



HAL
open science

**Pratique avancée infirmière, une plus-value pour les
parcours de soins et dans la rémission fonctionnelle :
étude qualitative menée auprès de médecins psychiatres
et de paramédicaux des régions
Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est**

David Boivin

► **To cite this version:**

David Boivin. Pratique avancée infirmière, une plus-value pour les parcours de soins et dans la rémission fonctionnelle : étude qualitative menée auprès de médecins psychiatres et de paramédicaux des régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04526948

HAL Id: dumas-04526948

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04526948>

Submitted on 29 Mar 2024

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License



Pratique avancée infirmière, une plus-value pour les parcours de soins et dans la rémission fonctionnelle

Mémoire de recherche

présenté pour l'obtention du Diplôme d'État d'Infirmier en Pratique Avancée

Mention Psychiatrie et Santé Mentale

Étude qualitative menée auprès de médecins psychiatres et de paramédicaux
des régions Bourgogne-Franche-Comté et Grand Est

Investigateur : BOIVIN David (Promotion 2021-2023)

Sous la direction de : Professeur BENNABI Djamilia Service de Psychiatrie de l'adulte CHRU de Besançon

Monsieur MORICONI Stéphane Infirmier Spécialiste Clinique, Infirmier en Pratique Avancée en Psychiatrie et Santé Mentale, Chef de projet en charge du programme « pratique et recherche en clinique infirmière » et Faisant Fonction Cadre de Santé collègue IPA au CHS de Sevrey

Table des matières

Remerciements	3
I. INTRODUCTION	4
II. METHODE	7
A. Méthodologie	7
B. Population de l'enquête	7
C. Durée et lieux de la recherche.....	8
E. Outils d'enquête	8
F. Déroulé des interviews	8
III. PRESENTATION DES RESULTATS	9
A. Premier domaine : les représentations de la maladie schizophrénie.....	9
B. Deuxième domaine : les concepts de rémission (R) et rémission fonctionnelle (RF)	10
C. Troisième domaine : les freins au bon déroulement du parcours de soins.....	13
D. Quatrième domaine : le rôle de l'IPA PSM.....	15
IV. DISCUSSION	17
A. Premier domaine : les représentations de la maladie schizophrénie.....	17
B. Deuxième domaine : les concepts de rémission (R) et rémission fonctionnelle (RF)	18
C. Troisième domaine : les freins au bon déroulement du parcours de soins.....	20
D. Quatrième domaine : le rôle de l'IPA PSM.....	21
E. Points faibles et points forts rencontrés au cours de l'étude	23
a. Liés à la méthodologie	23
b. Points forts.....	23
V. CONCLUSION	24
VI. Bibliographie.....	25
VII. Annexes.....	27
Annexe 1	27
Annexe 2	27
Annexe 3	28
Annexe 4	29
Annexe 5	30
Annexe 6	33
Annexe 7	34
Annexe 8	35
Annexe 9	36
Annexe 10	36
Annexe 11	37
Annexe 12	38
Annexe 13	39
Annexe 14	40
Annexe 15	41

Remerciements

A Madame la Professeur BENNABI Djamilia pour m'avoir fait l'honneur de prendre la direction de suivi de mon mémoire, pour votre soutien, votre accompagnement, vos conseils et votre disponibilité tout au long de mon travail de recherche, ainsi que votre implication dans notre formation. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde et respectueuse reconnaissance.

A Monsieur MORICONI Stéphane, pour ta bienveillance durant ce travail de recherche et durant le stage au sein du CHS Sevrey. Ton expertise et ta posture sont pour moi des objectifs professionnels à atteindre. Merci pour ton accompagnement tout au long de ce travail qui m'a permis d'évoluer positivement en tant que futur IPA. Je tiens à apporter le témoignage de mon plus grand respect et de toute ma reconnaissance.

A Madame SBA Agnès pour tes conseils, ton soutien, tes encouragements et ta croyance en mes capacités. Merci d'avoir eu confiance en ma «capabilité» à devenir IPA.

A Monsieur le Docteur BARBA Maxence pour ta disponibilité et ton expertise. Travailler à tes côtés m'a permis d'acquérir de belles valeurs soignantes.

A Madame la Docteur JABNOUNI Nouha pour ton accueil, ta bienveillance à mon égard, et tous les conseils que tu m'as apporté. Tu m'as guidé afin que je puisse par moi-même trouver ma place en tant que futur IPA.

A l'encadrement de la mention Psychiatrie et Santé Mentale : Madame la Professeur COADY-VULLIEZ Lauriane, Madame la Docteur CHASSAGNE Aline, Monsieur DURAND Éric , Monsieur LETY Christophe, Madame THEBAULT Marion et Monsieur TANGUY Johan. Pour votre implication dans notre formation.

A Amélie, ta présence dans ma vie est une richesse. Merci de ton amour et de ton soutien tout au long de ses deux années intenses et exigeantes.

A Noam, Faustine et Eliott. Merci d'avoir compris que papa était moins disponible pour vous mais qu'il vous aimait toujours aussi fort. Croyez en vous toute votre vie !

A mes parents, ma sœur, ma famille et ma belle-famille. Pour votre soutien sans faille et votre disponibilité sans réserve. L'adage dit qu'on ne choisit pas sa famille mais si j'avais eu le choix c'est sans aucun doute que je vous aurais choisi. C'est plus facile d'avancer quand on est accompagné, encouragé et soutenu comme vous l'avez fait.

A mes collègues de promotion plus particulièrement mes amis Amélie, Jonathan et Nicolas. Vous êtes la cerise sur le gâteau des IPA. Merci pour ses deux années à vos côtés et particulièrement de votre présence lors des moments difficiles.

A mes amis qui m'ont soutenu, conseillé et ont été présents dans les bons comme les mauvais moments traversés et plus particulièrement Alexia et Jérôme. Une pensée pour Nadège qui a souhaité suivre tout le cheminement de ce travail avec enthousiasme.

I. INTRODUCTION

La psychiatrie fait aujourd'hui face à de nombreuses contraintes. Une augmentation croissante des demandes de prises en soins aggravée par la pandémie COVID 19(1), des difficultés de recrutement de soignants mais également une augmentation des durées de certaines hospitalisations en lien notamment avec des difficultés à trouver des places d'hébergement en Établissement ou Service Social ou Médico-Social(ESSMS) pour les patients porteurs de troubles psychiatriques. En France, le nombre de lits en psychiatrie publique est passé de 62 349 en 2001(2) à 55 058 en 2019(3). Par ailleurs, des patients restent hospitalisés bien que leurs situations ne le justifient plus, créant une difficulté supplémentaire en termes de possibilités d'admissions à l'hôpital, alors même qu'en France en 2016 plus de 80 % des personnes malades sont traitées en ambulatoire dans le secteur de la psychiatrie publique(4).

A titre d'exemple, une étude réalisée en 2022 concernant la pertinence des journées d'hospitalisation en psychiatrie menée au Centre Hospitalier Spécialisé(CHS) du JURA sur l'année 2020 a mis en avant un taux d'inadéquation d'hospitalisation des patients à hauteur de 13% pour les unités d'admissions et de 17% pour les unités d'hospitalisation au long cours : 215 dossiers ont été analysés, révélant des hospitalisations non pertinentes pour 32 patients.(annexe 1) Après une étude des dossiers patients concernés, la grande majorité concerne des patients souffrants de troubles psychotiques de types schizophréniques, présentant une rémission de leur symptomatologie mais avec des difficultés de vie en autonomie et en attentes le plus souvent d'une orientation vers une ESSMS. Quels sont les facteurs qui entrent en jeu et compromettent une solution de vie pérenne hors de l'hôpital ? Comment accompagner efficacement ces patients pendant et après une hospitalisation au long cours ?

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) promeut qu'«un état de bien-être complet, comprend l'état physique, mental, social, et environnemental. En ce sens, notre système de santé doit prévenir ce nouvel enjeu et les besoins qui y sont associés, pour répondre efficacement aux attentes des personnes souffrant de pathologies chroniques, de handicap, en situation de dépendance.» Par ailleurs, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) inscrit dans sa priorité 2 «Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale.»(5) Les difficultés de créer un parcours de soins des usagers, avec l'ensemble des acteurs concernés, ne seraient-elles pas une des problématiques d'hospitalisations au long cours ? N'est-il pas nécessaire de repenser l'organisation des soins et des prises en charge de la part des professionnels comme des institutions ?

De plus, tous les États Membres de l'OMS se sont engagés à mettre en œuvre le plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030 qui vise à améliorer la santé mentale grâce à un leadership et à une gouvernance plus efficaces, à une prise en charge complète, intégrée et adaptée aux besoins dans un cadre communautaire, à des stratégies de promotion et de prévention, et au renforcement des systèmes d'informations, des données factuelles et des activités de recherche.(6) Ces objectifs entrent parfaitement dans le champs de compétences des Infirmiers en Pratique Avancée en Psychiatrie et Santé Mentale(IPA PSM) au regard des six compétences socles relatives au métier d'IPA(7) et des travaux d'Hamric (Annexe 2). En ce sens, l'IPA ne doit-il pas être au centre des parcours de soins des patients permettant ainsi une continuité des soins ? Comment concevoir un projet de soins permettant aux usagers de satisfaire un état de bien-être complet en mobilisant l'ensemble des ressources qu'elles soient institutionnelles ou partenariales ?

En France, en 2017, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie est assez stable et s'établit à 29,0 jours.(8) Une hospitalisation longue en psychiatrie est définie comme une hospitalisation supérieure ou égale à 292 jours dans l'année, continu ou non, associée à une présence en hospitalisation l'année précédente.(9) Une étude menée par l'INSEE en 2011 met en évidence que les troubles schizophréniques représentent 52% des pathologies dont sont atteints les patients hospitalisés au long cours en psychiatrie.(10) Contrairement à d'autres pathologies présentes dans cette étude (annexe 3), les patients souffrants troubles schizophréniques peuvent présenter un état de rémission. Avancé par le Dr. Henri Ey dans les années 1950, bien que disposant de moindres moyens thérapeutiques qu'actuellement, l'hypothèse de Rémission(R) dans la schizophrénie n'a connu une définition consensuelle qu'en 2005 avec une étude menée par le Pr. Nancy Coover Andreasen et ses co-chercheurs. Elle l'a définie comme «état dans lequel les patients expérimentent l'amélioration d'un ensemble de signes et de symptômes. De même, aucune manifestation pathologique n'interfère significativement avec le comportement et est inférieure au seuil typiquement utilisé pour justifier initialement le diagnostic de schizophrénie»(11). Andreasen et ses collaborateurs évaluent 2 axes permettant de définir la rémission symptomatique :

- un axe clinique : pour parler de rémission, un niveau de score «faible, minime ou nul» doit être observé sur 8 items de l'échelle PANSS(annexe 4), correspondant aux différentes dimensions cliniques de la schizophrénie.(12)
- un axe temporel : ce niveau de score doit s'observer sur une durée d'au moins six mois.

Cette conceptualisation fût le point de départ de nombreuses études afin de la mettre en évidence. Les résultats démontrent que la rémission symptomatologique permet fréquemment une amélioration des facultés d'adaptation au regard de la compréhension des troubles mais également aux facteurs environnementaux comme la gestion du quotidien ou la vie sociétale. Apparaît alors le terme de rémission fonctionnelle (RF) par le Pr. Llorca et coll., 2009(13) , elle aussi mesurable au moyen d'échelles type échelle FROGS (annexe 5). Un consensus médical naît que la RF ou rémission psychosociale, comme décrite par les Pr. Barak, Bleich et Aizenberg en 2010(14), ne peut être qu'associée à une «rémission symptomatique» alors que la réciprocité n'est pas démontrée.

Concernant les patients mis en avant par l'étude menée au CHS du JURA, les troubles cognitifs, les problématiques sociales ou la perte d'autonomie dans la vie quotidienne ont une résonance sur le processus de rétablissement engendrant des difficultés à reprendre une activité professionnelle, à vivre seul ou à bénéficier d'une orientation en ESSMS. Cette problématique peut trouver une part d'explication dans ce que les Pr. Piaget ou Bourdieu appellent «l'habitus». Le Pr. Vergnaud va plus loin dans sa définition la qualifiant d'«organisation invariante de la conduite pour une classe de situation donnée».(15) Contrairement au concept d'habitus, la réhabilitation psychosociale capitalise sur la notion d'empowerment et la croyance dans les ressources propres du patient, comme le décrit le Pr. Doucet dans ses travaux sur «La contribution de l'approche par les capacités d'Amartya Sen à la pratique professionnelle en santé mentale».(16) Elle vise à développer ces ressources afin d'améliorer le quotidien de la personne et de progresser en vue d'atteindre ses objectifs de vie. Afin de s'inscrire pleinement dans changement de processus, d'habitus à capacité, il faut avoir à l'esprit le concept de transition tel que la Pr. Meleis l'identifie(17). Comme il convient de trouver une adéquation entre souhaits du patients et objectifs de soins, afin d'optimiser une perspective de fin d'hospitalisation au long cours. Ce travail ne peut s'effectuer qu'avec un parcours de soins personnalisé envisageant toutes les solutions pouvant offrir un résultat pérenne, allant d'un retour à domicile à l'intégration d'une ESSMS. Le tout en ne négligeant pas la continuité des soins afin de prévenir toute réémergence de la symptomatologie qu'elle soit symptomatique ou fonctionnelle. Ceci nécessite une relation entre le patient et ses proches, les soignants sans omettre le travail pluridisciplinaire. En effet, si le rôle de l'IPA dans la rémission symptomatique est limitée puisqu'il n'initie pas les thérapeutiques, il semblerait en revanche que l'IPA ait un rôle essentiel à prendre dans la RF en vue d'un rétablissement au travers de ses compétences socles 2, 3, 4, 5 et 6 (annexe 6), ainsi que dans l'offre de continuité des soins par la compétence 1 qui est d'évaluer l'état de santé des patients en relais de consultations médicales pour des pathologies identifiées. En étant au cœur des prises

en charge et des parcours de soins patients, l'IPA PSM s'inscrit pleinement de par son expertise dans un rôle central concernant la rémission fonctionnelle des patients.

Question de départ :

En quoi l'IPA PSM peut-il améliorer le parcours de soins du patient souffrant de schizophrénie et hospitalisé au long cours, au regard des objectifs de rémission fonctionnelle ?

Les hypothèses de recherche proposées sont :

- Les représentations de la part des soignants, du patient ou de son entourage, des ESSMS, concernant les troubles schizophréniques ainsi que les représentations dans les capacités des patients à vivre en dehors des murs de l'institution hospitalière influent la conception du parcours de soins.
- La RF chez les patients atteints de schizophrénie est un concept de soins méconnu chez les soignants et dans l'environnement des patients ou peu pris en compte dans un contexte de tension au sein des hôpitaux (manque de personnel de soins, de lit d'accueil, de moyen pour permettre la RF).
- Le manque de croyance/connaissance dans les concepts tels que ceux de l'empowerment, de la capacité ou de la théorie de la transition selon Meleis ne permet pas aux patients de s'inscrire de façon optimale dans un processus de RF et donc d'induire un parcours de soins fluide.

II. METHODE

A. Méthodologie

La méthode qualitative comme méthodologie d'investigation est apparue comme le choix le plus pertinent car facilitant la compréhension des processus mis en œuvre. En croisant les regards, cet outil, met en valeur les pratiques et la subjectivité propre à chaque acteur de soins interviewé. Il facilite la description des moyens utilisés et analyse avec soin la signification donnée par chacun à ses actions.

B. Population de l'enquête

La population ciblée est celle de soignants ayant une expérience professionnelle auprès de patients souffrants de schizophrénie et hospitalisés au long cours en CHS: médecins psychiatres, Infirmiers Diplômés d'Etat(IDE), IPA PSM. Il s'agit des acteurs médicaux majeurs dans la prise en charge de la population patients cible choisie.

Un objectif minimum de 10 entretiens individuels pour permettre de parvenir à une saturation empirique des données, avec un équilibre relatif entre médecins psychiatres et soignants paramédicaux.

Les directions des soins de l'ensemble des CHS contactées par mails ont toutes données leur accord pour cette étude. Puis les sollicitations des professionnels interviewés se sont faites soit par mail, soit par démarchage physique ou téléphonique.

C. Durée et lieux de la recherche

Le choix fut d'effectuer la recherche en région Bourgogne Franche-Comté, mais également auprès d'une personne établie en région Grand Est, auprès de professionnels de santé exerçant pleinement dans des services de psychiatrie et ayant une expertise dans le domaine de la psycho-réhabilitation auprès de patients souffrants de schizophrénie et hospitalisés au long cours. L'enquête s'est déroulée entre janvier et avril 2023.

E. Outils d'enquête

L'outil d'enquête adopté est un guide d'entretien avec des questions semi directives (annexe 7). Deux entretiens exploratoires avec un médecin psychiatre et un IDE ont été effectués afin d'évaluer la pertinence du questionnaire et de permettre sa validation après une légère modification. Ces entretiens n'ont pas été inclus dans l'analyse des données.

F. Déroulé des interviews

L'ensemble des entretiens ont été réalisés en présentiels, enregistrés avec l'accord des interviewés avec un enregistreur type dictaphone numérique. Un deuxième enregistrement a été effectué simultanément au moyen de la fonction enregistreur du smartphone de l'investigateur et réservé en cas de dysfonctionnement du premier au moyen d'enregistrement. Il est stipulé que l'entretien sera anonymisé à la transcription et détruit dès la fin de ce travail de recherche de même que l'ensemble des données seront traitées de façon agrégée et non individuellement. L'analyse des données s'est faite suivant la retranscription sous forme de verbatim de ces enregistrements audio.

En préambule de ce questionnaire, il est demandé à chaque interviewé quelles sont ses connaissances concernant la fonction des IPA PSM ainsi que leurs missions. Il est également proposé un apport théorique sous forme d'une présentation PowerPoint relative aux missions de l'IPA et au cadre législatif les encadrants. Un recueil socio-démographique a été réalisé durant cette entretien détaillant l'âge, la fonction, l'ancienneté dans la fonction, l'ancienneté dans son service actuel, l'expérience de travail dans une structure médico-sociale et la spécificité faisant lien entre la thématique du travail de recherche et l'interviewé.(annexe 8)

III. PRESENTATION DES RESULTATS

Pour rappel, ce travail d'initiation à la recherche a pour but de comprendre comment l'IPA PSM peut améliorer le parcours de soins du patient souffrant de schizophrénie et hospitalisé au long cours, au regard des objectifs de RF. Au travers de ce que les interviewés ont exprimé, quatre domaines se dégagent : les représentations de la maladie schizophrénie, les concepts de R et de RF, les freins inhérents au bon déroulement du parcours de soins et le rôle de l'IPA PSM.

A. Premier domaine : les représentations de la maladie schizophrénie

Unaniment, tous les participants ont évoqué les représentations véhiculées par la maladie schizophrénie comme négatives, ainsi les exposent Agnès «les troubles schizophréniques ont souvent des connotations négatives dans la société». Cela peut résider dans le fait qu'il s'agisse d'une pathologie apparaissant complexe. Un diagnostic souvent compliqué à établir, décrit par Charles «il y a un retard de diagnostic quand même, dans certains cas c'est difficile de poser le diagnostic», une vision centrée sur des troubles comportementaux «pour eux schizophrénie égale folie, agressivité, quelqu'un d'ingérable» allègue même Nadine. Le tout corrélé par des personnes qui «bien souvent eux-mêmes ont du mal déjà à comprendre ce qui se passe pour eux» souligne Camille. Toute cette complexité engendre parfois chez la personne souffrant de trouble schizophrénique un déni des troubles ou un déficit d'insight entraînant des problématiques dans l'observance du suivi et/ou des thérapeutiques, et donc un risque de rechutes. Pour Agnès «c'est fatigant même quand il y a une prise en charge, c'est fatiguant parce que tout dépend de l'adhésion ou pas aux traitements donc s'il n'adhère pas aux traitements c'est rechutes à répétitions». Ceci ayant pour conséquence de nourrir la négativité des représentations liées à la maladie et de provoquer un épuisement de l'environnement des malades pouvant aller jusqu'à «une mise à l'écart» comme évoquée par Lynda.

«Ça fait peur! Rien que le mot schizophrénie fait peur!» A travers ses propos, Nadine résume le ressenti de l'ensemble des interviewés. Ce mécanisme de peur est exacerbé par différentes causes. «Une image un peu biaisée par les représentations qu'en donnent les médias» affirme Nadège, mais également une méconnaissance de la pathologie en elle-même et de son expression «dans les représentations qu'on peut avoir c'est les personnalités multiples, la dangerosité» nous dit Camille. Cette peur et ces représentations engendrent inévitablement un phénomène de stigmatisation rapporté par la moitié des participants. Concernant la stigmatisation des patients souffrants de schizophrénie et plus généralement des représentations négatives, 40% des questionnés établissent que le degré de formation du personnel soignant s'il l'est lui-même ou les connaissances des troubles ont une incidence directe sur celles-ci :

«je pense que ça vient de la formation ou la formation des soignants» juge Paul. Ces mécanismes se retrouvent aussi bien en ce qui concerne l'institution hospitalière, l'entourage ou dans les ESSMS.

Concernant les patients, l'incompréhension du ressenti des symptômes mais également les représentations qu'ils s'en faisaient avant que le diagnostic ne leur soit donné, font qu'ils peuvent être amenés à réfuter être malade voire à s'auto-stigmatiser : «ils cherchent à s'en défendre, même simplement du mot au-delà de la représentation que ça peut inspirer» selon Charles. Aurélie ajoute «cette auto-stigmatisation fait qu'il y a peu de patients qui l'assument au quotidien je trouve».

Pourtant une pathologie, quelle qu'elle soit, ne devrait pas qualifier une personne et comme il est justement rapporté, les personnes souffrant de schizophrénie doivent être considérées au-delà des représentations et de leur statut de malade : «c'est une personne et le but c'est d'aller mieux, ce n'est pas d'être malade. Ce n'est pas d'avoir un statut de malade» observe Marine. Cependant, la vision tend à changer et l'évolution positive est en marche. Notamment au travers de l'empathie dont fait preuve le personnel : «les soignants sont plus ouverts au niveau de souffrance que peuvent vivre leurs patients» comme l'illustre Charles. Des familles qui, si elles sont éduquées et impliquées, vont accueillir plus favorablement leur proche. Ceci étant valable également pour les ESSMS où Paul s'aperçoit «que le mot schizophrénie qui faisait très peur avant fait de moins en moins peur». Là encore le lien entre la formation du personnel mais aussi l'accompagnement par des professionnels formés (tels que médecin psychiatre, équipe mobile IDE, psychologue, etc.) est rapporté. Structures apportant un réconfort aux patients au travers d'un regard en plein changement : «il y a un effet un peu cocooning, mais pour valoriser l'autonomie. J'ai l'impression que ça reste plutôt bienveillant» selon les propos d'Aurélie.

B. Deuxième domaine : les concepts de rémission (R) et rémission fonctionnelle (RF)

Le concept de R demeure pour près de la moitié des interviewés un concept méconnu. Chez certains, il n'est même pas au cœur de leurs pratiques quelques soit leur fonction. «La rémission ? Nous on n'a pas trop de rémission. On y a été très peu confronté» avance Nadine, lorsqu'il lui est questionné ses connaissances concernant ce concept de soin. Camille tempère en déclarant «Concept trop peu utilisé! Trop peu, je pense qu'il n'est même pas encore rentré dans les pratiques quotidiennes des gens. Je crois qu'il y a encore beaucoup de chemin à faire par rapport à ça.» Par ailleurs, il apparait parmi les personnes questionnées, que le mot rémission pose débat. Beaucoup n'utilisent pas ce terme lui préférant par exemple celui de rétablissement. Pour Nadège «on parle plutôt de rétablissement», de stabilisation pour Fabien «je n'emploie pas ce terme-là, j'emploie plutôt le terme de stabilisation».

Au-delà du simple questionnement étymologique, il y est associé que le terme de R ne soit pas adapté à la science médicale qu'est la psychiatrie. Fabien déclare «la rémission pour moi on est plutôt dans le concept du cancer». Marine elle argumente que la «rémission c'est plutôt un terme médical».

De manière très générale, les soignants questionnés, quand ils en ont connaissance, ont concernant le concept de R une vision centrée sur la symptomatologie positive. Beaucoup, 70%, s'attachent à expliquer que la R dans la schizophrénie est en rapport avec la diminution de la symptomatologie positive des troubles et principalement concernant la production délirante et/ou les mécanismes. Par exemple, Charles explique «le modèle évolutif de la schizophrénie rémittente avec un épisode et puis entre, enfin plusieurs épisodes et puis entre les épisodes une symptomatologie qui soit évoluée à minima ou qui est complètement contenue et qui n'est pas apparent. C'est-à-dire qui ne se traduit pas par des troubles manifestes du comportement, du raisonnement, du contenu des idées enfin tout ce qu'on peut voir comme symptômes.». Cette rémission symptomatique est le fruit de traitements médicamenteux plus efficaces dans la prise en charge de la schizophrénie comme le démontre Paul «je trouve que sur les symptômes positifs c'est essentiellement d'ordre médicamenteux et vraiment la pharmacopée qui a vraiment depuis 30 ans bien évoluée et positivement. Cela a aussi eu une action sur le syndrome de désorganisations mentale, donc on a vraiment aidé à une amélioration». Le développement des programmes de psychoéducation et d'ETP ont également permis d'agir sur une meilleure conscientisation des troubles au travers de l'insight mais également d'agir sur le risque de rechute lié à une mauvaise observance thérapeutique «moins il y a de rechute par mal-observance médicamenteuse mieux c'est! On sait bien que le pronostic va dépendre de ces notions là en particulier pour viser une rémission» observe Paul.

Si l'on aborde plus spécifiquement la RF, deux choses très distinctes sont apparues lors des entretiens. La première est qu'une seule personne interrogée a évoqué spontanément ce concept de soin. Et lorsque ce concept est questionné, il ressort que la RF est une approche dont les soignants ne s'emparent pas. Soit par méconnaissance comme pour Fabien qui confesse «je ne connais pas ! Je ne vois pas ce que c'est! Clairement!» ou par une autre dénomination tel que de nouveau cité le rétablissement, impact fonctionnel ou stabilisation. Il apparaît que certains des soignants ayant pris part aux entretiens font un amalgame entre les concepts de R et RF tel Charles «est-ce qu'il y a un symptôme oui ou non et quel est le degré de qualité de vie de l'individu en parallèle.». Cette approche clinique de RF apparaît en outre fort dépendante de non seulement de l'implication soignante comme le relève Marine «ça dépend aussi du regard du soignant» mais également des moyens qui lui sont alloués, qu'ils soient humains, en temps accordé ou financier. Camille résume toutes ses pensées «il faut faire preuve de beaucoup de

patience et être capable de laisser ses préjugés de côté pour dire c'est pas possible. Alors oui ça demande du temps, des soignants en nombres et motivés et aussi des moyens pour y arriver». Tout comme la difficulté d'évaluer la RF semble être une autre difficulté permettant aux soignants de s'emparer de ce concept. En exemple lorsqu'il est demandé à Lynda comment mesurer l'efficacité de la RF, elle répond «Mesurable ? Ben en fonction des objectifs qu'il veut j'ai envie de dire, c'est lui qui saura fixer les différents objectifs. Donc ça va être mesurable, ouais, au niveau des objectifs. Après au niveau de chiffres tout ça, je vois pas comment».

Cependant on peut noter l'existence d'une perspective soignante, notamment par le fait que même si peu de soignants ont une réelle connaissance de la RF, on retrouve pour beaucoup une réelle volonté de prise en charge du bien-être au sens large pour les patients. Cette volonté s'illustre pour exemple, citons Aurélie «atteindre ses objectifs, en tout cas que la maladie ne le gêne pas dans ses objectifs, qu'on arrive à réduire l'intensité de la sévérité des symptômes suffisamment pour qu'il puisse aller sur ses objectifs personnels, relationnels, socio-professionnels». Malgré une méconnaissance du concept, de la façon de le mettre en place voire de l'évaluer, la plus grande partie des interviewés ont conscience qu'il est nécessaire de prendre en charge la symptomatologie négative induite par la schizophrénie et souhaite développer, si ce n'est pas le cas initialement, une attention particulière à cette dimension de soin, tel Agnès «rémission fonctionnelle c'était vraiment un concept très méconnu que j'aimerais beaucoup apprendre car ça me paraît essentiel en fait pour une prise en charge optimale.»

L'un des points sur lequel s'appuyer est les soignants pratiquant déjà la RF et qui en mesure donc la plus-value apporté aux soignés surtout rapporté à leur qualité de vie. C'est ce que souligne Charles «l'aspect qualité de vie il est hyper important parce qu'aujourd'hui nos patients s'ils vivent hors des établissements de soins, on espère pour eux qu'ils vont pouvoir s'intégrer dans la société et avoir une vie la plus ordinaire possible». Le tout, avec une évolution significative tant dans le développement comme l'accrédite Paul «Donc oui en rémission fonctionnelle je trouve en fonctionnement si vous voulez de la personne là je trouve qu'il y a des progrès énormes qui sont en train d'être accomplis, c'est pas fini il faut continuer.», mais également dans les perspective ouverte à la RF ce que fait remarquer Charles par exemple «je pense que les critères des jugements de soins par les autorités de santé va de plus en plus aller vers inclure des éléments de qualités de vie. Parce que c'est une demande aussi des usagers et de leurs représentants, ce qui est normal.»

C. Troisième domaine : les freins au bon déroulement du parcours de soins

Dans ce domaine, il y a 4 thèmes regroupant les réponses des participants. Les freins au bon déroulement du parcours de soins sont ainsi abordés sous l'angle de l'institution hospitalière, de la pathologie, de l'entourage du patient et des Établissement ou Service Social ou Médico-Social (ESSMS).

Concernant l'institution hospitalière, ce qui est évoqué par 80% des participants est en lien direct avec leurs pratiques soignantes. En premier lieu, c'est l'importance de l'alliance thérapeutique qui est évoquée comme le souligne Agnès «si on a pas d'alliance thérapeutique je pense que c'est un frein majeur aux soins». C'est ensuite la notion de temporalité qui est abordée, essentiellement le temps du patient et celui du soignant. Camille le précise en disant «ce qu'on peut percevoir peut-être des fois comme des freins, c'est parce que pour elle c'est pas le bon moment et qu'elle (la personne) est pas prête. Donc forcément ça marche pas, on est pas sur la même temporalité». L'échec est également cité comme un frein possible. Marine l'évoque au regard de ce qui est provoqué chez les soignants «y'a les histoires, alors c'est de la psychanalyse, mais de contre-transfert c'est-à-dire quand on se sent en échec avec un patient il faut savoir prendre du recul et c'est très compliqué, surtout quand c'est toute une équipe. Prendre du recul et relativiser ça c'est pas simple.» La notion de déficit de croyance concernant les ressources du patient est évoqué à l'exemple de Marine qui explique «ça dépend aussi du regard du soignant, peut-être qu'on a un pouvoir peut-être trop important là-dessus mais un soignant qui est persuadé que le patient ne peut pas évoluer ben ça va pas aider le patient à aller mieux je trouve.» Enfin vient la notion d'habitude dans les prises en soins comme observée par Camille «bien souvent habitués à voir venir les mêmes patients, à voir des cas tellement similaires et agir avec les mêmes comportements «ah oui mais ça on sait que ça marchera pas, non mais ça il peut pas, etc...» non mais en fait nous-mêmes on se met des bâtons dans les roues, et du coup le pauvre patient en face ça l'aide pas !»

Puis, on retrouve des notions ayant trait aux contextes des soins où plus de la moitié des interrogés estiment qu'il en résulte une vraie problématique en lien avec l'institution. Le manque de personnel et de moyens est fréquemment cités, Nadège exprime : «on manque de moyens enfin vraiment. Y'a pas assez de postes infirmiers aussi moi je trouve !». Le temps alloué à une réévaluation clinique satisfaisante est aussi questionné. Ainsi Charles analyse : «le temps médical dévolue à la réévaluation de ces patients, la dérive qu'on constate c'est on va aller au plus bruyant. Et donc progressivement avec la diminution des effectifs, que ce soit médicaux ou paramédicaux, on va avec le temps se focaliser uniquement en fait sur ce qui est considéré comme urgent et laisser en fait courir ce qui est ce qui peut attendre on va dire». Cette problématique autour de la temporalité impacte également le bon fonctionnement dans la conception, le suivi et l'organisation afférent au parcours de soins. Comme Charles le rapporte : «et donc

du coup vu qu'on ne les voit pas suffisamment souvent ou qu'on ne réévalue pas suffisamment souvent leur situation et c'est un processus de délaissement, on ne va pas réfléchir le parcours ultérieur et l'adapter». Une autre vision est celle de : l'hôpital un lieu trop enfermant pour permettre aux patients de développer certaines capacités. Ainsi Aurélie témoigne : «le cadre de l'hospitalisation, que ce soit physiquement les murs, que ce soit le rythme, le règlement et aussi l'équipe qui se dit aussi «il n'a pas l'air suffisamment bien», je trouve que tout ça pose franchement des limites et met la personne sous cloche».

En second lieu, des freins liés à la pathologie qu'est la schizophrénie sont décrits. Hormis le déficit d'insight et la mauvaise observance thérapeutique qui ont déjà été abordés précédemment, deux autres notions provenant de la symptomatologie sont évoquées. Une répercussion lourde des troubles ou des patients pharmaco-résistant pour lesquels une rémission est compliquée à obtenir, ainsi que certains type de schizophrénie. Citons Marine «ce qui est vraiment un frein c'est les formes ultras résistantes, et puis il y a aussi ce qu'on appelle les troubles de la personnalité associés donc quand il y a des formes avec composante psychopathique c'est beaucoup plus compliquer à soigner.» Vient ensuite l'angoisse anticipatoire du changement. Près de la moitié des interrogés stipulent que l'angoisse générée par le fait de créer un parcours de soins peut impacter ce dit parcours. Ainsi l'observe Camille «ils sont tellement pas bien, déjà pas sûr d'eux et angoissés et comme tout changement est source d'angoisse, c'est plus facile des fois de rester dans ce qu'on connaît».

Troisièmement, les freins en lien avec l'entourage de la personne prise en soins . Nombres des soignants mettent en lumière que la prise en charge hospitalière peut être ressentie comme un soulagement par des proches qui ne comprennent pas ou du moins manque de connaissances quand ils sont confrontés aux troubles. Ainsi Camille ressent «Parfois les familles se disent il est bien à l'hôpital, il est en sécurité et ça nous fait peur s'il va en-dehors». A ces éléments déjà identifiés au niveau du domaine des représentations, sont également cités le manque de communication avec les équipes soignantes, le manque de confiance envers son proche malade, la crainte de porter une responsabilité en cas d'échec du projet. Une autre notion importante abordée est la crainte de reviviscence de situations antérieures complexes ayant provoqué un traumatisme comme évoqué par Aurélie «un vécu assez lourd de la maladie pour l'entourage et un soulagement de se dire qu'il est en sécurité, on a plus à s'inquiéter en permanence». La projection d'une altération des capacités ne permettant pas au patient de s'accomplir hors de l'hospitalisation est également mise en avant. Penser que son proche n'est pas capable de vivre en dehors de l'hôpital va provoquer une anxiété anticipatoire. Charles fait justement remarquer ces éléments «pour l'entourage du patient, y'a clairement l'anxiété anticipatoire de l'autonomie. Il y a plusieurs cas de figures en fonction du niveau d'évolution de la pathologie, des gens qui ont une longue expérience

de l'autonomie désastreuse ils vont être angoissés qu'on renvoie le patient chez lui ou chez eux.» Ceci relié parfois à des problématiques de communication «au niveau des familles, l'angoisse. Et bien souvent elle est pas toujours exprimée et le fait de ne pas l'exprimer c'est quand même quelque chose de problématique parce que ça a des conséquences sur le patient qui y est réceptif et du coup ça peut faire foirer des projets» argumente Charles. Dans un autre registre, certains proches pensent le projet de soins pour le patient tout en l'excluant des décisions. Ainsi Lynda constate «niveau familial c'est pareil ça peut être aussi voilà de pas lui laisser la place d'avoir ses choix. Vouloir aussi décider à sa place de ce qui est bon et de ce qui est pas bon, et de ce qu'il devrait faire». Sont également cités, le manque de confiance envers son proche malade, la crainte de porter une responsabilité en cas d'échec du projet «il y a des éléments qui les amènent à ne plus faire confiance ou à ne pas faire confiance à la personne. Dans les autres freins concernant les familles la crainte d'être mis en responsabilité aussi, c'est-à-dire il y a certaines familles qui ne veulent pas ou qui ne veulent plus être responsable de leur proche parce que c'est trop lourds, parce que ça les met trop en difficulté, parce que ça les fait trop souffrir» aborde Nadège.

Enfin, le dernier concerne les freins relatifs aux ESSMS. Outre l'aspect ayant trait aux représentations comme décrit précédemment au travers d'un manque de connaissances, de nombreux interviewés estiment qu'un meilleur lien entre ces établissements et l'hôpital est nécessaire. Ainsi pour Agnès «Alors moi je pense que les freins dans le parcours de soins du patient hospitalisé et présentant des troubles schizophréniques, c'est l'absence de coordination. Je pense que c'est super important de travailler en bonne coordination avec les acteurs du médico-social». Cette étape de co-construction permet de rassurer les ESSMS quant au suivi ambulatoire proposé mais également de gérer la temporalité de prises en charges parfois longues. «Les représentations de la maladie sont un frein, la méconnaissance de la personne, l'assurance qu'il y ai un suivi ambulatoire derrière et un accompagnement, ça c'est important pour les structures accueillantes » tels sont les dires de Charles, tandis que Nadège souligne «quand on fait des projets pour les patients, entre le moment où on décide de faire un projet et le moment où il aboutit clairement il peut se passer des années.»

D. Quatrième domaine : le rôle de l'IPA PSM

Nouvelle profession de santé, l'identification de la place de l'IPA est ressentie positivement par 90% des personnes interviewées. Vu comme un acteur ayant une place centrale pour certains, un rôle pivot pour d'autres ou même les deux comme pour Camille «c'est d'avoir un peu ce rôle un peu central, un peu pivot, d'être un peu aussi au cœur de la coordination pour faire en sorte que les choses elles suivent. Un peu garant du coup du parcours». Ses compétences en tant que clinicien mais également de praticien, sont vues comme un atout supplémentaire. Citons Paul qui explique comment il imagine la place

de l'IPA dans le parcours de soins : «il faut vraiment qu'il y ait quelqu'un qui soit référent de tout son parcours parce que sinon ça plante vite ! Pour moi ce serait top que l'IPA fasse ça ! L'IPA a des outils qui sont sur différents registres par rapport aux autres soignants, et auxquels il va pouvoir faire appel, outils sur le soins, médicamenteux, relationnel, parcours, parcours du suivi». La personnalisation des soins est relevée «je pense qu'il faut que ce soit de la dentelle la prise en charge, l'organisation du parcours de soins faut que ce soit personnalisé et super adapté !» stipule Fabien.

L'accompagnement des équipes est mis en avant aussi comme l'animation de séances d'analyse des pratiques professionnelles et/ou d'évaluation des pratiques professionnelles. Charles décrit «la mission principale de réévaluer les situations d'un peu point du vue clinique et thérapeutique si besoin, et d'être dans l'animation de la pensée autour des parcours». La participation au processus de formation que ce soit des équipes soignantes «le volet formation des équipes que l'IPA est en mesure d'assurer» explique Charles, mais aussi «y'a la formation enfin aussi de former les équipes du secteur médico-social» suggère Nadine. Comme elle note que les IPA «vous avez le côté éducation thérapeutique chez un patient schizophrène ça ne peut apporter que du bénéfice.» Mais là où 80% des personnes sollicitées ont une attente de l'IPA PSM, c'est dans la compétence de leadership clinique afin de créer une dynamique de soins positive, comme le suggère Nadine «recentrer l'équipe sur la situation actuelle, comment est le patient, comment agissent ses symptômes, son bien-être, son humeur et tout, et faire le projet qui en découle. Si ça va pas on réajuste les accompagnements, les traitements, on fait des aménagement dans le quotidien». Par ailleurs, l'IPA est vu comme une personne pouvant faciliter la coordination entre les équipes intra et extra-hospitalière mais également au niveau du lien avec l'entourage. «Faire l'interface avec beaucoup de lien avec la famille, avec les médecins qui vont le suivre aussi» explique Paul. En outre une personne souligne l'intérêt de la compétence IPA pour la recherche en soins infirmier et l'apport de celle-ci.

Concernant le rôle IPA auprès des partenaires extérieurs, plusieurs termes ont été employés : case-manager, coordinateur, référent, formateur, garant du lien. Tous ces termes se regroupent sous 2 axes recherchés et espérés que sont la coordination et la construction commune du projet «l'IPA avec un rôle pivot et central, sur lequel s'appuyer avec en plus des compétences de case-manager, travaillant les différentes orientations et le lien ville/hôpital» tel est la vision de Paul. Mais également cette nécessaire construction de lien et l'entretien de ceux-ci qui tient à cœur pour 70% des interviewés «la question des liens partenaires et l'entretien de ces liens partenaires avec les établissements partenaires» affirme Charles.

Seul Marine déclare «Je l'ai pas imaginé ! C'est pas moi qui ai sorti le truc alors je sais pas. Honnêtement je sais pas.» concernant sa vision de la place de l'IPA dans le parcours de soins. Bien que soulignant l'apport bénéfique des soignants paramédicaux ayant des formations spécifiques «y'a aussi des infirmiers qui deviennent de plus en plus compétents avec un D.U. de case-management, qui font de la remédiation des choses comme ça», elle argumente son positionnement en déclarant «qu'on a pas attendu les IPA pour le faire et on le fait déjà».

IV. DISCUSSION

Au cours de l'analyse des entretiens effectués, certaines affirmations des interrogés dans les différents domaines identifiés nous sont apparus interpellantes (Annexe tableau de codage). En effet, 70% de celles-ci relèvent des problématiques de déni des troubles, d'incompréhension ou de déficit d'insight. 100% expliquent qu'il s'agit d'une pathologie qui fait peur avec des connotations négatives et pour 70% on peut y retrouver un lien avec un aspect formatif ou d'apport de connaissances. Pour 40% des soignants interrogés, le concept de R n'est pas au cœur de leurs pratiques et pose débat pour 40% d'autres soignants. En ce qui concerne la RF nous nous apercevons qu'à 70% les soignants ont du mal à s'en emparer, soulignant également la problématique d'évaluation et d'implication même si 80% souhaitent qu'elle soit développée. Concernant les freins inhérents au parcours de soins, 80% des interrogés font état d'une problématique directement imputable aux soins à proprement parlé : angoisses anticipatoires, déficit d'insight, prise en charge hospitalière ne permettant pas d'optimiser la rémission fonctionnelle. Enfin 90% ont fait preuve d'enthousiasme concernant le rôle que peut jouer un IPA PSM auprès des patients souffrants de schizophrénie et son implication dans la rémission fonctionnelle. 80% soulignent l'importance de l'IPA au regard de son leadership clinique. 70% y voient un intérêt dans les consultations de relais, et 70% positionnent l'IPA dans une fonction de coordinateur des parcours de soins.

A. Premier domaine : les représentations de la maladie schizophrénie

Dans le dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques, le Pr. Yves Reuter décrit les représentations comme «des systèmes de connaissances qu'un sujet mobilise face à une question ou à une thématique, que celle-ci ait fait l'objet d'un enseignement ou pas.» (18) Concernant la schizophrénie, il apparaît que quelques soient les identités associées (patient, famille, société, ESSMS, voire soignants...), les représentations sont essentiellement négatives servant alors de guide à la stigmatisation des personnes en souffrant. Le sociologue et anthropologue Erving Goffman définit la stigmatisation comme un «processus d'attribution à des individus de caractéristiques qui les rendent «culturellement inacceptables » ou jugés « inférieurs»».(19) Cette stigmatisation est indubitablement une cause de l'auto-stigmatisation que l'on retrouve chez ces personnes et qui est soulignée par les interviewés.

Or, comme démontré par une étude suisse (20), l'auto-stigmatisation est un facteur majeur concernant le déficit d'insight, lui-même essentiel pour l'adhérence au traitement. Ces auteurs relèvent donc l'importance de travailler l'image que le patient se fait des troubles dont il souffre afin qu'il puisse développer un insight et s'approprier le traitement. Grâce à l'échelle Self-Stigma Scale-Short (SSS-S) (Annexe 9), il est possible de réaliser une évaluation de ce sentiment d'auto-stigmatisation. De même il existe plusieurs échelles permettant d'évaluer l'insight celle de Birchwood et coll. (Annexe 10) ou celle de Beck (Annexe 11) par exemple. Aucun des soignants interrogés ne mentionnant ces outils, il convient de se questionner sur leurs accessibilités, sur la nécessité d'apporter aux équipes de soins leurs connaissances. En outre, l'IPA peut grâce à son expertise clinique et au travers d'ETP par exemple, travailler sur la conscientisation de la maladie ou encore la prévention de la réémergence des troubles.

Concernant les représentations de l'entourage ou des ESSMS, on peut analyser des entretiens effectués qu'il existe une carence dans la connaissance de la pathologie alors que dans un même temps, lorsqu'il y a compréhension des troubles, les représentations négatives tendent à s'estomper. Il apparaît donc nécessaire de favoriser cette compréhension de la maladie pour les tiers et autres partenaires notamment grâce à des actions de formation ou d'ETP, type le programme pro famille (Annexe 12) comme évoqué par Paul ou le programme BREF (Annexe 13) qui est un programme moins lourd en terme d'investissement et de contraintes. Il apparaît également primordiale de réfléchir à des actions d'accompagnement de notre part, professionnels de santé du champs médical en faveur des partenaires.

B. Deuxième domaine : les concepts de rémission (R) et rémission fonctionnelle (RF)

Au cours de cette recherche, constater que de nombreux soignants méconnaissent voire réfutent le concept de R dans la schizophrénie nous questionne. Le Dr. François Danet dans sa parution «La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité» analyse que «le psychiatre a un statut marginal au sein de la médecine, tant heuristique qu'institutionnel, marqué par l'appartenance à de multiples modèles de pensée (biologie, droit, psychanalyse et sociologie). Il est coutumier de la négociation d'une place dans la médecine vis-à-vis de ses confrères.» (21) Ce statut de science médicale mise à part, ou qui se positionne parfois à part, peut expliquer que le terme de R ne soit pas vu comme adapté au contexte psychiatrique. Se défendre d'utiliser des mots ayant plus une connotation de la médecine somatique pourrait permettre de s'émanciper ou de s'affirmer en tant que science médicale propre. Comme le décrypte le Dr. Catherine Luxereau, il existe une «opposition dialectique entre un discours médical somatique objectivant et un discours «psy» faisant valoir la place d'un sujet dans une perspective existentielle » soulignant également que « le premier utilise parfois le second au détriment du patient.» (22) Or c'est en observant et s'inspirant des autres sciences médicales que le Pr. Andreasen et

ses co-chercheurs ont construit leur cadre conceptuel (12), cadre ayant permis la construction de l'échelle PANSS (Annexe 4). Ce concept de soins est par ailleurs, au vue des entretiens, mieux maîtrisé par le corpus médical plutôt que par les paramédicaux. L'impact de l'IPA PSM doit être de développer cette notion auprès des équipes pluridisciplinaires.

En 2009 les Pr. Harvey et Ballack expliquent que «l'un des principaux problèmes associés à la récupération fonctionnelle en tant qu'objectif est l'absence presque totale de consensus sur la terminologie et les normes appropriées utilisées pour indexer les niveaux d'accomplissement dans le processus de récupération fonctionnelle.» (23) Ces complexités conduisent au fait que les soignants ne s'emparent pas pleinement de la RF. Cependant ils en concluent à considérer «la rémission fonctionnelle comme un domaine de fonctionnement distinct de la rémission clinique et de la réponse subjective et nous soutenons que le processus de rétablissement inclut tous ces domaines.» Tous les interrogés soulignent ce processus de rétablissement possible et une volonté que ceci se produise pour leurs patients pris en charge comme le déclare Marine «il y a toujours des possibilités d'évolution si on veut bien garder les yeux ouverts là-dessus.» Et c'est là qu'apparaît non seulement le nécessaire positionnement médical dans l'orientation des soins apportés mais également la formation reçue permettant de se doter de moyens de mettre en œuvre la RF et de l'évaluer afin d'agir. Nous devons porter à la connaissance des acteurs de soins des outils permettant de définir les axes de travail, tel l'échelle SQoL-18 (Annexe 14), l'échelle WEMWBS (Annexe 15) ou bien l'échelle FROGS.(Annexe 4)

Pour le Pr. Nicolas Franck «la perspective de rétablissement impose de définir de nouvelles cibles de prise en charge et d'accompagnement, non plus centrées sur la rémission symptomatique mais sur les objectifs propres au patient et donc, de cibler ses capacités et ses difficultés quotidiennes.» (24) La volonté affichée des soignants ayant participé aux entretiens de ce travail démontre une réelle motivation dans ce changement de paradigme, telle Aurélie argumentant «que le patient puisse atteindre ces objectifs, en tout cas que la maladie ne le gêne pas dans ses objectifs, qu'on arrive à réduire l'intensité de la sévérité des symptômes suffisamment pour qu'il puisse aller sur ses objectifs personnels, relationnels, socio-professionnels». Par ailleurs, et pour faire lien avec le domaine des représentations, le Pr. Nicolas Franck d'ajouter que «pour promouvoir le rétablissement d'une personne, il n'est pas possible d'omettre de comprendre la manière dont elle a construit son identité et dont elle perçoit sa maladie, ses difficultés et ses desseins.» (24) Il apparaît nécessaire de repositionner le patient dans un statut de personne ayant une problématique et requestionner nos propres représentations afin de se placer sur le chemin du rétablissement et donc de la rémission.

C. Troisième domaine : les freins au bon déroulement du parcours de soins

Le dictionnaire de l'académie Française définit un frein par «ce qui retient, borne ou entrave» (25). Les parcours de soins chez les patients souffrants de schizophrénie et hospitalisés au long cours, sont malheureusement confrontés à de nombreux freins. Parmi les mentionnés, nous choisissons de discuter ceux pour lesquels l'IPA PSM doit avoir un impact au regard des compétences établies selon le modèle de la Pr. Hamric. (26)

L'un des plus fréquemment rapporté est que le changement ou l'évocation d'un changement, est générateur d'angoisse pour le patient, à moindre degré évoqué pour son entourage. Cette anxiété anticipatoire est à distinguer de celle que l'on retrouve dans le trouble panique. Durant ces séminaires de 1962-1963 consacrés à l'angoisse, Lacant la qualifie comme un affect, tout comme Freud dans «Inhibition, symptôme, angoisse»(1925). A la différence de Freud qui affirme que l'angoisse ne peut être éprouvé que par le moi, excluant donc les maladies psychotiques, Lacant argumente que la personne souffrant de psychose éprouve cet état d'affect ressentit presque viscéralement comme il peut ressentir des phénomènes de dépersonnalisation. Argument repris par le psychologue Nicolas Brémaud quand il écrit que «L'angoisse dans la psychose n'est pas l'équivalent de la certitude délirante, mais elle provient de ce que le sujet psychotique est réellement et littéralement traversé par des phénomènes élémentaires énigmatiques qui demandent à ce que le sujet apporte une réponse signifiante au vide de signification.»(27). Cette phénoménologie de l'angoisse doit être anticipée, évaluée, et bien entendue prise en compte. L'IPA PSM doit être un acteur influant de ce que Brémaud nomme comme le vide de signification. Il faut non seulement respecter la temporalité du patient dans la conception du parcours de soins mais veiller à combler ce vide, que ce soit au travers de consultations de relais par exemple, en recherchant et en expliquant les éléments pouvant être source de cette angoisse, en accompagnant psychiquement et/ou physiquement au changement. Nous pouvons également confronter ce schéma d'action à l'accompagnement qui peut être proposé à l'entourage du patient. En effet, il existe un parallèle entre l'angoisse anticipatoire du patient et celle de son entourage, c'est une angoisse dont l'origine est celle de la vie et l'autonomie en dehors des murs de l'hôpital.

Un autre concept pouvant faire frein dans la conception du parcours de soins est ce que Pierre Bourdieu nomme le concept d'habitus. D'après les Pr. Jean-Paul Bronckart et Marie-Noëlle Schurmans , lors de leurs travaux sur Bourdieu, «il s'agit d'abord de structures pratiques de fonctionnement, qui sont issues de l'expérience et qui constituent en retour un cadre orientant les activités d'un sujet. Et il s'agit en second lieu de structures représentatives (ou à tout le moins accessibles à la représentation) qui sous-tendent certains aspects de la pensée.» (28) Ce concept d'habitus ramené et contextualisé aux travaux

du Pr. Meleis sur la théorie de la transition(29) peut se définir comme étant une théorie de l'insuffisance. Dans son premier travail théorique, le Pr. Afaf Meleis définit le rôle de l'insuffisance comme étant le résultat de transitions nuisibles pour la santé. Et afin de contrer l'insuffisance, la transition doit passer par la supplémentation. Le rôle de supplémentation est de repérer l'insuffisance de rôle ou l'insuffisance potentielle de rôle. La supplémentation comprend également la clarification et la prise des rôles, elle peut être préventive et thérapeutique. L'IPA PSM doit par son leadership clinique être un acteur majeur dans le rôle de supplémentation. Il lui faut également s'appuyer sur l'effet vicariant que sa posture, ses actions vont engendrer. En effet la canadienne Nicole Parent, docteur en sciences infirmières, a basé son étude sur la théorie de l'auto-efficacité de Bandura qui elle-même découle de la théorie de l'apprentissage social. Elle décrit que si on observe qu'un comportement adopté par d'autres réussit, cette constatation augmente la tendance à se comporter de la même façon et inversement.(30) Ce changement de paradigme doit trouver sa source sur la notion de capabilité dans le soins. Ainsi le décrit le Dr. Philippe-Svandra «le soin peut apparaître comme une action organisée qui va permettre de redonner des capacités à une personne vulnérable qui, à un moment donné de sa vie, provisoirement ou définitivement, en est plus ou moins privées. Le soin serait cette aide que je propose à autrui afin que celui-ci retrouve une «puissance d'agir» qui peut, certes, être altérée par la souffrance mais jamais anéantie. Avec ses compétences et sa sollicitude, le soignant doit permettre (ou du moins faciliter) ce réarmement des capacités. Sa tâche consiste à «re-possibiliser» l'existence de son patient, de l'aider à donner un horizon nouveau à sa vie, ouvrir son champ des possibles.»(31) Ceci permettant de s'approcher du modèle de la Pr. Jean Watson qu'est le modèle du Human Caring. (32)

D. Quatrième domaine : le rôle de l'IPA PSM

«Le DE IPA répond également aux besoins exprimés par un secteur d'activité qui a longtemps demandé que les infirmiers puissent bénéficier de dispositifs leur permettant de développer leur expertise en psychiatrie et en santé mentale depuis la suppression de la formation d'ISP en 1992.» (33) Telle est l'une des conclusions de la proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation inter-hospitalier Théodore Simon. Les demandes en apports d'expertises et d'accompagnements des équipes, qu'elles soient hospitalières ou de la part des partenaires, sont très largement appelées par les soignants participants aux entretiens de notre travail de recherche. L'accompagnement, au sens large du terme, se regroupe avec cette vision de coordinateur dans les parcours de soins que demandent les interviewés. Cela doit faire lien avec l'article 74 de la loi 2016-41 du 26 janvier: «le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux.» (34). En effet L'IPA est un acteur de soins dont l'une des missions est de recevoir,

rechercher et synthétiser l'ensemble des informations relatives aux patients afin de les transmettre aux professionnels concernés. Son expertise et ses compétences dans la compréhension des problématiques médicales et psychosociales, ses connaissances en sciences infirmières acquises durant son cursus universitaire, lui permettent de mieux identifier les outils et les canaux de transmissions des informations entre les différentes structures de soins. L'un des objectifs étant d'éviter des ruptures dans le parcours ou des orientations non pertinentes. Il intervient aussi dans la prévention d'hospitalisations évitables, au travers de la compétence 1 «évaluer l'état de santé en relais de consultations médicales.» L'IPA PSM se doit d'adapter sa posture tant il est attendu sur ses compétences de clinicien au regard du leadership clinique demandé mais aussi du nécessaire besoin d'EPP et APP qui est formulé au travers des entretiens. Ses compétences en tant que praticien sont également sollicitées en consultation de relais et dans l'identification du besoin formulé dans l'accompagnement des ESSMS. De même que ses aptitudes en matière de formation et d'ETP doivent être mobilisées. L'IDE Cécile Glaser et les Dr. Olivier Canceil et Guy Gozlan dans leurs travaux sur le case-management en psychiatrie avancent qu'il «est possible de définir trois niveaux de pratiques de réseau : la liaison, la coordination, l'intégration complète.» (35). L'IPA PSM confère tous les niveaux requis avec des qualifications supplémentaires. Il est donc parfaitement apte à assurer une fonction hybride de case-manager/coordonateur/clinicien/praticien/formateur.

L'exploitation des entretiens menés nous a permis de constater que les attentes auprès de l'IPA PSM sont nombreuses que ce soit concernant les concepts de R et de RF ou l'accompagnement des patients, de leurs familles, des professionnelles de santé, des ESSMS. Ainsi notre volonté en tant que futur IPA PSM est d'insuffler aux équipes de soins la croyance dans ces concepts de R et RF, mais surtout de redonner du sens à des hospitalisations qui parfois en sont dénuées. Accompagner le patient avec une vision holistique nécessite de prendre soin également de ses aidants et de ceux qui assureront le relais des soins hospitaliers. Se référant au concept du Human Caring et au regard des objectifs de RF nous sommes convaincus, au travers de ce travail de recherche, que l'IPA PSM a non seulement toute sa place et sa légitimité dans le parcours de soins du patient souffrant de schizophrénie et hospitalisé au long cours mais qu'il est également une plus-value dans celui-ci. A la question de départ : est-ce que l'IPA PSM peut l'améliorer le parcours de soins ? Nous pouvons répondre sans retenue par l'affirmative. Le nombre élevé de freins que l'on peut retrouver au cours du parcours permet à l'IPA PSM d'avoir un champ d'action très large au regard des six compétences socles. L'IPA PSM se doit de s'adapter en permanence tout en conservant sa propre identité professionnelle et ainsi faire sens à ses actions.

Il peut être également pertinent d'adapter les outils de mesures de R et de RF existants dans le cadre de la réhabilitation psychosociale à une population autre que celle des psychoses émergentes ou des UHR.

Une réflexion sur la création d'indicateurs qualitatifs et quantitatifs au service de la R et de la RF est à prendre en compte tout en donnant du sens à nos actions car comme l'exprime le Dr. Nicolas Rainteau «se limiter au simple rétablissement médical, c'est s'adresser uniquement au patient et pas à la personne qu'il y a derrière. C'est supprimer des symptômes ou utiliser des outils sans se demander à quoi cela servira dans sa vie quotidienne. C'est prendre le risque de tout interpréter par le prisme de la maladie. C'est limiter son métier à des frontières qui ne sont plus en adéquation avec les demandes des usagers. C'est oublier que notre travail c'est d'accompagner les personnes dans leurs globalité. Si on considère que le rétablissement médicale c'est 1/10e du travail, ne faire que ça nous fait devenir 1/10e de soignant».(36) Nous ne voulons pas être vu uniquement comme un praticien, comme un clinicien, comme un case-manager ou comme un formateur. Notre souhait est qu'au travers de notre investissement et notre volonté de changement de paradigme, nous ayons un impact qualitatif et mesurable tant dans les dynamiques d'équipes et de soins, que dans la réussite des parcours de soins avec une qualité reconnue par les acteurs : patients, aidants, familles, personnels soignants et des ESSMS

E. Points faibles et points forts rencontrés au cours de l'étude

a. Liés à la méthodologie

Le choix d'effectuer des entretiens individuels en présentiel dans 6 centres hospitaliers spécialisés différents a certes permis de s'émanciper du risque d'une culture de soins à pensée unique, mais a nécessité une plus grande rigueur organisationnelle afin de mener de front le stage en milieu professionnel du semestre 4 et la réalisation de ce travail d'initiation à la recherche.

L'outil guide d'entretien s'est avéré peu précis concernant notamment le questionnement sur les freins existants dans la conception de parcours de soins chez le patients souffrant de schizophrénie hospitalisés au long cours. Cela a engendré un grand nombre de réponses (parfois peu en lien avec la question initiale) et rendu l'exploitation et l'analyse de ce domaine plus compliquées.

La difficulté de trouver des ressources dans la littérature concernant la RF chez les patients souffrant de schizophrénie et hospitalisés au long cours a rendu l'analyse plus ardue. En effet, le prisme de la RF se trouve dans le concept de la réhabilitation-psychosociale et ce champs se décline en grande majorité dans le cadre de psychose émergente ou chez les patient dits « Ultra Haut Risque ».

b. Points forts

La volonté d'avoir un pourcentage égale entre interviewés du corpus médical et du corpus paramédical a permis une plus grande richesse de réponses. Cela a également permis d'explorer des points de vues et des ressentis différents mais complémentaires.

Le choix de traiter le thème de la RF avec une population cible différente de celle habituellement questionnée, a provoqué un réel engouement chez les interviewés. Certains se réjouissent même d'un travail de recherche traitant de patients dits «chroniques parce qu'on sent les personnes délaissées» pour citer Aurélie.

V. CONCLUSION

«La pratique de la décision médicale est l'expression d'une médecine qui n'est plus seulement centrée sur la maladie, mais désormais aussi sur la personne et sur son devenir.» (37) Les Pr. Pachoub et Llorca en collaboration avec les Dr. Salmona et Trabut, s'expriment sur ce nouveau paradigme dans le champs de la médecine psychiatrique qu'est : le patient partenaire. Comme nous l'exprimons au travers de ce travail, s'ouvrir aux concepts de R et RF ne signifie plus se focaliser uniquement sur les signes cliniques ou aller au plus bruyant mais prendre en charge le patient dans sa globalité, avoir une vision holistique et redonner aux patients hospitalisés au long cours une place d'acteur principal dans les soins afin de viser des objectifs propres de R et de RF. Ainsi la Docteur en psychologie et conférencière Patricia E. Deegan, elle-même souffrant de schizophrénie, nous explique «Ce qui importe dans un sens véritablement existentiel, ce n'est pas la maladie ou le trouble. Ce qui existe, c'est un être humain, et la sagesse requiert que nous regardions et respectons profondément cet être humain avant toute chose. La sagesse demande que nous entrions de tout cœur dans la relation avec cet être humain, dans le but de le comprendre ainsi que de comprendre son expérience. Seulement serons-nous capable d'aider d'une façon qui sera vécue comme aidante.» (38). Ces propos nous ramène au concept du Human Caring de Watson prônant la vision d'une relation transpersonnelle empreinte de cohérence, d'empathie et de chaleur humaine, concept proche de la psychiatrie humaniste dont se revendiquaient Tosquelles (39) et Oury.(40) Chaque prise en charge se doit d'être individualisée afin de définir des objectifs de R mais également de RF personnels, qui influenceront nécessairement sur l'orientation du parcours de soins. Grâce à son leadership clinique et ses nombreuses autres compétences l'IPA PSM est la personne à même d'insuffler cette dynamique, et de profiter de l'effet vicariant que sa posture engendrera afin de cultiver en équipe pluridisciplinaire chez les personnes prises en soins l'empowerment. Car comme l'explique le Dr. Rainteau l'empowerment, c'est «remettre la personne au centre de la collaboration et des décisions. Redonner le pouvoir sur sa propre vie à l'utilisateur. Se mettre au service de ses projets, de ses envies et de sa temporalité».

(36)

VI. Bibliographie

1. Santé mentale et COVID-19 [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/dossiers/coronavirus-covid-19/enjeux-de-sante-dans-le-contexte-de-la-covid-19/articles/sante-mentale-et-covid-19>
2. Cases C, Salines E. Statistiques en psychiatrie en France : données de cadrage. Revue française des affaires sociales [Internet]. 2004;(1):181-204. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2004-1-page-181.htm>
3. En 2019, le nombre de places en hospitalisation partielle poursuit sa progression, Etudes et résultats de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Évaluation et des Statistiques page 3 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1164.pdf>
4. Coldefy M, Gandré C. Atlas de la santé mentale en France. Paris: IRDES; 2020. (Série atlas - IRDES).
5. Projet territorial de santé mentale - PTSM - Ministère de la Santé et de la Prévention [Internet]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
6. Santé mentale : renforcer notre action [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
7. Décret n° 2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée. 2018-629 juill 18, 2018.
8. Jabri K (DREES/SEEE/BACS). Les dépenses de santé en 2018 > édition 2019 > DREES. :2. https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-03/19-16_0.pdf
9. Ynesta DS, Danguin MAS. Les hospitalisations psychiatriques au long cours en Rhône-Alpes. :154. <https://www.auvergne-rhone-alpes.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-04/Consulter%20les%20r%C3%A9sultats%20de%20l%27enqu%C3%AAt.pdf>
10. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. 2014;8.
11. Ey H. La psychiatrie française de 1900 à 1950. Inf Psychiatr [Internet]. 2014;90(8):691-7. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2014-8-page-691.htm>
12. Andreasen NC, Carpenter WT, Kane JM, Lasser RA, Marder SR, Weinberger DR. Remission in Schizophrenia: Proposed Criteria and Rationale for Consensus. Am J Psychiatry [Internet]. mars 2005;162(3):441-9. Disponible sur: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.3.441>
13. Rouillon F, Baylé FJ, Gorwood P, Lancrenon S, Lançon C, Llorca PM. Évaluation de la rémission fonctionnelle dans le trouble schizophrénique : l'échelle FROGS. L'Encéphale [Internet]. mai 2013;39:15-21. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700613000080>
14. Barak Y, Bleich A, Aizenberg D. Psychosocial remission in schizophrenia: developing a clinician-rated scale. Compr Psychiatry [Internet]. janv 2010;51(1):94-8. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0010440X08001818>
15. Perrenoud P. De la pratique réflexive au travail sur l'habitus. Recherche & formation [Internet]. 2001;36(1):131-62. Disponible sur: https://www.persee.fr/doc/refor_0988-1824_2001_num_36_1_1694
16. La contribution de l'approche par les capacités d'Amartya Sen à la pratique professionnelle en santé mentale : une analyse éthique-Hubert Doucet <https://www.erudit.org/en/journals/bioethics/2020-v3-n2-bioethics05672/1073551ar.pdf>
17. Théorie des transitions de Afaf Ibrahim Meleis <https://afedi.com/Documentation/Article/15>
18. Reuter Y, Cohen-Azria C, Daunay B, Delcambre I, Lahanier-Reuter D. Représentations. In: Dictionnaire des concepts fondamentaux des didactiques [Internet]. Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur; 2013. p. 191-6. (Hors collection; vol. 3e éd.).
19. Castillo MC, Lannoy V, Sez nec JC, Januel D, Petitjean F. Étude des représentations sociales de la schizophrénie dans la population générale et dans une population de patients schizophrènes. L'Évolution Psychiatrique [Internet]. oct 2008 ;73(4):615-28. Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014385507000783>
20. Bichsel DN. La stigmatisation : un problème fréquent aux conséquences multiples. REVUE MÉDICALE SUISSE. 2017;

21. Danet F. La psychiatrie, une spécialité marginale dans la modernité. L'information psychiatrique [Internet]. 2013;89(1):33-41. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2013-1-page-33.htm>
22. Luxereau C. Psychiatrie en médecine : « la confusion des langues ». Champ psychosomatique [Internet]. 2001 ;23(3):157-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-3-page-157.htm>
23. Harvey PD, Bellack AS. Toward a Terminology for Functional Recovery in Schizophrenia: Is Functional Remission a Viable Concept? Schizophrenia Bulletin [Internet]. 1 mars 2009 ;35(2):300-6. Disponible sur: <https://doi.org/10.1093/schbul/sbn171>
24. Franck N. Préface. In: Santé mentale et processus de rétablissement [Internet]. Nîmes: Champ social; 2017. p. 13-4. (Collectif psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-processus-de-retablissement--9791034600403-p-13.htm>
25. française A. Dictionnaire de l'Académie française [Internet]. Disponible sur: <http://www.dictionnaire-academie.fr/article/A9F1604>
26. Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET. Advanced Practice Nursing - E-Book: An Integrative Approach. Elsevier Health Sciences; 2013. 754 p.
27. Brémaud N. De l'angoisse dans les psychoses. Cliniques méditerranéennes [Internet]. 2013;88(2):185-202. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-cliniques-mediterraneennes-2013-2-page-185.htm>
28. Bronckart JP, Schurmans MN. 6. Pierre Bourdieu – Jean Piaget : habitus, schèmes et construction du psychologique. In: Le travail sociologique de Pierre Bourdieu [Internet]. Paris: La Découverte; 2001. p. 153-75. (Poche / Sciences humaines et sociales). Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-travail-sociologique-de-pierre-bourdieu--2707130869-p-153.htm>
29. Théorie des transitions de Afaf Ibrahim Meleis - M.TH CELIS-GERADIN-C GAILLET JP AFEDI/ Octobre 2019 <https://afedi.com/Documentation/Article/153>
30. Parent N, Fortin F. L'utilisation de la recherche dans la pratique clinique : Programme de parrainage à l'intention de patients cardiaques. Recherche en soins infirmiers [Internet]. 1999;57(2):50-6. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-1999-2-page-50.htm>
31. Svandra P. Un regard sur le soin. Recherche en soins infirmiers [Internet]. 2008;95(4):6-13. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-4-page-6.htm>
32. Krol PJ, Lavoie M. De l'humanisme au nihilisme : une dialectique sur la théorie du caring de Jean Watson. Recherche en soins infirmiers [Internet]. 2015;122(3):52-66. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2015-3-page-52.htm>
33. Margat A, Debout C, Mercier A, Chevallier F. Le nouveau diplôme d'État infirmier en pratique avancée mention Psychiatrie et santé mentale. Proposition pédagogique du partenariat de l'Université Sorbonne Paris Nord et de l'Institut de formation interhospitalier Théodore Simon.
34. Article 74 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 4 juin 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913316
35. Glaser C, Canceil O, Gozlan G. Case management en psychiatrie : vers des pratiques professionnelles intégrées. L'information psychiatrique [Internet]. 2016;92(7):539-45.
36. Rainteau N. Soyez réhab: Guide pratique de réhabilitation psychosociale. Elsevier Health Sciences; 2022. 153 p.
37. Pachoud B, Llorca PM, Salmona I, Trabut JB. La décision médicale partagée en psychiatrie : quelle utilité ? European Psychiatry [Internet]. nov 2015;30(S2):S39-S39. Disponible sur: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/la-decision-medicate-partagee-en-psychiatrie-quelle-utilite/1B95917F23C9A450BFC8D6BB6FC9D4A8>
38. Deegan P. Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal [Internet]. Win 1996;19(3):91-7. Disponible sur: <http://scd1.univfcomte.fr/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=pdh&AN=2015-35148-001&site=ehost-live&scope=site>
39. François Tosquelles, « Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle », INFORMATION PSYCHIATRIQUE (45(4), 1969), Pagination : 377-384
40. Jean Oury, « Psychothérapie institutionnelle: transfert et espace du dire », (1983)

VII. Annexes

Annexe 1

SYNTHÈSE SUR LA PERTINENCE DES JOURNÉES D'HOSPITALISATION EN PSYCHIATRIE 2022

UF	nombre de dossiers	J JUSTIFIÉE MAIS PAS DANS LA BONNE UF	J NON JUSTIFIÉE	ORIENTATION	DOSSIER EN COURS	PATIENT SUR LISTE ATTENTE	PAS DE PROJET INITIÉ	SMS D'AVANT
ACACIAS	23	5 (4 Acanthes / 1 URA)	6 (26%)	33% (2/6) domicile 67% (4/6) structure MS avec ou sans médicalisation	67% (4/6)	17% (1/6)	16% (1/6)	2 FAM / 1 FL / 1 Appartement autonome et 1 relais
BRUYERES	24	6 (5 long cours et 1 cédres)	6 (25%)	17% (1/6) domicile avec aides 80% (5/6) MS avec ou sans med	67% (4/6)	33% (2/6)	0	1FAM / 2 FV 2/ 1 appart autonome / 1 EHPAD / 1 UHR
MELEZES	26	3 (2 Acanthes 1 perséphone)	5 (20%)	100% (5/5) MS avec ou sans med	60% (3/5)	40% (2/5)	0	3 en FAM / 2 en appart relais
PEUPLIERS	26	6 (1 Brunelles / 1 Mimosas / 1 pédopsy / 3 lg cours)	10 (38%)	10% (1/10) domicile avec aide 9 SM avec ou sans med	60% (6/10)	40% (4/10)	0	2 FAM / 2 MAS / 2 FV / 1 EHPAD / 1 UMD / 1 problématique CHRS / 1 clinique de l'obésité
ERABLES	25	0	1 (4%)	100% (1/1) MS avec med	100% (1/1)	0	0	UHR
TOTAL ADMISSION	124	20 (25%) // 14/121 (12%) en 2020	28 (35%) // 16 /121 (13%) en 2020					
ACANTHES	24	0	5 (21%)	100% (5/5) MS avec med	60% (3/5)	40% (2/5)	0	3 FAM / 1 MAS / 1 gérontopsychiatrie
BRUNELLES	15	0	1 (6%)	100% (1/1) MS avec med	100% (1/1)	0	0	1 structure spécifique à la maladie de Wilson
MIMOSAS	13	0	8 (62%)	12% (1/8) MS non med 88% (7/8) MS avec med	25% (2/8)	75% (6/8)	0	3 FAM / 4 MAS / 1 EHPAD
CEDRES	25	0	0	-	-	-	-	-
TOTAL LG COURS	77	0% 10/94 (11%) en 2020	14 (18%) 16/94 (17%) en 2020					
TOTAL CHS	201	10% (20/201) 11% (24/215) en 2020	21% (42/201) 15% (32/215) en 2020					

Annexe 2

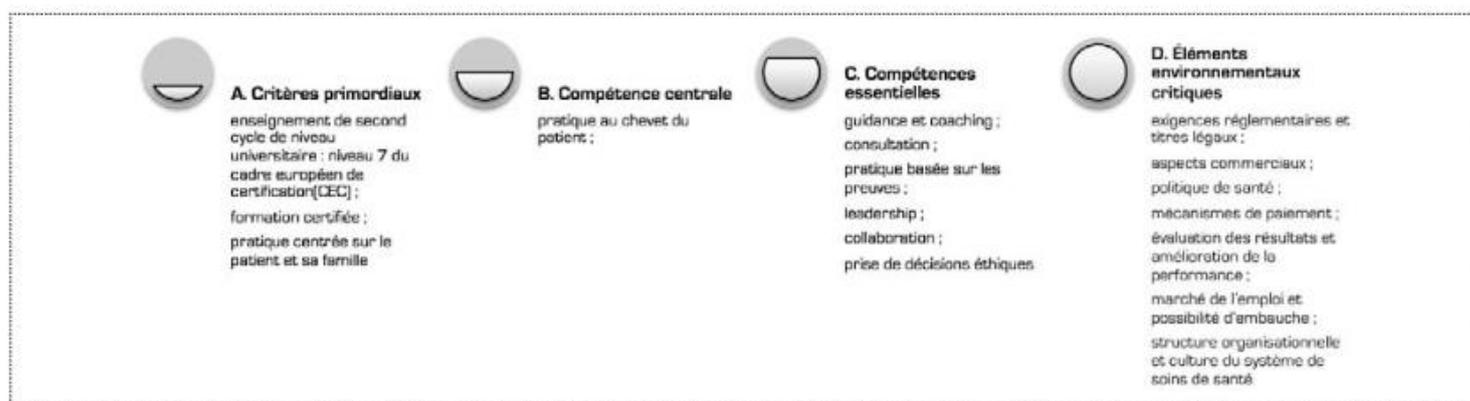
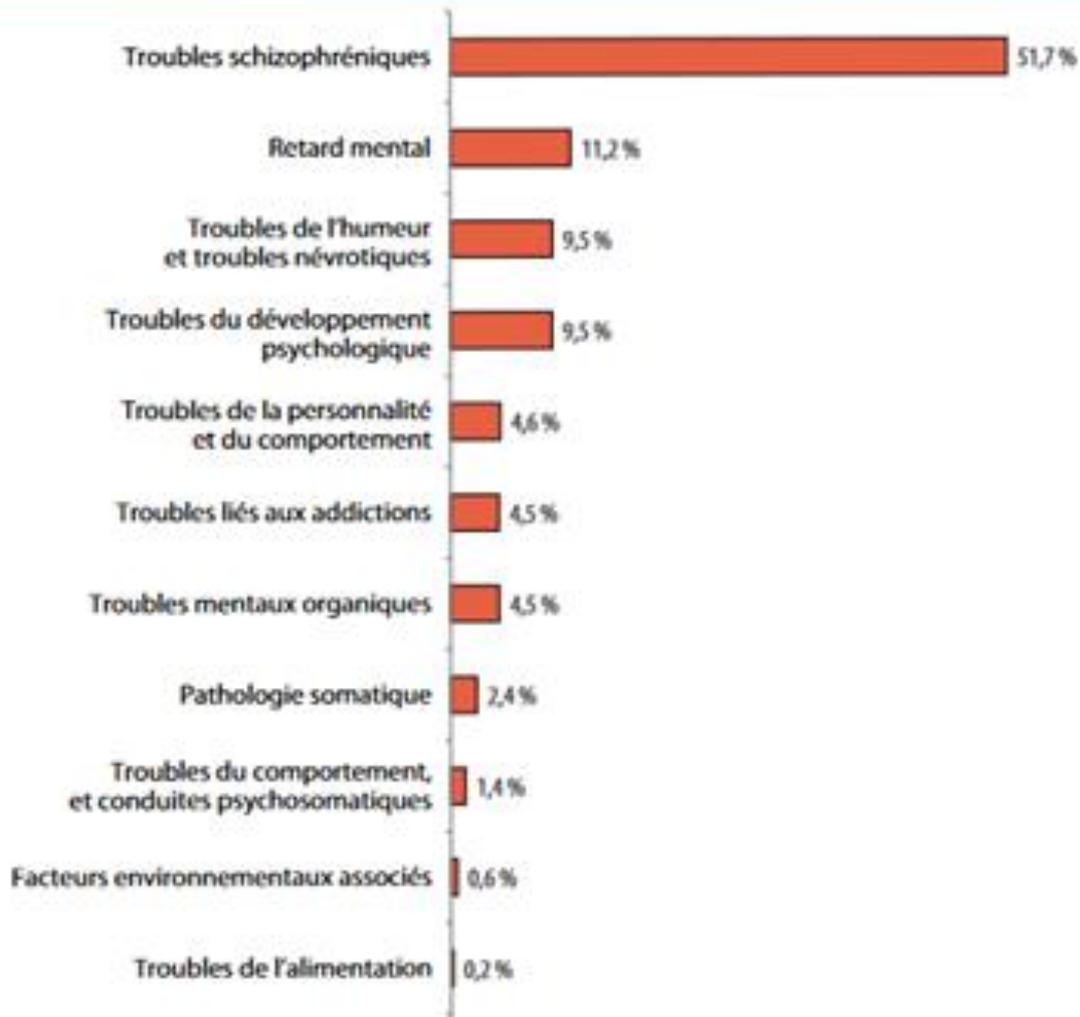


Figure 3 : Modèle conceptuel d'IPA selon Hamric

G2

Répartition des diagnostics « dominants » des patients hospitalisés au long cours en 2011



Source : Recueil d'informations médicalisées en psychiatrie (Rim-P) 2011 ; Recensement général de la population, Insee 2010.

Champ : France métropolitaine.

 [Télécharger les données](#)

Annexe 4

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.
Traduction française : J.P. Lépine



NOM: _____
 PRENOM: _____
 SEXE: AGE: ____ DATE: _____
 EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence
Minimum
Légère
Moyenne
Mod. grave
Sévère
Maximum

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Annexe 5

Questionnaire FROGS

Notice d'utilisation de l'échelle, avec points d'ancrage, sur demande auprès des auteurs.

- 1 : Ne fait pas
- 2 : Fait partiellement
- 3 : Fait significativement
- 4 : Fait presque totalement
- 5 : Fait totalement

Facteur 1 :Fonctionnement social (11 items)

Gestion administrative et financière :VQ4

Organisation des dépenses quotidiennes, paiement des factures, réponses aux lettres, relation avec les organisation, connaissance de ses droits, gestion de ses biens

- 1 2 3 4 5

Voyage et communication : VQ5

Mode de transport, voyages, utilisation des sources d'information courante et de communication

- 1 2 3 4 5

Activités personnelles : A1

Participation à des activités (sports, lecture, hobbies, activités manuelles, animaux de compagnie), organisation du temps libre

- 1 2 3 4 5

Activités sociales : A2

Participation à des activités sociales et civiques

- 1 2 3 4 5

Etudes ou travail :A3

Poursuite ou reprendre l'école, un groupe de travail ou une activité professionnelle, trouver ou reprendre un travail, intégration dans la vie active

- 1 2 3 4 5

Adaptation au stress et aux circonstances imprévues : QA2

Bon contrôle émotionnel, identification des facteurs de stress et moyens efficaces d'y remédier

- 1 2 3 4 5

Estime de soi et sens de l'indépendance : QA3

Conscience de soi et individualité, gestion de critique d'autrui

- 1 2 3 4 5

Famille, amis : R1

Fréquence et qualité des rencontres

1 2 3 4 5

Vie sentimentale et sexuelle : R2

Désir du patient d'entrer (ou non) dans une relation et la mener jusqu'à sa conclusion naturelle ; comportement sexuel acceptable qui sera évalué techniquement dans la mesure du possible

1 2 3 4 5

Réseau social (commerçants, voisins etc.) : R3

Relations nécessaires pour maintenir une inclusion harmonieuse dans la société (par exemple qualité de la relation avec les voisins)

1 2 3 4 5

Empathie et aide à autrui : R5

Intérêt montré pour autrui ; initiatives pour aider autrui

1 2 3 4 5

Facteurs 2 : Vie quotidienne (4 items)**Soin personnel et apparence : VQ1**

Présentation personnelle, hygiène personnelle, et habillement approprié à sa vie d'autrefois et aux standards socioculturels

1 2 3 4 5

Alimentation : VQ2

Aptitude à assurer des repas corrects (provision de nourriture, organisation) et/ou à observer les rythmes quotidiens de sa famille ou de son domicile

1 2 3 4 5

Tâches ménagères : VQ3

Entretien du domicile (ménage, vaisselle, lessive, nettoyage, vider les poubelles), rangement, maintien du bon état du domicile

1 2 3 4 5

Respect des rythmes biologiques : ST2

Respecter les rythmes biologiques (éveil et sommeil), et les rythmes de la vie de tous les jours (tels que les heures des repas, etc.)

1 2 3 4 5

Facteur 3 : Traitement (4 items)

Gestion de sa maladie et traitement : QA1

Connaissance de sa maladie et de sa cause, signes annonciateurs d'une rechute et moyens de les éviter, observance du traitement

1 2 3 4 5

Absence de comportement antisocial ou violent : R4

Absence de violation de la loi, et/ou de comportement violent répété

1 2 3 4 5

Prendre en charge sa santé personnelle : ST1

Attention aux indicateurs corporels et mesures d'hygiène liés à la santé (maintien d'une bonne santé, hygiène dentaire, visites médicales de contrôle, vaccinations), réduction ou cessation d'alcool, de tabac et/ou drogues d'abus

1 2 3 4 5

Impact fonctionnel des effets secondaires du traitement (effets sur l'humeur, et sur les fonctions cognitives, neurologiques, métaboliques) : ST3

Impact des effets secondaires du traitement sur la qualité de la rémission fonctionnelle, et la possibilité de stigmatisation

1 2 3 4 5

Annexe 6

PATCHWORK DES COMPETENCES DE L'IPA

UFR Santé Université de Besançon – 2022



Annexe 7

<p><u>Présentation</u></p>	<p>Bonjour, je m'appelle David BOIVIN. Je suis infirmier depuis 2005, travail au CHS du Jura et actuellement en 2^{ème} année de master en soins infirmiers mention psychiatrie et santé mentale, afin de devenir Infirmier en Pratique Avancée (IPA PSM).</p> <p>Dans le cadre de mon travail de recherche, je m'intéresse aux parcours de soins chez les patients souffrants de schizophrénie et hospitalisés au long cours.</p> <p>Pour rappel, cet entretien sera enregistré puis la retranscription sera anonymisée et enfin l'enregistrement sera détruit.</p>		
<p><u>Rubrique</u></p>	<p><u>Question principale</u></p>	<p><u>Question de relance</u></p>	<p><u>Éléments recherchés et liens compétences IPA</u></p>
<p>Présentation</p>	<p>« Pouvez-vous me décrire votre parcours professionnel ? »</p>	<p>« Avez-vous travaillé en structures Médicosociales ? »</p>	<p>Appréhender les fonctions et lieux d'exercices</p>
<p>Représentations</p>	<p>« Comment qualifieriez-vous les représentations des troubles schizophrénique ? »</p>	<p>« et de la part du patient, de son entourage ? des structures médico-sociales ? »</p>	<p>Vision de la maladie schizophrénique <u>CPT</u> :1,2,4,5</p>
<p>Rémission</p>	<p>« Que pouvez me dire concernant le concept de rémission dans les troubles schizophréniques »</p>	<p>« Et concernant la rémission fonctionnelle dans la schizophrénie ? »</p>	<p>Connaissances du concept de rémission fonctionnelle. <u>CPT</u> : 1, 2, 4, 5</p>
<p>Freins</p>	<p>« Quels sont, selon vous, les freins existant dans la conception de parcours de soins chez le patients souffrant de schizophrénie hospitalisés au long cours ? »</p>	<p>« Quels sont les freins :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Au niveau du patient • Institutionnels • Des soignants • De l'entourage du patient 	<p>Identification des freins à tous niveaux <u>CPT</u> : 1, 2, 4, 5</p>
<p>Rôle IPA</p>	<p>« Selon vous, en quoi l'IPA peut-il apporter une plus-value dans ce type de prise en charge ? »</p>	<p>« Comment imaginez-vous la place de l'IPA dans le parcours de soins ? »</p>	<p>Recherchez les attentes pour les IPA PSM <u>CPT</u> :1,2,3,4,5,6</p>
<p>Merci de votre participation et du temps accordé. Avez-vous quelque chose à rajouter ?</p>			

Annexe 8

Tableau socio-démographique

Participant (pseudonyme)	Age	Fonction	Ancienneté dans la fonction	Ancienneté dans le service actuel	Expérience dans le domaine médico-social	Formation ou poste spécifique en lien avec la problématique de la recherche
Nadine	56	IDE *	16 ans	18 mois	NON	Equipe mobile de liaison
Paul	60	Médecin Psychiatre	29 ans	2 ans	OUI Temps en ESAT	Equipe mobile de liaison et unité d'hospitalisations longs séjours pour des personnes souffrants de troubles psychotiques
Marine	41	Médecin Psychiatre	15 ans	15 ans	NON	Service de psycho-réhabilitation / DU * psychanalyse / DU Remédiation Cognitive / DU de dépistage précoce des pathologies du jeune adulte et de l'adolescent
Agnès	54	IDE	26 ans	0	NON	En cours de formation IPA*
Charles	37	Médecin Psychiatre	9 ans	9 ans	NON	Unité d'admission fermée fort taux d'inadéquation de durée d'hospitalisation Equipe mobile de liaison
Aurélié	32	Médecin Psychiatre	5 ans	2 ans	NON	2 ans de clinicat post études de médecine Travail dans un centre de réhabilitation psycho-social
Camille	34	IDE	14 ans	7 ans	OUI	Travail en unité de psycho réhabilitation
Fabien	51	IPA *	26 ans	1 an	NON	A travaillé sur un poste d'IDE coordinateur parcours de soins / IPA liaison hospitalisation et post-hospitalisation
Nadège	33	Médecin Psychiatre	5 ans	2 ans	NON	Travail dans une unité de patients hospitalisés au long cour
Linda	41	IDE	17 ans	4 ans	NON	DU de Remédiation Cognitive, travaille exclusivement sur la remédiation cognitive

*IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

*IPA : Infirmier en Pratique Avancée

*DU : Diplôme Universitaire

Annexe 9

Version française de la SSS-S.

Instructions : Indiquez pour chaque affirmation votre degré d'accord ou de désaccord.

Options de réponse : 1 = Fortement en désaccord/2 = En désaccord/3 = Neutre/4 = D'accord/5 = Fortement en accord

Item		Score
1	Mon identité en tant que personne malade psychique est un fardeau pour moi	Cognition
2	Mon identité en tant que personne malade psychique m'attire des inconvénients dans ma vie quotidienne	Cognition
3	D'être identifié comme personne malade psychique entache ma vie	Cognition
4	Je me sens mal à l'aise parce que je suis une personne malade psychique	Affect
5	J'ai peur que les autres sachent que je suis une personne malade psychique	Affect
6	J'ai l'impression que je ne peux rien faire à propos de mon statut de personne malade psychique	Affect
7	Je me mets à l'écart des autres parce que je suis une personne malade psychique	Comportemental
8	J'évite d'interagir avec les autres parce que je suis une personne malade psychique	Comportemental
9	Je n'ose pas me faire de nouveaux amis de peur qu'ils découvrent que je suis une personne malade psychique	Comportemental

L'échelle est conçue de manière générique et le terme « *personne malade psychique* » peut être substitué par d'autres termes de manière à désigner différents groupes minoritaires.

Annexe 10

Birchwood Insight Scale

Traduction et validation française à Poitiers pour l'insight study group
(N. Jaafari, C. Faillot, P. Ingrand, B. Millet, J.L. Senon, J.P. Olié, M. Birchwood 2/4/2007)

Veuillez lire les questions suivantes et choisir la réponse qui vous correspond le mieux :
L'insight est le niveau de conscience par une personne d'avoir un trouble psychique, de comprendre l'intérêt du traitement, et de reconnaître certains événements mentaux (par exemple des hallucinations, des pensées délirantes) comme liées au trouble psychique. L'échelle de Birchwood que vous venez de remplir permet d'évaluer ces différentes composantes.

	D'accord	Pas d'accord	Incertain
1. Certaines de mes difficultés psychologiques proviennent de mon cerveau.			
2. Je vais bien mentalement.			
3. Je n'ai pas besoin de médicaments			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire.			
5. Le médecin a raison de me prescrire des médicaments			
6. Je n'ai pas besoin de voir un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale alors il aurait raison.			
8. Mes difficultés psychologiques ne sont pas liées à une maladie.			

L'insight est variable dans le temps et peut se renforcer, par exemple avec la psychoéducation, ou diminuer, par exemple lors d'une période de crise. **L'insight est considéré comme « bon » pour un score ≥ 8 .**

L'insight est associé avec un meilleur fonctionnement social, une meilleure alliance thérapeutique, et une prise de traitement plus régulière, donc moins de rechutes et d'hospitalisations. Dans la démarche de réhabilitation, l'insight est important car l'utilisateur de soins devient acteur et co-décideur des choix le concernant.

Les prises en charge pouvant développer l'insight sont notamment les **groupes de psychoéducation** et les **thérapies cognitives et comportementales**. La **rédaction de directives anticipées** permet de prendre des décisions à l'avance en cas de crise ou de rechute, situations où l'insight pourrait être amoindri.

Mon score à T1 : à T2 : à T3 :

Annexe 11

Echelle d'insight de Beck

Code : _____

Date : _____

Ci-dessous, vous trouverez une liste de phrases décrivant des manières de penser ou de sentir qu'ont les gens. S'il vous plaît, lisez attentivement chaque phrase de cette liste. Indiquez jusqu'à quel point vous êtes d'accord avec chaque énoncé en mettant une croix dans la case correspondante.

	Pas d'accord	Légerement d'accord	Assez d'accord	Tout à fait d'accord
1. Parfois, j'ai mal compris l'attitude des autres à mon égard.				
2. La façon que j'ai d'interpréter ce que je vis est sans aucun doute juste				
3. Les autres peuvent comprendre mieux que moi la cause de mes expériences inhabituelles.				
4. J'ai tendance à sauter trop rapidement aux conclusions.				
5. Certaines de mes expériences qui m'ont semblé très réelles peuvent avoir été produites par mon imagination.				
6. Certaines de mes idées dont j'étais certain qu'elles étaient vraies se sont révélées fausses.				
7. Si quelque chose semble correct, cela signifie que c'est correct.				
8. Même si je suis convaincu d'avoir raison, je peux me tromper.				
9. Je sais mieux que n'importe qui quels sont mes problèmes.				
10. Quand les gens ne sont pas d'accord avec moi, en général ils se trompent.				
11. Je ne peux pas faire confiance aux opinions que les autres expriment sur ce que je vis.				
12. Si quelqu'un me dit que mes croyances sont fausses, je suis disposé à en tenir compte.				
13. Je peux toujours faire confiance à mon jugement personnel.				
14. Il y a souvent plus qu'une seule explication possible pour expliquer pourquoi les gens agissent comme ils le font.				
15. Mes expériences inhabituelles peuvent être dues au fait que je suis extrêmement stressé ou bouleversé.				

Traduction : J. Favrod & V. Pomini 2004



« BREF » UN PROGRAMME DE PSYCHOEDUCATION POUR LES FAMILLES

Le programme BREF propose aux proches de patients souffrant de troubles psychiatriques une approche respectant l'esprit de la psychoéducation sous la forme d'un programme court en 3 séances. Chaque famille est reçue individuellement par un binôme soignant n'intervenant pas dans la prise en charge du patient.

Ce programme s'appuie à la fois sur des échanges libres et sur des cartes illustrées permettant d'aborder diverses thématiques et d'amorcer les discussions.

- La première séance permet aux proches de **relater leur parcours**, d'exprimer leurs difficultés, leurs ressentis et leurs questionnements.
- Au cours de la deuxième séance, **les échanges portent sur le proche malade**, sa pathologie, le diagnostic, la prise en charge, l'organisation des soins.
- La troisième séance **se recentre à nouveau sur les proches**. Un membre de l'UNAFAM rejoint le binôme soignant pour coanimer cette dernière séance, c'est un point fort permettant des échanges plus riches. **Le soutien de pair à pair favorise la prise de conscience par les familles du besoin d'être aidé pour devenir aidant**. Cela favorise également le lien avec les associations de familles et les autres structures proposant des interventions pour les aidants.

Enfin, **trois mois** environ **après le dernier rendez-vous**, un membre de **l'équipe rappelle les participants pour faire le point** sur ce qui s'est passé depuis la dernière rencontre, éventuellement répondre à de nouvelles interrogations, évaluer le programme, remotiver les participants à prendre contact avec les associations de familles et à ne pas rester seuls.

Annexe 14

Questionnaire de Qualité de Vie : S-QoL 18

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

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	<i>... que souhaité</i>				
1. j'ai confiance en la vie	<input type="checkbox"/>				
2. je me bats pour réussir dans la vie	<input type="checkbox"/>				
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	<input type="checkbox"/>				
4. je suis bien dans ma tête	<input type="checkbox"/>				
5. je suis libre de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>				
6. je suis libre d'agir	<input type="checkbox"/>				
7. je fais des efforts pour travailler	<input type="checkbox"/>				
8. je suis en bonne forme physique	<input type="checkbox"/>				
9. je suis plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>				
10. je suis aidé(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
11. je suis écouté(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
13. j'ai des amis	<input type="checkbox"/>				
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	<input type="checkbox"/>				
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	<input type="checkbox"/>				

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	<i>... que prévu</i>				
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	<input type="checkbox"/>				
17. je suis coupé(e) du monde extérieur	<input type="checkbox"/>				
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				

Mon score à T1 : **T2 :** **T3 :**

L'échelle SQoL-18 est un outil permettant de vous aider à évaluer votre qualité de vie en prenant en compte huit dimensions : Votre vie sentimentale, vos relations avec la famille, vos relations amicales, l'estime de soi, votre autonomie, votre bien-être psychologique, votre bien-être physique et votre degré de résilience (qui peut se définir comme la capacité d'un individu à se remettre ou surmonter un épisode difficile ou traumatique).

Prendre connaissance des domaines que vous évaluez comme insatisfaisants ou de ceux qui peuvent être ressources, peut être un appui pour vous aider à définir vos objectifs et vos priorités et ainsi vous aider dans votre processus de rétablissement. De plus si besoin, dans chacun de ces domaines, un soutien peut vous être proposé pour vous aider à retrouver un état de bien-être.

Pour cette échelle, il n'existe pas de score seul. Plus le score est élevé dans un domaine, plus vous percevez ce domaine comme satisfaisant et plus le score est faible plus vous percevez ce domaine comme insatisfaisant.

Annexe 15

Echelle de bien-être Mental de Warwick-Edinburgh (WEMWBS)

© NHS Health Scotland, University of Warwick and University of Edinburgh (2006)
et Nicolas Franck (2013) pour la traduction, tous droits réservés

Les affirmations ci-dessous concernent vos sensations et vos pensées. Cochez la case qui correspond le mieux à votre vécu durant les deux dernières semaines.

VÉCU	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Tout le temps
Je me suis senti(e) optimiste quant à l'avenir					
Je me suis senti(e) utile					
Je me suis senti(e) détendu					
Je me suis senti(e) intéressé(e) par les autres					
J'ai eu de l'énergie à dépenser					
J'ai bien résolu les problèmes auxquels j'ai été confronté					
Ma pensée était claire					
J'ai eu une bonne image de moi					
Je me suis senti(e) proche des autres					
Je me suis senti(e) confiant(e)					
J'ai été capable de me faire ma propre opinion des choses					
Je me suis senti(e) aimé(e)					
Je me suis senti(e) intéressé(e) par de nouvelles choses					
Je me suis senti(e) joyeux(se)					

Le but de l'échelle WEMWBS n'est pas de rechercher des symptômes de maladie, mais au contraire d'évaluer des signes de bonne santé psychique, aussi appelé **bien-être mental**. Celui-ci est divisé en deux catégories : le **bien-être hédoniste** (état de bonheur et de satisfaction de vie) et **eudémoniste** (fonctionnement psychologique positif, relations satisfaisantes avec les autres, réalisation de soi et acceptation).

Dans cette échelle, il n'existe pas de score seuil. **Plus le score est élevé, plus le bien-être psychologique de l'individu est fort**. Dans l'étude de validation française (Trousselard et al., 2016) les scores moyens de bien-être étaient de 51,47 (sd=7) dans la population contrôle constituées de travailleurs, de 51,88 (sd=7) chez les étudiants et de 44,86 (sd=9) dans la population patient (schizophrénie).

Mon score à T1 : T2 : T3 :