



UNIVERSITE DE LILLE

DEPARTEMENT FACULTAIRE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année :2024

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

MENTION : Psychiatrie et santé mentale

**La réhabilitation psycho sociale « entre idéal, espoir et obstacles »**

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

Par Caroline FROMONT

**JURY :**

**Président du jury :** Monsieur le Professeur Éric WIEL.

**Enseignant infirmier :** Madame Véronique KOZLOWSKI.

**Directrices de mémoire :** Madame le Docteur Julie BRANCOURT.

Madame Nathalie LARDEUR Cadre supérieur de Santé.

Le 24/06/2024

Département facultaire de médecine Henri Warembourg

Avenue Eugène Avinée

59120 LOOS



## **Remerciements**

**A mes directrices de mémoire, Julie et Nathalie,**

Merci pour votre investissement, votre bienveillance et votre enthousiasme.

**A ma directrice des soins, Mme Bourgeois,**

Merci pour votre soutien et votre investissement au sein de la formation de pratique avancée.

**A Monsieur le professeur Puisieux**

Merci pour votre engagement et votre soutien à la pratique avancée.

**À Monsieur le professeur Thomas**

Merci pour votre engagement et votre soutien à la pratique avancée.

**À Madame Goddefroy**

Merci pour votre patience et votre bienveillance réconfortante.

**À Madame le Dr Grébert et les équipes du Ternois**

Merci pour votre bienveillance et votre accueil lors de mon stage.

**À Gaël ,**

Merci pour ton soutien sans faille et des conseils précieux durant ces 2 années.

**A l'équipe du centre support de réhabilitation psycho sociale de Tourcoing**

Merci pour votre accueil lors de mon stage.

**A la F2RSMPsy pour leur accompagnement.**

À Mme le Dr Vincent, Mme le Dr Charel, Mr Duhem, Melle Langanay interne de santé publique.

**À mes copines de formation : Annah , Emilie (s ) , Julie, Angéla, Fabienne ,Christine.**

Merci d'avoir été présentes et soutenantes.

**À ma Caro,**

Merci tout simplement, la vie est faite de belles rencontres tu en fait partie.

**À Mes collègues**

Merci pour leur soutien à distance, leurs encouragements et leur participation à cette enquête.

**À mes 3 relectrices attirées Hélène, Christine et Anne- Sophie**

Merci d'avoir pris de votre temps pour relire mon travail.

**À mon amie Sylvie,**

Merci d'être là.

**À mes enfants, à ma famille et belle famille,**

Merci pour vos encouragements dans les moments de doutes et le fait de croire en moi.

**A mon mari**

Merci pour ta présence et ton soutien sans faille durant ces deux années et pour bien plus encore. JE T' AIME.

## Liste des abréviations

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**F2RSMPsy** : Fédération régionale de recherche en santé mentale et psychiatrie.

**WRAP** : Wellness recovery action plan.

**RPS** : Réhabilitation psycho sociale.

**ETP** : Education thérapeutique.

**TCC** : Thérapie cognitivo comportementale.

**HAS** : Haute Autorité de Santé.

**MSP** : Médiateur Santé Pair.

**WAPR** : World Association Psychosocial Réhabilitation.

**CDPH** : Convention Droits des Personnes Handicapés.

**EPSM** : Établissement Public de Santé Mentale.

**GHT** : Groupement Hospitalier territorial.

**DGOS** : Direction Générale de l'Offre de Soins.

**HDJ** : Hôpital de jour.

**CATTP** : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel.

**CMP** : Centre Médico Psychologique.

**AS** : Aide-Soignant.

**IDE** : Infirmier diplômé d'état.

**IPA** : Infirmier en pratique avancée.

## **Sommaire**

<b>Remerciements</b> .....	
<b>Liste des abréviations</b> .....	
<b>Introduction</b> .....	2
<b>Méthodologie</b> .....	16
<b>Résultats et analyses</b> .....	18
<b>Discussion</b> .....	34
<b>Conclusion</b> .....	45
<b>Bibliographie</b> .....	
<b>Annexes</b> .....	

Infirmière depuis-décembre 1999, j'ai construit mon identité professionnelle au gré de mes expériences mais également avec mes valeurs humaines et sans nul doute à travers mon histoire personnelle.

La bienveillance, l'humilité, l'empathie mais surtout le respect de l'un envers l'autre, ont toujours représenté pour moi les maîtres mots et le fil conducteur de ma pratique, afin de privilégier l'humain avant la maladie, permettre l'espoir par un accompagnement bienveillant et rempli d'humanité, ce que sont les fondements de notre métier d'infirmier.

Mon cursus universitaire d'infirmière en pratique avancée m'a fait naturellement cheminer vers l'envie d'accompagner les usagers dans une démarche de rétablissement qui par ses valeurs correspond à ma vision de la prise en soin en psychiatrie.

Je souhaite par ma nouvelle fonction accompagner et développer la posture de mes pairs dans l'accompagnement en réhabilitation psycho-sociale pour le rétablissement des personnes concernées.

Texte « accompagner » de Soren KIERKEGAARD

**« Si je veux réussir  
à accompagner un être vers un but précis,  
je dois le chercher là où il est  
et commencer là, justement là.  
Celui qui ne sait faire cela, se trompe lui-même  
quand il pense pouvoir aider les autres.**

**Pour aider un être,  
je dois certainement comprendre plus que lui,  
mais d'abord comprendre ce qu'il comprend.**

**Si je n'y parviens pas,  
il ne sert à rien  
que je sois plus capable et plus savant que lui.**

**Si je désire avant tout montrer  
ce que je sais,  
c'est parce que je suis orgueilleux  
et cherche à être admiré de l'autre  
plutôt que l'aider.**

**Tout soutien commence avec l'humilité  
devant celui que je veux accompagner ;  
et c'est pourquoi je dois comprendre  
qu'aider  
n'est pas vouloir maîtriser  
mais vouloir servir.**

**Si je n'y arrive pas,  
je ne puis aider l'autre. »**

## **INTRODUCTION GENERALE**

Pour débiter mon travail de fin d'études d'infirmière en pratique avancée, j'ai choisie de présenter quelques données concernant la santé mentale et les troubles psychiques en France .

En France le suicide est la 2 eme cause de décès chez le 15- 24 ans (Morvan & Frajerman, 2021)après les accidents de la route.

De plus, 75% de la population associe la maladie mentale à des comportements violents (Roelandt et al., 2010) ce qui aggrave la stigmatisation déjà prégnante des troubles psychiques .

Les troubles psychiques représentent également la première cause d'invalidité et d'arrêt de travail en France (Egsdal et al., 2016)

Dans les années à venir, l'état de la santé mentale continuera à se détériorer en raison de divers phénomènes socio économiques tels que le vieillissement, l'augmentation des psycho traumatismes liée à la migration de population ,ayant vécu des guerres, l'augmentation de la précarité

La santé mentale représente un défi majeur pour la santé publique, pour l'évolution de la société, le maintien de la qualité de vie , pour le respect de la citoyenneté et pour notre jeunesse.

Consciente de l'importance de cette problématique, je m'interroge sur la manière d'accompagner les usagers pour une meilleure inclusion dans la cité, dans le développement de leurs compétences et grâce à un changement de regard de la société et des professionnels.

L'émergence de nouveaux outils permet, de travailler sur les difficultés cognitives et les habiletés sociales, aux personnes concernées de retrouver une qualité de vie optimale et de progresser vers leur rétablissement. Cependant ces nouvelles approches peinent à s'installer au sein de nos structures.

Quels sont les obstacles à la mise en place de ces outils, et à cette nouvelle philosophie du soin, pourtant empreinte d'humanité, qui valorisent l'autonomisation des personnes concernées et le partage d'expertise.

Mon travail cherchera à déterminer quelles sont les difficultés rencontrées dans la mise en place des outils, ainsi que le rôle de la pratique avancée dans le développement de la Réhabilitation psycho sociale et la promotion du concept de rétablissement.

Mon intérêt pour le rétablissement découle de mes valeurs professionnelles, qui soulignent le rôle des soignants en tant que porteurs d'espoir et d'optimisme dans leur relation à l'autre, fondé sur le principe de bienveillance.

**« Si je crois que je vais tomber, je tombe.si je crois que je vais réussir, je réussis »**

(Henry Ford)

## D) contexte

### A) Le concept de rétablissement et la réhabilitation psycho sociale.

#### 1. Définition du rétablissement.

La santé mentale en France, représente un enjeu de santé publique, d'après l'OMS : 25 % des personnes seront concernés par un trouble psychique au cours de leur vie , la santé mentale se situe au 3 -ème rang des maladies après le cancer et les maladies cardio-vasculaires (Santé mentale , 2022).

Elle représente une dépense d'environ 23 ,3 milliards d'euros soit 14,4% des dépenses de santé (Lolivier, 2022), voilà pourquoi il est impératif de développer les stratégies validées permettant l'amélioration de la qualité de vie et l'inclusion des usagers au sein de la cité.

Depuis quelques années les prises en soin en santé mentale connaissent un virage conséquent avec une évolution des pratiques, qui autrefois focalisaient sur la maladie et les symptômes, s'orientent désormais vers la personne et son rétablissement afin de l'accompagner et de lui permettre de diminuer l'impact des troubles le plus précocement possible, en favorisant la réussite et l'espoir.

Ce mouvement de **rétablissement** est né aux États-Unis dans les années 70-80 à travers la voix des usagers, qui par leur vécu expérientiel de l'enfermement et de la psychiatrie, demandent à être intégrés aux décisions. Ils prônent l'évolution des soins en psychiatrie, l'arrêt des mesures coercitives, le respect de leurs droits en tant qu'individus : c'est la naissance du mouvement des « **survivors** ».

Au Québec il y a la naissance d'un slogan fédérateur du mouvement des survivors de la psychiatrie « **Nothing about us without us** » traduit par « **rien à propos de nous , sans nous** », les usagers en psychiatrie souhaitent que leur savoir expérientiel soit pris en compte, c'est le début nouveau modèle de prise en soins en psychiatrie.(Pachoud, 2018)

Cette évolution fera émerger dans **les années 90** le concept de rétablissement, venant controverser la vision paternaliste de la prise en soin et proposant une nouvelle approche orientée vers le rétablissement de l'utilisateur.

Le concept de rétablissement est issu du mot « recovery », il n'existe pas de définition unique du rétablissement, on pourrait le décrire comme : **un processus individuel, multidimensionnel et propre à chaque individu, qui permet de se différencier de la maladie, il n'y a pas notion de guérison mais celle d'une transformation, une redéfinition de soi malgré les troubles psychiques.**

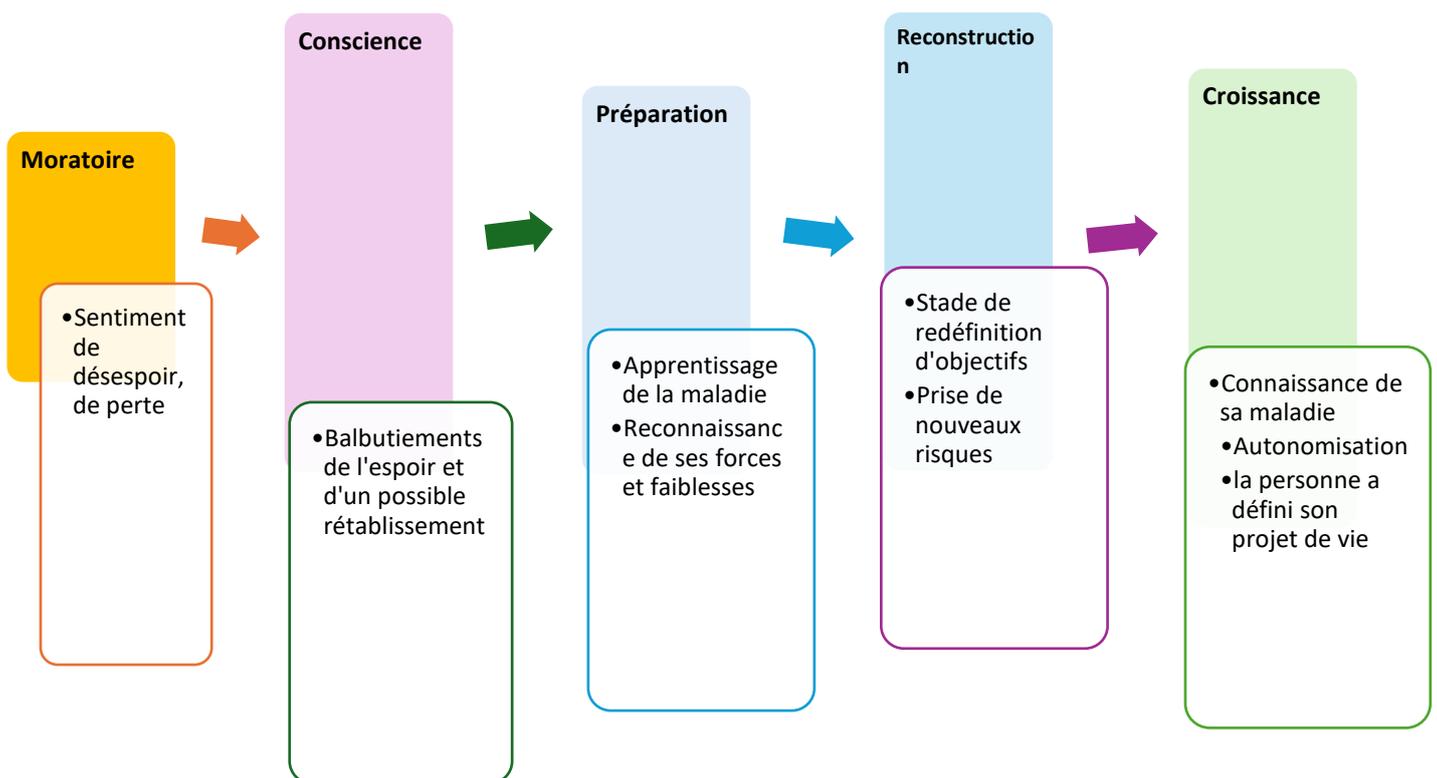
Le concept de rétablissement est porté dans les années 90 notamment par Patricia Degaan atteinte de troubles psychiques à l'âge de 17 ans et rétablie. Elle le définit comme : « **un**

*parcours de guérison et de transformation pour moi...C'est un parcours de découverte de nos limites, mais aussi un parcours de découverte des possibilités que nos limites ouvrent... un parcours d'apprentissage dans lequel les patients essaient activement de maîtriser leur maladie plutôt que de se laisser dominer par elle. ».*(Pachoud, 2018).

Le rétablissement est multidimensionnel, En effet il ne cible pas uniquement la réduction des signes cliniques, il vise également l'insertion sociale, les interactions, la vie sociale des usagers.

Le processus de rétablissement est une expérience personnelle, non linéaire avec des variables, des obstacles, des victoires : c'est un cheminement identitaire propre à chacun.

T. Andresen chercheur canadien décrit en 2003 les 5 stades du rétablissement :



Pour une prise en soin orientée vers le rétablissement, il faut respecter la temporalité en effet celle-ci permet à l'usager d'intégrer la maladie, d'accueillir les différentes émotions que ce changement suscite et de développer sa résilience.

Le respect de cette temporalité permet de renforcer la relation partenariale, c'est la reconnaissance de la singularité du vécu, elle place l'utilisateur au cœur de nos priorités et permet d'amorcer la rencontre soignant usager en accueillant le récit du vécu de celui-ci.

## 2. Les concepts du rétablissement.

Le rétablissement est un processus qui permet un cheminement grâce à différents concepts telles que l'insight, l'espoir, l'estime de soi, l'autodétermination et l'empowerment.

### a) L'insight

Le concept d'**insight** fait son apparition vers le 19<sup>e</sup> siècle il est défini comme la « *conscience d'avoir un trouble psychique ou une maladie mentale et de la nécessité d'un traitement.* ». (Dictionnaire médical de médecine 2016).

L'insight est un levier pour l'autodétermination, il accompagne la motivation au changement, facilite l'adhésion au traitement, renforce l'alliance thérapeutique, qui contribue à diminuer le nombre et la durée des hospitalisations.

Le défaut d'insight peut avoir diverses causes tels qu'un dysfonctionnement cognitif ou un déficit neuro psychologique.

L'insight est l'une des clés du rétablissement car il permet une prise de conscience et un meilleur contrôle des troubles grâce à la reconnaissance des symptômes, le développement des connaissances. L'éducation thérapeutique est un outil qui permet de travailler et renforcer l'insight.

### b) L'espoir

**L'espoir** est également l'un des concepts du processus de rétablissement il permet une ouverture vers l'avenir, là où l'annonce de la maladie a provoqué le sentiment d'une perte de contrôle sur sa vie.

Selon le modèle cognitif proposé par le psychologue Charles Richard Snyder, « **l'espoir est une façon de penser qui reflète un état positif de motivation basé sur la détermination (agentivité) et la confiance de pouvoir trouver des voies pour atteindre les buts souhaités** ». (Psychomédia,2013)

L'espoir aide à reprendre le contrôle et à supporter un présent difficile, il redonne un pouvoir, une force pour accompagner et poursuivre ses buts.

L'espoir renforce la motivation, le courage face à l'adversité de la maladie, il est un moteur permettant l'action, le pouvoir d'agir.

### c) L'autodétermination

**L'autodétermination** corrélée au développement du bien être émotionnel et physique, représente un droit, un besoin, un guide pour un mieux-être, elle fait partie des concepts du rétablissement.

Selon Deci et Ryan en 1985 la définition de l'autodétermination est « **la capacité de choisir et d'avoir des choix, plutôt que des contingences de renforcement, de motivations, ou toutes autres forces ou pression, afin d'être le déterminant de ses actions.** »(Deci et Ryan 1985)

L'autodétermination s'appuie sur le concept de la motivation, elle-même basée sur trois besoins fondamentaux de la personne qui sont l'autonomie, le besoin d'appartenance à un groupe, le besoin de connaissances.

On peut dire que celle-ci est la clé de l'inclusion sociale et du sentiment de compétence qui permet de croire en ses capacités et d'avoir le contrôle sur les éléments de son projet de vie.

### d) L'estime de soi.

**L'estime de soi** est également un concept du rétablissement James en 1890 la définit comme : « **la conscience de la valeur du moi** ». (Guerrin, 2012)

L'estime de soi désigne un jugement ou une évaluation intime de soi en lien avec ses propres valeurs qui s'explique par le rapport entre le soi réel et le soi idéal.

L'estime de soi représente le regard que l'on porte sur soi mais également celui des autres, la façon dont ils nous perçoivent.

Elle est influencée par notre vécu, la manière dont l'individu s'est construit, l'environnement familial bienveillant ou délétère mais elle n'est pas figée et évolue constamment au gré de nos expériences.

Une faible estime de soi dégrade la qualité de vie, freine les projets, les interactions sociales, il est nécessaire de travailler l'estime par l'acceptation de soi, en arrêtant la comparaison à l'autre, en développant un regard bienveillant sur soi.

L'estime de soi permet de développer la confiance en soi, permettant ainsi un allègement des difficultés et l'ouverture d'une confiance dans la relation à l'autre, en évitant l'auto-stigmatisation.

### e) L'empowerment

C'est tout cela : l'insight, l'espoir, l'autodétermination et l'estime de soi qui permettront de développer le pouvoir d'agir « **l'empowerment** ».

L'empowerment peut être décrit comme un processus dynamique dans lequel la personne prend conscience de sa situation et souhaite interagir pour la faire évoluer et reprendre le contrôle.

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) : « **l'empowerment du patient est un moyen de donner aux personnes le contrôle sur leur propre santé.** »(Fayn et al., 2017)

La notion d'empowerment arrive en France dans les années 2000, la personne est capable de faire des choix, prendre des décisions pour elle-même, et développe une croyance en ses capacités.

Ce concept domine un changement de paradigme dans le modèle de la prise en soin à partir des années 90, il tend vers l'autonomisation de l'utilisateur, la valorisation de ses forces, de son pouvoir.

En 2009 l'OMS développe un programme au niveau Européen sur l'empowerment en santé Mentale, il comprend 19 indicateurs qui se développent dans 4 domaines dont :

- **Respect des droits humains et lutte contre la stigmatisation et la discrimination.**
- **Participation aux processus de décisions.**
- **Accès à des soins de qualité et implication dans leur évaluation.**
- **Accès aux informations et aux ressources.**

Un outil individuel et personnel d'autogestion sur les principes du rétablissement est créé par Mary Ellen Copeland aux États Unis, le WRAP ( Wellness recovery action planning )défini en français comme le plan d'action et de bien-être, Il reprend 8 étapes différentes pour construire et planifier son cheminement vers le rétablissement et les actions en cas d'évènements pouvant entraîner une rechute.

Il permet de définir et d'encourager l'autogestion, la responsabilité individuelle et d'accompagner la personne concernée tout au long de son parcours de rétablissement.

La réhabilitation psycho sociale permet le rétablissement grâce à ses outils qui permettent de développer les concepts centraux du rétablissement.

### 3. Définition de la réhabilitation psycho sociale.

La réhabilitation psychosociale désigne « **un ensemble de procédés visant à aider les personnes souffrant de troubles psychiques sévères à atteindre un niveau satisfaisant d'adaptation à la communauté et d'indépendance au sein de celle-ci.**

À travers ces aspects fonctionnels, la réhabilitation favorise le rétablissement de ces personnes. » (Laura Bon 2018).

Dans les relations humaines, la cognition sociale permet d'établir des interactions sociales optimales et fonctionnelles.

On pourrait définir la cognition sociale comme : « **l'étude des processus par lesquels les gens donnent du sens à eux-mêmes, aux autres, au monde qui les entoure, ainsi qu'aux conséquences de ces pensées sur le comportement social** » ( par exemple Bess, Fiedler et Strack, 2004 ; Fiske et Taylor, 2008).

Elle est nécessaire dans les processus mentaux complexes pour comprendre et traiter les informations, ce sont les processus neuro cognitifs permettant la compréhension des relations interpersonnelles.

Elle est nécessaire pour l'adaptation du comportement dans les interactions sociales, la compréhension des attentes de l'autre et la résolution des conflits.

La cognition sociale comprend plusieurs dimensions :

- **La Théorie de l'esprit.**
- **Le traitement des émotions.**
- **Le style attributionnel.**
- **La perception et connaissance sociale.**
- **L'empathie.**

Les outils utilisés en réhabilitation psycho sociale permettent à la personne concernée de développer son potentiel, de l'optimiser, et de travailler ses fonctions cognitives pour mieux comprendre la dynamique des interactions sociales.

#### 4. Les outils de la RPS

Les outils utilisés en RPS sont :la psycho éducation, la remédiation cognitive, la thérapie cognitivo-comportemental et l'entraînement aux habiletés sociales.

##### a) La psychoéducation.

**La psychoéducation** correspond à la transmission d'informations à la personne concernée et à sa famille sur la maladie et le traitement. Ce qui la différencie de l'Éducation thérapeutique est que celle-ci s'inscrit dans un programme formel spécifique, avec des objectifs définis nécessitant au préalable un diagnostic éducatif. L'ETP s'inscrit dans un cadre réglementaire et doit être intégrée au parcours de soins de l'utilisateur (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.). La psychoéducation est nécessaire à l'amorce du processus de rétablissement car la compréhension de la pathologie, des symptômes et de l'intérêt d'une observance thérapeutique optimale représente le ciment nécessaire à l'évolution et à la stabilisation

clinique.

Elle aide à l'autonomisation des personnes par une meilleure compréhension des troubles permettant ainsi la prévention des rechutes, le développement de compétences pour développer une stratégie face à l'adversité.

Elle s'adresse aux aidants pour leur faire connaître la maladie afin d'améliorer la communication pour accompagner l'utilisateur vers le rétablissement.

Dans les troubles psychiques, il y a une perturbation des fonctions cognitives provoquant un déficit délétère pour l'autonomie, la compréhension de l'environnement et les interactions sociales.

Les fonctions cognitives correspondent aux processus mentaux qui jouent un rôle actif dans les interactions, la perception et compréhension de l'environnement.

Elles sont utilisées pour toutes les activités de la vie quotidienne, pour élaborer et traiter les informations reçues.

C'est pourquoi il est nécessaire de repérer les difficultés cognitives afin de remédier aux dysfonctionnements grâce à la remédiation cognitive

Le bilan neuro psychologique permet de déterminer les principaux déficits afin de travailler sur l'amélioration des fonctions cognitives, il permet d'identifier avec pertinence les difficultés neurologiques et ou cognitives afin de cibler les soins spécifiques à mettre en œuvre dans le parcours individualisé.

#### *b) La remédiation cognitive*

**La remédiation cognitive** outil de RPS, peut se définir comme l'ensemble de procédés qui visent à corriger des déficits des fonctions cognitives et à les maintenir le plus possible. Elle contribue à la diminution des symptômes grâce à une meilleure efficacité des fonctions cognitives déficitaires ciblées, plusieurs programmes existent sous forme d'exercices ludiques.

La remédiation cognitive doit être mise en place après stabilisation clinique et à dose thérapeutique minimale efficace pour optimiser la motivation et l'effet bénéfique sur les fonctions cognitives.

#### *c) La thérapie cognitivo- comportementale*

**La Thérapie cognitivo- comportementale** vise à aider les personnes concernées à travailler sur leurs émotions et développer des stratégies pour faire face aux événements qui représentent des difficultés quotidiennes.

Elle permet d'acquérir des compétences pour contourner les pensées négatives ou dysfonctionnelles qui induisent des émotions et des états de stress notamment lors de situations phobiques.

La pensée dysfonctionnelle appelée aussi distorsion cognitive est définie comme : « **Un schéma de pensée exagéré ou irrationnel impliqué dans l'apparition et la perpétuation d'états psychopathologiques, en particulier ceux qui sont plus influencés par des facteurs psychosociaux, tels que la dépression et l'anxiété.** » (Wikipédia).

La Thérapie cognitivo-comportementale permet de travailler sur les pensées irrationnelles, automatiques en induisant des pensées plus positives en travaillant sur l'exposition de manière progressive et répétée.

L'effet thérapeutique de la TCC a été validé dans plusieurs études notamment pour la dépression avec comparatif entre groupe traité par antidépresseur et groupe placebo, groupe traité par TCC, « Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression » (DeRubeis, et al., 2005)

#### *d) L'entraînement aux habiletés psycho sociales.*

Enfin le dernier outil de RPS est **L'entraînement aux habiletés psycho sociales** permet le travail des différentes sphères nécessaires à l'inclusion sociale, l'intérêt étant d'intégrer les codes sociaux nécessaires aux relations interpersonnelles pour l'inclusion sociale.

La compétence ou habileté sociale se définit comme : « **la capacité de démontrer un comportement approprié dans une variété de contextes comme à la maison, à l'école ou au travail et dans la société en général** » (Brown, 2003).

Selon Michelson et Al les habiletés sociales intègrent plusieurs composantes essentielles (Michelson et Al, 1986) :

- Sont développés par apprentissage notamment par observation, imitation et modelage.
- Elles comprennent des comportements spécifiques verbaux et non verbaux.
- Elles se composent d'initiations et de réponses appropriées et efficaces.
- Elles sont de nature interactive.
- Les déficits et excès dans le fonctionnement social peuvent être ciblés dans une intervention.

A ces outils s'est associée la reconnaissance du savoir expérientiel avec l'émergence du rôle de médiateur de santé pair.

La pair aidance née du mouvement des **Alcoolique Anonyme** dans les années 30 fait partie des nouvelles recommandations de la HAS en effet la place du vécu expérientiel à un rôle considérable dans le process de rétablissement.

À ce jour 130 médiateurs de santé Pairs travaillent en tant que salariés de la santé mentale, la loi de 2018 qui découle de la loi de modernisation du système de santé de 2016 prône le développement du métier de MSP dans les hôpitaux.

L'intégration de la pair aide au sein de nos institutions est victime de nombreux freins car c'est un changement important de nos représentations et de notre modèle de soins.

Pour les soignants sans doute la crainte est de voir les médiateurs pairs se substituer au rôle soignant, or le savoir professionnel et le savoir expérientiel sont complémentaires avec d'un côté l'expertise clinique et de l'autre le savoir par l'expérience qui représentent une richesse dans la prise en soins de la personne concernée.

b) La réhabilitation psycho sociale en France et au niveau international.

## 5. L'histoire de la psychiatrie de l'aliénation au rétablissement

De l'aliénation asilaire, où la restriction des droits et le recours à des mesures coercitives font partie des pratiques courantes, jusqu'aux recommandations et droits de l'usager pour l'autonomisation et le respect de ses choix, de nombreuses années se sont écoulées.

Pour comprendre l'évolution du système asilaire au concept de rétablissement, un retour sur l'histoire de la psychiatrie et ses différentes périodes est nécessaire.

**Pendant l'Antiquité** les maladies mentales sont reliées à la religion, on attribue les troubles à la possession démoniaque avec pour seul traitement l'exorcisme voir pour certain le bûcher.

Hippocrate médecin et philosophe grec tentera de trouver une étiologie à certains troubles psychiques chez la femme les reliant à un éventuel déplacement de l'utérus, il sera également à l'origine de la théorie des 4 humeurs qui sont selon lui : le feu, l'air, la terre et l'eau, à chaque humeur correspond un tempérament soit bilieux, atrabilaire, flegmatique ou sanguin.

**Au moyen âge**, toujours peu d'évolution, la religion domine toujours les croyances, certains malades restent auprès de leurs proches dans l'espoir d'une guérison, d'autres plus difficiles sont emprisonnés.

Les traitements sont principalement orientés vers des pèlerinages thérapeutiques (Larchant le plus célèbre), des régimes alimentaires, des saignées et autres traitements divers et variés plus ou moins fantaisistes.

**Après la Révolution française**, un changement conséquent s'opère, les malades jusque-là emprisonnés, sont emmenés pour des maisons d'aliénés que l'on souhaite transformer en des lieux de guérison.

Mais c'est en **1795** que la psychiatrie prend naissance avec le Dr Pinel et son surveillant chef Pussin, qui œuvrent tout deux vers une vision plus humaniste des soins.

Pinel, devenu médecin chef de la salpêtrière décide d'ôter les chaînes des malades, il les catégorise suivant la clinique et la continuité ou non de leur symptomatologie dont ses observations pertinentes permettront le développement des connaissances cliniques.

Il améliore la qualité des conditions de l'internement et introduit une dimension psychologique dans les traitements apportés aux malades.

**La fin de la 2<sup>-ème</sup> guerre mondiale** sera le lit d'une mutation importante des soins en psychiatrie. En effet le choc créé par la mort de faim de 40 000 malades laissés à l'abandon fait naître un mouvement vers le déploiement de nouvelles approches de soin.

Cette accélération se poursuivra avec l'arrivée en **1950** des neuroleptiques accompagnée de l'espoir que cette découverte fait émerger chez malades et leur famille.

La notion de rétablissement vient des États Unis qui dès les années 1970 à travers la voix des usagers, qui par leur vécu expérientiel de l'enfermement et de la psychiatrie, demandent à être intégrés aux décisions.

Ils prônent l'évolution des soins en psychiatrie, l'arrêt des mesures coercitives, le respect de leurs droits en tant qu'individus : c'est la naissance du mouvement des « survivors » qui développera par la suite des structures communautaires avec usagers, et aidants appelés Club House orientés vers la réhabilitation et la déstigmatisation de la psychiatrie.

## 6. Réhabilitation psycho sociale et changement de paradigme.

Cet intérêt pour la réhabilitation psycho sociale fera naître en 1986 l'association mondiale de la réhabilitation psycho sociale appelée world association for Psychosocial réhabilitation WAPR permettant un échange sur les pratiques et un enrichissement de celles-ci.

Malgré cette reconnaissance au niveau mondial de la RPS, Marianne Farkas directrice du centre collaborateur de la réhabilitation psycho sociale de l'OMS reconnaît une réelle difficulté à sa mise en œuvre « en raison d'une confusion persistante ou peu mise en pratique » (Deleu 2012)

La réhabilitation et le rétablissement représentent un changement éthique qui tend à aller vers des pratiques orientées pour l'inclusion, la reconnaissance et le développement des capacités de la personne concernée, elle nécessite une prise en compte d'une dimension individuelle mais aussi communautaire.

La réhabilitation psycho sociale tend à changer le regard de la société et des professionnels de la santé sur les troubles psychiques et les possibilités de l'utilisateur en ciblant ses compétences mais tout en identifiant ses difficultés.

Tandis que dans les pays Anglo saxons se développent les centres communautaires en santé mentale permettant le travail sur « l'aller vers », et le développement de la culture en

réhabilitation, La France peine à développer les principes orientés rétablissement préférant une orientation des prises en soins vers la psychothérapie institutionnelle.

Aujourd'hui la prise en charge précoce des troubles psychiques représente un véritable enjeu de politique de santé car elle favorise l'inclusion, la déstigmatisation et la désinstitutionnalisation des personnes concernées.

## 7. RPS enjeu de politique en santé

Les troubles psychiques altèrent la capacité de décision, l'objectif des prises en soin orientées réhabilitation est de diminuer les temps d'hospitalisation, de susciter l'engagement de la personne concernée dans ses soins, et de favoriser son inclusion dans la cité.

Cela représente un enjeu sociétal important. Rappelons d'autres chiffres significatifs sur la santé mentale en France :

- **64% des français déclarent avoir déjà ressenti un trouble psychique au cours de leur vie jusqu' à 75% chez les moins de 35 ans.**(*observatoire-mutualite-francaise-chiffre-cles-2021.jpg (1200×1697)*, s. d.)
- **59 % des médecins généralistes déclarent prendre en charge des patients ayant des troubles psychiques.**(*observatoire-mutualite-francaise-chiffre-cles-2021.jpg (1200×1697)*, s. d.)
- **La Santé mentale est le premier poste de dépenses de l'assurance maladie** (*observatoire-mutualite-francaise-chiffre-cles-2021.jpg (1200×1697)*, s. d.)

Le développement des soins orientés RPS fait son apparition dans le projet territorial en santé mentale en 2017 (Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017) c'est une vraie avancée pour la réhabilitation psycho sociale reconnaissant celle-ci comme faisant partie intégrante de l'offre de soin , reconnue comme un véritable enjeu de santé publique.

La réhabilitation psycho sociale est une nouvelle façon de penser les soins en santé mentale pour une normalisation, un retour dans la citoyenneté des personnes concernées, cependant la société civile est-elle prête à leur donner cette place ?

Nous constatons tous combien la stigmatisation est omniprésente au sein de la société.

La loi de 2005 pour l'égalité des droits et de la citoyenneté des personnes en situation d'handicap a permis une avancée pour l'inclusion dans la cité des usagers. Néanmoins de nombreux points sont encore en phase de développement, comme l'accessibilité pour tous par exemple.

En 2012 l'OMS crée le programme Quality rights qui développe la promotion des droits et de la qualité des soins pour les personnes souffrant d'un handicap , celui-ci s'appuie sur la CDPH de 2010 (*Convention des droits des personnes handicapées l'application en France | vie-publique.fr*, 2021)qui promeut l'égalité, le respect des droits et l'inclusion.

En ce qui concerne le déploiement de la réhabilitation psycho sociale en France, il faut attendre 2013 pour la naissance de centres référents de réhabilitation psycho sociale et 2015 pour la création d'un centre national situé à Lyon, dont les missions sont axées sur la formation, la recherche et l'information. Au sein des hauts de France il y a 3 centres supports de réhabilitation psychosociale. L'un d'entre eux couvre les secteurs des 4 EPSM du GHT Nord Pas de Calais avec 11 centres de proximité.

Les forces de la RPS sont de se centrer sur un modèle biopsychosocial qui ne se réfère plus au seul aspect symptomatologie mais dans une globalité de la personne, est axé sur le projet de la personne concernée en insistant sur ses compétences plutôt que sur ses difficultés et en respectant ses choix.

La reconnaissance dans les troubles psychiques de l'existence de facteur de vulnérabilité et de protection a permis une nouvelle vision démontrant que l'évolution n'est pas prédéfinie et qu'il est possible d'agir sur des facteurs tels que la stigmatisation, les habiletés sociales, les cognitions, ce que permettent les soins en RPS. Au niveau législatif les soins en réhabilitation psycho sociale sont confirmés par la DGOS en 2019 (*Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, s. d.*) et réaffirmés par la loi santé 2022 comme étant une priorité, ils doivent être développés en complémentarité des autres soins.

La RPS s'inscrit dans le projet territorial de santé mentale comme un axe prioritaire ainsi que dans le schéma régional de santé.

### c) Recommandations de la réhabilitation psycho sociale en santé mentale

#### 8. RPS et inclusion.

Les soins en RPS permettent de travailler sur des facteurs de vulnérabilité telles que la stigmatisation mais surtout l'auto-stigmatisation très importante chez les personnes atteintes de troubles psychiques.

Voilà pourquoi l'ouverture à des soins communautaires loin de l'institutionnalisation permet de développer « l'aller vers » et la normalisation des troubles psychiques

#### *a) Stigmatisation et auto-stigmatisation*

La stigmatisation correspond à « **Réduire une personne à un attribut stigmatisant** » (Goffman, 1963)

**L'auto-stigmatisation revient à « internaliser et associer à soi des stéréotypes négatifs concernant les troubles psychiques »** (centre ressource nationale en réhabilitation psycho sociale) une étude de cohorte REHAbase (Cambridge University Press ,2020) **démontrent :**

- **31.2% d'auto-stigmatisation des personnes ayant des troubles psychiques graves.**
- **43.2% est le plus grand taux d'auto-stigmatisation que l'on retrouve chez les personnes atteintes de troubles borderline.** (Cambridge University Press ,2020)

Selon cette étude il existe une corrélation entre l'auto-stigmatisation, le stade de rétablissement et la satisfaction de la personne dans ses interactions sociales.

La stigmatisation, l'auto-stigmatisation ne font que renforcer l'isolement et l'exclusion sociale, renforçant chez les usagers la baisse de l'estime de soi, de la qualité de vie et l'isolement.

La lutte contre la stigmatisation nécessite des initiatives pédagogiques, des récits personnels de ceux qui sont touchés et de leurs aidants, ainsi que la défense des droits des usagers.

Le soutien émotionnel, le développement de la réhabilitation psycho sociale, de la pair aide et la défense des droits ne peuvent que contribuer à la lutte contre la stigmatisation en psychiatrie.

La sensibilisation du public aux troubles psychiques peut se faire par la création de séances d'information, de témoignages autour d'évènements publics pour promouvoir la tolérance et l'empathie envers les personnes atteintes de troubles psychiques, cela afin de promouvoir l'inclusion sociale.

**« Rien dans la vie n'est à craindre, tout doit être compris. C'est maintenant le moment de**

**Comprendre davantage, afin de craindre moins. »**

**Marie Curie (Curie)**

*b) Professionnels de santé et stigmatisation.*

Selon une étude, 22% des stigmatisations signalées par les patients schizophrènes proviennent des professionnels de la santé mentale (Schulze, 2007).

Sachant que la stigmatisation est un obstacle majeur à la réhabilitation et à l'intégration sociale, cela soulève des questions sur l'application des soins axés sur le rétablissement et la compréhension du principe de réhabilitation psychosociale au sein des services de santé.

L'étude a révélé une différence entre les soins ambulatoires et l'hospitalisation à temps plein, en raison de la gravité de la situation clinique.

La stigmatisation est décrite comme « une deuxième maladie » ( Who Mental health action plan 2013-2020, ).

Elle altère la qualité des soins, renforce un regard négatif sur le devenir des patients et provoque une dégradation de leur estime de soi en opposition complète avec la posture orientée vers le rétablissement, alors on comprend mieux la résistance à la réhabilitation psycho sociale.

**La comparaison des similitudes entre les usagers et les soignants**, ainsi que **l'accomplissement dans leur travail**, sont des facteurs positifs qui contribuent à réduire la stigmatisation.

En revanche, la **surcharge de travail** et le **sentiment d'épuisement professionnel** peuvent aggraver la stigmatisation des usagers.

c) Auto-efficacité moteur d'inclusion.

La RPS permet de travailler les capacités de l'utilisateur afin de renforcer le sentiment d'efficacité et par la même l'espoir, la croyance en son pouvoir d'action et retrouver la motivation.

La motivation se déploie en regard de la confiance en ses capacités à agir c'est pourquoi l'éducation de l'utilisateur à son trouble permet de développer des capacités d'autosoins, renforçant l'empowerment essentiel à l'autonomie.

La façon dont nous percevons notre efficacité influence notre projection en l'avenir, nos objectifs et l'estime de soi.

Le développement de l'auto-efficacité est influencé par les réussites, l'apprentissage, les croyances et l'état émotionnel.

Pour Bandura qui a développé la théorie de l'auto efficacité « si les gens ne croient pas qu'ils peuvent obtenir les résultats qu'ils désirent grâce à leur actes, ils ont bien peu de raisons d'agir ou de persévérer face aux difficultés » (Bandura, 2019).

C'est bien là tout l'essentiel de la réhabilitation psycho sociale : développer les compétences, les réussites afin de raviver la motivation, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et le pouvoir d'agir.

d) Insertion professionnelle.

Le travail est une des valeurs de notre société, il permet d'être reconnu comme citoyen, d'accéder à une croissance économique, de faire partie de la communauté, ce pourquoi il est important dans le rétablissement.

Il donne un statut social, permettant à l'usager de retrouver une place au cœur de la cité grâce à un accompagnement personnalisé, en travaillant sur les habiletés sociales pour faciliter l'inclusion.

L'emploi accompagné qui se développe depuis quelques années et s'inscrit dans l'article 52 de la loi travail 2016 s'appuie sur une personnalisation de l'insertion et un travail collaboratif entre employeur, usager et le référent emploi.

Le programme EMILIA basé sur la formation et l'accompagnement des personnes ayant des troubles psychiques en milieu ordinaire, est une étude de recherche européenne réalisée de 2005 à 2010 qui confirme l'hypothèse que l'accès à l'emploi, à la formation améliorerait la qualité de vie, l'inclusion et diminuerait le recours aux services sanitaires et sociaux. (Greacen & Jouet, 2008) et il est important de rappeler que l'accès à l'emploi est un droit pour tous.

*e) Problématique à la mise en place de la RPS et place de l'infirmière en pratique avancée.*

Après avoir étudié de nombreuses lectures sur le **rétablissement** et l'importance de la **réhabilitation psycho-sociale**, je me suis posé plusieurs questions.

Pourquoi cette approche, qui vise à améliorer la qualité de vie, rencontre-t-elle autant de résistances et de difficultés à sa mise en œuvre, alors qu'elle offre des évolutions positives.

Quel rôle l'infirmière en pratique avancée peut-il jouer pour faciliter l'évolution des pratiques au sein des équipes de soins ?

Mon mémoire vise à identifier les obstacles à la mise en pratique de la RPS et à explorer les leviers permettant une amélioration des pratiques soignantes.

La Réhabilitation psycho sociale en plus d'améliorer la qualité de vie relève d'un intérêt de santé publique car elle permet d'accompagner l'usager vers le rétablissement réduisant ainsi les coûts financiers par une diminution des hospitalisations en favorisant le maintien de l'usager dans la communauté.

Alors pourquoi cet accompagnement est -il si difficile à mettre en place au sein des structures ?

Il est vrai que la réhabilitation psycho sociale représente un bouleversement philosophique de la prise en soin, à travers des changements en profondeur de la posture soignante, une vision transversale et une place reconnue et accordée à l'usager et aux aidants.

Elle représente une rupture avec l'idée dogmatique que seul la symptomatologie et les traitements joueraient un rôle dans la rémission sans prendre en considération l'environnement, le soutien ou la société.

## II Méthode

### a) Population choisie

La population porte sur l'ensemble des professionnels de santé du GHT psychiatrie Nord pas de Calais en hospitalisation temps plein ainsi qu'en ambulatoire.

Le GHT représente une population de professionnels répartie sur 4 EPSM :

- EPSM des Flandres
- EPSM val de Lys Artois
- EPSM Lille Métropole
- EPSM agglomération Lilloise

Le GHT représente 5457 professionnels dont 345 médecins, il couvre 30 secteurs de psychiatrie adulte et 8 de pédo psychiatrie soit un bassin de population d'environ 2 millions d'habitants.

### b) Type d'étude

#### 9. Analyse quantitative

La méthode choisie est une recherche quantitative monocentrique, transversale et descriptive réalisée au sein du GHT nord pas de calais grâce à un questionnaire en ligne transmis par mail via le pôle recherche GHT.

Le questionnaire a été mis en forme par le logiciel sphinx après validation de mes directrices de mémoire et de ma Directrice des soins et avec l'accompagnement et la participation de la F2RSM. Le choix du questionnaire a été construit et validé pour être facilement diffusable et accessible à un public large, permettant ainsi d'obtenir des chiffres sur les connaissances ainsi que l'identification de freins sur un échantillon représentatif du GHT de Psychiatrie.

Le choix d'un questionnaire ne comportant que **23 questions** est volontaire afin de rendre celui si simple et fluide permettant de le compléter en un temps rapide afin d'optimiser un nombre de réponses suffisant.

#### 10. Méthodologie statistique

L'utilisation du logiciel **Sphinx** pour recueillir les données permettra d'analyser les informations chiffrées.

Les analyses statistiques ont été effectuées en deux temps :

- 1<sup>er</sup> temps : réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives au moyen des moyennes et écart-types et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.
- 2<sup>ème</sup> temps : réalisation d'analyses bivariées :

Les répondants peuvent fournir des informations pertinentes sans être submergés par un questionnaire excessivement long, ceci facilite l'analyse des données.

### c) Objectifs

Les données recueillies donneront un aperçu de la compréhension du processus de réhabilitation psycho sociale et du rétablissement, ce qui me permettra d'identifier les actions à entreprendre pour améliorer les pratiques axées sur le rétablissement.

Elles permettront également d'avoir une vision sur les connaissances acquises, et de cibler et prioriser les axes d'amélioration.

## III Résultats et Analyses

### 11. Données socio démographiques

L'enquête s'est déroulée sur les 4 EPSM du GHT avec une participation assez homogène dans l'ensemble du GHT avec en moyenne une participation d'environ 30% des professionnels soignants sauf pour l'EPSM des Flandres où la participation n'est que de 0.4% en raison d'un problème de diffusion du mail avec le lien pour questionnaire.

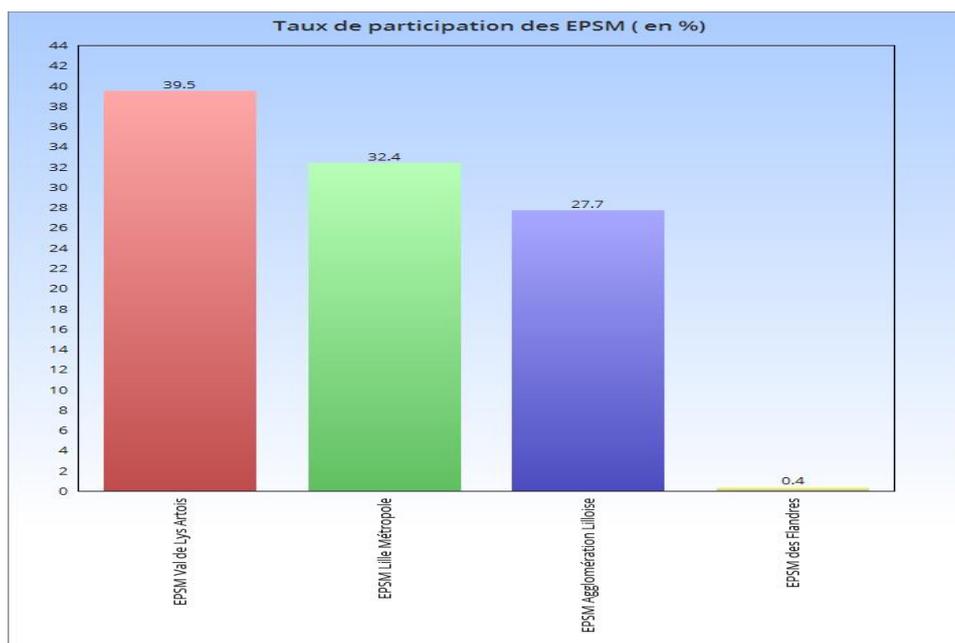


Figure 1 taux de participation à l'enquête par EPSM.

La population cible de l'étude était les soignants afin de permettre un retour concret sur la mise en place de la réhabilitation psycho sociale dans leur pratique quotidienne des soins.

La catégorie professionnelle la plus représentée est celle des infirmiers avec 58.2% sur l'ensemble du GHT.

En ce qui concerne les informations relatives à l'âge, on observe une moyenne de 43 ans, avec un âge minimal de 22 ans et un âge maximal de 65 ans.

La majorité des répondants sont de femmes avec un taux de 74.5% contre 23.4% pour les hommes et 0.4% non binaire, 1.7% inconnu.

Concernant le nombre d'années d'exercice on est sur une moyenne de 16ans avec un minima de 1 an et un maxima de 42 années d'exercice professionnel.

Pour les structures c'est l'ambulatoire qui est le plus représenté notamment les centres médico psychologiques avec 45.1% contre 32.2% pour l'hospitalisation temps plein, la structure la moins représentée sont les appartements thérapeutiques ce qui est logique car ce type de structure est de moins en moins présente dans l'offre de soins de santé mentale avec 2.1%.

Les équipes mobiles représentent 16.5%, les HDJ 16.5%et les CATTP 9.9% tandis que les centres de proximité RPS 7.9%.

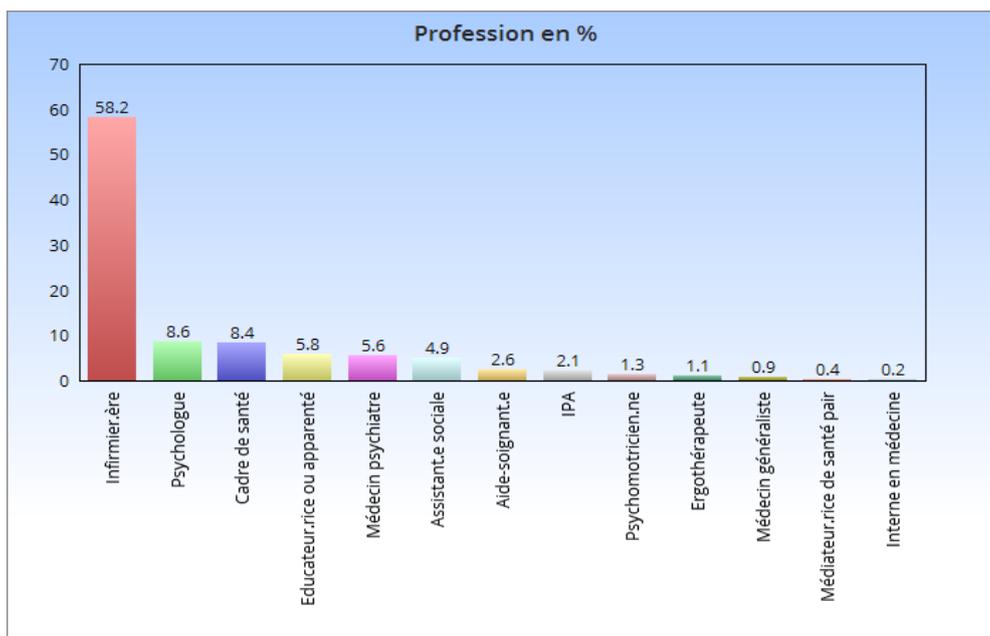


Figure2 Représentation catégories professionnelles

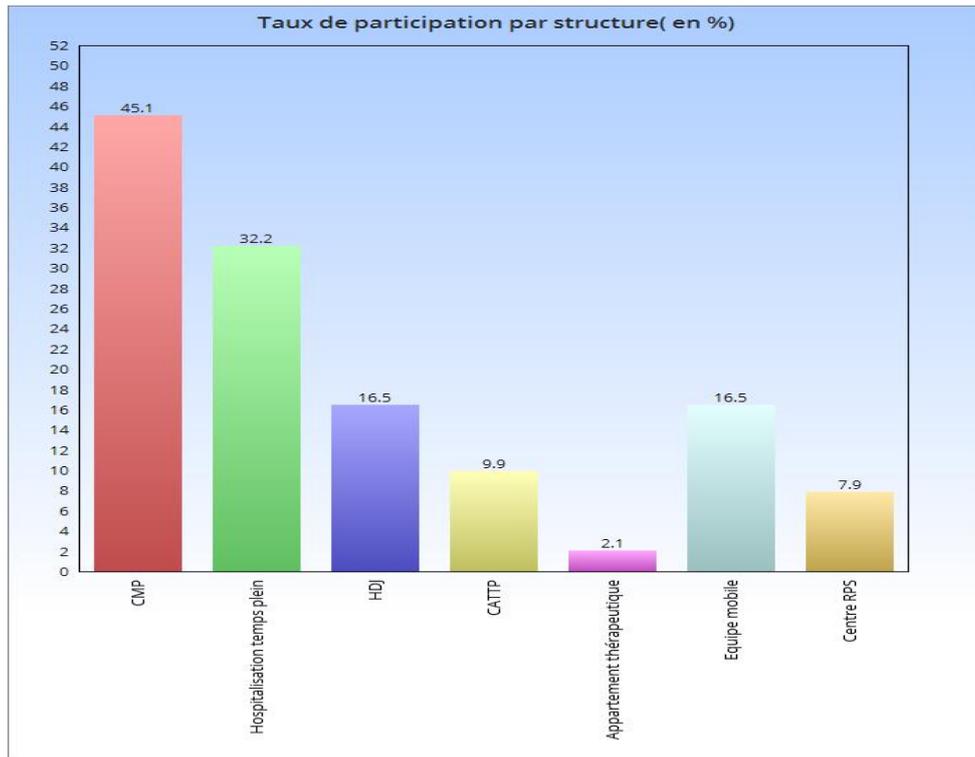


Figure 3 Taux de participation suivant structure

## 12. Répartition des professionnels sensibilisés et formés à la RPS

Sur la totalité des répondants, les professionnels sensibilisés à la RPS représentent 44% et les professionnels formés ne représentent que 26.6% mais dans les deux situations ils sont plus nombreux à être sensibilisés et formés sur l'ambulatoire que sur le temps complet ou partiel.

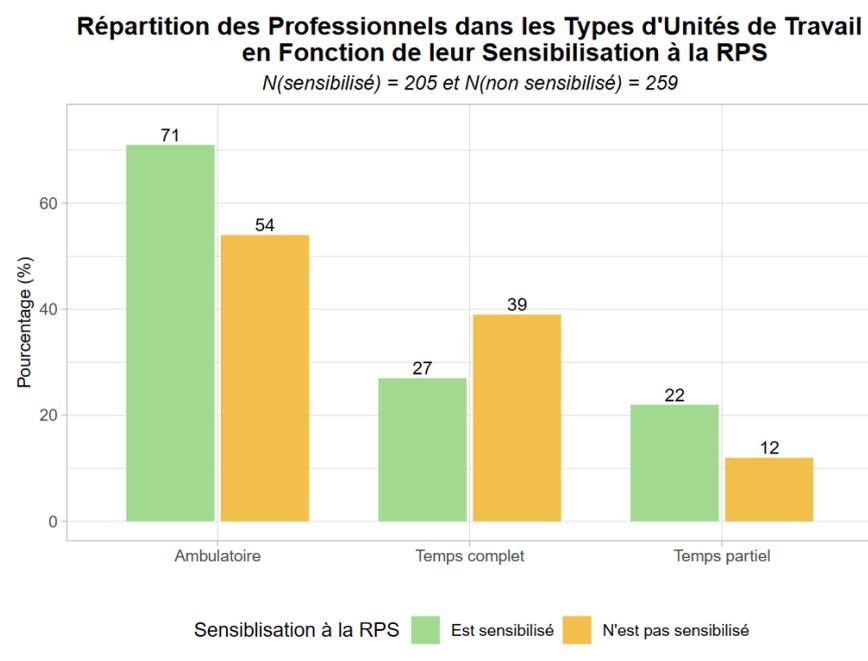


Figure 4 Répartition des professionnels sensibilisés à la RPS suivant unité de Travail.

### Répartition des Professionnels dans les Types d'Unités de Travail en Fonction de leur Formation en RPS

N(formé) = 124 et N(non formé) = 339

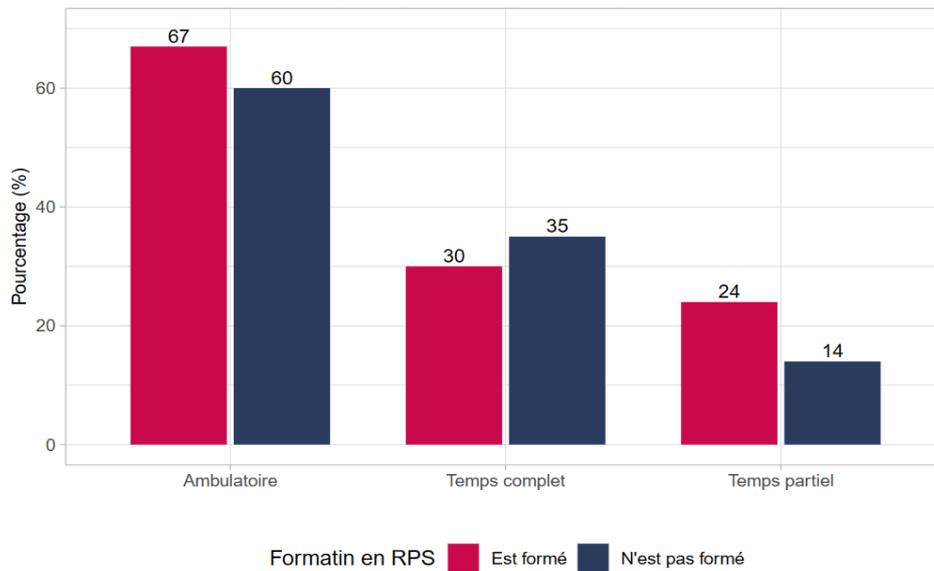


Figure5 Répartition professionnels formés à la RPS suivant unité de travail.

### 13. Les professionnels et la connaissance du concept de rétablissement

Sur l'ensemble de la population interrogée 73 % connaissent le concept du rétablissement on note une certaine hétérogénéité selon la profession car on relève une connaissance pour 90.3% des médecins contre seulement 68% des soignants (IDE, IPA et AS ) et 70.8% pour les acteurs sociaux.

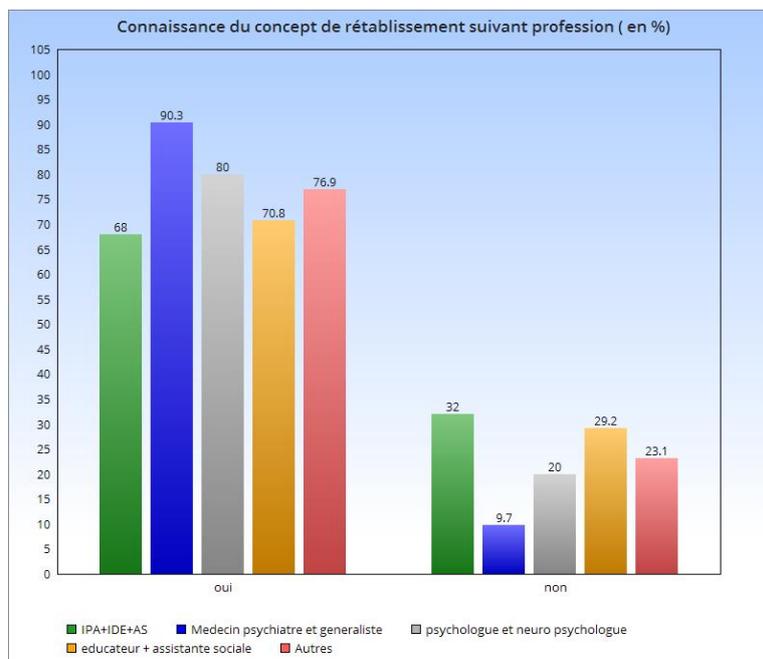


Figure 6 connaissance du concept suivant la catégorie professionnelle.

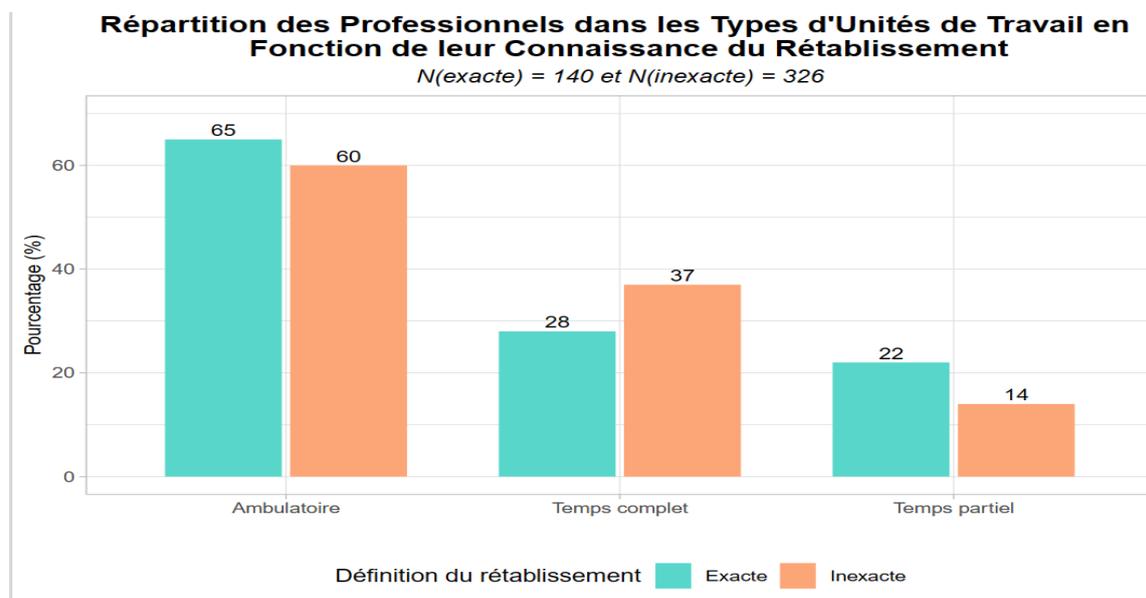
On peut constater là encore un écart de la connaissance du concept de rétablissement entre l’ambulatoire et les autres unités de travail (65% VS 28%). Au niveau des catégories professionnelles les médecins ont une connaissance du rétablissement à 90.3 % contre 68% pour les soignants (IDE,AS et IPA)

Le questionnaire comprenait une question avec différentes propositions pour définir le concept du rétablissement parmi celles-ci, celles à choisir étaient :

- **Un accompagnement partenarial usager- soignant**
- **Un Processus multidimensionnel**
- **Un processus personnel**

La majorité des professionnels identifient celui-ci en termes d’accompagnement partenarial pour plus de 80% toutes catégories professionnelles confondues, même accord sur la notion de processus multidimensionnel.

Sur le terme de processus personnel on relève une plus grande ambivalence dans les réponses avec à peine 52.5% pour les psychologues et à peine 42% des IDE, IPA et aides-soignants et il y a 6% des répondants qui pensent le rétablissement uniquement axé sur la baisse des symptômes.



*Figure7 Répartition des professionnels dans les unités suivant leur connaissance du rétablissement*

On constate une différence concernant la connaissance du concept au niveau de l’ambulatoire par rapport aux autres unités de soins avec 65% contre 28% à temps plein et 22% à temps partiel.

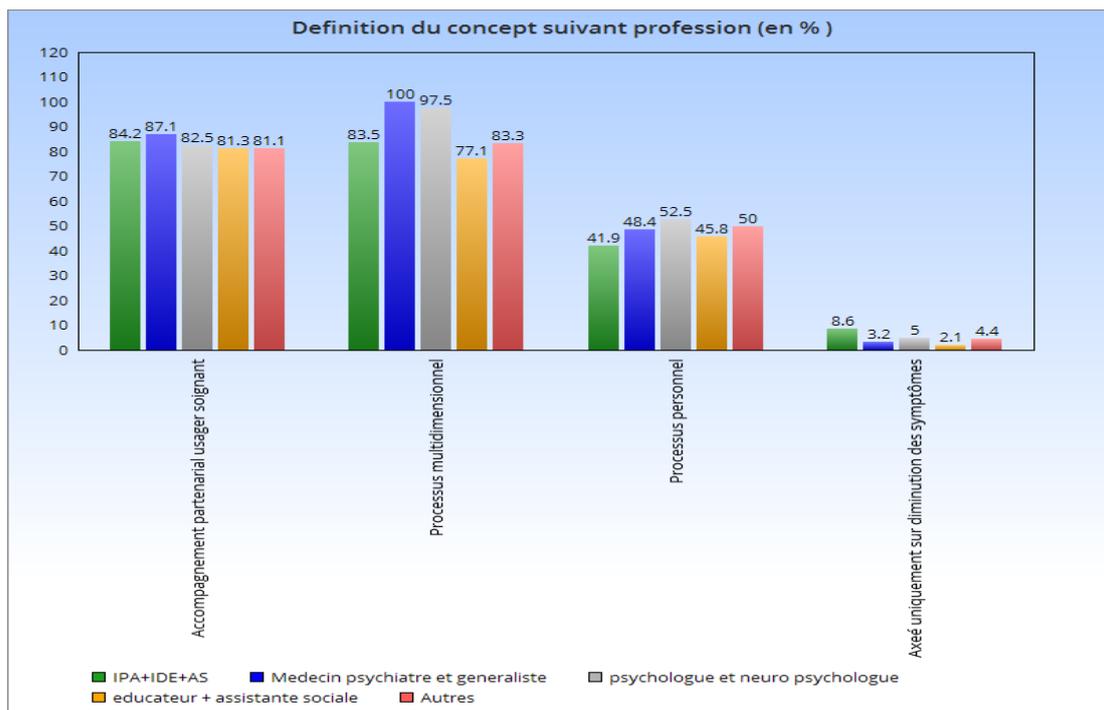


Figure 8 définition du concept de rétablissement suivant les catégories professionnels

#### 14. Identification des objectifs de la Réhabilitation psycho sociale et de l'accessibilité aux usagers

L'ensemble des professionnels jugent très important avec 66.5% et important avec 31.5% l'orientation du projet de l'utilisateur vers le rétablissement.

Il y a une certaine homogénéité entre les différentes catégories professionnelles concernant cette importance à orienter le projet de l'utilisateur vers le rétablissement.

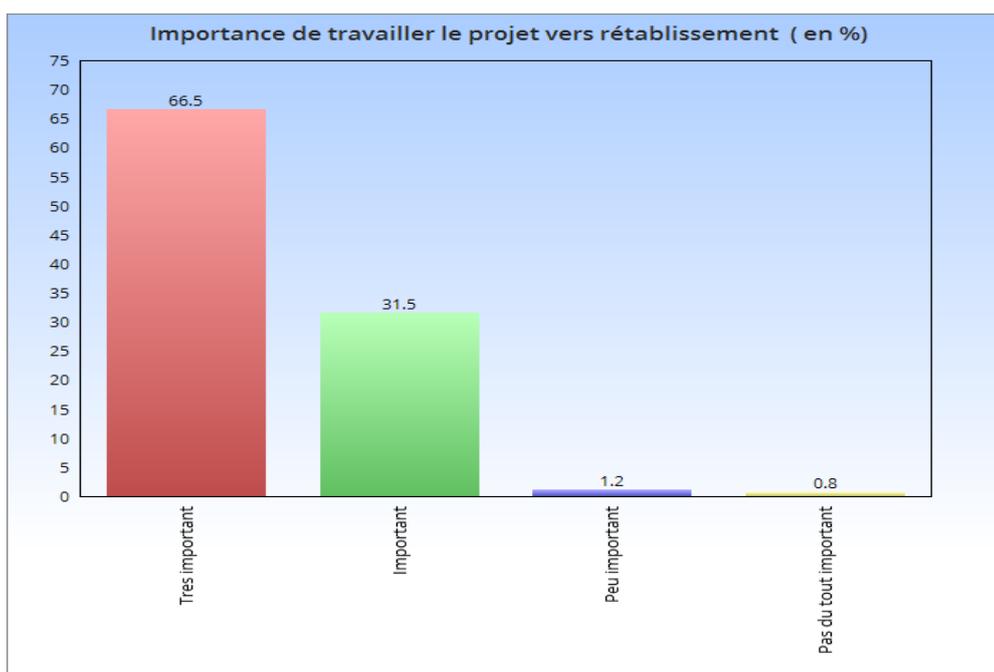


Figure 9 importance de travailler le projet de l'utilisateur vers le rétablissement

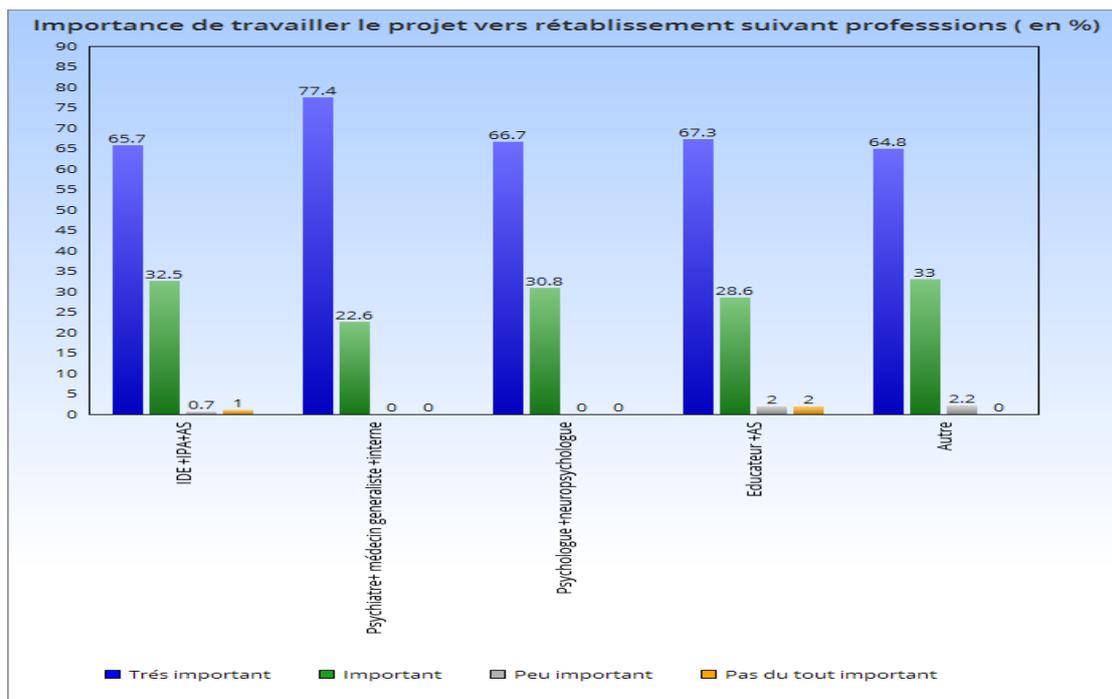


Figure 10 importance de travailler le projet de l'utilisateur vers le rétablissement suivant profession.

L'ensemble des professionnels sont quasi unanimes sur le fait qu'il est impératif de travailler le projet en l'orientant vers le rétablissement mais la réponse est beaucoup plus mitigée sur l'accessibilité à la RPS pour toutes les personnes concernées.

L'accessibilité à tous suscite un questionnement car nous n'obtenons pas un taux de réponses qui se détachent réellement, beaucoup de professionnels hésitent. La réponse est oui pour 50.5% des soignants (IDE, AS, IPA) et de 60.7% pour les médecins, quant à la non accessibilité de la RPS, le taux est de 39.9% des soignants et de 30% pour les médecins.

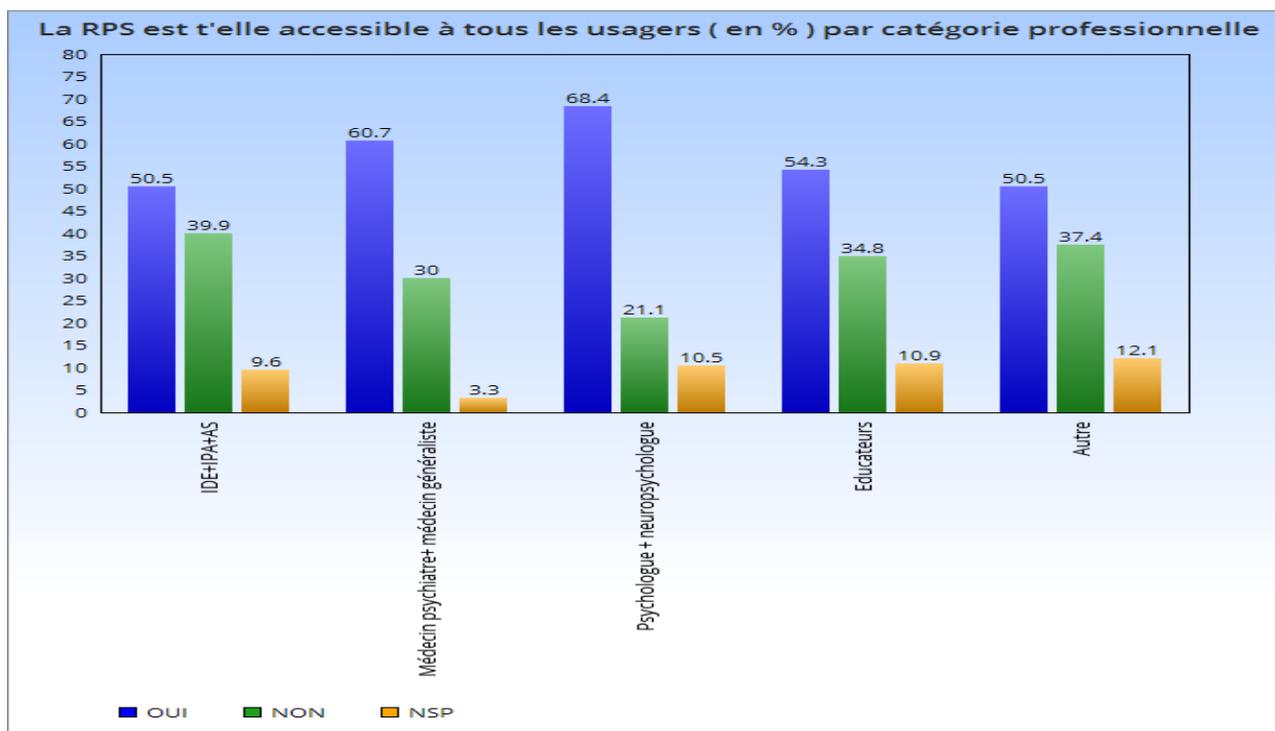
Le taux de réponses « ne sais pas » est d'environ 10% pour chaque catégorie professionnelle sauf chez les médecins où ce taux est de 3.3%.

A quoi peut être due cette hésitation ? Peut-être à des stigmates en lien avec certains usagers ou pathologies qui seraient plus à même à se rétablir que d'autres ?

Les représentations d'incurabilité sont encore présentes au sein des services de santé mentale et dans la société en générale.

Cette association de la psychiatrie à la dangerosité ou à la peur de l'autre représentent le lit de la stigmatisation et de fausses croyances qui tendent à favoriser l'isolement et le tabou autour de la santé mentale.

**C'est pourquoi la réhabilitation doit se faire en association avec un travail de déstigmatisation et de déconstruction des fausses croyances.**



*Figure 11 L'accessibilité de la RPS à tous les usagers.*

En ce qui concerne les objectifs de la RPS, ils sont dans l'ensemble identifiés par les professionnels hormis pour la déstigmatisation et le travail des difficultés cognitives qui semblent moins bien perçues comme un intérêt de la Réhabilitation psychosociale, en particulier chez les professionnels non formés et non sensibilisés. De même, on note un amalgame entre rémission et guérison chez les professionnels non formés.

On peut se demander pourquoi ces objectifs sont moins bien identifiés quand on sait que la stigmatisation et les difficultés cognitives sont 2 principaux obstacles au rétablissement.

Les professionnels sont -ils au fait de ce que sont les cognitions sociales et de leur rôle dans les relations interpersonnelles et l'analyse des comportements des autres ?

Les professionnels ont ils les connaissances de la théorie de l'esprit, le style attributionnel, les distorsions cognitives pour leur permettre de comprendre l'importance de la remédiation cognitive pour le rétablissement ?

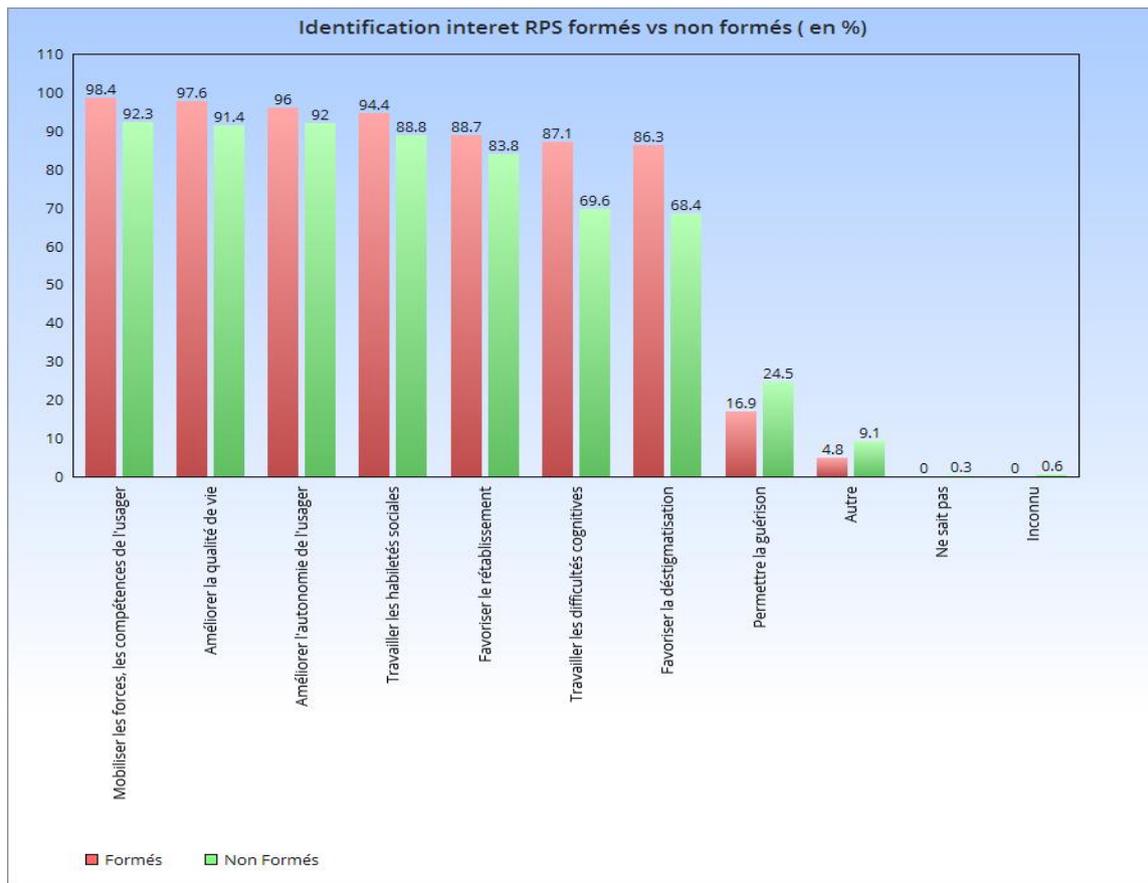


Figure 12 Identification Objectifs professionnels Formés VS non Formés

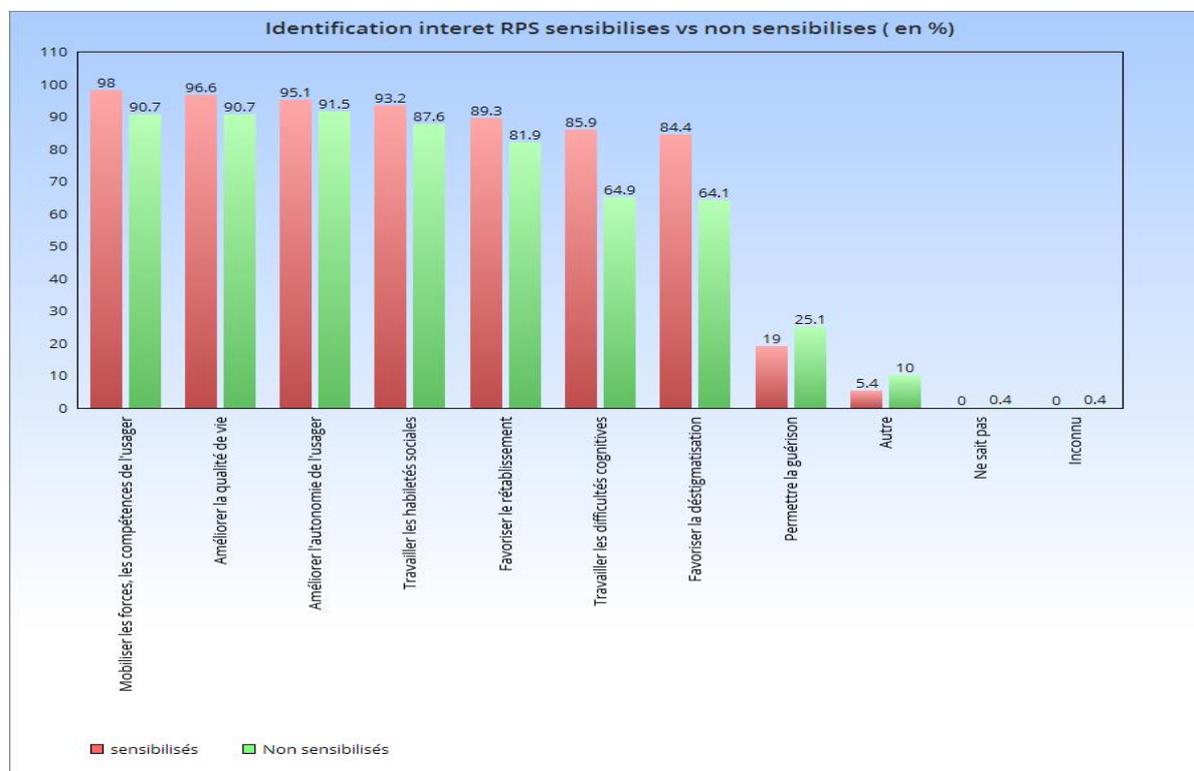


Figure 13 Identification objectifs de la RPS sensibilisés VS non sensibilisés

Au niveau des soins spécifiques on relève également une difficulté des professionnels à identifier là aussi la remédiation cognitive et le soutien aux aidants comme outils de la réhabilitation psycho sociale.

On peut s'interroger sur la place accordée aux aidants dans le projet de la personne concernée et dans les soins, plus spécifiquement dans le rétablissement de manière générale.

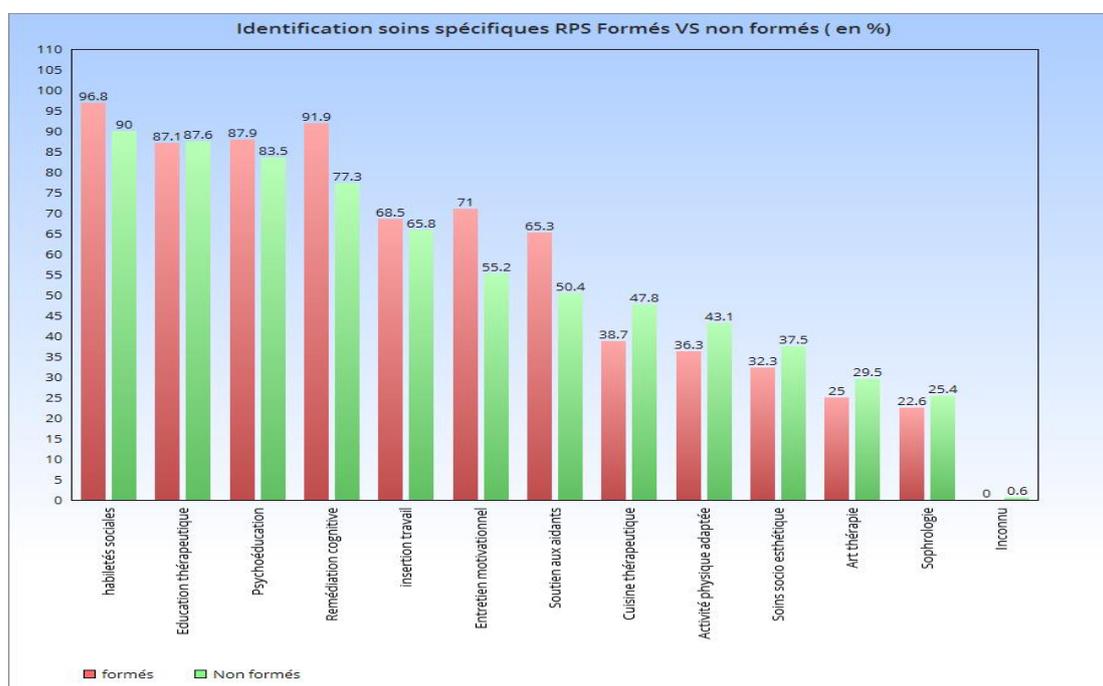


Figure14 Identification des outils RPS formés VS non formés

### 15. Valeurs de la réhabilitation psycho-sociale et savoir expérimentiel vu par les professionnels

Pour la réalisation de ce questionnaire je souhaitais que les professionnels évoquent avec 3 mots les valeurs qui décrivent au mieux les fondements de la Réhabilitation psycho sociale.

Les réponses ont été retranscrite sous forme de nuage de mots où il ressort clairement les mots les plus cités :

- L'autonomie,
- Le **rétablissement**,
- L'accompagnement
- Le **respect**.



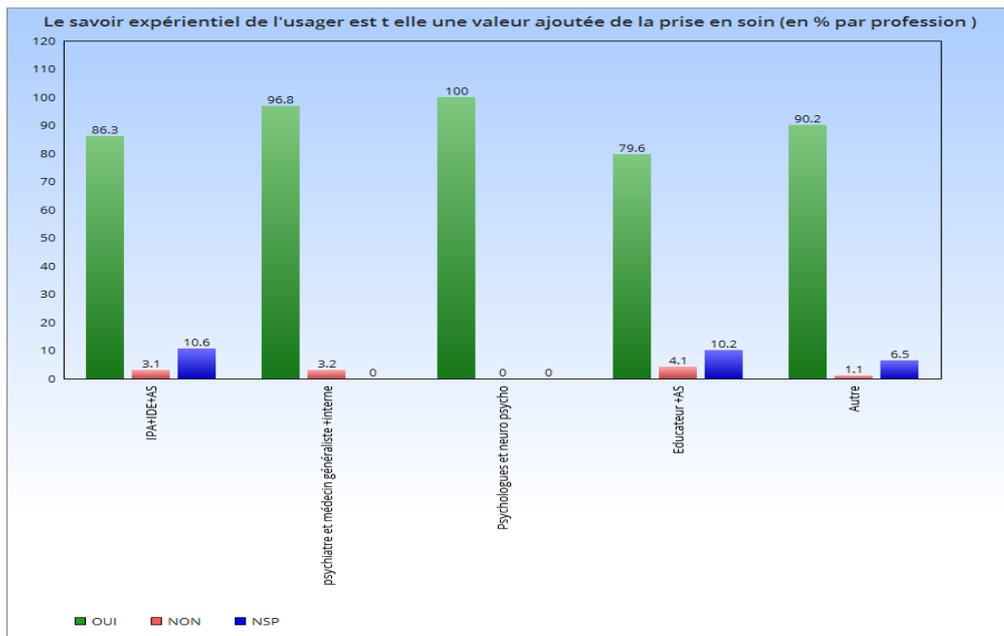


Figure 16 Graphique sur l'intérêt du savoir expérimentiel dans la prise en soin.

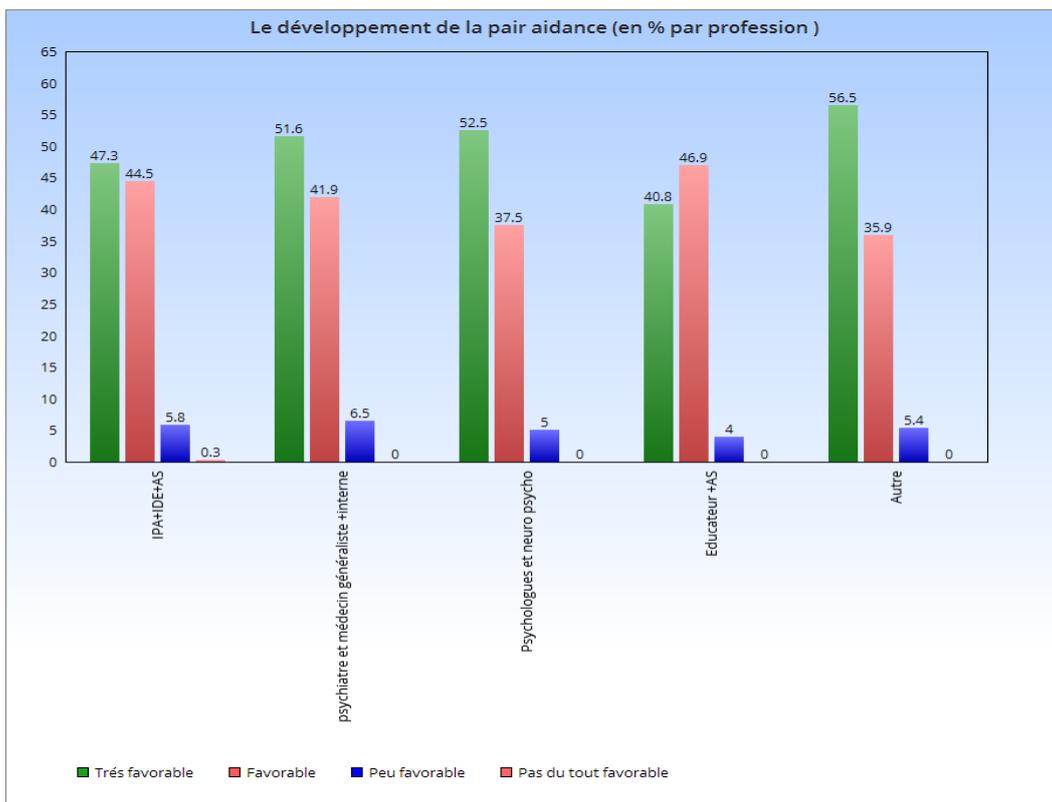


Figure 17 graphique sur le développement de la paire aideance

## 16. Mise en place de projet de réhabilitation, utilisation des outils et vécu des professionnels.

L'ensemble des professionnels s'accordent en se prononçant **concernés** par la mise en place de projets RPS : pour 36.5% toujours concernés et pour 38.2% régulièrement concernés.

Malgré cette implication des professionnels dans les projets de Réhabilitation psycho sociale, l'utilisation d'outils RPS semble à contrario être occasionnelle pour 37.1% de la population interrogé voir jamais utilisés pour 17.4.% d'entre eux.

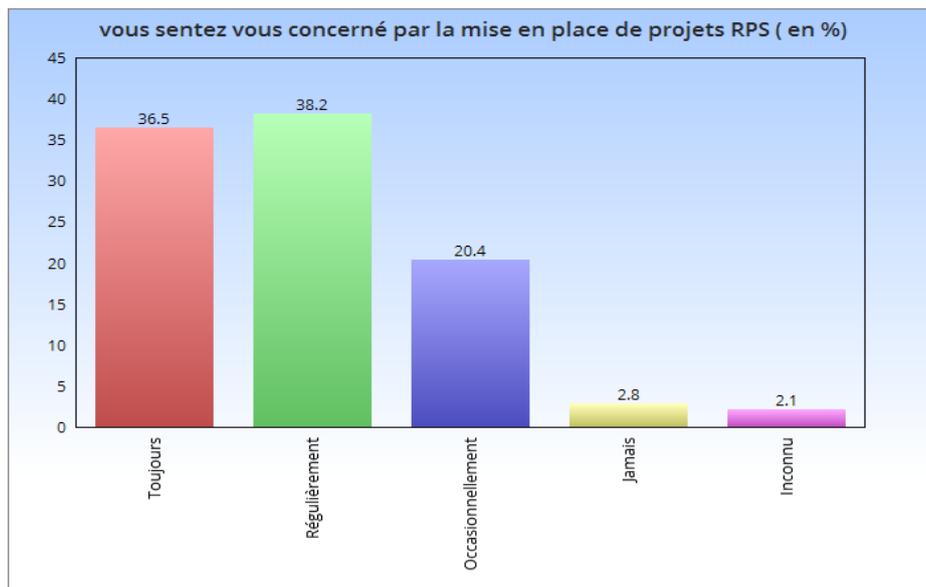


Figure18 Intérêt des professionnels pour la mise en place du projet RP

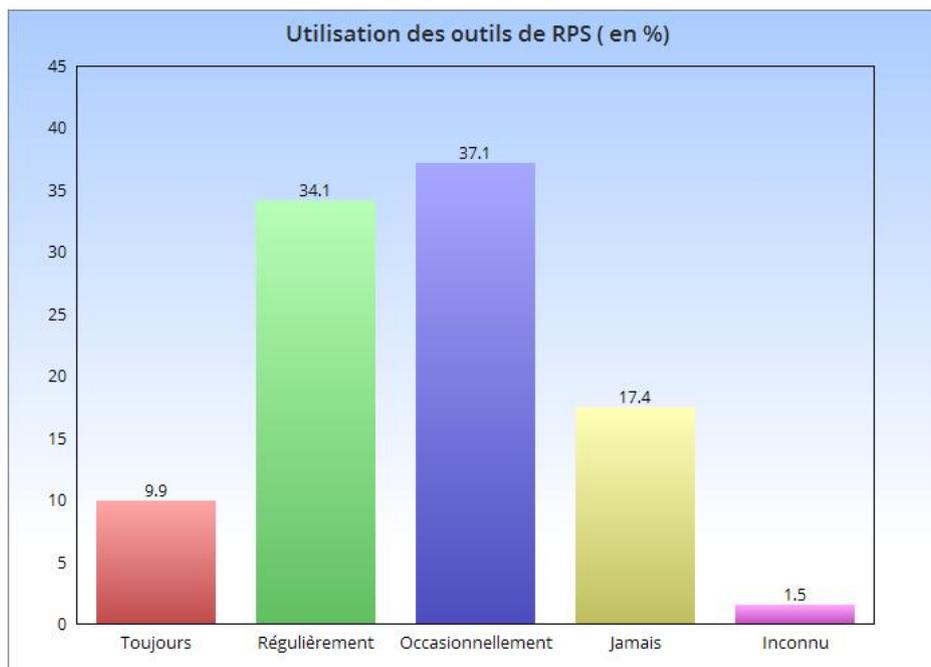


Figure 19 Utilisation au quotidien des outils RPS (en %)

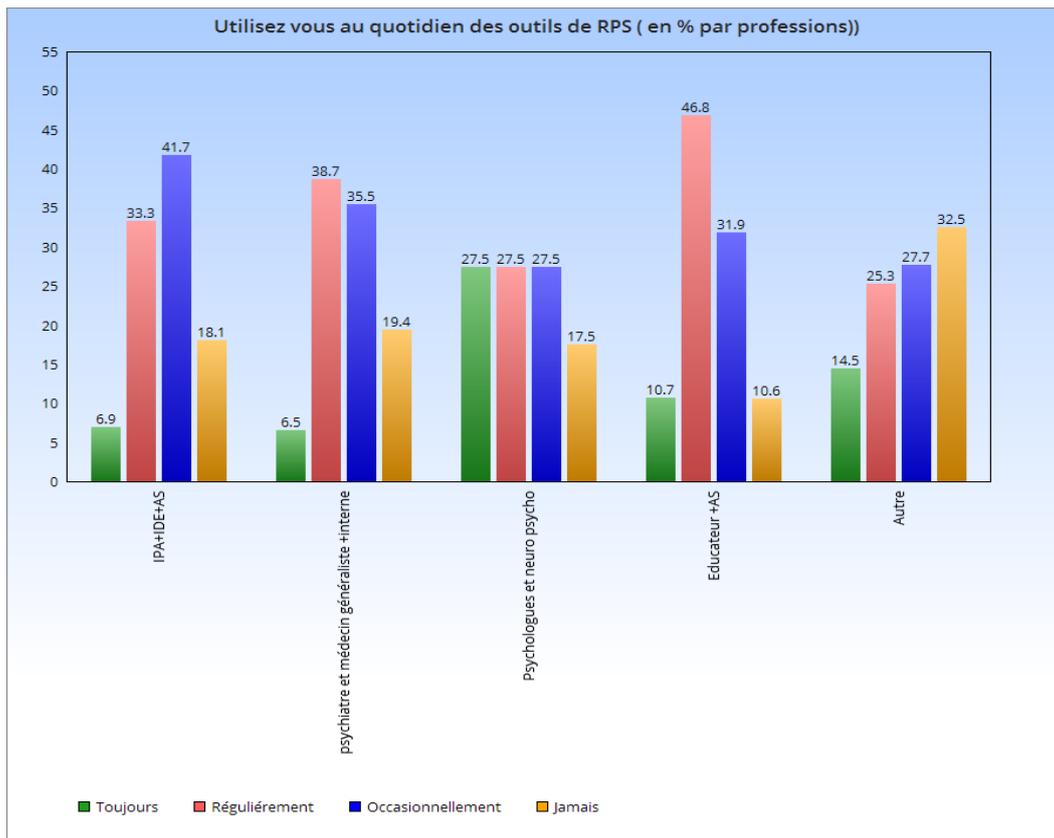


Figure 20 Utilisation outils suivant catégorie professionnelle(en%)

**Dans ce graphique on remarque que 41.7% des professionnels paramédicaux IDE IPA et AS n'utilisent qu'occasionnellement les outils RPS contre 33.3% qui l'utilisent de façon régulière.**

### 17. Identification des freins par les professionnels

L'enquête propose d'identifier certains freins à la mise en place de la réhabilitation psycho sociale.

On constate que suivant la catégorie professionnelle, les freins identifiés ne sont pas les mêmes.

Pour les IDE, AS et IPA c'est plus un véritable ensemble de tous les freins identifiés à un même niveau en termes de pourcentage mais pour les médecins les obstacles clairement identifiés sont essentiellement le manque de temps, de moyens et de professionnels formés qui représentent selon eux la véritable source de difficultés à la mise en place.

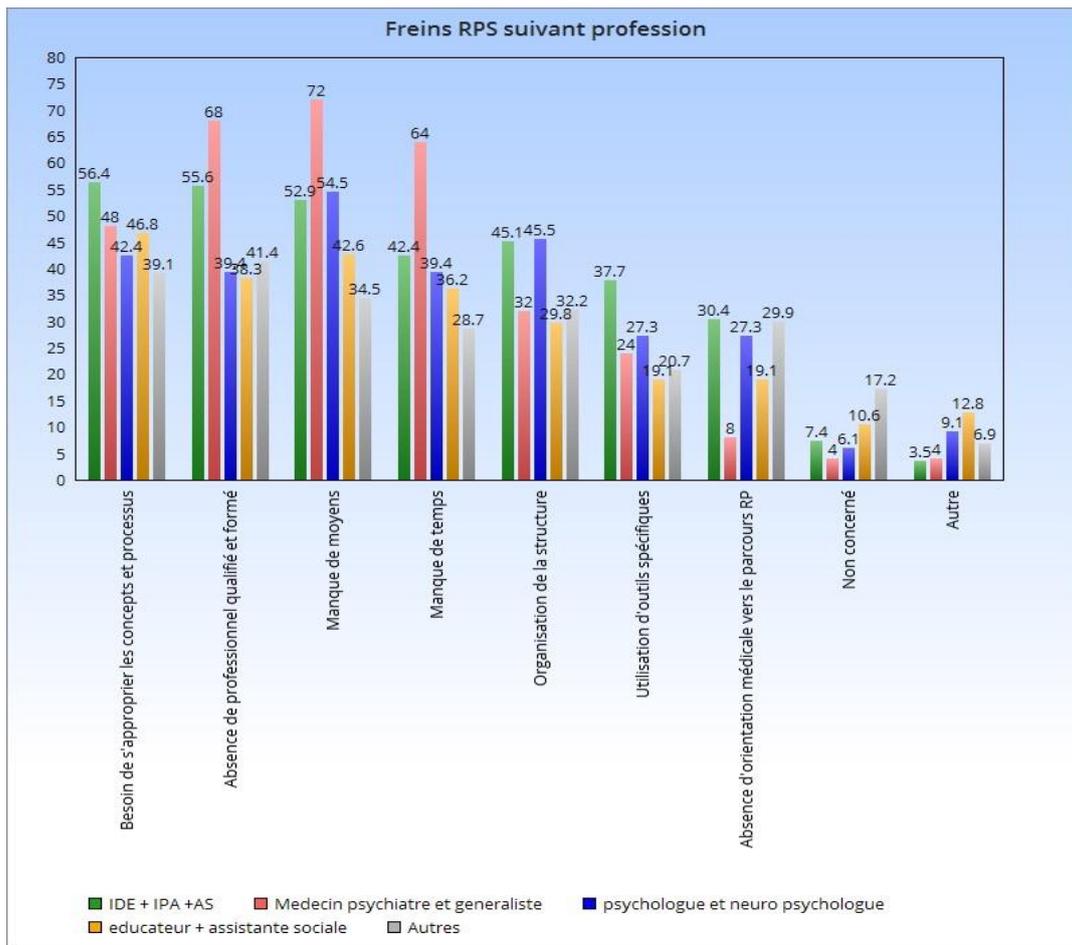


Figure 21 Identification des freins selon les professionnels

En fin de questionnaire il y a une question portant sur la nécessité de communiquer davantage sur la Réhabilitation psycho sociale au sein du GHT qui a fait l'unanimité des professionnels toutes catégories confondues avec 92% de réponses affirmatives contre 6% de non.

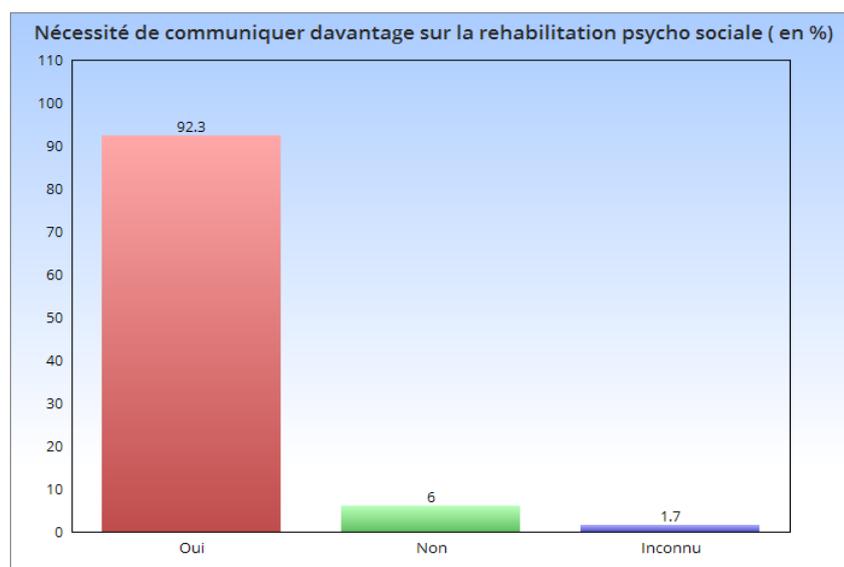


Figure 22 nécessité de communiquer sur la RPS au sein GHT (en %)



## IV Discussion

L'enquête réalisée au sein du GHT met en exergue à l'unanimité le souhait des professionnels de communiquer davantage autour de la RPS avec 92% des personnes interrogées qui répondent oui à cette question.

Le concept de rétablissement est dans l'ensemble identifié par les professionnels comme un processus multidimensionnel et un accompagnement partenarial usager -soignant, mais très peu comme un processus individuel propre.

De même il semble y avoir un amalgame entre rétablissement et guérison puisque environ 22.5% des professionnels identifient le rétablissement comme permettant la guérison alors que le concept est axé sur plusieurs dimensions autre que la réduction des symptômes.

Ce constat tend à démontrer la persistance et la résistance « Clinico centrées » que l'on observe encore chez beaucoup de soignants, alors que la philosophie de la réhabilitation et le concept de rétablissement visent essentiellement l'autosoin, l'autodétermination, l'empowerment et la déstigmatisation.

Le modèle médical de « guérison » n'est plus l'objectif final mais il existe plusieurs objectifs visant une qualité de vie satisfaisante, **la normalisation** pour permettre l'inclusion et la déstigmatisation.

Les réponses au questionnaire démontrent la persistance de certaines croyances et méconnaissances de la globalité de la prise en soin en Réhabilitation psycho sociale. En effet seulement la moitié des professionnels identifient le soutien aux aidants comme un objectif de la RPS.

En France il y a environ 9 millions d'aidants, la stratégie politique 2023-2027 prévoit un accompagnement des aidants en développant les séjours de répit, en renforçant les droits, en recensant les aidants et ouvrant la validation des acquis aux proches aidants.

La place accordée à la famille a évolué, autrefois considérée comme la source probable des troubles, l'institution avait tendance à maintenir les aidants en dehors de la prise en soins de la personne concernée voir à demander l'extraction de l'usager de son milieu.

Depuis quelques années la place des aidants a évolué, maintenant reconnus comme des partenaires du rétablissement, leur rôle est indiscutable, il est nécessaire de les inclure et de valoriser leur contribution dans le processus de rétablissement.
--

Il est important de soutenir les aidants en développant une culture d'inclusion dans la prise en soin et en sensibilisant la société sur la place des aidants dans notre système de santé.

Un aidant accompagné et soutenu est mieux équipé pour apporter un soutien émotionnel, physique et financier optimal à la personne concernée, selon des études récentes « **l'aide aux aidants est le 2 -ème facteur de rétablissement après les traitement médicamenteux** »(Enquête IPSOS macif, 2020)

Les aidants sont confrontés à de fortes charges émotionnelles, pour les aider à faire face il est important de leur offrir un soutien, un accompagnement de qualité pouvant inclure une écoute, une verbalisation de leur difficulté, un répit.

La place des aidants n'est plus à prouver dans le processus de rétablissement c'est pourquoi l'information, la formation adaptée sur les troubles psychiques, les causes, les traitements, leurs conséquences sont importantes et nécessaires, cela permet de :

- Développer des stratégies pour faire face aux difficultés et aux crises.
- Améliorer la communication et la relation aidants et professionnels en développant un partenariat.
- Prévenir l'épuisement des aidants.
- Améliorer la compréhension des besoins et attentes des personnes ayant des troubles psychiques.
- Améliorer les relations et la communication entre la personne concernée et ses proches aidants
- Renforcer les compétences et développer une confiance en ses capacités grâce à une meilleure compréhension des problématiques.
- Réduire la stigmatisation et renforcer le soutien social.

En plus des difficultés à repérer les aidants dans le processus de rétablissement, **la remédiation cognitive** peine à être également identifiée comme outil du rétablissement.

En effet l'un des intérêts de la RPS le moins identifié lors de l'étude se trouve être le travail sur les difficultés cognitives.

J'attribue cette non-identification à une difficulté à nommer ce que sont « les cognitions » pour majorité de professionnels.

Pourtant les troubles cognitifs font partie des principaux symptômes des troubles psychiques entravant ainsi les relations interpersonnelles et créant des biais délétères pour le fonctionnement de la personne concernée au sein de la communauté.

L'infirmier en pratique avancée à un rôle de guidance auprès de ses pairs et un devoir d'accompagnement des équipes au développement de leurs connaissances.

L'acculturation des professionnels aux troubles cognitifs et aux cognitions sociales est un enjeu important qui peut permettre une meilleure compréhension des comportements dans les troubles psychiques, et d'affiner la prise en soins avec pertinence en tenant compte des émotions et particularités de chaque usager.

Pour comprendre les objectifs de la réhabilitation, il est essentiel de connaître ce que sont les cognitions et l'intérêt de les travailler afin d'acquérir des compétences pour lutter contre l'altération des processus mentaux.

Il faut savoir que 85% des usagers de santé mentale ont des troubles cognitifs (Lafont-Rapnouil, 2013).

Pour intégrer la remédiation cognitive, il est impératif d'aborder l'ensemble des notions afin de mieux saisir l'enjeu des dysfonctionnements cognitifs sur la qualité de vie de l'utilisateur et les relations interpersonnelles.

Celle-ci représente un enjeu dans la compréhension et la déstigmatisation. Quoi de mieux que l'information ? Car là aussi le questionnaire relève qu'un peu plus de la moitié des professionnels associent la réhabilitation psychosociale au travail de déstigmatisation (64% des professionnels non sensibilisés et 68% des professionnels non formés.)

L'un des premiers sociologues à aborder la stigmatisation est Goffman qui est à l'origine d'une enquête réalisée au sein d'un établissement de santé mentale. Pour lui :

*« Le stigmaté est ce qui, lors d'une interaction, affecte, en le discréditant, l'identité sociale d'un individu. Innées ou acquises, monstruosité du corps, tares de caractère et caractéristiques tribales produiraient alors une frontière entre deux groupes, celui des stigmatisés et celui des normaux, et donneraient lieu, selon la nature du stigmaté et le contexte de sa socialisation, à des itinéraires moraux distincts » (Plumauzille et Rossigneux-Méheust, 2014)*

La stigmatisation, l'auto-stigmatisation sont des obstacles majeurs au rétablissement, c'est pourquoi l'un des objectifs est de travailler et lutter contre la stigmatisation auprès des usagers, des familles, des professionnels.

La pratique avancée du fait de son rôle dans l'accès au soin, doit s'engager pour déconstruire les croyances en commençant par celles des soignants, avec la création de groupes de réflexion afin d'interroger la place de nos préjugés dans la prise en soin.

L'ensemble des personnes qui se sont exprimées lors de cette enquête ont en grande majorité proposé comme outils « **la formation, la sensibilisation** » ce qui témoigne d'une envie d'investir les soins de réhabilitation psychosociale et le rétablissement.

Mais n'oublions pas que pour construire cette nouvelle philosophie de soin, il est important de déconstruire certains schémas, tels que l'idée d'incubabilité ou la dangerosité des personnes ayant des troubles psychiques.

L'infirmière en pratique avancée à une place à prendre dans la déstigmatisation, en commençant par des actions d'information, avec la transmission de données probantes qui contribuent à lutter contre la désinformation quotidienne et/ou médiatique concernant les troubles psychiques.

Il est important aussi de développer les droits des usagers qui sont un pilier de la reconnaissance de leur pouvoir d'agir, leur droit à prendre part aux décisions et à sortir de la

classification de « folie vs normalité », agir dans ce sens, c'est permettre aux personnes concernées de retrouver leur citoyenneté au sein de notre société.

La déstigmatisation doit se faire aussi avec le soutien de la paire-aidance, plébiscitée à plus de 80% par les professionnels ayant participé au questionnaire, elle est pourtant peu développée au sein des établissements.

Pour accompagner son développement, il faut accroître les journées de sensibilisation, les rencontres croisées entre usagers, professionnels, aidants et médiateur pair.

Mener une campagne d'intégration au système de soin de l'ensemble des acteurs en reconnaissant la contribution de chacun c'est cela la philosophie du rétablissement.

**Comprendre que chaque usager, aidant et professionnel contribuent à l'évolution des uns et des autres dans le respect et la bienveillance, chacun a apprendre de l'autre.**



Au travers de la réalisation de cette enquête on retrouve un véritable intérêt des professionnels pour la réhabilitation psycho sociale, même si il reste des zones d'incertitude, de confusion qu'il faut accompagner pas à pas et éclaircir grâce aux actions de sensibilisation.

Parmi les difficultés à la mise en place de la RPS, les médecins relèvent le manque de temps, de moyens et de professionnels comme principaux freins.

La Réhabilitation psycho sociale précoce est une recommandation pour l'accompagnement de la prise en soin en santé mentale car elle favorise l'inclusion, le retour à la citoyenneté, à l'emploi(travail et al., 2024), elle est reconnue comme soin de première intention.

Elle permet de prévenir l'aggravation des troubles, de développer les connaissances pour promouvoir l'autosoin, et éviter des re hospitalisations longues et en urgence.

Mais il est vrai que nos organisations ne facilitent pas sa mise en place, les lignes budgétaires sont restreintes, les temps soignants diminuent, les contraintes administratives s'alourdissent, la démographie médicale et les difficultés de recrutement des neuropsychologues complexifient fortement le développement de la réhabilitation psycho sociale.

La psychiatrie a souvent été considérée comme le parent pauvre de la médecine, peu d'investissements y ont été consacré avec des budgets alloués en personnel et en investissement en deçà des besoins concrets, ceci malgré ses avancées et ses recherches performantes.

Position antinomique lorsqu'on sait que la santé mentale est le premier poste de dépenses de l'assurance maladie, que la santé mentale ne fait que décroître notamment parmi les jeunes et qu'elle entraîne un taux d'absentéisme conséquent chaque année (35 à 45 % des absences au travail)

Le manque de professionnel est également une difficulté puisque selon une enquête menée en 2023 « plus d'un quart des postes sont vacants dans 40% des établissements et 25% des établissements se déclarent en grande difficulté pour répondre aux besoins de la population. » (*Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : présentation des propositions de la FHF | Fédération Hospitalière de France, s. d.*)

On peut dire que l'un des freins à la mise en place de la réhabilitation psycho sociale est organisationnel au sein des institutions, et nécessite de repenser différemment l'organisation des soins pour permettre entre autres une fidélisation des professionnels.

La santé mentale est un enjeu de santé publique qui nécessite de recréer une dynamique territoriale en cessant d'isoler la psychiatrie de la société pour lui permettre « l'aller vers » permettant ainsi le penser pluridimensionnel et soin communautaire.

Les professionnels, bien qu'ils se sentent concernés par les projets orientés en réhabilitation psycho sociale, reconnaissent à contrario qu'ils utilisent peu les outils. En effet ce sont 41.7% des professionnels IDE qui utilisent occasionnellement les outils RPS contre 33.3% qui les utilisent de façon régulière.

Que nous révèle cette difficulté à utiliser les outils au quotidien, l'aspect chronophage pour les professionnels des échelles d'évaluation, une méconnaissance, un manque de formation ?

Pour le déterminer il faudrait réaliser une seconde étude plus ciblée, le but de cette première enquête était de déterminer le ressenti des professionnels et de trouver des pistes pour accroître le développement de la réhabilitation psycho sociale et de la philosophie du rétablissement.

Les données recueillies permettent de mettre en lumière les principales difficultés à l'implantation des soins en RPS.

Au travers des réponses au questionnaire on démontre une évolution des pratiques et un intérêt qui nous ouvrent de nombreuses perspectives de changement.

La réhabilitation psycho sociale commence malgré la persistance de certains obstacles à trouver son chemin.

La route paraît encore longue et sinueuse notamment pour permettre une posture, une transdisciplinarité, le rassemblement autour d'une même approche du concept rétablissement.

Voilà quelques freins que je n'ai pas obligatoirement explorés dans ma recherche mais qui pourraient être des pistes pour de nouveaux travaux :

Je souhaiterai travailler ultérieurement sur **les représentations** des soignants et **l'impact des croyances** dans la prise en soin.

C'est, je le crois, une piste de réflexion pour faire évoluer la posture soignante vers le rétablissement.

**La posture soignante** pour s'orienter vers le rétablissement doit changer fondamentalement sa vision des troubles psychiques en luttant contre la stigmatisation, en réinventant sa relation avec l'utilisateur.

D'une relation paternaliste axée sur les symptômes et les déficits, il faut envisager les soins sur les forces de la personne concernée pour positiver ses réussites, et encourager sa capacité d'action.

Le soignant doit être capable d'accompagner le projet de l'utilisateur de façon optimiste permettant ainsi le déploiement de l'espoir, vers un rétablissement permettant une inclusion dans la société.

Pour cela il est nécessaire que la relation soit équilibrée avec une ouverture au dialogue, que le soignant accepte, reconnaisse, intègre l'expertise de l'utilisateur du fait de son vécu expérientiel des troubles psychiques, et qu'il accorde sa confiance à la personne concernée.

La posture nécessite un changement de regard soignant avec une redéfinition de sa place pouvant créer un sentiment de peur, de perte de contrôle et d'identité.

Autrefois la relation soignant-soigné était définie par un modèle paternaliste. Dans ce modèle le soignant était considéré, comme un sachant ayant l'expertise laissant une autonomie restreinte à l'utilisateur et créant un sentiment d'une communication asymétrique en total contradiction avec la relation symétrique nécessaire à la mise en place de la réhabilitation psycho sociale axée sur les forces.

**La juste posture soignante** en réhabilitation psycho sociale exige :

- **Une horizontalité dans la relation** (simple, directe et authentique).
- **Un engagement du soignant** (sans réserve dans le projet « du patient »).
- **Une attitude positive dans les capacités de l'utilisateur que l'on accompagne.** (Confiance)
- **Une reconnaissance des capacités de l'utilisateur à faire ses propres choix.**
- **Une reconnaissance du savoir expérientiel de l'utilisateur.** (Humilité)
- **L'autonomisation du patient et l'inclusion en milieu ordinaire.**

Les professionnels de la santé, afin de favoriser la réhabilitation psychosociale, doivent avoir confiance dans les capacités des individus à surmonter les troubles psychiques, croire en leur résilience et en leur aptitude à mobiliser des ressources pour atteindre une qualité de vie satisfaisante.

L'évolution de la posture vers le rétablissement implique la reconnaissance du savoir expérientiel et le recours des pairs aidants au sein des équipes professionnels selon les recommandations de la HAS **ce qui représente une évolution des pratiques et un défi.**

Les recommandations de bonnes pratiques de la HAS du 30/11/2023 valident l'idée que les pairs aidants « **soutiennent la capacité de la personne à se projeter et espérer à nouveau** ». et qu'ils représentent un véritable levier au rétablissement des personnes concernées. (HAS,2023).

Faciliter l'intégration des pairs aidants au sein des équipes de soins demandent une collaboration et un engagement actif des professionnels.

Il est essentiel que ces derniers reconnaissent et intègrent légitimement le savoir basé sur l'expérience, en préparant soigneusement l'arrivée des pairs aidants et en favorisant leur incorporation au sein des institutions et des équipes.

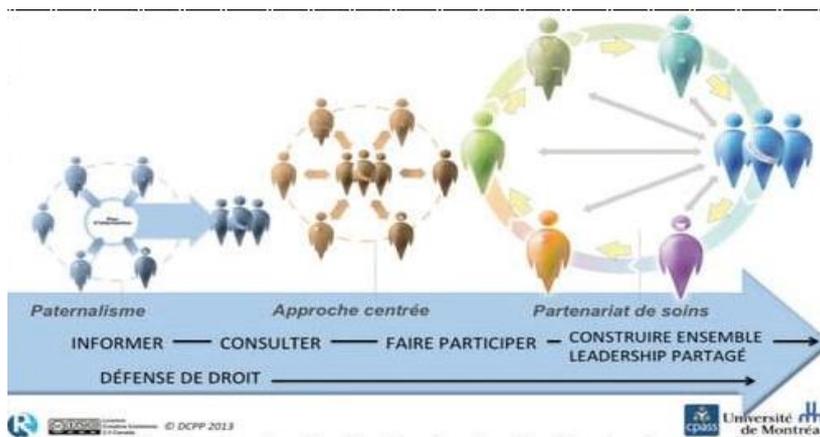


Figure 25 Montreal Model, Pomey & al, 2015

La réhabilitation psycho sociale nécessite la mise en place d'une **approche transdisciplinaire**, qui implique la collaboration d'experts issus de divers domaines, qui peut s'avérer complexe.

**La transdisciplinarité** peut se définir comme « **un type de pratique collaborative où les professionnels utilisent un cadre conceptuel partagé qui intègre des concepts, des théories et des approches de plusieurs disciplines** » (D'amour et al., 2005 ; Rosenfield, 1992 ; Van Bower, 2017).

Le concept de rétablissement et la mise en place de la RPS nécessitent une transdisciplinarité permettant une approche collective et holistique. Cependant il existe des difficultés en pratique malgré l'intérêt qu'on lui reconnaît « **de résoudre de manière innovante des problématiques complexes** (Abrams, 2006 ; Choi & Pak, 2006 ; Nash, 2008) » étant donné la réflexivité qu'elle exige des professionnels.

Sa mise en place nécessite entre les différentes disciplines un mélange culturel, lexical et conceptuel donc un changement des pratiques ancrées, ce qui peut susciter une résistance des différents professionnels.

Le système institutionnel n'est pas facilitant de cette approche collective, du fait du cloisonnement entre les différents domaines médecine de ville vs spécialités, sanitaire vs

médico-social, par le manque d'uniformité dans leur structuration hiérarchique, leurs financements, et leur gestion administrative.

Sans oublier le temps et la réorganisation que la transdisciplinarité implique au niveau des équipes en plus des charges déjà existantes des professionnels.

Certains indicateurs facilitants ont toutefois été identifiés telle que le **langage commun** (Sena & Liani, 2020), **un important soutien institutionnel** (Cartmill et al., 2011 ; Choi & Pak, 2007 ; Emmons et al., 2008 ; Ruddy & Rhee, 2005 ; Sena & Liani, 2020).

Certain suggèrent que l'existence d'un « **leadership unificateur doit être assuré au sein des équipes transdisciplinaires afin d'accompagner les professionnels dans leur adaptation à ce modèle collaboratif** » (Cartmill et al., 2011 ; Choi & Pak, 2007 ; Monthuy-Blanc et al., 2022).

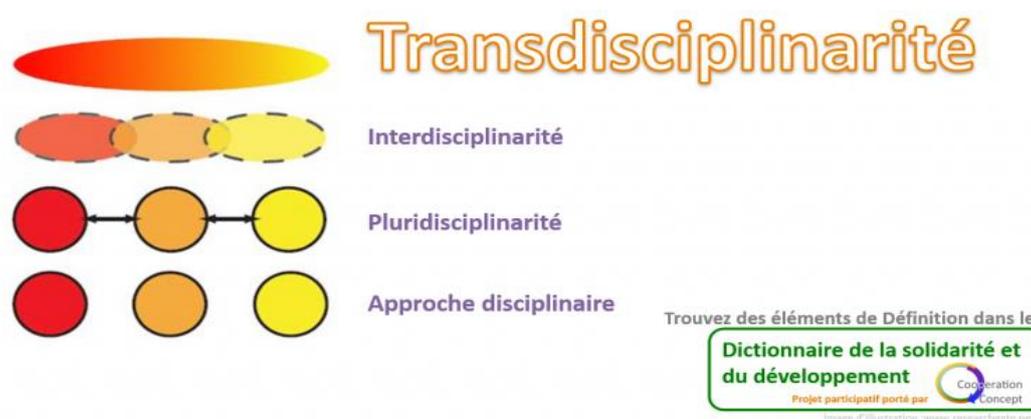


FIGURE26 cooperation-concept.net Glossary pluridisciplinarité

La transdisciplinarité, en favorisant une approche globale et collaborative, offre un cadre propice à l'inclusion des **aidants** dans notre société.

Reconnaître les rôles essentiels de chacun et sensibiliser l'ensemble des professionnels et la population à ce nouveau paradigme est crucial pour l'avenir. L'IPA grâce à son expertise clinique, sa connaissance des processus en jeu, ses compétences scientifiques et pédagogiques, peut contribuer au déploiement des soins de RPS, en accompagnant l'acculturation des professionnels et en initiant une approche de la recherche en soins infirmiers de RPS.

L'acculturation à la RPS et au rétablissement ne pourra se faire que par un accompagnement des professionnels et du public à la la déstigmatisation,

Je souhaiterais mener un travail pour évaluer les conséquences de nos représentations et de la stigmatisation dans la prise en soin des usagers.

Je crois au rôle prépondérant de la pratique avancée dans l'accompagnement des équipes grâce au partage de données factuelles et scientifiques pour réduire les préjugés en renforçant les connaissances.

La promotion et l'accompagnement des nouveaux professionnels pour développer la prise en soin non stigmatisante, en incluant les témoignages d'utilisateurs et des aidants.

Le partage du vécu expérientiel est indispensable pour déconstruire certaines croyances et permettre un enrichissement collectif.

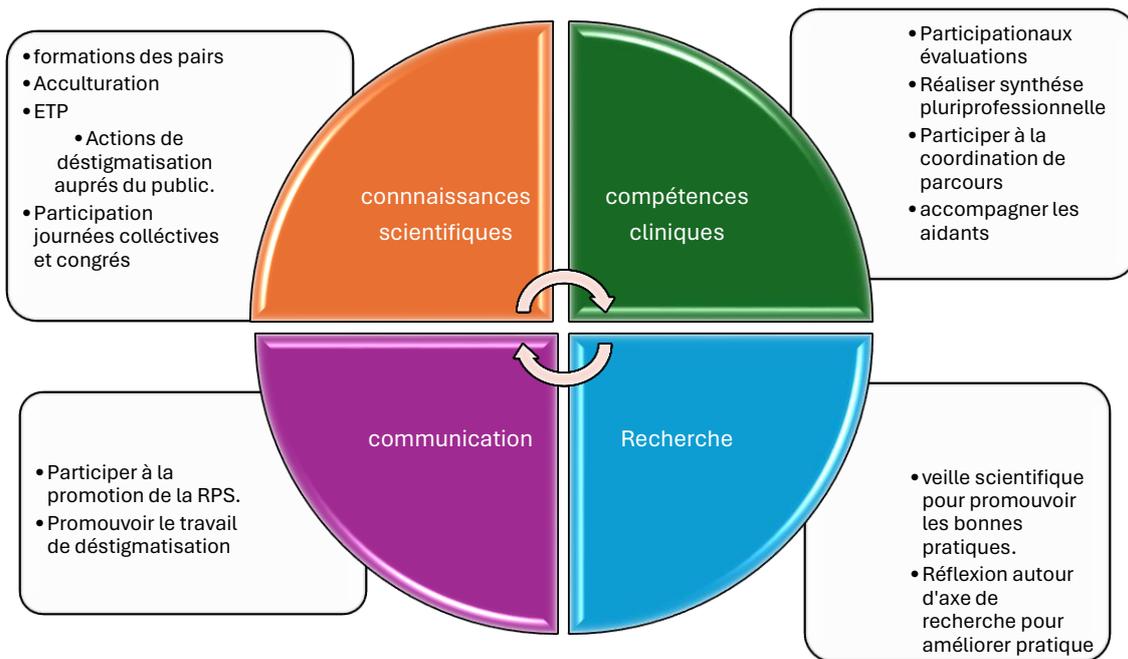


Figure 27 Rôle de l'IPA

L'IPA doit permettre un travail réflexif au travers des groupes d'analyse de pratiques pour encourager une démarche constructive des soignants par rapport à leur pratique et une réflexion autour de la dimension sociale de la stigmatisation. Cela paraît nécessaire pour faire évoluer les pratiques.

La connaissance théorique, clinique est importante dans notre profession mais la compétence primordiale dans le rétablissement reste la capacité relationnelle.

Selon sheperd ( 2007 ) « les soignants devraient se poser environ dix questions après un entretien avec un usager pour orienter leur pratique vers le rétablissement » ( shepherd, 2007) (*Mise en pratique du rétablissement - Édition québécoise - POLICY, s. d.*) parmi lesquels :

- Ai-je eu une écoute active ?
- Ai-je permis la perspective de l'espoir ?
- Ai-je valorisé les capacités de l'utilisateur ?

« Regarder l'autre, l'écouter, lui sourire, s'intéresser à l'autre, d'après moi, c'est le commencement de l'être humain. »

**Sœur Emmanuelle (sœur Emmanuelle)**



## **Conclusion**

Mon travail de fin d'étude en pratique avancée est le résultat d'une réflexion sur la place de l'IPA pour accompagner les équipes vers des soins qui mobilisent l'espoir, l'estime de soi, la bienfaisance.

Les données collectées lors de cette enquête grâce à la participation active des professionnels que je remercie, permettront j'en suis sûr de poursuivre ce questionnement, celui-ci est déjà prometteur d'optimisme au vu de la mobilisation démontrée.

Le questionnaire permet d'ouvrir le champ des possibles, pour accompagner usagers et aidants, soignants vers une nouvelle perspective de soin.

L'intérêt pour la RPS et le rétablissement permet de redéfinir nos buts et missions de prises en soins, l'envie pour moi de poursuivre cette recherche en mobilisant les acteurs pour le travailler ensemble et faire évoluer notre regard au travers de réflexions croisées.

Savoir porter un regard critique sur notre pratique c'est se montrer humble et reconnaître qu'il est toujours nécessaire de s'interroger pour s'améliorer, au bénéfice des prises en soins et surtout pour nos usagers, voilà pour moi une des plus-values de la pratique avancée.

J'espère développer certains projets dont les consultations avancées pour aidants mais aussi créer des groupes de travail autour de la stigmatisation afin de s'interroger sur ses conséquences dans notre relation d'accompagnement.

Je souhaiterais travailler en association avec les professionnels autour d'une initiation au concept de cognitions sociales afin de mieux appréhender et comprendre les préoccupations de nos usagers ce qui me semble être une prérequis pour développer une meilleure qualité de soins.

Enfin participer à la promotion de la philosophie du rétablissement afin de développer des soins fondés sur les forces individuelles et collectives.

Le rétablissement et ses valeurs sont des objectifs de la prise en soin afin de développer une expertise holistique emprunte d'humanité ce pourquoi j'ai souhaité engager mon travail sur ce sujet et cette philosophie en adéquation avec mes valeurs humaines.

**« Seul on va plus vite, ensemble on va plus loin »**

## **Proverbe Africain**

## BIBLIOGRAPHIE

- Allain, P., Fortier, J., & Besnard, J. (s. d.). *Neuropsychologie et cognition sociale*.
- Bandura, A. (2019). *Auto-efficacité : Comment le sentiment d'efficacité personnelle influence notre qualité de vie*. De Boeck Supérieur.
- Caria, A., Vasseur-Bacle, S., Arfeuillère, S., & Loubières, C. (s. d.). *Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : Quelques recommandations*.
- Convention des droits des personnes handicapées l'application en France | *vie-publique.fr*. (2021, août 23). <http://www.vie-publique.fr/en-bref/281239-convention-des-droits-des-personnes-handicapees-lapplication-en-france>
- Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale, 2017-1200 (2017).
- Egdsal, M., Montagni, I., Tournier, M., & Tzourio, C. (2016). Les services en santé mentale à disposition des étudiants inscrits dans l'enseignement supérieur : Le cas de l'université de Bordeaux. *Revue française des affaires sociales*, 2, 105-122. <https://doi.org/10.3917/rfas.162.0105>
- Etingoy, P., Gilliot, É., & Parisot, C. (2015). Au sujet du rétablissement. *Soins Psychiatrie*, 36(300), 19-23. <https://doi.org/10.1016/j.spsy.2015.06.007>
- Favrod, J., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2014). Psychoéducation et parcours de rétablissement. *Santé mentale*, 184, 24-29.
- Floriane. (2024, mars 10). *Soins de réhabilitation psychosociale : Une instruction de la DGOS précise leur développement sur les territoires*. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/soins-de-rehabilitation-psychosociale-une-instruction-de-la-dgos>
- FRANCK, N. (2018). *Traité de réhabilitation psychosociale* (Illustrated édition). Elsevier Masson.
- Kahn, T., Bosch, J., Levitt, M. F., & Goldstein, M. H. (1975). Effect of sodium nitrate loading on electrolyte transport by the renal tubule. *The American Journal of Physiology*, 229(3), 746-753. <https://doi.org/10.1152/ajplegacy.1975.229.3.746>
- La santé mentale des Français se dégrade en 2023* | *vie-publique.fr*. (2023, octobre 23). <http://www.vie-publique.fr/en-bref/291481-la-sante-mentale-des-francais-se-degrade-en-2023>
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : Historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>
- Lafont-Rapnouil, S. (2013a). La réhabilitation psychosociale : Quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), 371-377. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1071>
- Lafont-Rapnouil, S. (2013b). La réhabilitation psychosociale : Quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), 371-377. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1071>
- Légifrance—Droit national en vigueur—Circulaires et instructions—INSTRUCTION N°*

- DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires. (s. d.). Consulté 10 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44293>
- Leonova, T. (2004). L'approche écologique de la cognition sociale et son impact sur la conception des traits de personnalité. *L'Année psychologique*, 104(2), 249-294. <https://doi.org/10.3406/psy.2004.29667>
- LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées (1), 2005-102 (2005).
- LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1)—*Légifrance*. (s. d.). Consulté 10 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000031913406>
- LOI n° 2016-297 du 14 mars 2016 relative à la protection de l'enfant (1)—*Légifrance*. (s. d.). Consulté 18 mars 2024, à l'adresse <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFARTI000032205381>
- Ma Santé 2022 : Plus de moyens pour la psychiatrie*. (2024, mai 15). Fondation FondaMental. <https://www.fondation-fondamental.org/ma-sante-2022-plus-de-moyens-pour-la-psychiatrie>
- Marescaux, J. (2019). Informer et former pour lutter contre la stigmatisation : Les premiers secours en santé mentale. *Raison présente*, 209(1), 89-101. <https://doi.org/10.3917/rpre.209.0089>
- M'Bailara, K., Minois, I., Zanouy, L., Josse, F., Rouan, E., Maïtrot, A., Sportich, J., Roux, S., Jutant, A., Deloge, A., Desage, A., & Gard, S. (2019). L'éducation thérapeutique : Un levier pour modifier les perceptions du trouble bipolaire chez les aidants familiaux. *L'Encéphale*, 45(3), 239-244. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.11.004>
- Morvan, Y., & Frajerman, A. (2021). La santé mentale des étudiants : Mieux prendre la mesure et considérer les enjeux. *L'Encéphale*, 47(6), 620-629. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.10.009>
- Observatoire-mutualite-francaise-chiffre-cles-2021.jpg (1200×1697)*. (s. d.). Consulté 8 mars 2024, à l'adresse <https://www.mutualite.fr/content/uploads/2021/06/observatoire-mutualite-francaise-chiffre-cles-2021.jpg>
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement : Un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180. <https://doi.org/10.3917/ccgc.007.0165>
- Pekkala, E., & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD002831. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831>
- Plumauzille, C., & Rossigneux-Méheust, M. (2014). Le stigmaté ou « La différence comme catégorie utile d'analyse historique ». *Hypothèses*, 17(1), 215-228. <https://doi.org/10.3917/hyp.131.0215>
- Processus d'annonce d'un diagnostic psychiatrique sévère à un patient adulte : Enjeux, principes et place de l'entourage*. (s. d.). Haute Autorité de Santé. Consulté 25 février 2024, à l'adresse [https://www.has-sante.fr/jcms/p\\_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage](https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367859/fr/processus-d-annonce-d-un-diagnostic-psychiatrique-severe-a-un-patient-adulte-enjeux-principes-et-place-de-l-entourage)

- réhabilitation, C. ressource. (2024, mars 10). *2019-2020 : Deux années clé pour le déploiement de la réhabilitation psychosociale et de l'approche centrée sur le rétablissement*. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/2019-2020-deux-annees-cle-pour-le-deploiement-de-la-rehabilitation>
- Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. (2017). *Rhizome*, 65-66(3-4), 10-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0010>
- Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : Présentation des propositions de la FHF | Fédération Hospitalière de France*. (s. d.-a). Consulté 29 avril 2024, à l'adresse <https://www.fhf.fr/actualites/communiqués-de-presse/repondre-lurgence-et-batir-lavenir-de-la-psychiatrie-presentation-des-propositions-de-la-fhf>
- Répondre à l'urgence et bâtir l'avenir de la psychiatrie : Présentation des propositions de la FHF | Fédération Hospitalière de France*. (s. d.-b). Consulté 29 avril 2024, à l'adresse <https://www.fhf.fr/actualites/communiqués-de-presse/repondre-lurgence-et-batir-lavenir-de-la-psychiatrie-presentation-des-propositions-de-la-fhf>
- Roelandt, J.-L. (2010). De la psychiatrie vers la santé mentale, suite : Bilan actuel et pistes d'évolution. *L'information psychiatrique*, 86(9), 777-783. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0689>
- Roelandt, J.-L., Caria, A., Defromont, L., Vandeborre, A., & Daumerie, N. (2010). Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. *L'Encéphale*, 36(3, Supplement 1), 7-13. [https://doi.org/10.1016/S0013-7006\(10\)70012-9](https://doi.org/10.1016/S0013-7006(10)70012-9)
- Roelandt, J.-L., Vaglio, A., Magnier, J., & Defromont, L. (2015). La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs ». *Pratiques en santé mentale*, 61e année(1), 47-58. <https://doi.org/10.3917/psm.151.0047>
- Roux, C. D.-L., & Rafael, F. (2015). *Santé mentale : Guérison et rétablissement: Regards croisés*. John Libbey Eurotext.
- Santé mentale*. (s. d.). Consulté 29 avril 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
- Santé mentale : 20 chiffres clés à connaître. (2022, mars 22). *L'Optimisme*. <https://loptimisme.com/sante-mentale-20-chiffres-a-connaître/>
- SPF. (s. d.). *Représentations sur la santé mentale et les troubles psychiques—Résultats des vagues 24 à 35 de l'enquête CoviPrev*. Consulté 8 mars 2024, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/maladies-et-infections-respiratoires/infection-a-coronavirus/documents/enquetes-etudes/representations-sur-la-sante-mentale-et-les-troubles-psychiques-resultats-des-vagues-24-a-35-de-l-enquete-coviprev>
- Synthèse du bilan de la feuille de route—Santé mentale et psychiatrie*. (2023).
- travail, M. du, solidarités, de la santé et des, travail, M. du, & solidarités, de la santé et des. (2024, mars 10). *Ma santé 2022 : Mise en œuvre*. Ministère du travail, de la santé et des solidarités. <https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/masante2022/article/ma-sante-2022-mise-en-oeuvre>
- Xia, J., Merinder, L. B., & Belgamwar, M. R. (2011). Psychoeducation for schizophrenia. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2011(6), CD002831.

<https://doi.org/10.1002/14651858.CD002831.pub2>

Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., & Jayaram, M. B. (2015). Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD010823. <https://doi.org/10.1>

## **Annexe 1**

### **ENQUÊTE SUR LES CONNAISSANCES RELATIVES AUX SOINS DE REHABILITATION PSYCHO SOCIALE**

Mme Gosset Caroline Étudiante en pratique avancée 2ème année EPSM val de Lys Artois

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude d'infirmière en pratique avancée, je réalise une enquête avec un questionnaire comportant 23 questions sur la réhabilitation psycho sociale et le rétablissement, anonyme et facile à compléter, il ne vous prendra que quelques minutes.

Je vous remercie d'ores et déjà pour votre participation active à cette enquête.

Mme Gosset Caroline Étudiante en pratique avancée 2ème année de l'EPSM val de Lys Artois.

#### **1)Êtes-vous un**

- Homme
- Femme
- Autre

#### **2)Quel est votre âge ? (En année)**

#### **2)Dans Quel établissement travaillez-vous ?**

- EPSM Val de lys Artois
- EPSM Lille Métropole
- EPSM de l'agglomération Lilloise
- EPSM des Flandres

#### **3)Quelle est votre profession ?**

- Aide-soignante
- Infirmière
- IPA
  
- Psychologue spécialisée en neuropsychologie
- Psychologue clinicienne

- Médecin Généraliste
- Médecin Psychiatre
- Interne
- Assistante sociale
- Éducateur (ou apparenté)
- Autre (préciser)

**4) Depuis combien d'années exercez-vous en psychiatrie ?**

**5) Dans quelle unité, travaillez-vous ? (Réponses à cocher)**

- Unité d'hospitalisation temps plein
- CMP
- HDJ
- CATTP
- Appartement thérapeutique
- Équipe mobile
- Centre de proximité de RPS.

**6) Avez-vous bénéficié d'une sensibilisation en réhabilitation psycho sociale ?**

- Oui
- Non

(Si oui Nombre d'heures)

**7) Connaissez-vous le concept de rétablissement ?**

- Oui.
- Non.

**8) Pour vous le rétablissement c'est ? (Plusieurs réponses possibles).**

- Un accompagnement partenarial usager-soignant.
- Un processus multidimensionnel.
- Un processus linéaire.

- Un processus personnel.
- Un processus axé uniquement sur la diminution des symptômes.
- Autre (préciser).

**9)Pensez-vous qu'il soit important de travailler le projet de l'utilisateur en l'orientant vers le rétablissement ?**( échelle Likebert très important, important, peu important, pas du tout important)

**10)Avez-vous bénéficié de la formation en réhabilitation psycho sociale ?**

- Oui
- Non

Si oui (Nombre de jours)

**11)Selon vous, à quoi sert la réhabilitation psycho-sociale ?** (Plusieurs réponses possibles).

- Améliorer l'autonomie de l'utilisateur.
- Améliorer la qualité de vie.
- Travailler les habiletés sociales.
- Travailler les difficultés cognitives.
- Favoriser le rétablissement.
- Mobiliser les forces, les compétences de l'utilisateur.
- Favoriser la déstigmatisation.
- Permettre la guérison.
- Autre (préciser).
- Ne sais pas.

**12)Pensez-vous que la réhabilitation psycho-sociale soit accessible à tous les usagers ayant des troubles psychiques ?**

- Oui.
- Non.
- Ne sais pas.

**13)Citez 3 mots pour décrire les valeurs fondamentales en réhabilitation psycho sociale.**

**14)Parmi la liste ci-dessous, cochez les soins spécifiques de réhabilitation psycho sociale.**

- Psychoéducation
- Art thérapie.
- Remédiation cognitive
- Éducation thérapeutique
- Activité physique adaptée.
- Réinsertion par le travail.
- Cuisine thérapeutique.
- Entretien motivationnel.
- Soins socio esthétiques.
- Entraînement aux habiletés sociales.
- Sophrologie
- Soutien aux aidants.

**14) Pensez-vous que le savoir expérientiel de l'usager soit une valeur ajoutée à la prise en soin ?**

- Oui
- Non.
- Ne sais pas

**15) Que pensez-vous du développement de la pair aide au sein des équipes en santé mentale ?** (Échelle de très favorable, favorable, peu favorable, pas du tout favorable).

**16) Utilisez-vous au quotidien des outils de réhabilitation psycho sociale ?** (Échelle de toujours, régulièrement, occasionnellement, jamais).

**17) En tant que soignant, vous sentez vous concerné par la mise en place de projets de réhabilitation psycho sociale ? ?** (Échelle de toujours, régulièrement, occasionnellement, jamais).

**18) Les projets mis en place pour les usagers au sein de vos structures sont t'ils orientés vers la réhabilitation psycho sociale et le rétablissement ?** (Échelle de toujours, régulièrement, occasionnellement, jamais).

**19) Selon vous, dans votre pratique, quelles sont les freins à la mise en place de soins en réhabilitation psycho sociale ?** (Plusieurs réponses possibles).

- Manque de Temps.
- Manque de moyens
- Organisation de la structure.
- Utilisation d'outils spécifiques.
- Besoin de s'approprier les concepts et processus.
- Absence d'orientation médicale vers le parcours RPS.
- Absence de professionnel qualifié et formé (Exemple neuropsychologue ..)
- Autre (préciser).
- Non concerné.

**20) Dans votre pratique vous sentez-vous concerné par le développement des soins en réhabilitation psycho sociale**

- Oui.
- Non

**21) Au sein du GHT est-il nécessaire de communiquer ou informer davantage sur le sujet du développement de l'activité de réhabilitation psycho sociale ?**

- Oui.
- Non.

**22) Quels moyens proposeriez-vous pour développer les connaissances des professionnels en lien avec le parcours de réhabilitation psycho- sociale ?**

**23) Sur quelles thématiques**

## **Annexe 2**

### Les dix principaux conseils pour une pratique axée sur le rétablissement

Après chaque interaction, le professionnel de la santé mentale devrait se demander, ai-je ...

- Écouté activement la personne pour l'aider à comprendre ses problèmes de santé mentale ?
- Aidé la personne à préciser ses objectifs personnels et établir ses priorités pour se rétablir, et non ceux identifiés par les professionnels ?
- Montré que je croyais dans les forces et les ressources existantes de la personne pour atteindre ces objectifs ?
- Donné des exemples de mon vécu ou du vécu d'autres usagers qui les inspirent ou valident leurs espoirs ?
- Porté une attention particulière à l'importance des objectifs qui sortent la personne de son rôle de malade et qui lui permettent de contribuer activement à la vie des autres ?
- Recensé des ressources autres qu'en santé mentale – amis, contacts, organisations – qui pourraient jouer un rôle dans l'atteinte des objectifs ?
- Encouragé la gestion des problèmes de santé mentale par la personne elle-même (en fournissant de l'information, en renforçant les stratégies d'adaptation existantes, etc.)?
- Discuté du genre d'interventions thérapeutiques que veut la personne, p. ex., traitements psychologiques, thérapies non conventionnelles, plan conjoint de crise, etc., en respectant ses choix autant que possible ?
- En tout temps fait preuve d'une attitude respectueuse à l'égard de la personne et d'un désir de travailler ensemble d'égal à égal, montrant une volonté de faire un effort supplémentaire ?
- Tout en acceptant que l'avenir est incertain et que des revers se produiront, continué d'exprimer mon appui à la possibilité d'atteindre ces objectifs autodéterminés –
- Garder espoir et avoir des attentes positives ?

(D'après Shepherd, 2007)

*(Mise en pratique du rétablissement - Édition québécoise - POLICY, s. d.)*

## Table des matières

REMERCIEMENTS .....	
LISTE DES ABRÉVIATIONS.....	
SOMMAIRE .....	
INTRODUCTION GENERALE .....	2
I) CONTEXTE.....	3
<b>A) LE CONCEPT DE RÉTABLISSEMENT ET LA RÉHABILITATION PSYCHO SOCIALE.....</b>	<b>3</b>
1. Définition du rétablissement. ....	3
2. Les concepts du rétablissement.....	5
3. Définition de la réhabilitation psycho sociale. ....	7
4. Les outils de la RPS.....	8
<b>B) LA RÉHABILITATION PSYCHO SOCIALE EN FRANCE ET AU NIVEAU INTERNATIONAL.....</b>	<b>11</b>
5. L'histoire de la psychiatrie de l'aliénation au rétablissement.....	11
6. Réhabilitation psycho sociale et changement de paradigme. ....	12
7. RPS enjeu de politique en santé.....	13
<b>C) RECOMMANDATIONS DE LA RÉHABILITATION PSYCHO SOCIALE EN SANTÉ MENTALE .....</b>	<b>14</b>
8. RPS et inclusion. ....	14
<b>E) PROBLÉMATIQUE À LA MISE EN PLACE DE LA RPS ET PLACE DE L'INFIRMIÈRE EN PRATIQUE AVANCÉE.....</b>	<b>17</b>
II MÉTHODE.....	18
<b>A) POPULATION CHOISIE.....</b>	<b>18</b>
<b>B) TYPE D'ÉTUDE.....</b>	<b>18</b>
9. Analyse quantitative.....	18
10. Méthodologie statistique .....	18
<b>C)OBJECTIFS.....</b>	<b>19</b>
III RÉSULTATS ET ANALYSES .....	19
11. Données socio démographiques .....	19
12. Répartition des professionnels sensibilisés et formés à la RPS .....	21
13. Les professionnels et la connaissance du concept de rétablissement.....	22
14. Identification des objectifs de la Réhabilitation psycho sociale et de l'accessibilité aux usagers.....	24
15. Valeurs de la réhabilitation psycho-sociale et savoir expérientiel vu par les professionnels .....	28

16. Mise en place de projet de réhabilitation, utilisation des outils et vécu des professionnels. ....	31
17. Identification des freins par les professionnels.....	32
POUR DONNER SUITE À CETTE DERNIÈRE QUESTION, LES PROFESSIONNELS POUVAIENT IDENTIFIER DANS DES PROPOSITIONS LES MOYENS QU'IL SERAIT POSSIBLE DE DÉPLOYER : .....	34
IV DISCUSSION .....	35
.....	44
CONCLUSION .....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	
ANNEXE 1.....	
ANNEXE 2.....	

AUTEURE : Fromont Gosset Caroline

Soutenance le : 24 Juin 2024

Titre du mémoire : La réhabilitation psycho sociale « entre idéal et obstacles »

Title Psychosocial rehabilitation “between ideal and obstacles”

Mots clés : rétablissement, réhabilitation psycho sociale, empowerment pair aidance, métacognition.

Keywords : recovery, psychosocial réhabilitation, empowerment, peer support, metacognition

Résumé :

Contexte : Depuis 2015 en France, le concept de rétablissement fait partie intégrante de la prise en soin en santé mentale. Ce concept né aux États Unis dans les années 90 prône l'espoir, la confiance en ses capacités, l'empowerment, il a entraîné un profond bouleversement de la prise en soin et a redéfini le modèle des parcours de l'utilisateur et des postures soignantes.

Méthode : Cette étude est une recherche quantitative monocentrique, transversale et descriptive réalisée grâce à un questionnaire des professionnels de santé permettra d'évaluer les connaissances en réhabilitation psycho sociale et rétablissement au sein de la profession pour identifier les freins à son déploiement.

Résultats : La recherche a permis d'identifier chez les professionnels de santé des difficultés à identifier et maîtriser les valeurs du rétablissement et les outils de la réhabilitation psycho sociale elle a également démontré la motivation des professionnels à faire évoluer leur pratique.

Discussion et conclusion : De nombreux freins au déploiement de la réhabilitation psycho sociale existent, la méconnaissance des objectifs et l'absence de formation en cognitions sociales pour comprendre la finalité des outils.

L'infirmière en pratique avancée permettrait d'être une plus-value pour accompagner l'acculturation des professionnels de santé dans la promotion de la réhabilitation psycho sociale notamment dans les soins primaires afin de promouvoir le rétablissement et la déstigmatisation des troubles psychiques.

« Le changement n'est jamais douloureux, seule la résistance au changement l'est »

Boudhha

Summary :

Context: Since 2015 in France, the concept of recovery has been an integral part of mental health care. This concept born in the United States in the 90s advocates hope, confidence in one's abilities, empowerment, it has led to a profound upheaval in care and has redefined the model of user journeys and postures. caregivers.

Method: This study is a single-center, cross-sectional and descriptive quantitative research carried out using a questionnaire of health professionals to assess knowledge in psycho-social rehabilitation and recovery within the profession to identify the obstacles to its deployment.

Results: The research made it possible to identify difficulties among health professionals in identifying and mastering the values of recovery and the tools of psycho-social rehabilitation; it also demonstrated the motivation of professionals to develop their practice.

Discussion and conclusion : There are many obstacles to the deployment of psycho-social rehabilitation, ignorance of the objectives and the absence of training in social cognitions to understand the purpose of the tools.

The advanced practice nurse would provide added value to support the acculturation of health professionals in the promotion of psycho-social rehabilitation, particularly in primary care, in order to promote recovery and the destigmatization of psychological disorders.

“Change is never painful, only resistance to change »

Buddha

Directrices de mémoire :

Mme le Dr Brancourt Julie

Mme Lardeur Nathalie Cadre supérieur de Santé

