (au minimum de manière intersectorielle), permet une évolution des pratiques intégrant les données validées de la science. Ces nouvelles pratiques, reposant sur un changement de paradigme (du modèle médical au modèle de rétablissement) doit être accessible à tous.

Ces dispositifs permettent, par l'utilisation d'outils spécifiques et en cohérence avec les idées du rétablissement, de poursuivre un processus de désinstitutionalisation souvent en difficulté. En dehors d'une mission d'évaluations et de soins personnalisés, des missions d'information et de formation de l'ensemble des professionnels est nécessaire. De même une mission d'évaluation des pratiques et des dispositifs est indispensable. En effet c'est par le développement de la formation et la démonstration de l'efficacité/ efficacité de ces dispositifs (indicateurs quantitatifs et qualitatifs) que ces nouvelles pratiques pourront diffuser et s'implanter à l'échelle d'un territoire. La mise en œuvre doit être discutée et adaptée en fonction des spécificités propres à chaque territoire (les besoins ne sont pas les mêmes au cœur d'une grande ville et au niveau de secteurs plus ruraux et espacés géographiquement par-exemple).

Ces pratiques ont pu être implantées initialement par les institutions et au niveau de structures spécialisées, et cela le temps nécessaire pour débiter le changement des pratiques et des soins. Cela a permis d'expérimenter et d'infuser localement, mais l'objectif à terme est que l'ensemble de la population puisse bénéficier d'une offre de proximité, et notamment de dispositifs

mobiles/à domicile, dans le cadre d'un maillage santé/social/logement/emploi... Plusieurs missions doivent être définies : coordination d'un travail de réseau au niveau territorial, information et formation des équipes aux outils et concepts, intervention pour des situations complexes et / ou très spécifiques, poursuite du travail avec des outils spécialisés, intégration progressive d'usagers et de familles comme pairs aidants, lutte contre la stigmatisation, actions de santé publique, recherche épidémiologique et appliquée (indicateurs quantitatifs et qualitatifs).

Le rétablissement n'est possible que dans un contexte où l'individu peut être acteur de sa propre vie, de ses soins et où il lui est possible de s'engager dans un travail ou dans des activités significatives dans la collectivité (53). Il ne nous incombe pas d'évaluer, gérer, suivre, former et réadapter quelqu'un, mais de créer des environnements tels qu'il sera en mesure de percevoir qu'il peut être aux commandes de sa vie, et continuer à apprendre et à se développer au-delà des limites qui seraient imposées par l'expérience de la maladie ou la souffrance psychique (59). Ces concepts guident la mise en place et l'évolution des pratiques de réhabilitation psychosociale.

### **3. Idées reçues sur le rétablissement et réponses potentielles**

Les réticences émergeant à la description de ces concepts sont nombreuses. Nous avons repris certaines des questions qui ont été soulevées au décours des rencontres, nous nous sommes inspirés pour les réponses d'un travail du Sainsbury Center for Mental health (60) ayant pour but de promouvoir des pratiques orientées vers le rétablissement.

« Le rétablissement et la guérison sont deux concepts identiques, comment cela serait-il possible alors que persistent des limitations ? ». Non ce ne sont pas les mêmes concepts, le rétablissement se rapporte à la personne et sa vie, pas seulement à la maladie et au traitement bien qu'ils aient une importance. Il s'agit de l'évolution, du devenir de la personne, pas de la maladie.

« Etre rétabli c'est ne plus rechuter ». Non, il s'agit d'un processus non linéaire avec des périodes de progression, de plateau et de recul. Etre confronté aux rechutes, apprendre à gérer les symptômes fait partie intégrant du parcours de rétablissement.

« Le rétablissement ne concerne que les personnes, pas nécessairement les soignants ». Non, la démarche est complète et s'intéresse à l'ensemble des éléments de vie des personnes dont les soins. Il s'agit donc d'aider et de ne pas entraver ce processus.

« Le rétablissement n'est accessible que pour une infime partie de nos patients, les troubles sont souvent trop graves ». Non, le rétablissement n'est pas un résultat ou un retour à la normalité, il s'agit d'un processus, d'un chemin sur lequel s'engage la personne ; notre rôle est donc essentiellement le soutien et le maintien de l'espoir. Il dépend donc plus des ressources et de l'environnement de la personne.

« Le rétablissement c'est trouver le bon traitement ». Non, le processus de rétablissement ne se limite pas au traitement, il intègre l'environnement, la connaissance de la maladie, la confiance en soi etc. Les traitements aideront la personne en soulageant des symptômes potentiellement envahissants.

« Le rétablissement nécessite la création de nouveaux services, d'avoir plus de moyens et de personnels ». Non, le rétablissement propose de réformer et de faire évoluer les services et les pratiques.

« Le rétablissement à l'inverse propose la fermeture des services ». Non, une diminution progressive des contacts avec des services de soins fait en effet partie du processus de rétablissement. Mais ce processus n'est pas linéaire et les services de soins doivent pouvoir être disponibles lorsque les personnes en ont besoin.



## Conclusion

---

L'objet de ce travail était l'exploration des représentations d'une population de professionnels de la psychiatrie publique au sujet de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement. Nous avons souhaité détailler les possibilités d'évolutions des pratiques à partir de ces représentations.

Les pratiques de réhabilitation psychosociale comprennent des outils efficaces. Ces pratiques ont permis le développement d'outils, validés scientifiquement : remédiation cognitive, psychoéducation, entraînement des compétences sociales et thérapies cognitives et comportementales.

L'analyse quantitative et qualitative menée à l'aide du logiciel IramuteQ a permis la réalisation de figures associant les classes entre elles et par importance statistique, puis de tableaux précisant les verbatims dans chacune des classes. De ces figures et tableaux, nous avons pu extraire les représentations. L'étude menée auprès des internes a offert la possibilité d'évaluer les connaissances et l'état de l'enseignement dans les études médicales sur les sujets de réhabilitation et rétablissement.

Ces concepts sont encore peu diffusés. Suite à ce constat, nous avons présenté un modèle d'évolution des pratiques. Nous défendons l'idée d'une diffusion des outils et concepts fondé sur un dispositif de réhabilitation psychosociale par territoire.

Il doit être intégratif, mobilisant tous les acteurs de terrain, sanitaire et communautaire. Il identifie ses missions, communique au niveau du territoire et évalue ses pratiques. L'implication des usagers, professionnels et institutions est une condition nécessaire pour éviter les blocages, épuisements et frustrations. La prise de risque vient de chacun des acteurs, mettant

La pair-aidance et de manière générale une implication importante des usagers dans les structures de soins améliore la qualité des soins. Intégrer des usagers au sein même d'équipes de soins et de formations a en même temps soulevé un vif intérêt et beaucoup d'inquiétudes. Ce sujet soulève différentes questions : comment impliquer des usagers dans ces processus ? Comment les intégrer dans les équipes de soins ? Comment lever les doutes et inquiétudes que cela génère ? Cela doit-il venir de soignants ? Des initiatives ont été menées, notamment dans le cadre du projet européen EMILIA (Autonomisation des usagers des services de santé mentale par l'accès à la formation tout au long de la vie et l'intégration active)(61), il s'intègre au cadre mis en place lors du sommet de Lisbonne en 2000 fixant l'éducation comme un objectif prioritaire de l'union européenne, objectif enrichi en 2005 avec les notions d'inclusion sociale, de cohésion communautaire et de citoyenneté. Il a mené à un développement du travail en

réseau avec les acteurs de l'insertion professionnelle. Des réunions impliquant les soignants, les acteurs de l'insertion professionnelle et les usagers ont pu ainsi être mises en place. (53)

Le rétablissement représente un changement de paradigme dans le champ de la santé mentale en générale. Il implique un changement de posture de l'ensemble des professionnels. Il permet de rendre les pleins pouvoirs au patient sur sa vie et ses soins. Il s'agira de ne plus prendre en charge, mais d'accompagner et conseiller, de partager les responsabilités et les risques et ceci dans le cadre d'un partenariat.

## Bibliographie

---

1. Slade M, Amering M, Oades L. Recovery: an international perspective. *Epidemiol Psychiatr Soc.* juin 2008;17(2):128-37.
2. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Erès; 2012.
3. Anthony WA, Liberman RP. The practice of psychiatric rehabilitation: historical, conceptual, and research base. *Schizophr Bull.* 1986;12(4):542-59.
4. OMS. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [Internet]. 2005. Disponible sur: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index2.html>
5. Farkas M. Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus. *Santé mentale.* 2006;51-8.
6. Deleu GM, Audenhove CV, Farkas MD. Où nous mène la réhabilitation psychiatrique. Marchienne-au-Pont (B): Socrate éditions Promarex; 2012.
7. Addington J, Coldham EL, Jones B, Ko T, Addington D. The first episode of psychosis: the experience of relatives. *Acta Psychiatr Scand.* oct 2003;108(4):285-9.
8. Franck N, Lecomte T. Outils de la réhabilitation psychosociale: pratiques en faveur du rétablissement. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2016.
9. Liberman RP. Recovery from disability: manual of psychiatric rehabilitation. 1st ed. Washington, DC: American Psychiatric Pub; 2008. 588 p.
10. Cnaan RA, Blankertz L, Messinger KW, Gardner JR. Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. *Psychosoc Rehabil J.* 1988;11(4):61-77.
11. Vidon G. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie. Paris: Frison Roche; 1995.
12. Hardy-Baylé M-C. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique. 2015.
13. Franck N, Borrel B. Remédiation cognitive. 2017.
14. Medalia A, Choi J. Cognitive remediation in schizophrenia. *Neuropsychol Rev.* sept 2009;19(3):353-64.
15. Kurtz MM, Richardson CL. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research. *Schizophr Bull.* sept 2012;38(5):1092-104.
16. Vianin P. Programme RECOS : remédiation cognitive et transfert de compétences. Mémoriser des blasons : pour quoi faire ? Remédiation cognitive. In Elsevier-Masson; 2012.
17. McGurk SR, Twamley EW, Sitzer DI, McHugo GJ, Mueser KT. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. *Am J Psychiatry.* déc 2007;164(12):1791-802.

18. Roder V, Mueller DR, Mueser KT, Brenner HD. Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: is it effective? *Schizophr Bull.* oct 2006;32 Suppl 1:S81-93.
19. Birchwood M, Peters E, Tarrrier N, Dunn G, Lewis S, Wykes T, et al. A multi-centre, randomised controlled trial of cognitive therapy to prevent harmful compliance with command hallucinations. *BMC Psychiatry.* 30 sept 2011;11:155.
20. Lewandowski KE, Cohen BM, Keshavan MS, Ongür D. Relationship of neurocognitive deficits to diagnosis and symptoms across affective and non-affective psychoses. *Schizophr Res.* déc 2011;133(1-3):212-7.
21. Miklowitz DJ. Functional impairment, stress, and psychosocial intervention in bipolar disorder. *Curr Psychiatry Rep.* déc 2011;13(6):504-12.
22. Wykes T, Huddy V, Cellard C, McGurk SR, Czobor P. A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. *Am J Psychiatry.* mai 2011;168(5):472-85.
23. HAS - Haute Autorité de Santé [en ligne]. Education thérapeutique du patient [Internet]. 2007. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_602687/fr/education-therapeutique-du-patient](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_602687/fr/education-therapeutique-du-patient)
24. Franck N, Lecomte T. Outils de la réhabilitation psychosociale: pratiques en faveur du rétablissement. Vol. Chapitre 9 : Psychoéducation par un binôme infirmier-patient expert dans les troubles bipolaires et apparentés. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2016.
25. Petitjean F, Bralet M, Hodé Y, Tramier V. La psychoéducation dans la schizophrénie. 2014;
26. Deleu G, Lalonde P. Thérapie psychoéducative. In: *Psychiatrie Clinique.* Montréal; 1999.
27. Favrod JB, Bonsack C. Qu'est-ce que la psychoéducation ? 2008;
28. Falloon IR, Boyd JL, McGill CW, Razani J, Moss HB, Gilderman AM. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. *N Engl J Med.* 17 juin 1982;306(24):1437-40.
29. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* août 1982;141:121-34.
30. Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D. A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: two year follow-up. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* juin 1985;146:594-600.
31. Tarrrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, et al. The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioural intervention with families to reduce relapse. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* oct 1988;153:532-42.
32. Pharoah F, Mari J, Rathbone J, Wong W. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev.* 8 déc 2010;(12):CD000088.

33. Provencher MD, Hawke LD, Bélair M, Guimond A-J. La psychoéducation pour les troubles bipolaires : recension des écrits et recommandations pour le système de santé québécois. *Sante Ment Que.* 2012;37(1):157-87.
34. Gay C, Cuche H. [Psychoeducational measures in managing bipolar disorders]. *L'Encephale.* sept 2006;32 Pt 2:S542-546.
35. Vieta E, Pacchiarotti I, Valentí M, Berk L, Berk M, Scott J, et al. A critical update on psychological interventions for bipolar disorders. *Curr Psychiatry Rep.* déc 2009;11(6):494-502.
36. Reinares M, Colom F, Rosa AR, Bonnín CM, Franco C, Solé B, et al. The impact of staging bipolar disorder on treatment outcome of family psychoeducation. *J Affect Disord.* juin 2010;123(1-3):81-6.
37. Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vontron R, Rouyère N, Huentz M, et al. Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *J Thérapie Comport Cogn.* sept 2008;18(3):104-7.
38. Favrod JB. Efficacité de l'entraînement aux habiletés sociales avec les personnes atteintes de schizophrénie. 1993;
39. Kopelowicz A, Liberman RP, Zarate R. Recent advances in social skills training for schizophrenia. *Schizophr Bull.* oct 2006;32 Suppl 1:S12-23.
40. Corbière M, Leclerc C. Les programmes de soutien à l'emploi : Leurs ingrédients et leur implantation. In: *Manuel de réadaptation psychiatrique- 2ème édition.* 2012.
41. Pfammatter M, Junghan UM, Brenner HD. Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: conclusions from meta-analyses. *Schizophr Bull.* oct 2006;32 Suppl 1:S64-80.
42. Kurtz MM, Mueser KT. A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. *J Consult Clin Psychol.* juin 2008;76(3):491-504.
43. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013;9:465-97.
44. Chien WT, Yip AL. Current approaches to treatments for schizophrenia spectrum disorders, part I: an overview and medical treatments. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1311-32.
45. Mirabel-Sarron C. Les thérapies comportementales et cognitives. In: *Manuel de psychiatrie Guelfi, Rouillon.* 2ème édition. 2012. p. 649.
46. INSERM. Psychothérapie. Trois approches évaluées. [Internet]. 2004. Disponible sur: [http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/146/expcol\\_2004\\_psychotherapie.pdf?sequence=1](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/146/expcol_2004_psychotherapie.pdf?sequence=1)
47. ANAES. Guide d'analyse de la littérature et gradation des recommandations. [Internet]. 2000. Disponible sur: <http://www.anaes.fr>

48. Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behavior therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. *Schizophr Bull.* mai 2008;34(3):523-37.
49. Deegan PE. Patricia Deegan site web [Internet]. Disponible sur: <https://www.patdeegan.com/pat-deegan>
50. Deegan PE. Recovery: The lived experience of rehabilitation. *Psychosoc Rehabil J.* 1988;11(4):11-9.
51. Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s.
52. Deutsch C. L'empowerment en santé mentale. 2015.
53. Greacen T. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Erès; 2012.
54. Duplantier M. Le concept de rétablissement des personnes atteintes de schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante. *Médecine humaine et pathologie.* 2011. <dumas-00639268> [Internet]. *Médecine humaine et pathologie*; 2011. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00639268>
55. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 2003;37(5):586-94.
56. Décret n° 2017-1866 du 29 décembre 2017 portant définition de la stratégie nationale de santé pour la période 2018-2022 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2017/12/29/SSAZ1735885D/jo/texte>
57. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Article 69 [Internet]. Code de la Santé Publique. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=27A400102010156ED7C7917BB508E16D.tplgfr25s\\_2?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=27A400102010156ED7C7917BB508E16D.tplgfr25s_2?idArticle=JORFARTI000031913265&cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=29990101&categorieLien=id)
58. Roelandt J, Staedel B, Rafael F, Marsili M, François G, Le Cardinal P, et al. Programme médiateurs de santé / pairs. Rapport final de l'expérimentation 2010-2014 [Internet]. 2015. Disponible sur: [http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINALE\\_19\\_01\\_2015.pdf](http://www.ccomssantementalelillefrance.org/sites/ccoms.org/files/pdf/RAPPORT%20FINALE_19_01_2015.pdf)
59. Glover H. Pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie: rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Vol. 2; Un nouveau paradigme se fait-il jour ? Toulouse: Erès; 2012.
60. Sainsbury Center for Mental Health. Making recovery a reality. 2008.
61. Greacen T, Jouet E. Le projet Emilia : l'accès à la formation tout au long de la vie et la lutte contre l'exclusion. *Inf Psychiatr.* 2008;84(10):923-9.

## **Recovery and psychosocial rehabilitation: representations of the psychiatric field**

### **Introduction :**

Recovery concept towards psychosocial rehabilitation, is an important field in mental health politics in France and in other countries. The goal of this study is to assess without any « à priori » representations of recovery and psychosocial rehabilitation among professionals from psychiatric field.

### **Methods :**

Professionals and residents have been recruited to answer semi-directed interviews about psychosocial rehabilitation and recovery, from January to April 2018 in several French regions. Two political figures from the mental health world have been solicited to give their point of view about the development of these practices. Iramuteq software has been used to analyse text corpora with a mixed quantitative and qualitative approach.

### **Results :**

Sixty professionals' answers and 192 residents' answers have been collected. Professionals know specific rehabilitation departments and few tools but have not integrated recovery posture and practices. Residents use these practices when they have knowledge of a specific department in their hospital.

### **Discussion :**

Recovery oriented practices need the creation of a catchment integrative rehabilitation department linked to a national network with specific assignments : assessment, care, training, diffusion and applied research.

### **Key words :**

Psychosocial rehabilitation / Recovery / Speech analysis / Training / Organization of care

## **Rétablissement et réhabilitation psychosociale : représentations dans une population de professionnels en psychiatrie**

### **Introduction :**

Le concept de rétablissement, mis en œuvre à travers la réhabilitation psychosociale, est de plus en plus répandu dans les politiques de santé mentale en France et à l'étranger. L'objectif est de recueillir sans à priori les opinions, attentes et représentations de professionnels de psychiatrie publique sur la réhabilitation psychosociale et le rétablissement.

### **Méthodes :**

Des professionnels du secteur de psychiatrie et des internes de DES ont été sollicités pour répondre à des questionnaires/interviews semi dirigés sur la réhabilitation psychosociale et le rétablissement de janvier à avril 2018 sur différentes régions françaises. Deux personnalités politique du monde de la santé ont été sollicitées pour apporter leur point de vue sur le développement de ces pratiques. Le logiciel Iramuteq a été utilisé pour analyser le corpus de texte par une approche mixte quantitative et qualitative.

### **Résultats :**

Soixante réponses de professionnels et 192 d'internes DES ont été recueillies. Les professionnels connaissent les structures et quelques outils mais n'ont pas intégré la posture et les pratiques. Les internes ont recours et utilisent ces pratiques lorsqu'ils ont connaissance d'un dispositif au niveau de leur lieu d'exercice.

### **Discussion :**

Les pratiques orientées rétablissement ne peuvent se mettre en place que par la création d'un dispositif territorial intégré localement et nationalement. Celui-ci doit répondre à des missions explicites d'évaluations, de soins, de formation, de diffusion et de recherche appliquée.

### **Mots clés :**

Réhabilitation psychosociale / Rétablissement / Analyse de discours / Formation / Organisation des soins