

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**Évaluation du parcours de soins, du point de vue des patients en  
réhabilitation psychosociale, à l'international : Une revue systématique de la  
littérature.**

Présentée et soutenue publiquement le 09 octobre 2024 à 16 h  
au Pôle Formation  
par **Soufiane EL YAMANI**

---

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Ali AMAD**

**Assesseure :**

**Madame le Docteur Faustine PLAISANT**

**Directrice de thèse :**

**Madame le Docteur Claire RASCLE**

---

## **Avertissement**

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :  
celles-ci sont propres à leurs auteurs.

# Table des matières

Abréviations.....	3
I Introduction :.....	4
A) La santé mentale en France.....	4
1. Améliorer le parcours de soins.....	7
2. Les pratiques professionnelles.....	8
3. Droits des usagers.....	8
B) Le parcours de soin.....	9
1. Limites en France.....	10
2. Évaluation de la trajectoire de santé.....	10
C) Le rétablissement.....	11
D) La réhabilitation psychosociale.....	14
E) Efficacité des soins de RPS.....	19
F) Enjeu de la revue.....	20
II Revue systématique de littérature.....	21
A) Matériel et méthodes.....	21
1. Recherche des articles.....	21
2. Critères d'inclusion.....	23
3. Objectif principal.....	23
4. Extractions des données.....	24
5. Méthode d'analyse.....	24
B) Résultats.....	25
1. Données brutes.....	25
2. Origines des études.....	56
3. Quels types de soins.....	57
4. Quelles populations.....	58
5. Données quantitatives.....	61
6. Données qualitatives.....	61
III Discussion.....	71
A Limites méthodologiques :.....	71
B Différences Culturelles.....	72
C Différences des soins de RPS.....	73
D Démographie des patients.....	74
E Données quantitatives.....	74
F Données qualitatives.....	74
G Ouverture.....	76
Bibliographie.....	77
Annexes.....	84

# Abréviations

**ARS** : Agence Régionale de Santé

**CMP** : Centre MédicoPsychologique

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

**DSM** : Diagnostic and Statistical Manual

**ETP** : Éducation Thérapeutique du Patient

**FACT** : Flexible Assertive Community Treatment

**GEM** : Groupe d'Entraide Mutuelle

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**IF** : Impact Factor

**IPS** : Individual Placement and Support

**MDPH** : Maison Départementale des Personnes Handicapées

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**QOL** : Quality Of Life

**RG** : Ressource Group

**RPS** : Réhabilitation PsychoSociale

**RR** : Risque Relatif

**RSA** : *Recovery Self-Assessment*

**RSA-R** : *Recovery Self-Assessment Revised*

**SMI** : Severe Mental Illness

**TCC** : Thérapie Cognitivo-Comportementale

# I Introduction :

## A) La santé mentale en France

La HAS définit la santé mentale en partant de la définition de la santé de l'OMS comme un état de « *complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ». Elle décrit trois dimensions à la santé mentale :

- **La santé mentale positive** qui recouvre le bien-être, l'épanouissement personnel, les ressources psychologiques et les capacités d'agir de l'individu dans ses rôles sociaux.
- **La détresse psychologique réactionnelle** induite par les situations éprouvantes et difficultés existentielles (deuil, échec relationnel, scolaire, etc.), qui n'est pas forcément révélatrice d'un trouble mental.
- **Les troubles psychiatriques de durée variable**, plus ou moins sévères et/ou handicapants, qui se réfèrent à des classifications diagnostiques renvoyant à des critères, à des actions thérapeutiques ciblées, et qui relèvent d'une prise en charge médicale. (1)

Dans la pratique médicale, la santé mentale est soumise à une culture de médecine fondée sur les preuves. Elle a connu de nombreuses évolutions au cours des dernières décennies.

Dans le cadre du développement des modèles neurodéveloppementaux, Zubin et Spring ont initié, en 1977, l'émergence du modèle « *vulnérabilité stress* ». (2) Ce dernier permet l'intégration de nombreuses notions, où des facteurs innés (terrain génétique, épigénétique, développement fœtal) et des facteurs acquis (troubles neurodéveloppementaux, traumatismes, exclusion sociale, tabac, etc.) constituent des vulnérabilités face à une pathologie mentale. Un facteur de stress peut alors provoquer une symptomatologie plus ou moins bruyante selon l'individu. Ce modèle a été complété par le Dr Beddington en modèle « *vulnérabilité stress compétence* » (voir Figure 1) (3). Cette

approche s'est vu renforcé par l'essor récent de nouvelles technologies (génétiques, imageries fonctionnelles).

Dans les années 50, la chlorpromazine, premier neuroleptique, fut synthétisée par Paul Charpentier. À partir de février 1952, ses propriétés antipsychotiques furent étudiées par les professeurs Delay et Deniker. L'avènement des neuroleptiques et de leurs dérivés constituait alors une révolution dans le traitement des troubles psychiatriques et a permis de profondes restructurations des hôpitaux psychiatriques. (4)

Suite à cette révolution, un mouvement de désinstitutionnalisation s'est engagé, ce qui a permis une médecine communautaire et de sortir des hôpitaux l'utilisateur en santé mentale (5). Le mouvement a été plus ou moins radical en fonction des pays. En Italie, la loi 180 en 1978, a interdit les nouvelles admissions en psychiatrie (6), tandis qu'il était plus progressif dans le reste du monde occidental, voire inachevé dans certains pays comme en Autriche (5–7). Des mouvements récents de désinstitutionnalisation sont rapportés comme en Asie du Sud-Est (10)

Enfin depuis le début des années 2010, les soins de RPS se sont ajoutés à l'arsenal thérapeutique. L'origine de ces soins vient des patients eux-mêmes, notamment suite au témoignage de Judi Chamberlin en 1978 (11), inspirant le Néo-zélandais Ian Falloon qui a proposé, dès 1999, de mettre au centre le concept de rétablissement en opposition avec celui de guérison (12). Andresen a par la suite, en 2003, décrit 4 processus au rétablissement : *trouver de l'espoir ; redéfinir l'identité et l'autodétermination ; trouver un sens dans la vie ; et responsabiliser* (13). Elle a également décrit cinq étapes au rétablissement : *stade moratoire ; prise de conscience ; préparation ; reconstruction puis croissance* (13).

Le Professeur Passerieux les a qualifiés, en 2017, de « révolution [...] pour réduire le déficit fonctionnel et permettre le maintien au domicile » (14), et les présente au même niveau que la découverte de la chlorpromazine.

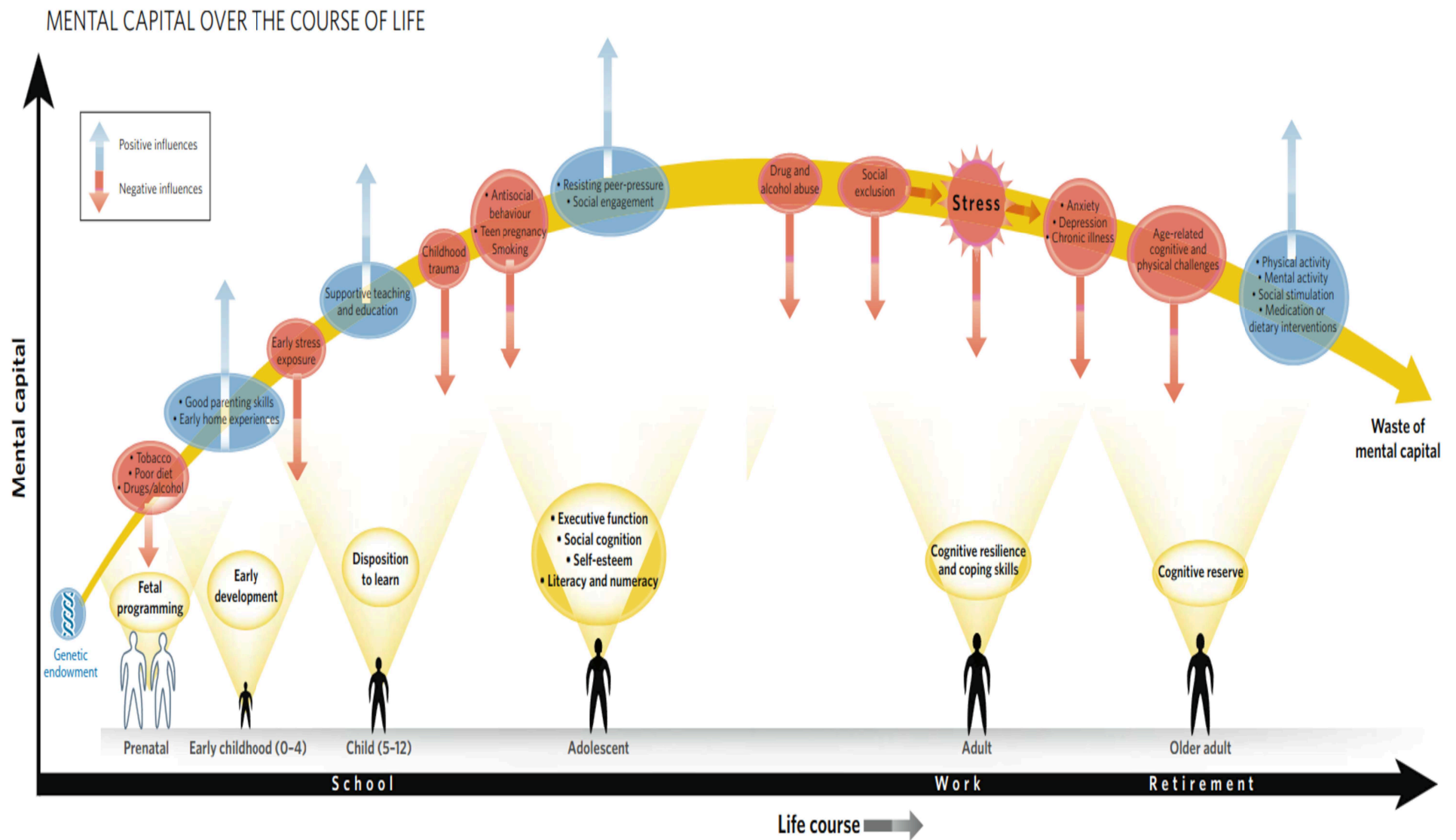


Figure 1: le modèle « vulnérabilité stress compétence » d'après Beddington et al. 2008

Ces soins de RPS se sont développés dans le contexte où les facteurs socio-économiques pouvant altérer la santé mentale des usagers étaient en train d'être identifiés. En 2016, Michel Laforcade a publié un rapport sur ce sujet en France et a réalisé une liste de cibles concrètes pour favoriser son amélioration. Sur le plan de l'organisation des soins en santé mentale, il propose 4 axes d'amélioration de la prise en charge des usagers en santé mentale.

- Des mesures pour éviter les ruptures de prise en charge et d'accompagnement dans le parcours de soins et de vie des personnes malades.
- La détermination des besoins en termes de formation et d'évolution des pratiques des professionnels exerçant en santé mentale.
- Des mesures pour appuyer les droits des usagers, leur citoyenneté et la dé-stigmatisation de la maladie mentale, dans l'optique de renforcer ces droits et la place des personnes malades au sein de la société.
- Des mesures pour permettre, sur un plan plus global, l'organisation territoriale de la politique de santé mentale (15).

Les soins de RPS répondent à un certain nombre de ces propositions.

## **1. Améliorer le parcours de soins**

Pour la plupart des usagers le parcours de soin psychiatriques est long et complexe. Il associe des temps de soins (hospitaliers ou ambulatoires) destinés à obtenir un rétablissement, et des temps d'accompagnement médico-sociaux, de RPS et d'insertion sociale.

Laforcade (15) constate plusieurs dysfonctionnements dans le parcours de soins, et des inégalités territoriales sous tendues par plusieurs aspects. Il a rédigé différentes propositions pour permettre d'améliorer ces points, à la fois générales (ayant pour objectif d'améliorer l'articulation entre les médecins généralistes, les acteurs sociaux et les acteurs psychiatriques, et de renforcer la continuité



des soins), et plus spécifiques (que ce soit sur la psychiatrie infantile, de la personne âgée, des personnes précaires, des personnes incarcérées, ou des personnes souffrant de comorbidités addictives).

Parmi les propositions apportées pour améliorer la continuité des soins et l'accompagnement des usagers, nous soulignons les propositions suivantes : « *améliorer l'offre de soin en TCC ; améliorer l'offre de RPS ; développer les programmes d'ETP ; laisser aux acteurs des possibilités d'action et d'innovation* ».

La circulaire de la DGOS reprend ces différentes propositions (16 ; Annexe 3).

## **2. Les pratiques professionnelles**

Laforcade (15) fait le constat d'une formation trop cloisonnée entre le sanitaire, le social et le médico-social. La recherche médicale elle-même est trop peu développée en épidémiologie et en sciences sociales.

Pour faire face à ces constats négatifs, il propose des modifications relatives aux formations (stage en milieu psychiatrique pour les médecins généralistes, stages couplés sur le plan médical et médico-social pour les médecins psychiatres, etc.) et aux pratiques professionnelles (culture de la médecine fondée sur les preuves, favoriser les échanges internationaux, etc.)

## **3. Droits des usagers**

Les droits des usagers ont fait l'objet de nombreuses évolutions ces dernières années. En France la loi Kouchner de 2002 a révolutionné la prise en charge (17). Laforcade fait le constat d'une forte disparité sur des sujets capitaux « *la contention, l'accès à un téléphone portable, le maintien des liens avec la famille ou la vidéosurveillance* ». Il met en exergue que les solutions trouvées les plus respectueuses des droits des patients sont liées à des réflexions collectives. (15)

Il souligne également une forte stigmatisation de la maladie mentale et de la psychiatrie en général. Un tabou sur le sujet de la maladie mentale persiste dans plusieurs milieux, notamment scolaires et professionnels. Ce dernier est accentué par les représentations au sein des médias qui tirent le plus souvent un portrait psychophobe de la maladie mentale, sous l'angle de la violence et du danger. La conséquence est celle d'une culpabilité qui pèse sur les usagers et leurs proches et rendent difficile la communication sur le sujet. Pour lutter contre cela, des propositions sont faites dans le rapport sus-cité, destinées à renforcer la citoyenneté des usagers (créations de GEM, d'associations d'usagers et de clubhouse), renforcer les droits des usagers de la psychiatrie (droits fondamentaux, représentations des usagers au sein des conseils) et lutter contre la stigmatisation (notamment sur la sphère médiatique et éducationnelle).

Le Centre collaborateur de l'OMS propose le programme Quality Right selon la Convention relative aux droits des personnes handicapées décrite par l'ONU en 2004 pour améliorer les droits des personnes handicapées (18 ; 19)

Issu de cette réflexion, il est souvent proposé des modules pour évaluer et traiter l'internalisation de la stigmatisation liée aux maladies mentales, lors des soins de RPS.

## **B) Le parcours de soin**

Le « parcours de soin », ou « parcours de santé », est une notion qui trouve son origine dans les années 80 aux États-Unis pour des pathologies nécessitant une intervention limitée dans le temps et bien identifiées, comme pour la chirurgie. Sa définition est : un outil intégrant dans le quotidien de chaque patient les lignes directrices, les protocoles et les recommandations de bonnes pratiques fondées sur les preuves (17). Le Docteur Marie-Christine Hardy-Baylé souligne que ce parcours est un véritable changement de paradigme, partant « *d'une coordination portée par des structures, à une coordination de parcours au plus près du patient* ». (20)

## **1. Limites en France**

En 2015, le Rapport Hardy-Baylé souligne que la France, bien que considérée comme pionnière du mouvement de désinstitutionnalisation grâce à la sectorisation, est l'un des derniers pays à ne pas avoir achevé son processus (20). Elle décrit une implémentation des parcours de soins encore balbutiante, du fait des difficultés de standardiser les interventions, et d'un haut niveau de variation interindividuelle. Elle suggère deux approches pour améliorer cette démarche :

- La première réside dans le développement des soins intégrés en santé mentale : c'est-à-dire une approche globale de la santé associant les comorbidités addictologiques et médicales non psychiatriques ;
- La seconde consiste à favoriser les parcours individuels de vie et introduit le concept de rétablissement, ce qui propose un changement de paradigme.

Ce rapport établit 3 propositions fondamentales :

- Promouvoir la continuité du suivi social avec la création d'une équipe de suivi social de proximité, d'une plateforme territoriale d'équipes sociales, etc.
- Promouvoir le développement de l'éthique du « *care* » et de la logique du rétablissement, dans l'accompagnement social et médico-social, des personnes présentant un handicap psychique.
- Rendre plus lisible le partage des missions entre l'organisation socio sanitaire de proximité et l'organisation territoriale de santé.

## **2. Évaluation de la trajectoire de santé**

Dans ses données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soin, le Dr Hardy-Baylé décrit le parcours de soins des patients avec un trouble schizophrénique. Elle décrit cette population, qui

correspond aux usagers en santé mentale qui ont le plus recours à l'hospitalisation et décrit leurs trajectoires de santé dans le système de soins psychiatriques français.(20)

Dans le cadre de la trajectoire de santé, elle met en lumière l'absence de données sur le suivi, en France, par les médecins généralistes et les liens de ces derniers avec les psychiatres. Dans la littérature australienne, il existe une étude qui montre que les patients schizophrènes sont forts consommateurs de consultations en médecine générale. (21)

Sur un autre sujet, le Dr Hardy-Baylé met l'accent sur le faible accès à des ressources des patients souffrant de schizophrénie. 10 % de ces patients en Europe ont un emploi rémunéré (22). Ces chiffres sont mis en avant afin de faire ressortir que les besoins sociaux des patients vivant avec un trouble schizophrénique sont insuffisamment pris en compte.

En définitive, le Dr Hardy-Bailé met en exergue deux situations spécifiques nécessitant une attention particulière : la psychoéducation des familles et la pluridisciplinarité de l'équipe prenant en charge le patient lors de situations de crise ainsi que l'importance de l'intégration des pairs aidants et médiateurs de santé pairs dans les équipes de soins.

## **C) Le rétablissement**

Le rétablissement est basé sur le concept de « *recovery* » développé par les anglo-saxons dans les années 90, suite aux demandes de personnes souffrant de troubles mentaux, et aux travaux du Docteur Harding (23,24). Elles ont été appuyées dans leur cause par des chercheurs et cliniciens progressistes comme Larry Davidson de la Yale University, William Anthony à la Boston University et Robert Drake à la Dartmouth Medical School.

Il s'agit d'un concept aux nombreuses définitions. Les premiers à les définir furent les patients eux-mêmes tels que William Anthony (qui a la particularité d'être à la fois usager et chercheurs en santé mentale) qui le décrivait en 1993 comme une « *une démarche personnelle et unique, visant à*

*changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, les capacités et/ou les rôles de chacun. C'est la façon de vivre une vie satisfaisante et utile, où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie* ». Pour guérir, le malade doit donner un nouveau sens à sa vie, et passer outre les effets catastrophiques de la maladie mentale. Cette définition est reprise alors par l'institut universitaire Douglas au Canada (23).

Le chercheur Van Der Stal définit en 2012 quatre dimensions au rétablissement : clinique, fonctionnelle, personnelle et sociale (26), tel que décrit dans la Figure 2 ci-dessous.

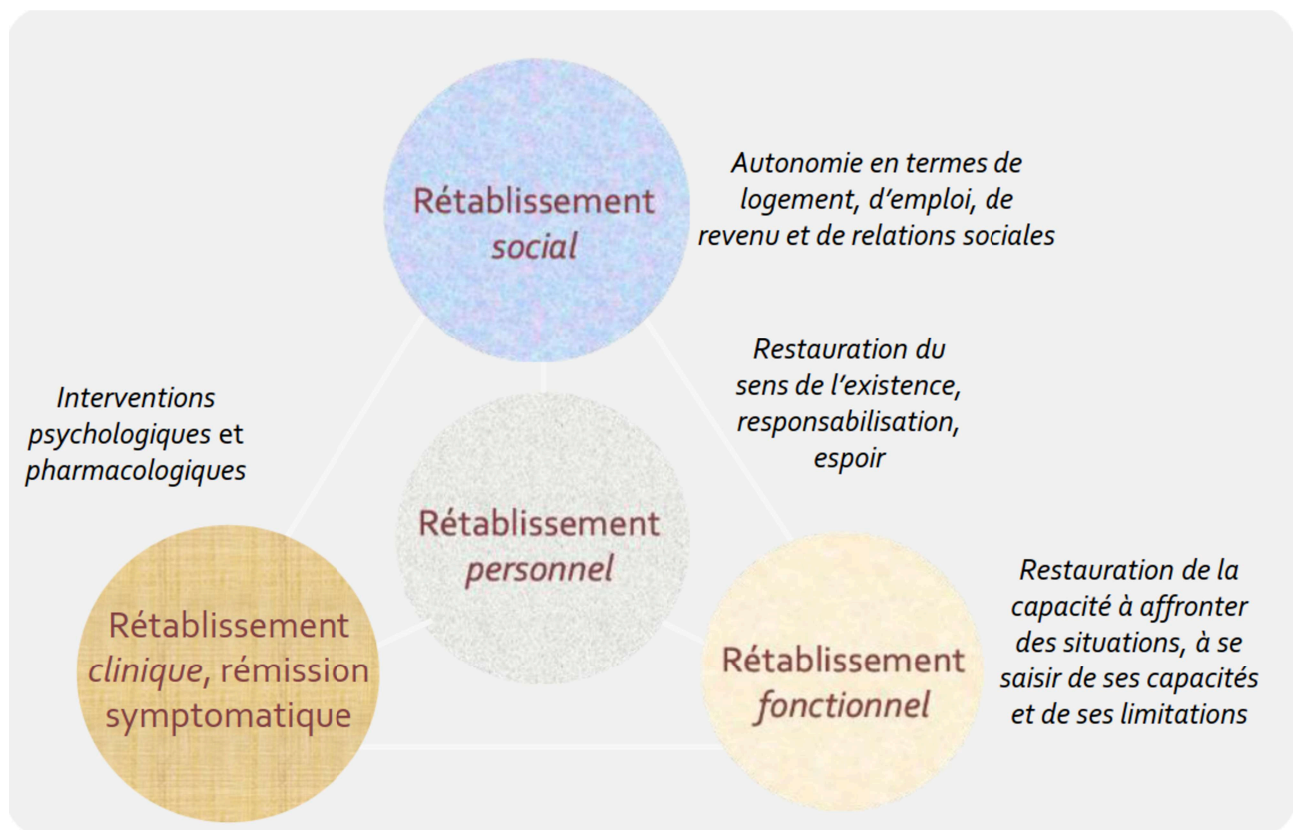


Figure 2: le rétablissement psychosocial, Franck, 2017, adapté de van der Stal, 2012

Or selon lui la psychiatrie telle que pratiquée jusqu'alors, se focalise principalement sur les dimensions cliniques, personnelles et sociales. Il défend l'inclusion de la dimension fonctionnelle dans les soins : l'amélioration des fonctions exécutives supérieures étant principalement le résultat des efforts des personnes qui sont directement impliquées dans leurs soins. Il précise qu'il n'y a

nullement besoin d'attendre la fin du traitement médicamenteux, et que chaque axe du rétablissement fonctionnent en parallèle et se renforcent mutuellement. (26)

Dans le cadre de la psychose, la détérioration d'un sentiment d'identité antérieure, la privation des anciennes manières de donner du sens, la prise de conscience des pertes dans la vie et les pertes associées à la déperdition de l'autodétermination constituent des dysfonctions importantes qui doivent être gérées dans le processus d'acquisition d'une estime de soi positive lors du rétablissement. Ces pertes soulignent le véritable effet corrosif de la psychose sur le sentiment de soi et attirent l'attention sur l'estime de soi en tant qu'élément clé du processus de rétablissement. (26).

Les soins orientés vers le rétablissement illustrent la démarche de qualité et de sécurité des soins recommandés en France par la HAS. C'est une posture de soin correspondant au « modèle de Montréal », c'est-à-dire la perspective du partenariat patient – professionnels de santé. Ce modèle s'applique d'ailleurs à tous les soins et pas uniquement au domaine de la psychiatrie.

Depuis une vingtaine d'années dans le milieu médical, les approches paternalistes ont laissé progressivement la place aux approches centrées sur le patient qui prennent en considération les particularités, les valeurs et le vécu de chaque individu. À l'international, les organisations de soins, les institutions et les universités redoublent d'efforts pour impliquer les patients et rendre leur participation de plus en plus active dans leur santé. Les initiatives récentes, telles que la prise de décision partagée ou certaines approches d'éducation thérapeutique, maintiennent toutefois le monopole du rôle de soignant.

Le partenariat avec le patient propose de considérer ce dernier comme un membre à part entière – un partenaire – de l'équipe de soins, qui repose sur ses compétences d'auto-soins, et quitte une posture descendante vers une posture horizontale. Il génère en cela une rupture et s'affranchit de l'approche centrée sur le symptôme. Face à des maladies chroniques qui ne pourront généralement

pas être guéries complètement, avec lesquelles les personnes doivent vraisemblablement composer pour le reste de leur vie et dont l'évolution est intimement liée aux habitudes de vie, l'expérience devient une source riche de savoirs, essentielle pour la prise de décision. Le « modèle de Montréal » s'appuie sur le savoir expérientiel des patients, défini comme les « *savoirs du patient, issus du vécu de ses problèmes de santé ou psychosociaux, de son expérience et de sa connaissance de la trajectoire de soins et services, ainsi que des répercussions de ces problèmes sur sa vie personnelle et celle de ses proches* » (27).

Le rapport Laforcade, souligne l'importance du modèle du rétablissement comme axe d'amélioration de la santé mentale des usagers : « *Il est fondé sur l'idée que la personne malade peut récupérer de son pouvoir d'agir, en s'appuyant sur ses compétences [...] lorsque la guérison n'est pas possible, mieux vaut bien vivre sans être guéri qu'enfermé dans le soin en attendant une guérison qui ne viendra pas* » (15). Parmi les outils pour atteindre ces objectifs, il met en avant les soins de RPS en les nommant explicitement ou en abordant des axes d'améliorations qui rentrent dans le cadre de ces soins.

## **D) La réhabilitation psychosociale**

En France, les soins de RPS se définissent par la construction d'un parcours de soin individualisé (16,29), au service du projet personnalisé de la personne, mettant en avant ses ressources, ses compétences préservées et ses aspirations futures. Ce sont des soins qui favorisent le rétablissement des personnes et qui ciblent de façon spécifique les troubles cognitifs (remédiation cognitive), une meilleure connaissance du trouble (psychoéducation), l'autodétermination (entraînement aux habilités sociales), l'insertion dans la société et le soutien aux familles. L'évaluation proposée au patient permet de préciser les déterminants de ses difficultés fonctionnelles et, le cas échéant, de son handicap.

La RPS vient ainsi en complément d'une approche médicale qui vise la réduction des troubles et reste centrée sur la maladie. Le rétablissement qualifie le devenir de la personne dont les déterminants ne sont pas seulement médicaux, mais impliquent également ses ressources. L'objectif est de retrouver le contrôle de sa vie, en dépit d'obstacles liés à une maladie chronique. Par définition, la RPS va requérir une posture active et motivée du patient. L'accent est mis sur un accompagnement visant à soutenir l'autodétermination, l'empowerment ; l'autonomisation et les compétences d'auto-soins (18).

La construction du projet personnalisé de soins de RPS repose sur une évaluation globale pluriprofessionnelle, mettant en avant les ressources, les compétences préservées et le projet de vie de l'utilisateur en santé mentale. Cette évaluation est restituée à la personne afin de coconstruire son plan de soin individualisé. Elle cible les troubles cognitifs et facteurs subjectifs. L'élaboration de ce projet, et les moyens utilisés pour y accéder représentent les deux déterminants majeurs pour le rétablissement (28). L'équipe de soins détermine les évaluations nécessaires dans l'objectif de proposer un contrat de soins, et désignera un référent du suivi (case manager) pouvant assurer la continuité de ce suivi (20).

Tous les troubles psychiatriques vont être concernés par la RPS à partir du moment où se présentent un handicap psychique ou des troubles cognitifs (16).

La RPS a pour finalité de s'installer comme soin courant non médicamenteux, ciblant à la fois les symptômes négatifs, les troubles cognitifs et les facteurs subjectifs :

- Les troubles cognitifs sont présents chez 4 patients souffrant de schizophrénie sur 5, et 1/3 des patients souffrant de trouble bipolaire. Ces troubles expliquent 50 à 60 % de la variance du handicap (29,30).



- Plusieurs facteurs subjectifs expliquent 40 % de la variance du handicap. Ceux qui ont pu être identifiés sont la motivation, l'insight, les métacognitions et l'internalisation des stigmatisations (31,32).
- Les symptômes négatifs représentent finalement que 10 % de cette variance (35–39).

Les symptômes positifs ne font pas partie des déterminants de la variance du handicap (38), alors qu'ils restent la cible principale des pratiques orientées sur les symptômes et sur la normalisation de ces derniers. Ceci justifie d'autant plus l'approche non centrée sur les symptômes, mais cette approche doit rester a posteriori d'une phase aiguë, car le symptôme reste la première cible thérapeutique dans ces phases,

La RPS proposent des soins tels que :

- Programmes d'ETP ou de psychoéducation. Ceux-ci permettent au patient de développer des compétences d'auto-soins, et ne se limitent pas à une simple transmission de savoir. Ils sont accompagnés d'un travail de pédagogie, de psychologie et sur le comportement ;
- Programmes de remédiation cognitive, de neurocognition et cognition sociale, ayant pour objectif de limiter l'impact des troubles cognitifs (39) ;
- Programmes d'entraînement des compétences et des habilités sociales. Ces approches existent depuis les années 1980, développées à l'origine par l'équipe de Liberman (40), et ont un effet positif sur la symptomatologie négative ;
- Des thérapies spécifiques dont des psychothérapies cognitivo-comportementales. Celles-ci visent à modifier les modes de pensées biaisées (dont certains peuvent être initiateurs de symptômes positifs) via une collaboration et une relation de confiance. Les effets sont relativement durables (43), mais l'efficacité sur les symptômes négatifs et le fonctionnement social est faible (42) ;

- Soutien des familles avec de la psychoéducation puis des consultations ou des entretiens individuels dédiés, groupe psychoéducatif/d'éducation thérapeutique des familles (ex : programme Pro-famille ou AVEC, programme BREF), thérapie familiale et autres dispositifs ;
- Modalités de case-management ; approche motivationnelle ;
- Approche métacognitive avec transfert des stratégies en vie quotidienne.

La manière dont ces soins vont s'articuler ensemble va dépendre des objectifs thérapeutiques et du parcours de réhabilitation proposé, qui devra être personnalisée et graduée.

# PARCOURS DE RÉHABILITATION



TRAJECTOIRE DE L'USAGER AU SUR-CL3R,  
CENTRE REFERENT DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE  
ET DE REMEDIATION COGNITIVE DE LYON

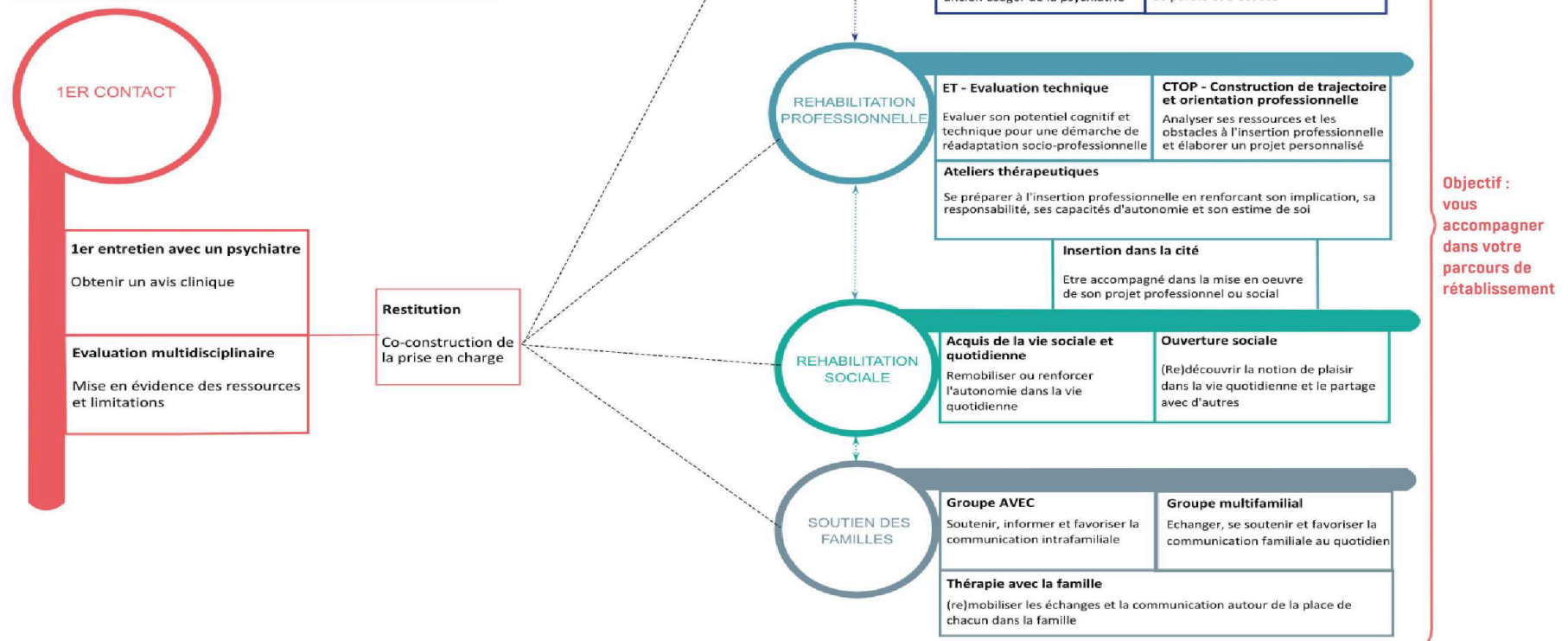


Figure 3: trajectoire du parcours de soin en réhabilitation dans l'objectif du rétablissement d'après Franck 2018 (98)

Parmi les motivations au rétablissement, les inégalités sociales restent centrales pour les usagers dans leur prise en charge. Deux éléments en ressortent :

- L'insertion professionnelle ou à d'autres formes d'activités : l'intérêt est largement admis pour le bien être du patient. Le travail offre l'opportunité d'une reconnaissance sociale, confère une identité sociale permettant de se détacher de l'étiquette de « malade mental », contribue au sentiment d'empowerment et d'efficacité, et contribue en soi au rétablissement et au sentiment d'estime de soi (45–48). Par exemple, le programme IPS qui favorise l'accès à un emploi ordinaire pour les usagers en santé mentale qui le souhaitent et leur propose un suivi, permet un taux d'insertion en moyenne de 60 % sur 18 mois, versus 23 % pour d'autres méthodes d'accompagnement (49).
- Le logement : 2/3 des personnes sans domicile présentent des troubles psychiatriques (50,51). Les mesures de l'ordre de « *un chez-soi d'abord* » ont clairement démontré une amélioration de la qualité de vie un à deux ans après l'entrée dans le programme (52,53).

L'organisation des soins de RPS en France est proposée en 3 niveaux :

- Sur le niveau 1 : Des centres de proximités, dont l'enjeu se centre sur l'accès facilité aux soins courants non médicamenteux spécifiques ;
- Sur le niveau 2 : Des centres supports ou référents : centre de proximité, de soins, avec également des missions support de diffusion et de formation à la RPS ;
- Sur le niveau 3 : échelon national avec le centre ressource national situé à Lyon (16,29).

## **E) Efficacité des soins de RPS**

L'efficacité des soins de réhabilitation psychosociales est reconnue (40), un certain nombre d'études quantitatives permettent de mesurer leur impact. Le Dr Murray a conclu, en 2017, que l'action des soins de RPS est d'autant plus favorable que l'expression clinique des troubles est contrôlée, et que

la prescription psychopharmacologique est optimisée (54). Ils viennent donc en complément de la prise en soin psychopharmacologique. Le Pr Franck établit que les soins de RPS agissent comme un puissant levier de déstigmatisation, à travers les bénéfices qu'ils procurent à leurs usagers, et la transformation des représentations qu'ils suscitent (40).

Certaines études montrent que malgré le bénéfice prouvé pour les patients suivis en RPS, les soins classiques centrés uniquement sur les symptômes prévalent sur les RPS dans l'offre que proposent les professionnels de santé (55).

En atteignant les objectifs des soins de RPS, les patients concernés réduisent leurs troubles cognitifs. Les objectifs de ces soins sont d'ailleurs mieux réalisés avec l'implication des familles et des proches, ainsi que l'entraide entre patients (GEM, patients experts, pairs aidants, bénévoles ou professionnels) (56–60).

De même les soins orientés pour le rétablissement ont montré leurs efficacités (61).

## **F) Enjeu de la revue**

L'enjeu de la RPS est un enjeu majeur de santé publique. Le modèle du rétablissement est largement partagé dans le monde. La question de son efficacité, et de l'évaluation de cette efficacité reste très actuelle comme l'illustre des études publiées récemment (55–60).

À notre connaissance, la remédiation cognitive est le seul traitement efficace sur les troubles cognitifs liés aux troubles psychiatriques, et qui permet une amélioration de qualité de vie (40).

L'orientation des soins de RPS a pour objectif d'établir le patient comme acteur de ses propres soins. Or, parmi les études sus-citées, aucune ne s'intéresse spécifiquement au ressenti du patient. De ce fait, nous proposons une revue systématique internationale pour répondre à cette question, à savoir « comment les patients évaluent leur parcours de soin ».

Il est attendu, au vu des résultats objectivés sur diverses études, que la perception de ces soins par les usagers soit positive. Cette revue devrait pouvoir dégager une vision plus claire de ce que les usagers retiennent de ces soins, comment ils s’y inscrivent et de connaître ce que cela leur apporte.

Enfin cette revue est le travail préliminaire à une étude qualitative comparative sur l’évaluation du parcours de soin en cours de réalisation sur le CMP d’Haubourdin (CHU de Lille).

## **II Revue systématique de littérature**

### **A) Matériel et méthodes**

Pour la réalisation de cette revue les critères PRISMA-S ont été utilisés (*Annexe 1*).

#### **1. Recherche des articles**

La recherche d’articles été réalisée à l’aide de 2 moteurs de recherches : *Pubmed* et *Embase*, par une seule personne. Elle inclut des publications parues jusqu’en juillet 2024. Une étude a été incluse à partir de la bibliographie d’autres études. La recherche d’articles a été filtrée par l’utilisation de la fonction « mesh terms » sur Pubmed et la fonction « emtree » sur Embase.

Un deuxième lecteur a relu les articles choisis.

Les termes recherchés étaient : « *Psychiatric rehabilitation AND Patient satisfaction* », « *Psychiatric rehabilitation AND Case management* », « *Psychiatric rehabilitation AND Quality of life, psychology* », « *Mental Health Recovery AND Quality of life, psychology* », « *Mental Health Recovery AND Patient satisfaction* » et « *Psychiatric rehabilitation* ».

Cela a abouti à la sélection de 833 articles, diminués à 821 après suppression des doublons. 598 ont été exclus par lecture du titre et 165 par lecture de l’abstract, quand ils indiquaient un objet d’étude différent de celui de la revue. Enfin 24 études ont été exclues après lecture intégrale pour cette même raison.

Quatre équipes de recherche ont été contactées pour avoir accès à leurs études. 3 d'entre elles ont répondu à la demande. Le quatrième article a été exclu faute d'avoir eu accès au texte intégral.

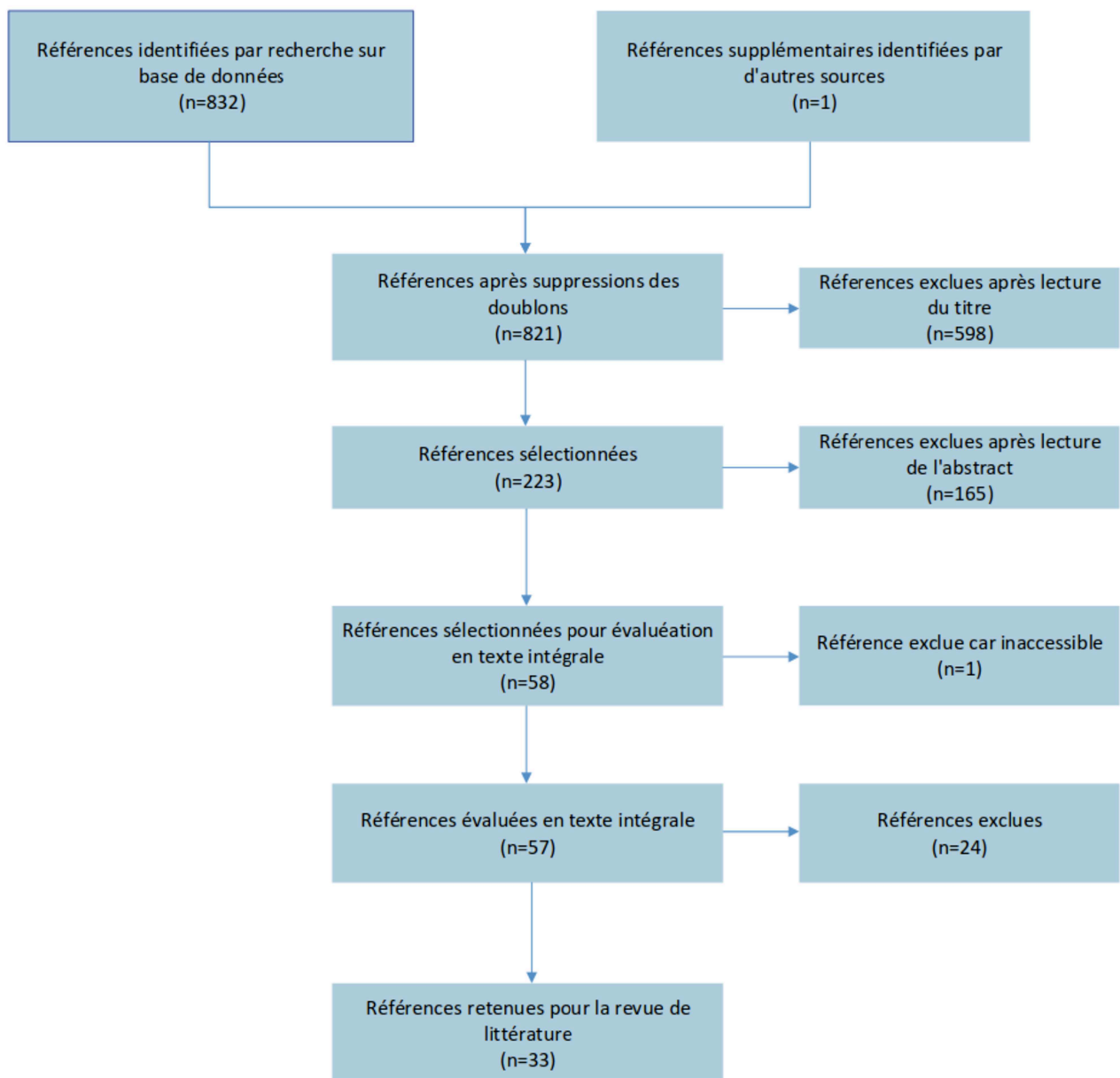


Figure 4: diagramme de flux selon PRISMA-S

## 2. Critères d'inclusion

Les critères d'inclusions concernent les points suivants :

1. Type d'étude : les études éligibles sont les suivantes : essais contrôlés randomisés, essais contrôlés non randomisés, études comparatives exposés non exposés, études comparatives cas témoins, études qualitatives, revues de littératures avec méta analyses.
2. Langue : les études retenues sont écrites en anglais ou français.
3. Population : la population concerne tout patient sans limite de diagnostic, d'âge, de sexe, d'ethnie, ou de pays.
4. Date de parution : jusqu'au 23 juillet 2024.
5. Type d'intervention : le patient doit suivre un programme de RPS, quelles que soient les modalités (individuelle ou groupe) ou la durée de l'intervention.
6. Les études doivent avoir mesuré l'évaluation de l'efficacité des soins de RPS par le patient dans son parcours de soin, que ce soit par le biais d'un questionnaire à choix multiple ou échelles, de commentaires ou alors que l'étude soit une étude qualitative explorant cet aspect du soin.

## 3. Objectif principal

Cette revue de littérature a pour but d'évaluer « comment le patient se représente les soins de RPS » et « comment il jugerait sa satisfaction à ce sujet ». Nous présenterons les différentes évaluations proposées par les études retenues pour faire une synthèse de ces données.



## 4. Extractions des données

Il n'y a pas eu de définition à priori des données extraites des études. Ce qui aura été extrait concerne : le pays où a été réalisé l'étude, la date de publications, la revue de publication, les auteurs, le type d'étude, la population étudiée, les modalités de l'intervention, les objectifs primaires et secondaires, les résultats et les limites de l'étude.

La qualité des études a été évaluée par une seule personne, en se basant sur :

- Le niveau de preuve des études, selon la guideline de la HAS de 2013 (Annexe 2).
- L'impact factor de la revue de publication, déterminé à l'aide du site « *web of science* » en août 2024. La mesure choisie a été celle lissée sur 5 ans, lorsqu'elle était disponible.
- Les biais identifiés, que ce soit par les auteurs ou par l'investigateur.

## 5. Méthode d'analyse

Les données extraites à partir des études ont été rassemblées dans le Tableau 1. Le Type de soin de RPS proposé (soins de santé communautaire uniquement ou thérapies spécifiques associées) a été déduite par un investigateur et confirmé par un second investigateur.

Les données qualitatives collectées ont servi à extraire divers thèmes et sous-thèmes (Tableau 4 Figure 8). Ces thèmes ont ensuite été comparés en fonction du pays émetteur de l'étude (Tableau 5).

Par ailleurs, des données quantitatives ont été extraites, via différentes échelles destinées à mesurer la satisfaction des usagers sur tout ou partie de leurs soins. Ces données sont rassemblées en un tableau récapitulatif (Tableau 6).

## **B) Résultats**

### **1. Données brutes**

33 études ont été incluses au sein de cette revue de littérature, elles sont présentées dans le Tableau 1.

Tableau 1 : récapitulatif des études incluses

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude		
<p><i>O donohue et al.2023 (62)</i></p> <p><i>Int J Ment Health Nurs</i></p> <p>IF 4.3</p> <p>Australie</p>	<p>Étude qualitative observationnelle dans un contexte interventionnel et entretiens dirigés (grille avec 24 QCM) et semi-dirigés</p> <p>Mise en place de réunions de planification des soins avec les patients.</p> <p>Nombre de participants : 8</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie, schizoaffectif (répartition des troubles non communiquée)</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	<p>Thème des entretiens semis dirigés :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- « Ça te concerne » (les soins concernent les patients)</li> <li>- « Prendre des décisions et exprimer des opinions »</li> <li>- « Implication du personnel à la planification des soins »</li> <li>- « Soutien au rétablissement »</li> <li>- « S'informer sur leur prise en charge »</li> <li>- « Choix de participer »(la moitié se sont senti impliqués)</li> <li>- « Organisations des réunions » (préparatifs, calendrier, présence du plan de soin ou non)</li> <li>- 6 patients sur 8 ont estimé ne pas avoir été interrogés suite à la réunion.</li> </ul>	<p>Les usagers qui ont participé aux réunions de planification ont le sentiment d'être réellement impliqués dans leur prise en charge. La plupart des usagers ont convenu que les réunions étaient favorables à leur rétablissement.</p> <p>Toutefois des éléments d'analyse laissent présager que certains usagers se sentaient mal à l'aise lors des réunions et ont pu ne pas comprendre les questions lors de l'entretien.</p> <p>Dans les QCM, l'élément le plus mal noté est la satisfaction vis-à-vis des explications des soignants.</p> <p>La recherche d'un retour d'information des usagers après la réunion peut indiquer une stratégie utile.</p>		
<p><i>Singh et al.2023 (63)</i></p> <p><i>Int J Soc Psychiatry</i></p>	<p>Étude qualitative incluant les proches de personnes souffrant de maladie mentale grave</p> <p>Nombre de participants : 15</p>	<p>5 thèmes et 17 sous thèmes.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Proximité</td> <td style="width: 50%;">Améliorer accessibilité structure Améliorer accessibilité des professionnels</td> </tr> </table>	Proximité	Améliorer accessibilité structure Améliorer accessibilité des professionnels	<p>Les soins institutionnels et les services de réhabilitation sont insuffisants et inégalement répartis. L'accessibilité est limitée par le sous-effectif de psychiatres dans la population indienne. Les</p>
Proximité	Améliorer accessibilité structure Améliorer accessibilité des professionnels				

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
IF 4.6  Inde	Niveau de preuve : 4	Attentes sur le personnel	Empathie, intégrité, non jugement.	institutions existantes sont concentrées dans les zones urbaines, ce qui laisse la majorité des Indiens vivant dans les zones rurales vulnérables aux problèmes de santé mentale. La question de la sécurité des femmes atteintes est largement soulevée.  Manque de sensibilisation des aidants sur la loi existante quant à la confidentialité du secret médical.  Les aidants souhaitent que leur proche se marie, et 46 % attendent une aide de la part des services sanitaires.
	Population étudiée : schizophrénie (75%), (dont schizophrénie associée à dépendance 7 %, et schizophrénie associée à un retard mental 7 %), autre trouble psychotique 14 %, trouble bipolaire 7 %, Trouble obsessionnel compulsif 7 %  RPS : thérapies spécifiques	Attentes liées au traitement	Multidisciplinaire, continuité des soins, participations aux décisions, confidentialité, holistique, services pour les aidants.	
		Attentes sur les prestations sociales	Aides financières, prestations pour l'éducation et l'emploi, prestations sociales après la période de soins.	
		Attentes sur Infrastructures	Eau potable, électricité, sécurité des lieux de soins (vidéosurveillance).	
Sadaaki Fukui 2023 (64)  Psychiatr Rehabil J  IF 2.2  USA	Méta analyse sur 6 études qualitatives et une étude de cas  Nombre de participants non communiqué  Niveau de preuve : 1  Population étudiée : non communiquée  RPS : non précisée	Balogun-Mwangi et al, (2023) souligne l'importance de comprendre les facteurs multidimensionnels et intersectionnels (la maladie mentale, les caractéristiques visibles, le sexe) dans les interventions de RPS  Solanki et al, (2023) met en lumière l'importance de comprendre les expériences vécues par la population et de développer des services à l'écoute des usagers et la lutte contre le racisme systémique.  Buchbinder et al, (2023) souligne que la surveillance policière excessive est souvent négligée dans les services de réhabilitation et suggère plusieurs	L'étude souligne un besoin urgent de recherches plus approfondies pour aborder les disparités raciales.  La lutte contre les disparités raciales semble ouvrir plus de questions que de réponses.	

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
		<p>recommandations pour lutter contre les discriminations.</p> <p><i>Olmos-Ochoa et al, (2023)</i> s'intéresse aux obstacles subis par les vétérans de guerre, de sexe féminin et issues de minorités, souffrant d'état de stress post traumatique, et souligne l'importance de les intégrer dans les processus de soins.</p> <p><i>Park et al, (2023)</i> s'intéresse aux usagers d'origine asiatique. Il insiste sur l'importance de mettre en œuvre des pratiques adaptées aux spécificités des minorités raciales. Les stratégies proposées comprennent l'embauche, le soutien, et le maintien de personnel racisé au sein de services de RPS.</p> <p><i>Pullen et al, (2023)</i> souligne que le personnel de service de santé issus de minorités dispose également de leur côté de moins de ressources, ce qui peut atteindre la disponibilité de ce personnel, et souligne l'importance de soutenir ce personnel.</p> <p><i>Davis et al, (2023)</i> est une lettre ouverte soulignant l'importance d'une optique antiraciste.</p>	
<i>Sim et al.2022 (65)</i>	Cohorte interventionnelle : les usagers d'un service ont bénéficié d'ETP sur la RPS. Pendant l'intervention le taux	Faible adhésion aux soins de rétablissement de base, mise en place de stratégies visant à améliorer l'information aux soins : augmentation progressive du nombre d'orientation toute au long de l'étude.	Les auteurs soulignent l'importance de combler les lacunes en matière de connaissances entre les utilisateurs des services, leurs familles et les parties

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
<p><i>Psychiatr Serv.</i></p> <p>IF : 3.7</p> <p>Singapour</p>	<p>d'orientation vers les soins de RPS a été mesuré. L'avis des patients a été recherché à la fin de l'intervention.</p> <p>Nombre de patients : 2660</p> <p>Niveau de preuve : 2</p> <p>Population étudiée : Non précisé</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>			<p>prenantes au sein du système hospitalier.</p>
<p><i>Zheng et al.2022 (66)</i></p> <p><i>BMC Psychol</i></p> <p>IF : 2.7 (sur moins de 5 ans)</p> <p>Chine</p>	<p>Étude qualitative</p> <p>Nombre de patients : 28</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie</p> <p>RPS : thérapies spécifiques</p>	<p>3 thèmes, 8 sous thèmes</p>	<p>Effet de la RPS</p> <p>Connaissances et adhésion aux soins, amélioration des capacités et interactions sociales.</p>	<p>La principale raison pour laquelle les patients étaient disposés à se joindre à la réhabilitation concernait l'avantage de s'engager dans des activités de sociabilisation.</p> <p>Les soins de RPS ont amélioré l'observance thérapeutique, la compétence pratique des patients, leur capacité d'adaptation et la lutte contre la stigmatisation.</p> <p>Les patients estiment que l'amitié, le sentiment d'appartenance personnelle et la valeur acquise dans le cadre de la RPS</p>
		<p>Attractivité</p>	<p>Sens de l'appartenance et enrichissement de la vie.</p>	
		<p>Difficultés habiletés sociales</p>	<p>Facteurs socio-environnementaux, internalisation de la stigmatisation et manque de motivation.</p>	

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
				<p>sont plus importants que les gains susmentionnés. Beaucoup de patients avaient décidés de continuer de participer aux activités de réhabilitation pour pouvoir maintenir des liens sociaux.</p> <p>Les principaux obstacles à la participation des patients aux activités sociales générales sont les préjugés sociaux, la non-acceptation et la capacité du patient à se maintenir dans un groupe social (principalement la famille), en dehors du groupe de RPS. Les auteurs évoquent une possible stratégie d'évitement ou une absence de souhait d'interactions sociales en dehors du cercle familial.</p> <p>En conclusion, le centre de RPS étudié ne répond pas totalement à la mission de réhabilitation, sans doute par manque de moyen et propose divers outils pour y remédier : financements publics, travailleurs sociaux, etc.</p>
<p><i>Franza et al. 2022 (67)</i> <i>Psychiatria Danubina</i></p>	<p>Étude observationnelle avec échelle de désespoir de Beck chez patients suivis en RPS à la suite de l'épidémie de COVID Comparaison avec données</p>	<p>Score total moyen de BHS élevé mais différence avec soignant n'était pas significatif (<math>7.28 \pm 3.73</math> vs <math>6.46 \pm 3.682</math>).</p>		<p>Les conclusions de l'étude nous invitent à réfléchir sur les possibilités d'interventions visant à moduler les émotions et le bien-être des hôtes des centres résidentiels psychiatriques. Leur</p>

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
Pas d'IF Italie	d'études antérieures sur soignant  Nombre de participants : 116  Niveau de preuve : 4  Population étudiée : schizophrénie (49%) trouble bipolaire (22%), trouble de personnalité borderline (14%), état dépressif caractérisé majeur (15%)  RPS : non précisé			fournir des informations adéquates et des outils de soutien peut réduire le fardeau émotionnel et expérientiel des patients.
<i>Morse et al.2022 (68)</i>  <i>Psychiatr Rehabil J</i>  IF : 2.2  USA	Étude qualitative observationnelle sur des patients suivis en RPS.  Nombre de patients : 30  Niveau de preuve : 4  Population étudiée : Trouble schizophrénique (50%), état dépressif caractérisé sévère (33%) et trouble bipolaire (17%).  RPS : thérapies spécifiques	10 thèmes dans les domaines du bonheur (N = 5), bien-être (N = 2), et le rétablissement (N = 3).  Bonheur	La connexion humaine facilite le bonheur.  Ce qui a participé au bonheur : - S'engager dans des activités productives et significatives via un sentiment d'accomplissement et de fierté, - La pratique des capacités d'adaptation et la réduction des symptômes, - Les activités récréatives	Importance de l'alliance thérapeutique et du sentiment de contrôle personnel sur les symptômes et les facteurs de stress pour le rétablissement.  Cette étude a également identifié des thèmes uniques : relations avec le personnel de santé mentale, besoins matériels cohérents avec l'importance des besoins fondamentaux selon la théorie de réalisation de soi de Maslow.  Bien que certains facteurs essentiels au bonheur sont similaires à ceux de la



Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
			individuelles et en groupe, - La satisfaction des besoins matériels.	population générale (liens inter humains, sens et accomplissement), d'autres sont plus distincts : réduction des symptômes, relations avec les soignants, ressources de base.
		Bien-être	Prendre soin de soi.  Le soutien professionnel améliore le bien-être personnel.	
		Rétablissement	Le rétablissement est un processus, qui consiste souvent à surmonter une maladie ou d'autres difficultés. Il est marqué par un contrôle personnel accru sur les symptômes, les facteurs de stress et les symptômes. Il est facilité par des relations et des services professionnels de soutien.	
<p><i>Tjaden et al.2021 (69)</i></p> <p><i>JAMA Psychiatry</i></p> <p>IF : 22.3</p> <p>Pays bas</p>	<p>Essai randomisé sur protocole FACT classique vs FACT + RG, qui s'appuie sur les traditions d'intervention familiale et de soins intégrés de réhabilitation.</p> <p>Entretiens qualitatifs d'évaluation à 9 et 18 mois réalisés en aveugle pour les évaluateurs. Mesure de la satisfaction pour les patients lors de ces entretiens</p>	<p>Augmentation plus importante de l'autonomisation au fil du temps dans l'état FACT + RG que FACT seul.</p> <p>L'amélioration de l'autonomisation après 9 mois était significative pour les changements dans la récupération personnelle et le fonctionnement général après 18 mois.</p> <p>Comparé à FACT seul, les participants à FACT + RG étaient plus satisfaits de leur traitement à 9 et 18 mois ainsi que la participation de leurs proches à 9 et</p>	<p>En se concentrant sur la satisfaction (Annexe 5) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'étude ne se concentre pas réellement sur la satisfaction des patients qui a pourtant été mesurée.</li> <li>- Les résultats soutiennent l'idée que l'autonomisation n'est pas un résultat traditionnel, mais peut être considérée comme une stratégie efficace pour changer les comportements de santé d'un individu, conduisant à terme à de meilleurs résultats</li> </ul>	

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
	<p>Mesure de l'objectif principal (autonomisation autodéclarée) par la liste néerlandaise d'autonomisation.</p> <p>Nombre de participants : 158</p> <p>Niveau de preuve :1</p> <p>Population étudiée : SMI sans plus de précision</p> <p>RPS : thérapie ciblée</p>	<p>18 mois.</p>	<p>en matière de santé mentale.</p>
<p><i>Zlotnick et al.2021 (70)</i></p> <p><i>Psychiatr Rehabil J</i></p> <p>IF = 2.2</p> <p>Israel</p>	<p>Étude observationnelle retrospective qui examine la concordance entre les évaluations de la qualité de vie déclarée par les consommateurs et celle déclarée par le personnel. Une analyse est faite selon le statut d'immigration du patient et après ajustement sur le handicap. Reprise de données d'une précédente étude.</p> <p>Echelles utilisées : Sheehan Disability Scale, régression linéaire.</p>	<p>Les patients immigrants éthiopiens ont déclaré que leur qualité de vie n'est pas différente de celle de leurs pairs non migrants.</p> <p>Les usagers immigrants de l'ex-Union soviétique ont signalé une qualité de vie inférieure à celle des immigrants éthiopiens et des non immigrants.</p> <p>Le personnel a évalué la qualité de vie des immigrants, quantitativement inférieure à celle déclarée par les usagers eux-mêmes. Le personnel a aussi estimé la qualité de vie des immigrants éthiopiens inférieure à celle des anciens soviétiques.</p>	<p>Les auteurs soulignent la nécessité d'évaluer systématiquement les principaux résultats cliniques, parmi des sous-groupes spécifiques d'immigrants, afin de mieux identifier et répondre aux besoins uniques de chaque groupe.</p> <p>Ils soulignent également l'importance que de telles évaluations soient menées du point de vue du prestataire et de l'utilisateur des services.</p> <p>La formation du personnel sur le multiculturalisme et les minorités ethniques peut contribuer à renforcer les compétences culturelles pour améliorer la prestation centrée sur la personne.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
	<p>Manchester Short Assessment of Quality of Life (MANSA) par les patients et par le personnel hospitalier.</p> <p>Nombre de participants : 4956</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : non précisé mais 77 % des personnes de l'étude d'origine avaient un diagnostic de trouble schizophrénique</p> <p>RPS : Non précisée</p>		<p>Hypothèses envisagées pour expliquer la discordance des évaluations de la QOL selon le personnel, en fonction de l'origine des patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Covariables associées aux évaluations de la QOL,</li> <li>- Normes culturelles,</li> <li>- Préjugés envers les personnes d'ascendance africaine.</li> </ul>
<p><i>Arnautovska et al.2021(71)</i></p> <p><i>J Ment Health</i></p> <p>IF : 3.7</p> <p>Australie</p>	<p>Analyse retrospective secondaire des données collectées au cours d'une étude de cohorte prospective.</p> <p>Le critère de jugement principal était le statut de la sortie du service, divisé en « sortie prévue » et « sortie imprévue ».</p> <p>Le critère de jugement secondaire était de savoir si une sortie imprévue était initiée par le</p>	<p>Différence statistiquement significative dans la durée moyenne des soins en fonction des revenus du patient.</p> <p>La plupart des sorties d'hospitalisation sont planifiées (61,2 %). Les sorties non planifiées sont le plus souvent initiées par le personnel (63,0 % d'entre elles).</p> <p>Les usagers avec une sortie inopinée sont significativement plus susceptibles d'avoir un trouble de l'usage de l'alcool, de recevoir des aides sociales, d'être plus jeune et une auto-évaluation de leur rétablissement plus élevée que ceux avec une sortie planifiée.</p>	<p>Une intervention dès l'admission pour lutter contre la consommation d'alcool et d'autres substances est nécessaire pour prévenir une sortie prématurée des soins.</p> <p>Les patients ne bénéficiant pas d'aides sociales, sont plus susceptibles de rester hospitalisés probablement car ils ont moins accès à une solution d'hébergement.</p> <p>Les usagers ayant une meilleure évaluation de leur état clinique peuvent percevoir un</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
	<p>patient ou par l'établissement.</p> <p>Nombre de participants : 139</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie (76%), tabagisme (57%), autres trouble de l'usage de substances (45%), trouble de personnalité (7%), Trouble anxieux (7%) Trouble obsessionnel compulsif (5%), traumatisme (10%), Maladie physiques (25%)</p> <p>RPS : Thérapies spécifiques</p>	<p>D'autres prédicteurs retrouvés dans d'autres études n'ont pas été retrouvés ici : Trouble du spectre schizophrénique, trouble de personnalité, intensité des symptômes cliniques.</p>	<p>manque de pertinence des soins, ce qui peut les motiver à se désinvestir ou ne pas respecter le cadre.</p> <p>Les usagers les plus autonomes peuvent trouver que la RPS axée sur les compétences de vie autonome et l'intégration communautaire peut manquer de pertinence.</p> <p>Il est possible que les patients les plus jeunes disposent de plus d'options de logement, comme retourner vivre avec des membres de leur famille, ce qui favorise les sorties non planifiées.</p>
<p><i>Dubreucq et al.2021(72)</i></p> <p><i>J Clin Psychiatry</i></p> <p>IF:5.2</p> <p>France</p>	<p>Cohorte prospective « REHABase » : Pour cette étude, mesure des différences de besoins en RPS entre hommes et femmes</p> <p>Nombre de participants : 1055 patients</p> <p>Niveau de preuve :2</p> <p>Population étudiée :</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Les hommes sont plus jeunes et plus à risques de comorbidités psychiatriques ou addictologiques.</li> <li>- Les femmes sont plus susceptibles d'occuper au moins deux rôles socialement valorisés, de prendre des antidépresseurs et d'avoir des antécédents de tentatives de suicide. Elles sont moins satisfaites de leurs relations interpersonnelles et identifient ce domaine comme un besoin non satisfait à aborder lors de la RPS. Cette tendance des résultats est plus prononcée chez les femmes âgées de 40 ans ou plus.</li> </ul>	<p>Bon nombre des différences entre les sexes observés chez les personnes atteintes de troubles schizophréniques, reflètent celles observées dans la population générale (antidépresseurs, risque suicidaire, addiction, qualité de vie).</p> <p>Importance de prendre en compte les besoins et attentes spécifiques à chaque sexe.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
	<p>schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de personnalité borderline, état dépressif caractérisé majeur ou trouble anxieux sévère (répartition non précisées).</p> <p>RPS : thérapies spécifiques</p>		
<p><i>Rasmus et al.2021(73)</i></p> <p><i>Int J Environ Res Public Health.</i></p> <p>Pas d'IF</p> <p>Pologne</p>	<p>Cohorte prospective sur un programme de 6 mois de RPS. Questionnaires sur vécu et auto questionnaire sur exclusion sociale</p> <p>Nombre de participants : 52</p> <p>Niveau de preuve : 2</p> <p>Population étudiée : Non détaillée mais devait répondre aux critères DSM.</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	<p>Le sentiment d'auto-efficacité, de détermination et d'optimisme général est amélioré après le programme de RPS. Il est observé un changement positif dans les comportements liés à la santé. Ce programme n'a pas réduit le sentiment d'exclusion sociale.</p>	<p>Nécessité de mettre en place de nouveaux soins portant sur le sentiment d'exclusion sociale</p>
<p><i>Cheli 2020 (74)</i></p>	<p>Cohorte prospective. Étude qualitative et quantitative. Patients avec trouble de la personnalité schizotypique</p>	<p>Dix patients dans l'échantillon global, soit six (75 %) dans le sous-groupe d'intervention de 6 mois, et quatre (100 %) dans le sous-groupe d'intervention de 12 mois ne remplissent plus les critères diagnostiques du</p>	<p>Limites : taille d'échantillon petite, absence de randomisation.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p><i>Psychiatr Rehabil J</i></p> <p>IF:2.2</p> <p>Italie</p>	<p>suisant un programme, inspiré du concept de rétablissement, consistant en une psychothérapie orientée métacognition, de 6 ou 12 mois.</p> <p>Nombre de participants : 12</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : trouble de personnalité schizotypique</p> <p>RPS : thérapies spécifiques</p>	<p>trouble.</p> <p>Évaluation positive du programme en termes de sentiment personnel des patients d'être soutenus et d'avoir atteint les résultats souhaités. Six patients ont déclaré avoir atteint le niveau de qualité de vie auquel ils aspiraient</p> <p>4 patients ont également déclaré avoir vécu des événements indésirables (par exemple, des sentiments négatifs, des pensées intrusives, une détresse importante) au cours de techniques expérientielles.</p> <p>Les interventions de groupe, les techniques expérientielles et la psychopharmacothérapie ne sont pas appréciées, en particulier dans les premières phases. Verbalisation d'un sentiment de coercition.</p>	
<p><i>Grech et al.2020 (75)</i></p> <p><i>Issues Ment Health Nurs</i></p> <p>IF : 2.2</p> <p>Malte</p>	<p>Étude qualitative</p> <p>Nombre de participants : Nombre de patients non connu</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : Pas de précision.</p> <p>RPS : thérapies spécifiques</p>	<p>4 thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivre en communauté</li> <li>- Relation avec les professionnels</li> <li>- Structure du programme</li> <li>- Environnement physique de l'unité</li> </ul>	<p>La nécessité d'une plus grande autonomie est imprégnée dans les quatre composantes.</p> <p>Importance de travailler sur l'équilibre entre un besoin d'autonomie largement signalé et celui du lien soignant – soigné.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p><i>Larivière et al.2020 (76)</i></p> <p><i>Santé mentale au Québec</i></p> <p>IF : 0.3</p> <p>Canada</p>	<p>Sondage descriptif quantitatif transversal et qualitatif pour 4 groupes de personnes : usagers, proches, soignants et propriétaires (qui correspondent aux gérants de structures ou propriétaires de logements).</p> <p>Nombre de participants : 74 sujets dont 25 usagers, 0 proche (en raison du refus des usagers), 30 soignants et 19 propriétaires.</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : Schizophrénie (29 %), Trouble de personnalité limite (17 %), État/trouble dépressif (17 %), Trouble anxieux (17 %), Trouble bipolaire (types 1 et 2) (13 %), Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (4 %)</p> <p>RPS : Thérapies spécifiques</p>	<p>Selon l'échelle RSA :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les usagers ont une moyenne globale de 4,11, ils jugent favorablement le programme.</li> <li>- Les propriétaires ont un score moyen similaire 4.18</li> <li>- Les soignants une moyenne globale de 2,80 (significativement plus basse que les 2 groupes sus-cités) et expriment une insatisfaction du programme en place.</li> </ul> <p>Analyse par item :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Item significativement sous la moyenne dans les 3 groupes : « Les responsables et les employés des résidences présentent aux usager des pairs qui peuvent leur servir de modèles ou de mentors » ; « Les usagers sont encouragés à participer aux réunions d'équipe/comité consultatif et/ou aux réunions de gestion de leur résidence » ; « Les usagers sont (ou peuvent être) impliqués dans la formation des employés et dans les programmes d'éducation de leur résidence »</li> </ul> <p>L'item « les responsables et employés de la résidence sont à l'écoute des expériences, intérêts et préoccupations des usagers et y répondent » était significativement positif pour les usagers, alors que pour les 2 autres groupes, il était significativement négatif.</p>	<p>Les usagers étant surtout issus de milieux de vie modestes : ils sont satisfaits de leur logement et du programme de RPS associé.</p> <p>Les usagers étaient moins satisfaits en ce qui concerne les relations intimes (famille, couple, autres résidents), les opportunités pour parler de leurs besoins sexuels et la diversité des options de traitement.</p> <p>Il serait souhaitable de mieux comprendre les discordances entre la vision des propriétaires et des autres intervenants</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
		<p>11 intervenants ont indiqué que l'intégration du programme de RPS est favorisée si des personnes qualifiées sont sur place.</p> <p>Plusieurs intervenants déclaraient qu'il y a peu d'opportunités occupationnelles qu'ils s'agissent de tâches, d'activités productives ou d'activités récréatives.</p>	
<p><i>Dubreucq et al.2020 (77)</i></p> <p><i>Eur Psychiatry</i></p> <p>IF :6.4</p> <p>France</p>	<p>Cohorte prospective multicentrique « REHABase »</p> <p>Auto questionnaire sur l'auto stigmatisation</p> <p>Nombre de participants : 738 patients</p> <p>Niveau de preuve : 2</p> <p>Population étudiée : schizophrénie (63.1%). trouble bipolaire (15.9%), trouble de personnalité borderline (8.7%), trouble sur spectre autistique (6.1%), état dépressif caractérisé (3.7%), trouble anxieux (2.5%)</p> <p>RPS : Thérapies spécifiques</p>	<p>31,2 % des patients présentent un score élevé avec une forte disparité entre les différents sous-groupes (22,2 % pour les patients souffrant d'un trouble du spectre autistique vs 43,8 % pour les patients atteint d'un trouble de la personnalité borderline)</p> <p>Un score élevé est également significativement associé avec : un antécédent de tentative de suicide (RR 2), une diminution du bien-être (RR 1,3), un meilleur insight (RR 1,22) et une insatisfaction avec les relations interpersonnelles (RR 1,18).</p>	<p>Les corrélations entre l'auto-stigmatisation, l'insight, les antécédents de tentative de suicide, le bien-être, la satisfaction avec les relations interpersonnelles et le rétablissement personnel indiquent la nécessité de développer davantage d'interventions ciblant l'auto-stigmatisation.</p>



Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
<p><i>Chen et al.2019 (78)</i></p> <p><i>Adm Policy Ment Health</i></p> <p>IF :2.6</p> <p>Chine</p>	<p>Étude comparative randomisée clubhouse versus RPS en service conventionnel.</p> <p>Nombre de participants : 56</p> <p>Niveau de preuve :1</p> <p>Population étudiée : schizophrénie</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	<p>Les symptômes psychiatriques, l'autodétermination et le fonctionnement social des participants se sont améliorés de manière significative, avec une supériorité pour les participants du groupe clubhouse vs ceux du groupe témoin.</p>		<p>Plus grande satisfaction des patients.</p> <p>Meilleure efficacité des soins en ciblant l'autostigmatisation.</p>
<p><i>Parker et al.2019 (79)</i></p> <p><i>Epidemiol Psychiatr Sci</i></p> <p>IF :7.3</p> <p>Australie</p>	<p>Étude qualitative</p> <p>Nombre de participants : 24</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie (87%), addiction (54%), trouble de personnalité (8%), trouble du spectre autistique (8%), trouble obsessionnel compulsif (4%), lésion cérébrale (4%)</p> <p>RPS : Thérapie spécifique</p>	<p>5 thèmes.</p> <p>C'est le choix du patient</p>	<p>16 patients ont indiqué avoir choisi de venir : motivés par l'insécurité du logement (14), pour s'éloigner de conflits familiaux (3) ou ne pas réussir à atteindre leurs objectifs (6)</p> <p>Transformation</p> <p>Objectifs fixés par le patient (24/24) :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Indépendance (14)</li> <li>- Obtenir un emploi (9)</li> <li>- Réinsertion sociale et compétences (8)</li> <li>- Santé et aptitude physique (7)</li> <li>- Reprise d'études (5)</li> </ul>	<p>La motivation des consommateurs pour s'engager dans le service de RPS est principalement liée à l'instabilité de l'hébergement.</p> <p>Les soins proposés aux patients sont globalement adaptés aux attentes évoquées.</p>

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
			- Réduire les interventions médicales (2)	
		Lieu de transition	21/24	
		Cadre de vie	Lieu de soutien (5/24), abris face aux drogues (3/24), abris face aux autres personnes (2/24), aide supplémentaire (4/24), aide par les autres usagers (3/24)	
		Indépendance	Une partie souhaite apprendre à vivre indépendamment à l'extérieur (9/24) Une autre partie souhaite transitionner vers un autre service (3/24)	
		Inquiétude sur la transition	5/24 redoutent de sortir du service	
<i>Prat et al.2018 (80)</i>  <i>Comprehensive Psychiatry</i>  IF :4.7  Espagne	Étude comparative observationnelle entre hommes et femmes sur un échantillonnage randomisé de patients suivis dans service de RPS: données socio-démographiques ainsi que divers échelles remplies.  Nombre de participants : 126	Aucune différence entre les hommes et les femmes dans les données sociodémographiques, sauf pour l'état matrimonial. Pas de différence sur le nombre d'hospitalisation.  Au niveau des échelles : seule une différence significative dans une analyse secondaire. Elle se trouve dans deux sous-échelles de la Social Functioning Scale : L'échelle d'indépendance-compétence (p = 0,006) et l'échelle		L'étude ne retrouve que peu de différence significative entre les deux sexes, ce qui est contradictoire avec une étude postérieure qui montre que les femmes présentent des symptômes moins graves.  Les différences finalement retrouvées concernaient des analyses secondaires ne permettant pas de conclure.

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
	<p>Niveau de preuve : 2</p> <p>Population étudiée : schizophrénie</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	d'indépendance-performance (p = 0,017).		
<p><i>Briand et al.2015 (81)</i></p> <p><i>Neuropsychol Rehabil</i></p> <p>IF :2.4</p> <p>Canada et France</p>	<p>Étude de faisabilité sur l'utilisation d'applications dans des programmes de rétablissement (application Re'adapps)</p> <p>Nombre de participants : 11</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : SMI dont trouble schizophrénique, trouble de l'humeur, trouble de personnalité. Pas de précision sur leur répartition.</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	<p>4 profils de patients</p> <p>Intégration réussie grâce à un processus d'appropriation autonome.</p> <p>Intégration réussie grâce à un accompagnement spécialisé adapté.</p> <p>Intégration échouée en raison d'un problème de santé mentale nécessitant un soutien spécialisé.</p>	<p>4 participants présentent un état clinique stable, de bonnes capacités, une bonne motivation. Ils sont ouverts aux nouvelles technologies.</p> <p>1 participant avec plusieurs difficultés cognitives et socio-émotionnelles, peu de stratégies d'adaptation, avec une bonne motivation et ouverture aux technologies, a reçu le soutien requis.</p> <p>4 participants, avec les mêmes difficultés, mais également un épuisement sur le plan motivationnel. L'effort personnel a diminué au cours du suivi, et le soutien n'a soit pas été reçu, soit n'a pas été adapté.</p>	<p>Les principaux défis qui ont entravé le processus d'intégration sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le manque de soutien (ou un soutien non adapté à la situation) ;</li> <li>- La fluctuation de l'effort déployé, en fonction du niveau de motivation et de l'intérêt d'intégrer la technologie mobile dans l'environnement ;</li> <li>- Le contexte (milieu de vie et/ou milieu de soins défavorable).</li> </ul> <p>Dans 5/11 cas, des symptômes de maladie mentale et des difficultés socio-émotionnelles et/ou cognitives ont nui à la capacité des participants à apprendre et à intégrer la technologie. Un seul a reçu l'aide nécessaire, ce qui montre une insuffisance dans l'accompagnement du patient.</p>

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
		Échec de l'intégration en raison d'un contexte défavorable.	2 participants avec peu de difficultés, mais un épuisement motivationnel et un contexte de vie non propice à l'intégration de technologie mobile.	
<p><i>Conway et al.2017 (82)</i> <i>Ir J Psychol Med</i> IF :2.6 Irlande</p>	<p>Étude observationnelle : Patients avec des idées suicidaires et ayant terminé leur thérapie sur une période de 3 mois, ont été invités à remplir deux échelles d'auto-évaluation</p> <p>Nombre de participants : 88 patients ont répondu sur 240</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : Non précisé, 42 % avaient des idées suicidaires ou des conduites auto agressives, 23 % des idées suicidaires seules, 8 % des conduites auto agressives seules.</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	<p>RSA : Les patients sont en accord avec tous les items :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacité à accéder à de l'aide : 84.5 %,</li> <li>- Confiance aux autres : 82.1 %,</li> <li>- Orientation sur les objectifs : 73.6 %,</li> <li>- Non centré sur les symptômes : 66.6 %,</li> <li>- Espoir et confiance en soi : 61.3 %.</li> </ul> <p>RSA-R : Les patients sont en accord avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre choix : 90,9 %,</li> <li>- Objectif de vie : 84.1 %,</li> <li>- Service personnalisé : 80.6 %,</li> <li>- Diversité des options thérapeutiques : 65.9 %.</li> </ul> <p>La majorité n'était pas en accord avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Implication : 36.4 %.</li> </ul> <p>RSAR – R : Les thérapeutes présentent les scores suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Libre choix : 100 %,</li> <li>- Objectif de vie : 98 %,</li> <li>- Service personnalisé : 79.6 %,</li> <li>- Diversité des options thérapeutique : 69.3 %,</li> <li>- Implication : 30.6 %.</li> </ul>	<p>Les patients ont présenté de bons résultats de rétablissement suite à un séjour dans un service orienté rétablissement. Ils sont globalement satisfaits des soins proposés. L'implication des usagers dans la gestion du service est ressortie de l'enquête comme nécessitant une attention particulière.</p>	

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p><i>Pernice et al.2017 (83)</i></p> <p><i>Psychiatr Rehabil J</i></p> <p>IF :2.2</p> <p>USA</p>	<p>Étude observationnelle sur des membres de clubhouse. Mesure de 5 échelles</p> <p>- MSPSS : évalue le soutien perçu de la part de la famille, des amis et des usagers en matière de santé mentale.</p> <p>- RSA</p> <p>- Stigma scale : évaluation de la stigmatisation perçue</p> <p>- Sense of Mattering Scale : échelle qui évalue le sens de l'importance selon le patient vis à vis des autres</p> <p>Nombre de participants : 119</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : SMI non spécifiée</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	<p>Plusieurs paramètres ont pu être significativement associés sur les différentes mesures. Plusieurs modèles de régressions linéaires ont été testés pour mesurer ces associations (voir annexe 4).</p> <p>Modèle 1 : Significativité de l'association entre le soutien social et l'importance pour les autres.</p> <p>Modèle 2 : Significativité de l'association entre le soutien social et le rétablissement.</p> <p>Modèle 3 : Significativité de l'association entre l'importance accordée aux autres et le rétablissement, après contrôle du soutien social et des covariables.</p> <p>Modèle 4 : Significativité de l'association entre le soutien social et la stigmatisation.</p> <p>Modèle 5 : Significativité de l'association entre l'importance pour les autres et la stigmatisation, après avoir contrôlé le soutien social et les covariables.</p>	<p>Le concept de soutien entre pairs explique pleinement l'association entre le soutien social, le sentiment subjectif de rétablissement autodéclaré et la stigmatisation intériorisée parmi les membres du club-house.</p> <p>Le fait d'être important pour les autres est également au cœur de la relation entre le soutien social et la stigmatisation intériorisée, suggérant que lorsque les membres du clubhouse renforcent leur estime de soi, cela renforce le sentiment d'importance pour les autres.</p>
<p><i>Kelly et al.2017 (84)</i></p> <p><i>Drug Alcohol Rev</i></p>	<p>Étude quantitative et qualitative observationnelle sur le programme SMART Recovery (Self-Management and Recovery Training).</p>	<p>Les patients ont jugé les activités comme utiles par ordre d'importance :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'analyse de la balance bénéfice-risque,</li> <li>2. La programmation d'objectifs,</li> <li>3. La résolution des problèmes,</li> </ol>	<p>La sociabilisation au sein des groupes de patients a été soulignée comme un élément important de SMART Recovery. L'interaction des groupes permet aux participants de « partager librement ». Une</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p>IF :3.4 Australie</p>	<p>Échelle Consumer Satisfaction Questionnaire : satisfaction des patients</p> <p>Données qualitatives : "Quelles parties de SMART Recovery trouvez-vous les plus utiles ? » et « Comment pensez-vous que SMART Recovery pourrait être amélioré ? »</p> <p>Nombre de participants : 124 patients, 65 thérapeutes.</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : trouble de l'usage d'alcool (73%), addiction au tabac (46%), addiction autres toxiques (43%)</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	<p>4. Pensée, sentiments, comportement, 5. Journal de changements, 6. Journal d'urgences, 7. Jeu de rôle,</p> <p>Les thérapeutes sont globalement en accord mais inversent les items 2 et 3, et les items 5 et 6. Leurs moyennes globales étaient plus élevées que pour les patients.</p> <p>Les parties jugées utiles sont : l'expérience de groupe, les outils et stratégies, la structure des séances de psychoéducation, la philosophie sous-jacente.</p> <p>Les parties jugées comme améliorables sont : l'augmentation du nombre de groupes, la structure du programme (éléments contradictoires, certains patients demandent plus de structures mais d'autres en demandent moins), l'enrichissement du contenu des groupes, l'augmentation du nombre de participants, l'augmentation des denrées alimentaires lors des activités, la promotion des liens sociaux, les financements, l'augmentation du nombre de thérapeutes et l'accompagnement dans les démarches judiciaires (paiement des amendes).</p>	<p>cohésion de groupe plus élevée semble contribuer à faciliter l'utilisation des techniques de TCC en dehors des séances de groupe</p> <p>Un thème dominant des commentaires est le désir d'une mise à jour du contenu et de la structure de SMART Recovery. Les opinions sur ce que ces changements impliquent sont très variables, et bien que cela puisse refléter des différences individuelles, cela peut également refléter des variations dans les différentes structures appliquant le programme SMART Recovery.</p>
<p><i>Perrin-Niquet 2017 (85)</i></p>	<p>Étude de cas sur le rétablissement d'un patient au niveau d'un GEM.</p>	<p>La réalisation d'activités aide au rétablissement et donne un sentiment d'utilité. Le patient ressent le sentiment qu'on lui fait confiance et qu'il est apprécié. Le fait d'être soutenu rassure le patient sur la qualité de ses actions.</p>	

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
<p><i>Soins Psychiatrie</i></p> <p>IF : 0.23 sur resurchify</p> <p>France</p>	<p>Nombre de participants : 1</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>			
<p><i>McGuire et al.2016 (86)</i></p> <p><i>J Behav Health Serv Res</i></p> <p>IF : 1.9</p> <p>USA</p>	<p>Étude qualitative observationnelle examinant la réaction des usagers aux objectifs de leur plan de traitement.</p> <p>Les entretiens étaient structurés autour du rapport aux objectifs de soins.</p> <p>Nombre de patients : 22</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : schizophrénie (15%), trouble de l'humeur (7%), traumatisme (43%), non connu (pourcentage manquant)</p>	<p>Appropriation des objectifs</p>	<p>3 participants ont déclaré avoir définis eux-mêmes leurs objectifs de soin. Les autres ne considèrent pas les objectifs de soin comme les leurs.</p>	<p>Les individus ne varient pas de manière linéaire en ce qui concerne leur adhésion avec les objectifs du plan de traitement. Certains objectifs sont partiellement acceptés dans la mesure où ils abordent un problème important pour la personne. L'étude met l'accent sur les différences entre les objectifs personnels des usagers, les objectifs du plan de traitement et sur les difficultés à exécuter une planification collaborative du traitement.</p>
<p>Rapports contradictoires</p>	<p>Quatre participants ont affiché des perspectives contradictoires concernant l'objectif (atténuer ses symptômes de paranoïa tout en niant en présenter, diminuer les consommations sans consolider cette diminution, etc.).</p> <p>Sept participants ont convenu que l'objectif du plan de traitement était pertinent pour eux, cependant ils l'ont modifié.</p>	<p>Rejet</p>	<p>1 participant a complètement rejeté l'objectif. Celui-ci était centré sur la paranoïa, symptôme et diagnostic</p>	

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
	RPS : Non précisé		qu'il n'admettait pas. 1 autre participant n'a pas compris l'objectif, et lorsqu'il lui a été expliqué, celui-ci l'a rejeté.	
		Atténuation des symptômes	5 participants ont indiqué que l'objectif du plan de traitement était axé sur le maintien de l'atténuation des problèmes passés.	
<p><i>Connell et al.2014 (87)</i></p> <p><i>Psychiatr Rehabil J.</i></p> <p>IF :2.2</p> <p>Australie</p>	<p>Étude qualitative qui étudie le rapport à l'identité de soi et à la création de sens chez des patients en début de parcours de soin de RPS</p> <p>Nombre de participants : 26</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : trouble psychotique</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	2 thèmes principaux identifiés.	<p>Sentiment de perte de sens</p> <p>-Modification du soi et du non soi</p> <p>-Expérience de perte de l'identité</p> <p>Expérience de l'auto-consolidation</p> <p>Renforcement des liens sociaux. Donner du sens à l'expérience et construction d'un sentiment d'appartenance plus fort.</p>	<p>Les thèmes qui ont émergé représentent différentes phases du rétablissement.</p> <p>La période qui suit immédiatement le début de prise en soin est une phase critique qui façonne l'adhésion future aux soins et le risque de psychose.</p> <p>Puis, alors que les participants ont commencé à travailler leur rétablissement, ceux qui déclaraient avoir plus d'espoir pour l'avenir, développent leur propre théorie personnelle qui leur permet de donner un sens à leur expérience et de l'incorporer dans un récit de croissance personnelle.</p> <p>Les obstacles à ce processus sont l'incapacité de donner un sens à l'expérience psychotique, les expériences</p>



Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
				corporelles inconnues et les possibilités limitées d'occuper des rôles familiaux.
<p><i>Bhola et al.2015 (88)</i></p> <p><i>J Ment Health</i></p> <p>IF :3.7</p> <p>Inde</p>	<p>Étude qualitative sur les patients et les aidants via un questionnaire semi-dirigé.</p> <p>Nombre de participants : 124 patients et leurs proches</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : trouble psychotique (56%), trouble de l'humeur (24%), trouble anxieux (5%), trouble de personnalité (5%), addiction (4%), autres (5%)</p> <p>RPS : thérapies spécifiques</p>	<p>Thèmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Services, installations, objectifs et environnement de RPS (49),</li> <li>- Traitement et pronostic de la maladie (32),</li> <li>- Expressions de désintérêt, réticences, obstacles (15),</li> <li>- Nature et cause du désordre (14),</li> <li>- Fonctionnement professionnel (7),</li> <li>- Vie matrimoniale et familiale (4).</li> </ul> <p>Les incertitudes concernant la maladie, le traitement et le pronostic sont dominantes pour les patients et les aidants. Les questions sont centrées sur la signification des diagnostics, sur la nature génétique de la maladie, de définitions de la guérison et du rétablissement, de la valeur des méthodes de traitement alternatives.</p> <p>Les inquiétudes concernant les possibilités futures en matière d'éducation et d'emploi proviennent davantage des aidants que des patients. Elles concernent la possibilité de retourner à l'emploi précédent et la nécessité d'une réorientation professionnelle. Les aidants ont exprimé des préoccupations au sujet de la prestation de soins et des projets de mariages futurs.</p> <p>L'importance des différents thèmes de préoccupation varie en fonction du moment de la prise en charge.</p>		<p>Les questions posées par les patients sur la raison d'être de l'orientation en RPS, ainsi que sur le rôle, la nécessité et la signification de la RPS suggèrent qu'il reste un travail à réaliser sur l'éducation thérapeutique.</p> <p>Les cadres culturels qui mettent fortement l'accent sur l'interdépendance et l'implication familiale contrastent avec les valeurs culturelles occidentales.</p> <p>Les interventions familiales globales pour la RPS en Inde doivent répondre à la fois aux besoins des patients et des aidants.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
		<p>Pendant l'hospitalisation, l'accent est mis sur le contrôle des symptômes. Les aidants ont tendance à donner la priorité aux besoins du patient, tout en ignorant leurs propres difficultés.</p>	
<p><i>Kidd et al.2014 (89)</i> <i>Int J Ment Health Nurs</i> IF :4.3 Australie</p>	<p>Participatory action research ou recherche action participative. Étude observationnelle et interventionnelle simultanée associée à une réflexion critique où un groupe de patients mettent en place une action décidée ensemble.</p> <p>Nombre de participants : 11 dont 6 usagers, 1 aidant et 4 cliniciens</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : pas de diagnostic donné</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	<p>Thème de réunion : voir annexe 6 L'occasion de dialoguer a été vécue comme inhabituelle, mais importante. Le thème principal : « Je veux que les services m'entendent ». est partagé par les cliniciens, les usagers et l'aidant.</p> <p>- Pour les cliniciens participants, il y a de la confusion quant au rôle des services cliniques de santé mentale classiques dans le soutien et les soins au rétablissement. Les soins sans consentement sont vécus comme incompatibles avec des soins axés vers le rétablissement.</p> <p>- Pour les usagers, l'absence de soins de rétablissement a été vécue comme un manque de dialogue, de collaboration et de prise de décision partagée.</p> <p>Les questions du pouvoir sur les usagers et de la perte des objectifs personnels de ces derniers en cas de soins sans consentement font partie des discussions du groupe.</p> <p>En discutant avec les patients et l'aidant, les cliniciens ont pu remarquer que leur pratique changeaient.</p>	<p>L'utilisation de la recherche action participative pour aborder la pratique organisationnelle est utile pour ouvrir un dialogue sur les tensions associées aux soins de santé mentale.</p> <p>Les services de santé mentale ont un rôle à jouer dans la remise en question des visions sociétales sur la maladie mentale. Ils doivent proposer des approches alternatives, fondées sur la justice sociale et les droits de la personne. Il est important de s'attaquer à la discrimination individuelle et systémique, intentionnelle ou non, pour transformer les services de santé mentale afin qu'ils soient axés sur le rétablissement.</p>

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
<p><i>Phutane et al.2012 (90)</i></p> <p><i>Asian J Psychiatr</i></p> <p>IF : 4.8</p> <p>Inde</p>	<p>Étude basée sur des entretiens semi-structurés dans un centre psychiatrique orienté rétablissement.</p> <p>Concerne les obstacles liés au travail, à choisir sur une liste de 17 obstacles proposés.</p> <p>Nombre de participants : 76 patients avec au moins un membre de leur famille et 14 éducateurs spécialisés de ces patients</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : oligophrénie (47), schizophrénie (29), bipolarité (9).</p> <p>RPS : soins de santé communautaire</p>	<p>Selon les patients, les obstacles courants sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Doutes concernant la performance sur un nouveau lieu de travail (60),</li> <li>- Peur de la transition vers un travail régulier (60),</li> <li>- Peur d'augmenter la charge mentale de l'aidant (52),</li> <li>- Faible motivation (48).</li> </ul> <p>Les membres de la famille du patient ont indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur de manquer d'efficacité en travaillant (65),</li> <li>- Peur d'augmenter la charge mentale des aidants (63).</li> </ul> <p>Selon les éducateurs:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Peur de la transition vers un emploi régulier (64),</li> <li>- Manque de motivation (63),</li> <li>- Peur de manquer d'efficacité en travaillant (59).</li> </ul>		<p>Les doutes concernant les performances sur les nouveaux lieux de travail, la peur de la transition vers un travail régulier et la peur d'une augmentation de la charge mentale des aidants sont les obstacles les plus courants à la sortie des patients des centres de santé mentale.</p> <p>Les auteurs proposent d'améliorer l'éducation thérapeutique des patients et des membres de leur famille sur les obstacles ci-dessus et de mettre en place une exposition progressive.</p> <p>Majorité des usagers ont un diagnostic de retard mental et la moitié seulement ont un diagnostic de trouble mental. Toutefois la demande de soin entre dans le cadre des RPS.</p>
<p><i>Koletsis et al.2009 (91)</i></p> <p><i>Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol</i></p>	<p>Étude qualitative non interventionnelle prospective avec entretiens semi-structurés sur les obstacles à l'insertion pour les patients. Comparaison de 2 groupes de patients sur plusieurs</p>	<p>Obstacles perçus</p>	<p>Le groupe IPS retrouve plus souvent :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le manque d'expérience (n=5 vs 0, bien que 14 patients de chaque groupe n'avaient aucune expérience professionnelle),</li> </ul>	<p>Étude rajoutée à la lecture de <i>Phutane et al.(2012)</i>, elle n'emploie pas le terme « réhabilitation » mais reste pionnière du rétablissement.</p> <p>IPS est un des premiers groupes de travail orientés rétablissement en Europe.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p>IF :4.5 UK, +5 autres pays européens</p>	<p>centres : ceux bénéficiant du programme IPS vs ceux ayant un suivi dans un service d'insertion professionnel classique.</p> <p>Nombre de patients : 48 (24 sur chaque groupe)</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : SMI dont schizophrénie 29, trouble bipolaire 15, et autres 4</p> <p>RPS : thérapie spécifique</p>	<p>- Avoir des problèmes avec leurs collègues (n=13 vs 8),</p> <p>Aide à la recherche d'emploi</p> <p>On retrouvait plus souvent dans le groupe IPS</p> <p>- Avoir reçu de l'aide pour trouver un emploi (n = 20 vs 4),</p> <p>- Avoir été encouragé par un soignant pour travailler, (n = 23 vs 5).</p> <p>- Déclarer qu'un agent les a aidé à remplir les formulaires de demande d'emploi (n = 7 vs 3)</p> <p>On retrouvait plus souvent dans le groupe classique :</p> <p>- Recevoir une formation supplémentaire (n= 10 classiques vs 5 IPS), presque tous l'ont trouvée très utile,</p> <p>- Manque d'aide dans la recherche d'un emploi convenable (n=15 vs 4)</p> <p>20 usagers (12 IPS et 8 classiques) ont reçu de l'aide supplémentaire d'autres personnes pour trouver un emploi, principalement de professionnels de la santé mentale ou de médecins. généralistes, ainsi</p>	<p>Les usagers des deux programmes différents ont signalé des problèmes similaires, mais les patients du groupe classique qui n'ont pas obtenu de travail signalent le plus d'obstacles.</p> <p>On remarque également une différence de perception de l'aide obtenue. Les usagers du service d'IPS disent plus volontiers avoir reçu de l'aide, bien qu'elles soient de l'ordre motivationnel, tandis que le groupe classique avait plus tendance à signaler un manque d'aide bien qu'ils aient plus souvent bénéficié de formations supplémentaires.</p> <p>Il est à noter que les patients bénéficiant de l'IPS manquaient de connaissance du domaine de travail, ou des avantages sociaux auxquels ils avaient droit. Ils souhaitent également des contacts et un soutien plus fréquent au travail.</p>

Étude	Méthode	Résultats		Discussion de l'étude
			que de membres de la famille et d'amis.	
		Obstacles au maintien d'emploi	Difficultés à maintenir un emploi (50 % dans les 2 groupes) et absence de différences sur l'aide reçue.	
		Motivation au travail	Principale motivation à travailler : Les compensations financières (50 % dans les 2 groupes). Les autres motivations concernent l'adoption d'une structure quotidienne, et la perception du travail comme un moyen d'acquiescer de l'indépendance, de la stabilité et de la satisfaction en eux-mêmes. Un usager perçoit le travail comme lui offrant une nouvelle identité.	
		Effets perçus sur le travail	Effet positif du travail sur la situation financière des usagers (pas de différence), sur l'estime de soi et la thymie (IPS 8 vs classique 9). Effet négatif du travail sur l'anxiété et la fatigue (IPS 8 quelques vs classique 12).	
<i>Hultqvist et al.2018 (92)</i>	Étude longitudinale observationnelle incluant des membres de clubhouse qui ont	Toutes les variables sauf une ont montré une stabilité au fil du temps. La seule variable montrant un changement est la satisfaction à l'égard des occupations		Un score d'occupation élevé indique une suroccupation, qui peut être autant délétère qu'un score faible pour le rétablissement.

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p><i>American J. of Psychiatric Rehabilitation</i></p> <p>IF : 1.8 sur APA</p> <p>Suède</p>	<p>rempli plusieurs questionnaires</p> <p>+ IMR (<i>Illness Management and Recovery scale</i>) Puis ils ont pu établir des commentaires et feedback sur ces éléments</p> <p>+ OVal-pd (<i>Occupational Value Assessment with predefined items</i>).</p> <p>+ SDO-OB (<i>The Satisfaction With Daily Occupations and Occupational Balance scale</i>.)</p> <p>+ POES-P (<i>Profiles of Occupational Engagement in People With Severe Mental Illness–Productive Occupations</i>)</p> <p>+ GAF (<i>Global Assessment of Functioning</i>)</p> <p>Nombre de participants : 57 patients au départ, 37 lors du suivi</p> <p>Niveau de preuve : 2</p>	<p>quotidiennes, où les membres du clubhouse ont obtenu des résultats significativement plus élevés lors du suivi.</p> <p>Le fait de percevoir que les activités professionnelles d'une personne constituent un bon équilibre dès le départ, est négativement associé à la récupération lors du suivi. Association négative entre le rétablissement et la perception de base que les activités relatives aux soins personnels et à la santé forment un bon équilibre.</p> <p>Si l'on se concentre uniquement sur les données de suivi, les domaines de la valeur professionnelle symbolique et de la valeur professionnelle d'auto-récompense sont positivement associées au rétablissement. Il y a également une association positive entre l'engagement professionnel et le rétablissement.</p> <p>L'analyse multivariée ne montre aucune association entre le rétablissement et le temps passé au clubhouse, le sexe ou l'âge. Le diagnostic, selon l'échelle utilisée, peut être ou non associée à un meilleur rétablissement (IMR oui, GAF non).</p>	<p>Les activités professionnelles sont donc associées à une plus grande satisfaction et un rétablissement plus stable, mais la charge doit rester adaptée aux capacités du patient.</p> <p>La satisfaction à l'égard des occupations quotidiennes n'est pas associée au rétablissement, ce qui contredit les résultats d'autres études (<i>Davidson, O'Connell, Tondora, Lawless et Evans, 2005</i>).</p> <p>D'autres recherches doivent se pencher sur les circonstances du clubhouse qui est associé au maintien de la stabilité du rétablissement.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
	<p>Population étudiée : trouble psychotique (14%) trouble de l'humeur et trouble anxieux (51%), trouble neurodéveloppementaux (9%), autres (dont trouble de personnalité) (26%)</p> <p>Type de soins : soins spécifiques</p>		
<p><i>Carracedo Sanchidrian 2020 (93)</i></p> <p><i>European Psychiatry</i></p> <p>IF : 6.4</p> <p>Espagne</p>	<p>Analyse via une version adaptée de l'échelle de satisfaction de Vérone (VSSS) chez des patients suivis depuis plus de 2 ans sur un centre de RPS.</p> <p>Nombre de participants : 30</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : Non précisé</p> <p>RPS : Non précisé</p>	<p>L'item qui révèle le plus de satisfaction est l'implication des professionnels (4,33 points sur une échelle allant de 1 à 5) et celui avec le moins de satisfaction est le soutien que le centre offre aux familles (3,47 points). Les autres items comprennent l'accessibilité (4,31), les interventions (4,23), les informations données (4,09), le sentiment d'efficacité (4,01) et la satisfaction globale (3,97).</p> <p>Il n'y a pas de différence significative de satisfaction selon les différentes variables sociodémographiques analysées (sexe, âge, temps passé au centre).</p>	<p>La satisfaction moyenne est élevée. Cependant, ces données suggèrent qu'il est nécessaire d'accorder davantage d'attention aux familles et peut-être aussi aux jeunes et aux utilisatrices si d'autres recherches peuvent retrouver des différences significatives.</p>
<p><i>Biancosino et al.2010 (94)</i></p> <p><i>Clinical Practice and Epidemiology</i></p>	<p>Étude sur l'utilité des activités extérieures dans le cadre de programmes de RPS via auto questionnaire en 8 points, évalués sur une échelle de Likert (graduée de 1 à 5).</p>	<p>Voir annexe 7.</p> <p>La satisfaction générale à l'égard des activités extérieures est élevée (score moyen de 3,1 ± 0,8). Tous les soins spécifiques sont considérés comme utiles ou très utiles par la plupart des patients. L'élément ayant</p>	<p>La valeur accordée aux activités de RPS en extérieur a confirmé l'importance d'une prise en charge psychiatrique communautaire, avec peu de restrictions et beaucoup d'interactions sociales avec le monde extérieur.</p>

Étude	Méthode	Résultats	Discussion de l'étude
<p><i>in Mental Health</i></p> <p>3.72 sur resurchify</p> <p><i>Italie</i></p>	<p>Nombre de participants : 46</p> <p>Niveau de preuve : 4</p> <p>Population étudiée : 55 % Schizophrène, 30 % trouble de l'humeur, Trouble de personnalité 15 %</p> <p>RPS : Soins de santé communautaire</p>	<p>la note la plus élevée est le « lâcher prise » (3,2 ± 0,6), suivi de « satisfaction générale » (3,1 ± 0,7), la « sociabilisation » (3,0 ± 0,8), la « connaissance du contexte social » (2,8 ± 0,7), « l'intégration communautaire » (2,7 ± 0,7) et « l'autonomie » (2,6 ± 0,8).</p> <p>Pour les activités proposées, Le type d'activités jugé le plus utile est « manger » (61 %), suivis par les « spectacles culturels » (22 %) et « le cinéma » (17 %).</p>	<p>En ce qui concerne l'utilité de processus thérapeutiques spécifiques d'activités externes, l'assouplissement du cadre et la socialisation sont considérés comme plus utiles.</p>



## 2. Origines des études

La Figure 5 présente les origines de ces études en fonction du pays. En variance de bleus sont représentés les pays anglosaxons (USA, Canada et Australie). En variance de pourpre les pays européens. Notez que l'étude *Kolesti et al.2009* (91) a été classée parmi les études européennes malgré le fait que l'auteur soit du Royaume-Uni, car l'étude est une étude multicentrique dans 6 pays européens, le Royaume-Uni, l'Italie, les Pays-Bas, l'Allemagne, la Suisse et la Bulgarie.

De la même manière l'étude *Briand et al.2015* (81) est une étude multicentrique, avec deux centres au Canada et un en France, et a été comptabilisée uniquement comme originaire du Canada.

Enfin l'étude *Zlotnick et al.2021* (70) a été mis à part car il s'agit d'une étude israélienne. Il aurait pu autant être regroupé avec les études occidentales ou les études asiatiques. Le choix des auteurs a été de le considérer comme une étude occidentale.

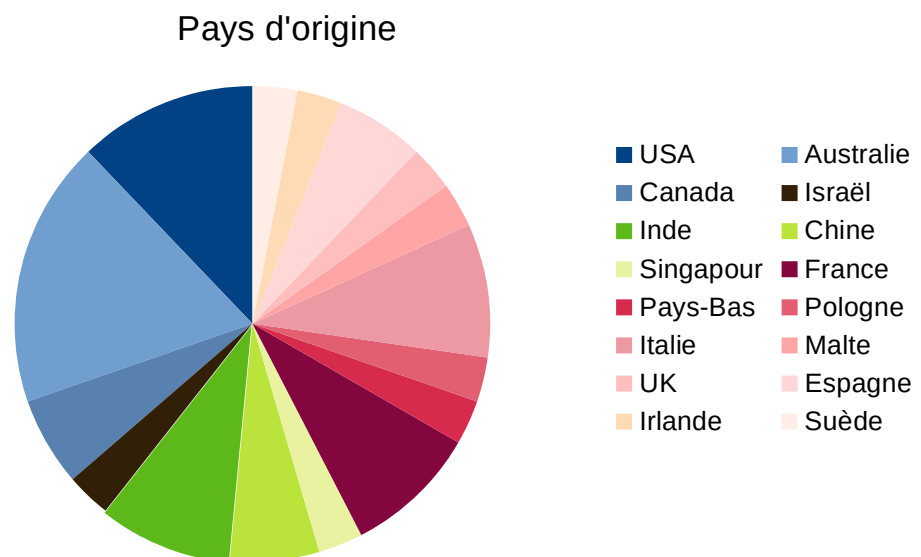


Figure 5: pays d'origine des études sélectionnées

### 3. Quels types de soins

Les soins de RPS se déterminent soit comme une posture de soins orientés rétablissement avec intégration de soins de santé communautaire soit ils vont intégrer les thérapies spécifiques en plus d'une posture du rétablissement dans les soins.

Le Tableau 2 montre qu'une large majorité des 20 études sur 33 vont montrer des soins de RPS qui incluent des thérapies spécifiques.

La répartition par pays ne semble pas montrer de différences de répartitions entre les différentes postures (voir Figure 6).

*Tableau 2: Nombre d'articles présentant divers posture de soins selon le pays*

pays	Soin de santé communautaire	Thérapies spécifiques	non classés	
USA	0		2	2
Australie	3		3	0
Canada	0		2	0
Israël	0		0	1
Inde	1		2	0
Chine	0		2	0
Singapour	1		0	0
France	0		3	0
Pays-Bas	0		1	0
Pologne	1		0	0
Italie	1		1	1
Malte	0		1	0
UK	0		1	0
Espagne	0		1	1
Irlande	1		0	0
Suède	0		1	0
Total	8		20	5

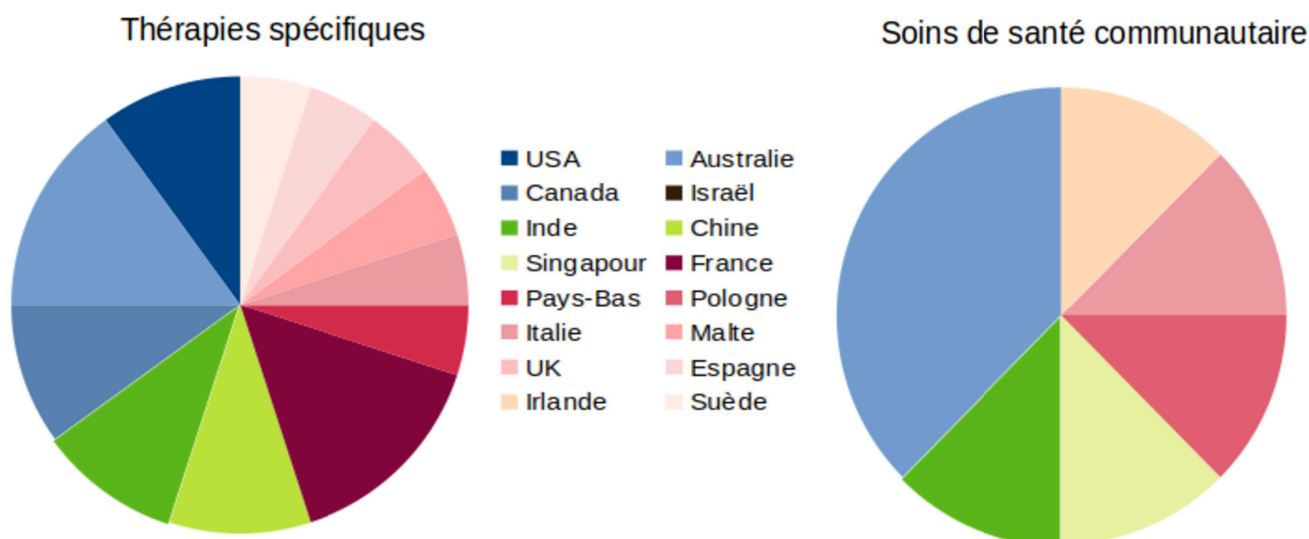


Figure 6: Répartition des pays selon le type de RPS proposée

#### 4. Quelles populations

La caractérisation des populations étudiée fait ressortir une très large majorité des troubles psychotiques telles que la schizophrénie (voir Tableau 3). On voit ainsi que sur les 33 études 7 intègrent uniquement des usagers souffrant d'un trouble psychotique ou d'un trouble de personnalité schizotypique. 8 études répertorient plus de 50 % de patients psychotiques.

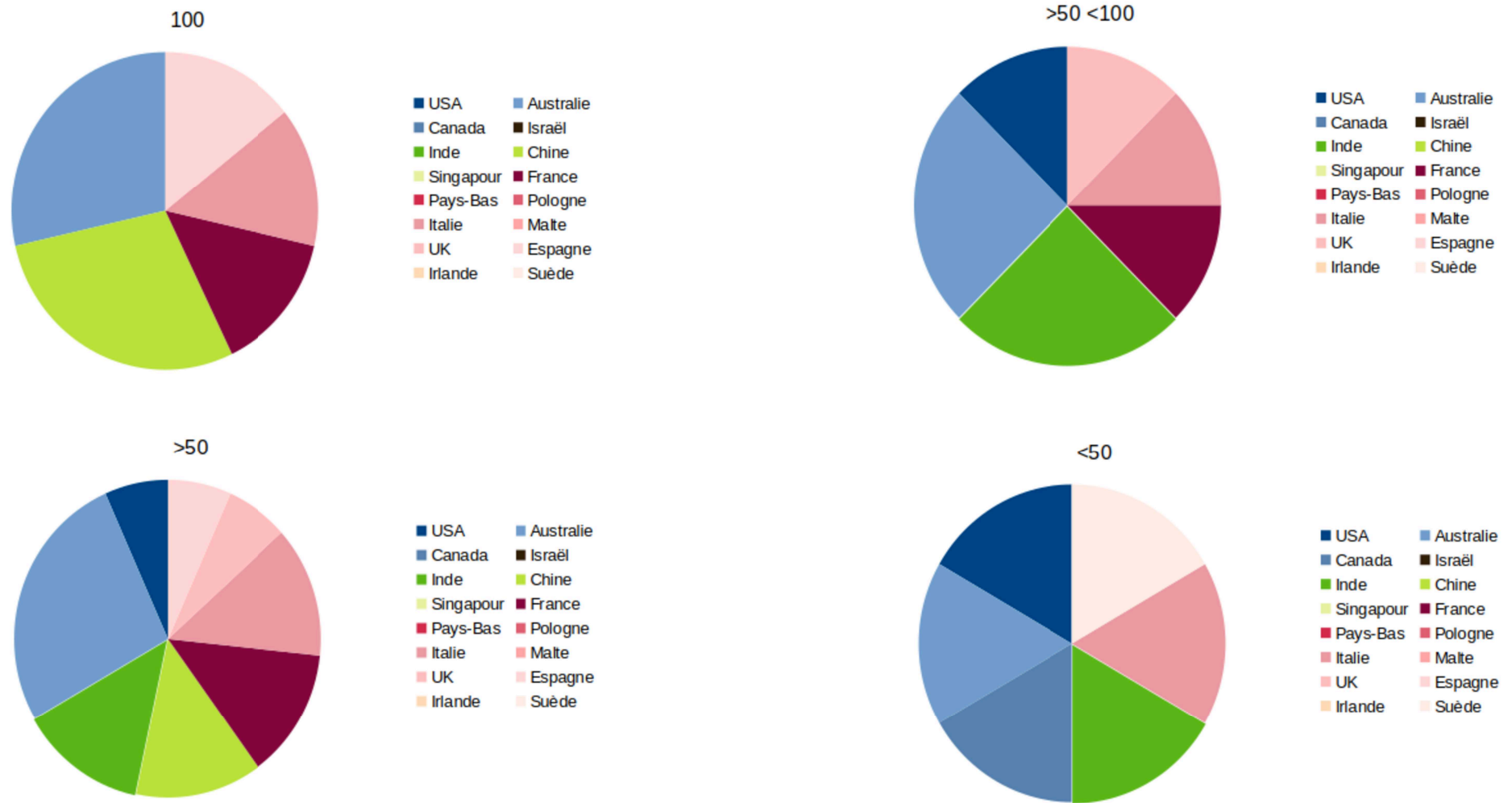
Les troubles psychotiques représentent moins de 50 % des populations étudiées pour 6 études sur les 33. Il reste le groupe majoritaire pour les études *Larivière et al.2020* et *Franza et al. 2022* (67,76).

La caractérisation de ces différences selon l'origine de l'étude ne semble pas montrer de tendance générale. La comparaison des origines reste semblable à la répartition générale des études (Voir Figure 7).

Tableau 3: Type de pathologie

Pays	Articles avec 100 % de patients psychotiques	Articles avec > 50 % de patients psychotiques	Articles avec < 50 % de patients psychotiques		Non précisé
			N	Diagnostic le plus représenté	
USA	0	1	1	ESPT (43%)	2
Australie	2	2	1	Addiction (100%)	1
Canada	0	0	1	Schizophrénie reste majoritaire (29 % des cas)	1
Israël	0	0	0		1
Inde	0	2	1	Oligophrénie 47 %	0
Chine	2	0	0		0
Singapour	0	0	0		1
France	1	1	0		1
Pays-Bas	0	0	0		1
Pologne	0	0	0		1
Italie	1	1	1	Schizophrénie reste majoritaire (49 % des cas)	0
Malte	0	0	0		1
UK	0	1	0		0
Espagne	1	0	0		1
Irlande	0	0	0		1
Suède	0	0	1	Trouble de l'humeur et trouble anxieux (51 %)	0
Total	7	8	6	/	12

Figure 7: Répartition des pays en fonction du pourcentage de patients psychotiques dans les populations étudiées



## **5. Données quantitatives**

8 études ont évalué la satisfaction des usagers via différentes échelles. Leurs résultats sont présentés dans le Tableau 6. Les échelles utilisées sont la Resilience Scale for Adults (RSA ; (76,82)), l'échelle de désespoir de Beck (BHS ; (67)), la Client Satisfaction Questionnaire (CSQ ; (84)), l'échelle de satisfaction de Vérone (VSSS ; (93)) ou via des QCMS personnalisées ensuite mesurés sur des échelles de Likert (62,94) ou via un D de Cohen (69).

Les résultats concordent pour toutes les études avec un niveau de satisfaction très élevé dans quasiment tous les domaines étudiés. Le seul domaine dont le niveau de satisfaction est plus bas concerne l'implication du patient (62,76,82). Les patients estiment leur inclusion dans les décisions sanitaires comme insuffisantes. Ce résultat va dans le sens de la partie qualitative de la présente revue. En effet, l'implication du patient est un élément très fréquent dans les études retenues, notamment dans les pays occidentaux.

## **6. Données qualitatives**

Pour présenter les résultats un investigateur a recueilli différents éléments qualitatifs des études. 26 items qui ont été qualifiés « sous-thèmes » ont pu être identifiés, validés par un second investigateur. Ils sont représentés sur la Figure 8. Par la suite, l'investigateur a regroupé les 26 sous-thèmes en 6 grandes dimensions qualifiées de « thèmes ». Ceux-ci sont présentés dans le Tableau 4.

Ils ont été validés par le second investigateur. Ils correspondent à :

1. l'autodétermination du patient ;
2. la personnalisation des soins ;
3. l'implication du patient dans son parcours de soin ;
4. l'intégration du patient au sein de la société (par le biais de groupes sociaux, y compris via l'accès à un emploi) ;

5. les facteurs externes pouvant améliorer ou être un frein au rétablissement (comorbidités, accès aux soins, etc.) ;
6. le processus personnel de rétablissement (évolution de la maladie, adhésion initiale au soin, compréhension des soins).

La répartition des thèmes selon le pays (Tableau 5) permet de faire ressortir les thèmes communs et de les ranger en fonction leur origine géographique. Dans ce tableau, nous n'avons pas affiché les pays dont nous n'avons qu'une seule étude sous leur nom propre, par souci de lisibilité. Toutefois leurs résultats sont inclus dans les groupes régionaux respectifs et le total.

Singh et al. (63) en particulier soulignait dans sa discussion le choix stratégique d'investir dans les soins de RPS, car ils sont efficaces et peu coûteux, permettent partiellement de pallier un défaut d'accès aux soins.

Des particularités culturelles ont également été observées parmi les pays asiatiques :

- Une plus grande participation des aidants familiaux : les proches sont systématiquement entendus, et parfois les études se concentrent davantage sur les témoignages des proches, que sur ceux des patients.
- L'insertion dans la communauté passe souvent par l'insertion professionnelle, et le mariage.

Le thème de la personnalisation des soins est le plus fréquent. Il est retrouvé dans 22 études sur 33 soit 2 sur 3. La plupart des sous groupes retrouvent ce thème dans les mêmes proportions, sauf pour le Canada, l'Espagne et la Chine (100 % des études), L'Australie (33 %) et l'Italie (0 %).

Le thème de l'implication du patient dans les soins et celui de l'intégration dans la société sont les plus fréquents par la suite, avec chacun 13 études sur 33 qui les mentionnent, soit 40 %. Toutefois les proportions sont différentes entre pays occidentaux et asiatiques. L'intégration en société est surreprésentée dans les pays asiatiques (66 %) par rapport aux pays occidentaux (33 %), et l'inverse

est observé pour l'implication du patient (50 % dans les pays occidentaux versus 0 % dans les pays asiatiques).

D'autres thèmes dénotent cette hétérogénéité entre ces deux sous groupes. Notamment la question de l'autodétermination des patients, qui est retrouvée dans 8 études occidentales sur 27 (30 %) et absente des études asiatiques ainsi que les « facteurs internes » (66 % des études asiatiques versus 31 % des études occidentales). La forte présence d'études asiatiques dans le thème « facteurs internes » s'explique par leur forte expression du sous-thème « difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique ».

Les facteurs externes ne sont retrouvés que dans 3 études à l'international, soit 9 %.

Il ne semble pas y avoir de différences entre les pays européens et les pays anglo-saxons sauf éventuellement en comparant le thème de l'autonomie (36 % pour les pays européens versus 25 % pour les pays anglo-saxons).

En se penchant plus spécifiquement sur les sous-thèmes, certains ressortent plus souvent. Le sous-thème « Particularité des besoins des patients : rôle de la réduction des symptômes, de la relation avec le personnel soignant et des ressources de base » est le plus fréquent, retrouvé dans 11 études, soient 50 % des études aux USA, 100 % des études canadiennes et 25 % des études occidentales. Toutefois il n'est retrouvé dans aucune étude asiatique.

Le sous-thème « sentiment d'appartenance et de pouvoir être inclus dans un groupe social (famille, professionnel, pairs) » est le second plus fréquent, retrouvé dans 10 études. Cela correspond à 25 % des études occidentales, mais surtout plus de la moitié des études asiatiques dont plus de 75 % des études indiennes.

Les études asiatiques sont particulièrement proches sur les sujets abordés. 4 sous-thèmes sont retrouvés dans un quart d'entre elles (« demande d'intégration dans la société par la famille », « difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique »,



« Demande à ce que soient intégrés les familles » et « sentiment d'appartenance et de pouvoir être inclus dans un groupe social (famille, professionnel, pairs) ». Le sous-thème « difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique » est retrouvé dans la moitié d'entre elles.

L'étude israélienne n'a aucun sous-thème en commun avec une autre étude, quelle soit comparée avec les études asiatiques ou les études du monde occidental. Toutefois le sous thème qu'elle souligne a été intégré dans le thème de « personnalisation des soins », qui est le plus représenté que ce soit dans le groupe asiatique ou occidental.

10 sous-thèmes ne sont retrouvés que dans une seule étude. Le regroupement en thème a permis de pouvoir prendre en compte ces sous-thèmes.

Sentiment d'être écouté / Implication	O donohue et al 2023	Cheli et al 2020	Conway et al 2017																	
Recherche d'un retour d'information	O donohue et al 2023																			
Manque d'accessibilité du dispositif aux yeux des patients et entourage	Singh et al 2023																			
Demande d'intégration dans la société par la famille	Singh et al 2023	Bhola et al 2015	Phutane et al 2012																	
Difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique	Singh et al 2023	Bhola et al 2015	Phutane et al 2012	Sim et al 2022																
Sentiment d'appartenance et de pouvoir être inclus dans un groupe social (famille, professionnel, pairs)	Zheng et al 2023	Bhola et al 2015	Phutane et al 2012	Morse et al 2022	Larivière et al 2020	Kelly et al 2017	Perrin-Nique 2017	Koletsis et al 2009	Hultqvist et al 2018	Biancosino et al 2010										
Lutte contre discriminations, sentiment de rejet, psychophobie	Zheng et al 2023	Kidd et al 2014	Sadaaki Fukui 2023	Rasmus et al 2021																
Sortie des soins si le sentiment d'étayage est suffisant, indépendamment des soins	Zheng et al 2023	Arnautovska et al 2021	Pernice et al 2017																	
Sentiment de contrôle	Morse et al 2022	Cheli et al 2020																		
Particularité des besoins des patients : rôle de la réduction des symptômes, de la relation avec le personnel soignant et des ressources de base	Morse et al 2022	McGuire et al 2016	Larivière et al 2020	Briand et al 2015	Kelly et al 2017	Kidd et al 2014	Koletsis et al 2009	Carracedo Sanchidrian 2020	Franza et al 2022	Grech et al 2020	Conway et al 2017									
Autonomisation va indirectement améliorer l'adhésion aux soins	Tjaden et al 2021	Grech et al 2020	Parker et al 2019																	
Nécessité d'intégrer les différences culturelles, notamment chez les patients immigrés	Zlotnick et al 2021																			
Les troubles de l'usage de l'alcool diminuent l'adhésion aux soins et augmentent le risque d'abandon	Arnautovska et al 2021																			
Nécessité d'intégrer les différences liées aux genres dans les soins	Dubreucq et al 2021																			
En opposition à ligne du dessus, pas de différence en fonction du genre	Prat et al 2018	Carracedo Sanchidrian 2020																		
Les patients peuvent montrer un rejet de certains programmes centrés sur les thérapeutiques, les thérapies de groupe et les expériences	Cheli et al 2020	Larivière et al 2020																		
Sentiment de coercition	Cheli et al 2020																			
Nécessité de prendre en considération le présent et l'avenir dans les projets de soins	Grech et al 2020	Briand et al 2015	Connell et al 2014	Kidd et al 2014																
Auto-stigmatisation est à la fois un obstacle aux soins mais aussi une cible de soins	Dubreucq et al 2020	Chen et al 2019																		
Maintien d'un logement améliore le rétablissement et fait partie des attentes essentielles du patient	Parker et al 2019																			
Aspect collaboratif des soins	McGuire et al 2016	Kelly et al 2017	Koletsis et al 2009	Conway et al 2017																
Aspect critique en début de soins, notamment si incapacité à donner un sens à l'expérience psychotique, les expériences corporelles inconnues et les possibilités limitées d'occuper des rôles familiaux	Connell et al 2014																			
Espoir pour l'avenir apporte la capacité à donner du sens à l'expérience	Connell et al 2014																			
Sentiment amélioré par une inclusion professionnelle	Hultqvist et al 2018	Koletsis et al 2009																		
Demande de l'intégration des familles	Carracedo Sanchidrian 2020	Singh et al 2023	Bhola et al 2015	Phutane et al 2012																
Flexibilité ressentie comme plus utile que l'autonomisation	Biancosino et al 2010																			

France	USA
Pays-Bas	Canada
Pologne	Australie
Italie	
Malte	Israël
UK	
Irlande	Inde
Espagne	Chine
Suède	Singapour

Figure 8: Sous-thèmes retrouvés

Tableau 4 : thèmes et sous-thèmes correspondants

<b>Thème</b>	<b>Sous thème</b>
Autodétermination	Recherche d'un retour d'information Autonomisation va indirectement améliorer l'adhésion aux soins Sentiment de contrôle Sentiment de coercition Flexibilité ressentie comme plus utile que l'autonomisation
Personnalisation des soins	Lutte contre discriminations, sentiment de rejet, psychophobie Nécessité d'intégrer les différences culturelles notamment chez les patients immigrés Particularité des besoins des patients : rôle de la réduction des symptômes, de la relation avec le personnel soignant et des ressources de base Nécessité d'intégrer les différences liées aux genres dans les soins En opposition à ligne du dessus, pas de différence en fonction du genre Auto-stigmatisation est à la fois un obstacle aux soins mais aussi une cible de soins Demande de l'intégration des familles Nécessité de prendre en considération le présent et l'avenir dans les projets de soins
Implication du patient	Sentiment d'être écouté / Implication Aspect collaboratif des soins Particularité des besoins des patients : rôle de la réduction des symptômes, de la relation avec le personnel soignant et des ressources de base
Intégration dans la société	Sentiment d'appartenance et de pouvoir être inclus dans un groupe social (famille, professionnel, pairs) Demande d'intégration dans la société par la famille Sortie des soins si le sentiment d'étayage est suffisant indépendamment des soins Sentiment amélioré par une inclusion professionnelle
Facteur externe	Les troubles de l'usage de l'alcool diminuent l'adhésion aux soins et augmentent le risque d'abandon Maintien d'un logement améliore le rétablissement et fait partie des attentes essentielles du patient Manque d'accessibilité du dispositif aux yeux des patients et entourage
Processus personnel de rétablissement	Aspect critique en début de soins, notamment si incapacité à donner un sens à l'expérience psychotique, les expériences corporelles inconnues et les possibilités limitées d'occuper des rôles familiaux Espoir pour l'avenir apporte la capacité de donner du sens à l'expérience Les patients peuvent montrer un rejet de certains programmes centrés sur les thérapeutiques, les thérapies de groupe et les expériences Difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique

Tableau 5: fréquence des thèmes par pays

Région d'origine	Nombre d'articles	Thèmes											
		Auto- détermination		Personnalisation des soins		Implication du patient		Intégration dans la société		Facteurs externes		Facteurs internes	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
USA	4	1	25	3	75	2	50	2	50	0	0	0	0
Australie	6	2	33	2	33	3	50	2	33	2	33	1	17
Canada	2	0	0	2	100	2	100	1	50	0	0	1	50
Inde	3	0	0	2	67	0	0	3	100	1	33	3	100
Chine	2	0	0	2	100	0	0	1	50	0	0	0	0
France	3	0	0	2	67	0	0	1	33	0	0	0	0
Italie	3	2	67	0	0	2	67	1	33	0	0	0	0
Espagne	2	0	0	2	100	1	50	0	0	0	0	0	0
Europe	14	5	36	9	64	6	43	4	29	0	0	1	7
Anglo-saxons	12	3	25	7	58	7	58	5	42	2	17	0	0
Occidentaux	27	8	30	18	67	13	48	9	33	2	7	3	11
Asie de l'Est	3	0	0	2	67	0	0	1	33	0	0	0	0
Asie	6	0	0	4	67	0	0	4	67	1	17	4	67
Total	33	8	24	22	67	13	39	13	39	3	9	7	21

« Europe » regroupe la France, les Pays-Bas, l'Italie, L'Espagne, la Pologne, Malte, le Royaume-Uni l'Irlande, et la Suède.

« Anglo-saxons » regroupe les USA, l'Australie et le Canada

« Occidentaux » regroupe « Europe » « Anglo-saxons » et Israël,

« Asie de l'Est » regroupe la Chine et Singapour

« Asie » regroupe « Asie de l'Est » et l'Inde.

Tableau 6: Résultats quantitatifs

Etude	Méthode	Résultats	Précisions
<i>O'donohue et al.2023 (62)</i>	QCM de satisfaction sur une échelle allant de 1 à 5, évaluant 24 items.	Médiane à 4 ou 4.5 sur 5 pour 22 items, 3.5 pour “ <i>On m’a demandé si je voulais participer aux réunions</i> ” et 2.5 pour “ <i>Après la réunion les membres de l’équipe sont venus discuter de mon expérience</i> ”.	
<i>Franza et al.2022 (67)</i>	Échelle de désespoir de Beck (BHS) chez patients suivi en RPS.	Score total moyen de BHS élevé. Une comparaison a été faite avec les soignants, différence non significative ( $7.28 \pm 3.73$ vs $6.46 \pm 3.68$ ).	
<i>Tjaden et al.2021 (69)</i>	Mesure de la satisfaction dont la magnitude a été mesurée via Cohen D.	Les participants à FACT + RG sont plus satisfaits de leur traitement à 9 mois (0,45 ; P.009) et 18 mois (0,41; P-0.02). Voir annexe 5	
<i>Larivière et al.2020 (76)</i>	Mesure de la satisfaction via RSA chez patients, soignants, proches et intervenants pour le logement des patients. Toutefois aucun proche n’a pu être interrogé.	Moyenne usagers à 4,11 : jugement favorable. Moyenne des professionnels de santé similaire à 4.18. Moyenne des propriétaires à 2,80 : significativement plus basse en faveur d’un désaccord avec l’intégration du rétablissement, ils trouvent le dispositif insuffisant.	3 items sont en dessous de 2,5 chez les usagers et les professionnels de santé : - Les responsables et les employés des résidences, ont présentés aux usagers, des pairs ayant suivi un parcours de rétablissement, qui peuvent leur servir de modèles ou de mentors. - Les résidents sont encouragés à participer aux réunions d’équipe/comités consultatifs et aux rencontres de gestion de leur résidence, s’ils le veulent. - Les résidents sont (ou peuvent être) impliqués dans la formation des employés, et dans les programmes d’éducation de leur résidence.

Etude	Méthode	Résultats	Précisions
			Un item est vu significativement plus positivement parmi les propriétaires que dans les 2 autres groupes : - Les responsables et employés du milieu d'habitation sont à l'écoute des expériences, intérêts, et préoccupations, et y répondent.
<i>Conway et al.2017 (82)</i>	Évaluation du service par le RSA- R.	Pour les patients : Libre choix : 91 % Objectif de vie : 84 % Service personnalisé : 81 % Diversité des options thérapeutiques : 66 % Implication : 36 % (désaccord)	Pour les thérapeutes : Libre choix : 100 % Objectif de vie : 98 % Service personnalisés : 80 % Diversité des options thérapeutiques : 69 % Implication : 31 % (désaccord)
<i>Kelly et al.2017 (84)</i>	Échelle CSQ : satisfaction.	Les patients ont jugé les activités comme utiles par ordre d'importance : 1. Analyse de la balance bénéfique risque (3.77) 2. Programmation d'objectifs (3.74) 3. Résolution des problèmes (3.62) 4. Pensée, sentiments, comportement (3.49) 5. Journal de changements (3.35) 6. Journal d'urgences (2.91) 7. Roleplay (2.69)	Les moyennes globales des thérapeutes sont plus élevées que pour les patients : 1. Analyse de la balance bénéfique risque (4.30) 2. Résolution des problèmes (4.24) 3. Programmation d'objectifs (4.09) 4. Pensée, sentiments, comportement (4.02) 5. Journal d'urgences (3.59) 6. Journal de changements (3.36) 7. Roleplay (2.59)
<i>Carracedo Sanchidrian 2020 (93)</i>	Échelle de satisfaction de Vérone (VSSS) chez 30 patients suivis depuis plus de 2 ans sur un centre de RPS.	Implication des professionnels (4,33) Accessibilité (4,31) Interventions (4,23) Informations données (4,09) Sentiment d'efficacité (4,01) Satisfaction globale (3,97) Soutien offert par le centre aux familles (3,47)	

Etude	Méthode	Résultats	Précisions
<i>Biancosino et al.2010 (94)</i>	QCM évaluant 8 aspects des soins de RPS via une échelle de Likert.	<p>La satisfaction générale à l'égard des activités extérieures est élevée (score moyen de <math>3,1 \pm 0,8</math>). L'élément ayant la note la plus élevée est le « lâcher prise » (<math>3,2 \pm 0,6</math>), suivi de « satisfaction générale » (<math>3,1 \pm 0,7</math>), « sociabilisation » (<math>3,0 \pm 0,8</math>), « connaissance du contexte social » (<math>2,8 \pm 0,7</math>), « l'intégration communautaire » (<math>2,7 \pm 0,7</math>) et « l'autonomie » (<math>2,6 \pm 0,8</math>). voir annexe 7</p> <p>Pour les activités extérieures plus spécifiques, le type d'activités jugé plus utile est « manger » (n = 28, 61 %), suivi par les « spectacles culturels » (n = 10, 22 %) et le « cinéma » (n=8, 17 %).</p>	

## III Discussion

### A Limites méthodologiques :

La présente revue de littérature a montré qu'à travers le monde, la question de la perception des soins de RPS par les patients, bien qu'elle soit explorée, n'est pas systématiquement recherchée dans les études. L'intérêt de ces soins est bien renseigné et bien connu, mais nous ne retrouvons malgré tout qu'assez peu de retour du point de vue du patient alors que l'Histoire de la psychiatrie illustre, que l'origine du concept de rétablissement, vient d'une revendication des patients à pouvoir être mieux impliqués dans leurs soins. Ils sont à l'essor même des débuts de la RPS. De la même manière, les études rapportent que les patients cherchent à être mieux inclus dans leurs soins. Or, cela était la vocation de la RPS, ce qui illustre un non-aboutissement du processus de changement de paradigme de la relation soignant-soigné. Plusieurs études montrent que la question de la relation soignant-soigné est centrale dans le parcours de soin. Il s'agit d'ailleurs d'un axe primordial du sous thème le plus représenté dans les études : la question de la particularité des besoins des patients.

Une limite de l'étude est relative à la question de la représentativité des résultats obtenus, notamment en ce qui concerne les pays émergents. Il n'y avait que très peu d'étude asiatique : 6 sur 33 études. Ceci pourrait être expliqué par des difficultés à financer de telles études. Nous n'avons retrouvé aucune étude japonaise ou coréenne qui auraient pu donner plus de nuances dans l'analyse du fait des différences liées aux budgets alloués à la santé de ces pays. Aucune étude sud-américaine, ou africaine n'a été retrouvée pour être incluse dans cette étude. D'autres différences peuvent alors être relevées par ce biais. Les pays d'Europe de l'Est ne sont également que peu représentés : absence d'étude russe, une étude polonaise incluse, un centre bulgare inclus dans une étude anglaise multicentrique. Tous ces points soulèvent la question de la représentativité de cette revue, mais également celle des soins de RPS à travers le monde. Notons toutefois que nous n'avons sélectionné que des études publiées en anglais ou français, ce qui représente un biais. Enfin



le faible nombre d'études asiatiques peut être responsable du fait que les sous-thèmes ont une plus forte association.

Une autre limite concerne le niveau de preuve des études ; nous avons inclus beaucoup d'études avec peu de patients, dans des revues à faible impact factor, et qui pour la plupart présentent un niveau de preuve de 4. Seules 3 études ont un fort grade de recommandations.

## **B Différences Culturelles**

L'amélioration du parcours de soin apporté par les soins de RPS est certaine, et répond grandement aux recommandations de Laforcade. Cette présente revue met en exergue des points permettant d'améliorer les droits des usagers, et de personnaliser le parcours de soin afin d'améliorer la prise en charge globale, du moins, du point de vue du patient. Inclure les patients dans des réunions de synthèse les concernant est une proposition allant dans ce sens.

Toutefois l'implication des patients n'est pas évoquée pour toutes les régions du globe, et certains résultats semblent contradictoires. Ainsi si Larfocade recommande de diminuer les vidéosurveillances pour améliorer les droits des patients, des études publiées en Inde sous-tendent qu'un sentiment de sécurité dégagé par la vidéosurveillance est souhaitable.

Par ailleurs, la présente revue soulève peu de différences entre pays européens et anglo-saxons, et montre des politiques de santé publique proches. L'autonomie des patients semble mieux appliqué dans les pays anglo-saxons, les usagers européens la jugeant insuffisante. Rappelons que dans son rapport, le Dr Hardy-Baylé souligne que les pays anglo-saxons privilégient grandement le développement ambulatoire de services intégrés à la personne. En Grande-Bretagne, pour 100 000 habitants, il y a 12,7 psychiatres (contre 22 en France), 23 lits (contre 95,2 en France), et 288 hospitalisations (contre 1000 en France). Au Canada, les politiques de santé visent à diminuer le recours à la seconde ligne de soin (hospitalisation) au profit de la première (soins ambulatoire) (19).

## C Différences des soins de RPS

Les différences culturelles semblent peser sur les recherches, ce qui soulève une question : Les soins de RPS représentent-ils les mêmes choses en fonction des pays ? Ceci pourrait également être une explication possible sur les différences relevées dans la présente étude entre pays asiatiques et pays occidentaux. Traditionnellement, les soins de RPS en France incluent des soins spécifiques, ce qui représente une particularité, quand d'autres pays incluent des soins de santé communautaire. D'ailleurs toutes les études françaises font preuve d'une prise en charge incluant ces soins. Toutefois la présente revue de littérature ne montre pas d'écart entre les différentes régions géographiques, et la majorité des programmes de RPS intègrent des soins spécifiques.

Concernant le parcours de soin, les études présentées dans cette revue ne répondent que peu à cette question. La représentation que peut en avoir le patient semble plus présente en Inde, où les auteurs soulignent que face à des questions sur ce que représente la maladie, ainsi que le devenir des patients, la réponse des soignants est de l'ordre de l'éducation thérapeutique. La question de l'inclusion des patients, d'accompagnement social ou médico-social n'est pas évoquée dans ces études. On remarque également l'absence du thème du parcours de soins dans les études européennes, en dehors de la question de l'inclusion du patient dans son parcours qui a été discutée auparavant.

De même cette revue souligne l'importance de la personnalisation des soins, et des besoins spécifiques des patients, par rapport à la population générale. Ceci rejoint le Rapport du Dr Hardy Baylé. Celui-ci souligne que les besoins sociaux des patients vivant avec un trouble schizophrénique sont insuffisamment pris en compte.(20) Une ancienne étude québécoise de 1986, montre qu'un an après une hospitalisation, seuls 23 % des patients souffrant de schizophrénie ont pu bénéficier d'accompagnement, alors que 75 % d'entre eux ont un besoin notable (95).

## **D Démographie des patients**

La présente revue montre qu'en dépit du fait que les soins de RPS ne s'adressent pas uniquement aux patients souffrant d'un trouble psychotique (DGOS), cette population représente la grande majorité des usagers étudiés dans les études. Ce résultat est logique avec les données démographiques connues au sein des services de RPS, du moins en France. En effet les patients souffrant de schizophrénie y représentent près de 50 % de la démographie des centres (96).

Conjointement à la question de personnalisation des soins, la question de l'intersectionnalité des discriminations est soulignée par 4 études, qui s'accordent sur l'importance d'incorporer ces éléments aux besoins des patients. Deux études n'ont, paradoxalement, pas souligné de différence entre hommes et femmes (*Prat et al.2018 ; Carracedo Sanchidrian 2020 (80,93)*) mais elles sont contredites par une autre étude plus récente (*Dubreucq et al. 2021 (77)*). La comparaison des différents éléments méthodologiques (étude observationnelle vs cohorte), du nombre de patients (126 et 30 vers 1055) ainsi que la validité externe semble indiquer une plus forte fiabilité de l'étude de Dubreucq.

## **E Données quantitatives**

La satisfaction des patients de RPS, telle que décrite ci-dessus, est logique. Elle est confortée par une étude de 2015 qui démontre une association positive entre l'implication, la satisfaction et l'autodétermination des patients (97).

## **F Données qualitatives.**

Les études qualitatives se sont révélées plus informatives que les études quantitatives. En effet, de nombreuses études quantitatives ont dû être retirées de la revue, car elles s'intéressaient peu à la question principale : « Qu'est-ce que les patients pensent des soins de RPS ? ».

Les données collectées permettent de pouvoir établir quelques pistes d'exploration :

- La **personnalisation des soins** semble être un élément central. Celle-ci passe soit par l'intégration d'éléments intersectionnels pour les patients (le genre dans *Dubreucq et al.2021 (77)*, les origines ethniques dans *Sadaaki Fukui 2023* et *Zlotnick et al.2021 (64,70)*), ainsi que par l'intégration des besoins particuliers des usagers en santé mentale. Ces derniers sont, par ordre de fréquence dans les études : la relation avec les professionnels de santé, l'accès à des ressources de base (notamment le logement) et la réduction de symptômes. Il est à noter que la question du genre et des origines ethniques n'est explorée que par les études occidentales et israélienne dans notre revue. Enfin les variations de certains pays (Canada, Italie, etc.) sont probablement dues à une variation liée à l'échantillonnage. Les regroupements de pays ont des résultats plus conformes avec le total.
- Les études occidentales semblent retrouver avec importance **l'implication et l'autodétermination du patient**, et ce en diminuant le sentiment de coercition, et en majorant le sentiment de contrôle. L'inclusion des patients au sein des réunions de synthèses les concernant a été explorée et semble une bonne piste pour améliorer cet aspect.
- Les études asiatiques, elles mettent plus l'accent sur **l'intégration du patient au sein de la société**, au sein **de groupes sociaux, notamment professionnels**, et une forte demande **d'inclure les familles à la prise en charge médicale**. Elles mettent également l'accent sur la place des aidants. Cette particularité souligne la différence culturelle des sociétés asiatiques qui accordent beaucoup d'importance à la vie en communauté.
- Les facteurs externes et le processus personnel de rétablissement sont relativement peu représentés dans ces études, en dehors des études asiatiques pour lesquels on retrouve beaucoup le sous-thème « difficultés à comprendre les enjeux des soins et nécessité d'améliorer l'éducation thérapeutique ». Ce sous-thème questionne quant à la prise en

charge des patients, et la représentation des outils thérapeutiques pour ces patients, mais également pour leurs proches.

- Les pays européens et anglo-saxons sont similaires sur tous les points, sauf sur l'autonomie des patients, qui semble plus revendiquée dans les pays européens.

## **G Ouverture**

C'est dans ce contexte, qu'une étude a débuté sur le CMP d'Haubourdin, pour répondre spécifiquement à cette question « Comment les patients évaluent leur parcours de soin » en France et devrait proposer des résultats d'ici 2025. Nous pouvons déjà prédire que cette étude sera limitée de part sa restriction géographique, monocentrique.

Cette étude sera également la première étude qualitative sur ce sujet en France. Les études incluses, spécifiquement sur la question, dans cette revue sont une étude de cas (85) et deux études basées sur la cohorte « REHABase » où les données ont été collectées par le biais d'échelles et de commentaires (72,77).

## Bibliographie

1. HAS. la santé mentale [Internet]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale>
2. Zubin J, Spring B. Vulnerability--a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol.* avr 1977;86(2):103-26.
3. Beddington J, Cooper CL, Field J, Goswami U, Huppert FA, Jenkins R, et al. The mental wealth of nations. *Nature.* 23 oct 2008;455(7216):1057-60.
4. Flahaut J. La découverte des neuroleptiques et ses conséquences. *Rev Hist Pharm (Paris).* 1993;40(296):85-8.
5. Kunitoh N. From hospital to the community: the influence of deinstitutionalization on discharged long-stay psychiatric patients. *Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2013;67(6):384-96.
6. Ferrannini L, Ghio L, Gibertoni D, Lora A, Tibaldi G, Neri G, et al. Thirty-five years of community psychiatry in Italy. *J Nerv Ment Dis.* juin 2014;202(6):432-9.
7. Haug HJ, Rössler W. Deinstitutionalization of psychiatric patients in central Europe. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 1999;249(3):115-22.
8. Sealy P, Whitehead PC. Forty years of deinstitutionalization of psychiatric services in Canada: an empirical assessment. *Can J Psychiatry.* avr 2004;49(4):249-57.
9. Verdoux H. The current state of adult mental health care in France. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* mars 2007;257(2):64-70.
10. Ito H, Setoya Y, Suzuki Y. Lessons learned in developing community mental health care in East and South East Asia. *World Psychiatry.* oct 2012;11(3):186-90.
11. Chamberlin J. *On Our Own: Patient-controlled Alternatives to the Mental Health System.* Hawthorn Books; 1978. 262 p.
12. Falloon IR. Optimal treatment for psychosis in an international multisite demonstration project. Optimal Treatment Project Collaborators. *Psychiatr Serv.* mai 1999;50(5):615-8.
13. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry.* oct 2003;37(5):586-94.
14. Passerieux, christine. Le rapport du « Centre de preuve » sur le Handicap Psychique : Comment améliorer le parcours de soins / de vie de la personne vivant avec un handicap psychique en lien avec un trouble mental sévère et persistant (schizophrénique) [Internet]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/12782.pdf>
15. LAFORCADE M. RAPPORT RELATIF À LA SANTÉ MENTALE [Internet]. 2016. Disponible sur: [https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos\\_rapport\\_laforcade\\_mission\\_sante\\_mentale\\_011016.pdf](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf)

16. INSTRUCTION N° DGOS\_R4\_2019\_10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.pdf.
17. Tabuteau D. [Health democracy]. *Rev Prat.* mars 2022;72(3):251-5.
18. Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf>
19. Evans-Lacko SE, Jarrett M, McCrone P, Thornicroft G. Clinical pathways in psychiatry. *Br J Psychiatry.* juill 2008;193(1):4-5.
20. Hardy-Baylé MC. Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique [Internet]. 2015. Disponible sur: [https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport\\_donnees\\_preuves\\_ameliorer\\_parcours\\_soins\\_vie\\_handicap\\_psychique\\_201509.pdf](https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf)
21. Mai Q, Holman CDJ, Sanfilippo FM, Emery JD, Stewart LM. Do users of mental health services lack access to general practitioner services? *Med J Aust.* 3 mai 2010;192(9):501-6.
22. DREES. Programme d'études et d'enquêtes 2008 de la DREES [Internet]. 2008. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/ptdrees2008.pdf>
23. Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A. The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III criteria for schizophrenia. *Am J Psychiatry.* juin 1987;144(6):727-35.
24. HARDING, C. M.,. An examination of the complexities in the measurement of recovery in severe psychiatric disorders, in Ancill. In: *Schizophrenia : Exploring the Spectrum of Psycho- sis.* 1994. p. 153-69.
25. Rétablissement: qu'est-ce que c'est? - Santé mentale de A-Z - Institut universitaire en santé mentale Douglas [Internet]. [cité 4 mai 2024]. Disponible sur: <http://www.douglas.qc.ca/info/retablissement-sante-mentale>
26. van der Stel JC. [Functional recovery and self-regulation: assignments for both clients and psychiatrists]. *Tijdschr Psychiatr.* 2015;57(11):815-22.
27. Buck K, Roe D, Yanos P, Buck B, Fogley R, Grant M, et al. Challenges to assisting with the recovery of personal identity and wellness for persons with serious mental illness: Considerations for mental health professionals. *Psychosis.* 1 janv 2012;5:1-10.
28. Pomey MP, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier MC, et al. Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique.* 2015;S1(HS):41-50.
29. ANAP. Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires [Internet]. [cité 30 août 2024]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
30. Tyrer. the swings and roundabouts of community mental health : the UK fairground. In *Wiley-Blackwell. In: Improving Mental Health Care : the global challenge.* 2013. p. 25-39.

31. Bowie CR, Depp C, McGrath JA, Wolyniec P, Mausbach BT, Thornquist MH, et al. Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: a comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Am J Psychiatry*. sept 2010;167(9):1116-24.
32. Prouteau A. Neuropsychologie clinique de la schizophrénie. Enjeux et débats [Internet]. Paris: Dunod; 2011. 280 p. (Psycho Sup). Disponible sur: <https://www.cairn.info/neuropsychologie-clinique-de-la-schizophrenie--9782100548514.htm>
33. Lysaker PH, Dimaggio G, Carcione A, Procacci M, Buck KD, Davis LW, et al. Metacognition and schizophrenia: the capacity for self-reflectivity as a predictor for prospective assessments of work performance over six months. *Schizophr Res*. sept 2010;122(1-3):124-30.
34. Schmidt SJ, Mueller DR, Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling. *Schizophr Bull*. sept 2011;37 Suppl 2(Suppl 2):S41-54.
35. McGurk SR, Meltzer HY. The role of cognition in vocational functioning in schizophrenia. *Schizophr Res*. 27 oct 2000;45(3):175-84.
36. Valencia M, Fresán A, Barak Y, Juárez F, Escamilla R, Saracco R. Predicting functional remission in patients with schizophrenia: a cross-sectional study of symptomatic remission, psychosocial remission, functioning, and clinical outcome. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2015;11:2339-48.
37. Brewer WJ, Lambert TJ, Witt K, Dileo J, Duff C, Crlenjak C, et al. Intensive case management for high-risk patients with first-episode psychosis: service model and outcomes. *Lancet Psychiatry*. janv 2015;2(1):29-37.
38. Nakajima S, Takeuchi H, Fervaha G, Plitman E, Chung JK, Caravaggio F, et al. Comparative efficacy between clozapine and other atypical antipsychotics on depressive symptoms in patients with schizophrenia: analysis of the CATIE phase 2E data. *Schizophr Res*. févr 2015;161(2-3):429-33.
39. Galderisi S, Merlotti E, Mucci A. Neurobiological background of negative symptoms. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. oct 2015;265(7):543-58.
40. Franck N. *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson. 2018.
41. Franck N. [Cognitive remediation and work outcome in schizophrenia]. *Encephale*. juin 2014;40 Suppl 2:S75-80.
42. Liberman. Social skills training and the nature of schizophrenia. In: *Social skills training: a practical handbook for assessment & treatment*. 1982. p. 5-56.
43. Burns T. Assisted outpatient treatment services and the influence of compulsory treatment. *Am J Psychiatry*. févr 2014;171(2):228.
44. Velthorst E, Koeter M, van der Gaag M, Nieman DH, Fett AKJ, Smit F, et al. Adapted cognitive-behavioural therapy required for targeting negative symptoms in schizophrenia: meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med*. févr 2015;45(3):453-65.
45. Honneth A. *La lutte pour la reconnaissance*. 2013.



46. Amering M. [Recovery: reshaping scientific responsibilities]. *Psychiatr Danub.* déc 2012;24(4):422-8.
47. Corbière M, Lesage A. Perceptions of Barriers to Employment, Coping Efficacy, and Career Search Efficacy in People with Mental Illness. *Journal of Career Assessment.* 1 nov 2004;12:460-78.
48. Provencher HL. [The experience of recovery : Theoretical perspectives.]. *Sante Ment Que.* 2002;27(1):35-64.
49. Bond GR, Drake RE, Becker DR. An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment. *Psychiatr Rehabil J.* 2008;31(4):280-90.
50. Henwood BF, Shinn M, Tsemberis S, Padgett DK. Examining Provider Perspectives within Housing First and Traditional Programs. *Am J Psychiatr Rehabil.* oct 2013;16(4):262-74.
51. Hwang SW, Gogosis E, Chambers C, Dunn JR, Hoch JS, Aubry T. Health status, quality of life, residential stability, substance use, and health care utilization among adults applying to a supportive housing program. *J Urban Health.* déc 2011;88(6):1076-90.
52. Stergiopoulos V, Gozdzik A, O'Campo P, Holtby AR, Jeyaratnam J, Tsemberis S. Housing First: exploring participants' early support needs. *BMC Health Serv Res.* 13 avr 2014;14:167.
53. Tsemberis S. Evidence-based values in housing and treatment. *Psychiatr Serv.* 1 mars 2014;65(3):277.
54. Murray G, Leitan ND, Thomas N, Michalak EE, Johnson SL, Jones S, et al. Towards recovery-oriented psychosocial interventions for bipolar disorder: Quality of life outcomes, stage-sensitive treatments, and mindfulness mechanisms. *Clinical Psychology Review.* mars 2017;52:148-63.
55. Morera T, Pratt D, Bucci S. Staff views about psychosocial aspects of recovery in psychosis: A systematic review. *Psychol Psychother.* mars 2017;90(1):1-24.
56. Antai-Otong D. Psychosocial Recovery and Rehabilitation. *Nursing Clinics of North America.* juin 2016;51(2):287-97.
57. Chinman M, George P, Dougherty RH, Daniels AS, Ghose SS, Swift A, et al. Peer support services for individuals with serious mental illnesses: assessing the evidence. *Psychiatr Serv.* 1 avr 2014;65(4):429-41.
58. Chinman M, Young AS, Hassell J, Davidson L. Toward the implementation of mental health consumer provider services. *J Behav Health Serv Res.* avr 2006;33(2):176-95.
59. Corrigan PW, Slopen N, Gracia G, Phelan S, Keogh CB, Keck L. Some recovery processes in mutual-help groups for persons with mental illness; II: qualitative analysis of participant interviews. *Community Ment Health J.* déc 2005;41(6):721-35.
60. Coniglio FD, Hancock N, Ellis LA. Peer support within Clubhouse: a grounded theory study. *Community Ment Health J.* avr 2012;48(2):153-60.

61. Leamy M, Foye U, Hirrich A, Bjørgen D, Silver J, Simpson A, et al. A systematic review of measures of the personal recovery orientation of mental health services and staff. *Int J Ment Health Syst.* 17 oct 2023;17(1):33.
62. O'Donohue E, Aguey-Zinsou M, Yule E, Fairhurst I, Debaets M. Mental health consumer perspectives of a person-centred multidisciplinary care planning meeting on a rehabilitation inpatient unit. *Int J Ment Health Nurs.* déc 2023;32(6):1701-12.
63. Singh D, Tyagi S, Malhotra N. Expectations of caregivers of persons with severe mental illness from mental health rehabilitation services: A qualitative study. *Int J Soc Psychiatry.* juin 2023;69(4):976-84.
64. Fukui S. Introduction to the special section on racial disparities in psychiatric rehabilitation services. *Psychiatr Rehabil J.* mars 2023;46(1):1-3.
65. Sim A, Poremski D, Su A. Quality Improvement Approach to Increasing Psychiatric Rehabilitation in the Inpatient Setting. *Psychiatr Serv.* 1 nov 2022;73(11):1286-9.
66. Zheng SS, Zhang H, Zhang MH, Li X, Chang K, Yang FC. « Why I stay in community psychiatric rehabilitation »: a semi-structured survey in persons with schizophrenia. *BMC Psychol.* 6 sept 2022;10(1):213.
67. Franza F, Zarrella A, Calabrese L, Ferrara I, Solomita B, Tavormina G. Hope in Psychiatric Patients: An Observational Study in a Psychiatric Rehabilitation Centre. *Psychiatr Danub.* sept 2022;34(Suppl 8):60-3.
68. Morse GA, Dell NA, Murphy AM, Stewart M. Happiness, well-being, and recovery: Experiences of adults receiving psychiatric rehabilitation services. *Psychiatr Rehabil J.* juin 2022;45(2):114-22.
69. Tjaden C, Mulder CL, den Hollander W, Castelein S, Delespaul P, Keet R, et al. Effectiveness of Resource Groups for Improving Empowerment, Quality of Life, and Functioning of People With Severe Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry.* 1 déc 2021;78(12):1309-18.
70. Zlotnick C, Nisim U, Roe D, Gelkopf M, Shadmi E. Quality of life of immigrants and nonimmigrants in psychiatric rehabilitation. *Psychiatr Rehabil J.* sept 2021;44(3):275-83.
71. Arnautovska U, McKeon G, Dark F, Siskind D, Harris M, Parker S. Predictors of unplanned discharge from community-based residential mental health rehabilitation for people affected by severe and persistent mental illness. *J Ment Health.* août 2021;30(4):500-8.
72. Dubreucq M, Plasse J, Gabayet F, Blanc O, Chereau I, Cervello S, et al. Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder. *J Clin Psychiatry.* 18 mai 2021;82(4):20m13732.
73. Rasmus P, Lipert A, Pękala K, Timler M, Kozłowska E, Robaczyńska K, et al. The Influence of a Psychosocial Rehabilitation Program in a Community Health Setting for Patients with Chronic Mental Disorders. *Int J Environ Res Public Health.* 19 avr 2021;18(8):4319.
74. Cheli S. Assessment and treatment planning for schizotypal personality disorder: A metacognitively oriented point of view. *Psychiatr Rehabil J.* déc 2020;43(4):335-43.

75. Grech P, Scerri J, Cilia Vincenti S, Sammut A, Galea M, Calleja Bitar D, et al. Service Users' Perception of the Therapeutic Milieu in a Mental Health Rehabilitation Unit. *Issues Ment Health Nurs.* nov 2020;41(11):1019-26.
76. Larivière N, Gauthier-Boudreault C, Morin P, Boyer R. [Visions of recovery in residential mental health services in a region of Quebec]. *Sante Ment Que.* 2020;45(1):53-77.
77. Dubreucq J, Plasse J, Gabayet F, Faraldo M, Blanc O, Chereau I, et al. Self-stigma in serious mental illness and autism spectrum disorder: Results from the REHABase national psychiatric rehabilitation cohort. *Eur Psychiatry.* 7 févr 2020;63(1):e13.
78. Chen Y, Yau E, Lam C, Deng H, Weng Y, Liu T, et al. A 6-Month Randomized Controlled Pilot Study on the Effects of the Clubhouse Model of Psychosocial Rehabilitation with Chinese Individuals with Schizophrenia. *Adm Policy Ment Health.* janv 2020;47(1):107-14.
79. Parker S, Dark F, Newman E, Hanley D, McKinlay W, Meurk C. Consumers' understanding and expectations of a community-based recovery-oriented mental health rehabilitation unit: a pragmatic grounded theory analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* août 2019;28(4):408-17.
80. Prat G, Escandell MJ, Garcia-Franco M, Martín-Martínez JR, Tortades I, Vilamala S, et al. Gender differences in social functioning in people with schizophrenia in psychosocial rehabilitation services using one-dimensional and multidimensional instruments. *Compr Psychiatry.* nov 2018;87:120-2.
81. Briand C, Sablier J, Therrien JA, Charbonneau K, Pelletier JF, Weiss-Lambrou R. Use of a mobile device in mental health rehabilitation: A clinical and comprehensive analysis of 11 cases. *Neuropsychol Rehabil.* juill 2018;28(5):832-63.
82. Conway C, Surgenor PWG, Thekiso TB, Moore A, Champion A, Twomey A, et al. Client personal recovery and recovery orientation of an Irish suicide intervention charity. *Ir J Psychol Med.* juin 2018;35(2):113-20.
83. Pernice FM, Biegel DE, Kim JY, Conrad-Garrisi D. The mediating role of mattering to others in recovery and stigma. *Psychiatr Rehabil J.* déc 2017;40(4):395-404.
84. Kelly PJ, Raftery D, Deane FP, Baker AL, Hunt D, Shakeshaft A. From both sides: Participant and facilitator perceptions of SMART Recovery groups. *Drug Alcohol Rev.* mai 2017;36(3):325-32.
85. Perrin-Niquet A. [A step-by-step recovery]. *Soins Psychiatr.* 2017;38(308):35-9.
86. McGuire AB, Oles SK, White DA, Salyers MP. Perceptions of Treatment Plan Goals of People in Psychiatric Rehabilitation. *J Behav Health Serv Res.* juill 2016;43(3):494-503.
87. Connell M, Schweitzer R, King R. Recovery from first-episode psychosis and recovering self: A qualitative study. *Psychiatr Rehabil J.* déc 2015;38(4):359-64.
88. Bhola P, Systla R, Rinsha KE, Khanum F, Desai G, Nirmala BP, et al. The Question is the Answer: concerns and queries raised by patients and caregivers referred to rehabilitation services. *J Ment Health.* juin 2015;24(3):134-9.

89. Kidd S, Kenny A, McKinstry C. Exploring the meaning of recovery-oriented care: an action-research study. *Int J Ment Health Nurs*. févr 2015;24(1):38-48.
90. Phutane VH, Thirthalli J, Sivakumar PT, Mathew V, Kumar A, Antony A, et al. Barriers to discharge of patients from a government-run day-care psychiatric rehabilitation center in India. *Asian J Psychiatr*. mars 2012;5(1):34-7.
91. Koletsi M, Niersman A, van Busschbach JT, Catty J, Becker T, Burns T, et al. Working with mental health problems: clients' experiences of IPS, vocational rehabilitation and employment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. nov 2009;44(11):961-70.
92. Hultqvist J, Markström U, Tjörnstrand C, Eklund M. Recovery in mental illness: Focus on subjective perceptions of occupations in Clubhouses. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*. 2018;21(3-4):219-42.
93. Carracedo Sanchidrián D. Patient satisfaction in a mental health psychosocial rehabilitation center. a descriptive analysis. - Record details - Embase [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://www-embase-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/records?subaction=viewrecord&rid=3&page=1&id=L639654375>
94. Biancosino B. Patient opinions on the helpfulness of External Rehabilitative Activities in residential psychiatric care: A pilot study - Record details - Embase [Internet]. [cité 25 août 2024]. Disponible sur: <https://www-embase-com.ressources-electroniques.univ-lille.fr/records?subaction=viewrecord&rid=1&page=1&id=L364645192>
95. Cormier HJ, Pinard G, Leff HS, Lessard R. [Needs and utilization of mental health services in schizophrenia]. *Acta Psychiatr Belg*. 1986;86(4):388-93.
96. Barbalat G, Plasse J, Chéreau-Boudet I, Gouache B, Legros-Lafarge E, Massoubre C, et al. Contribution of socio-demographic and clinical characteristics to predict initial referrals to psychosocial interventions in patients with serious mental illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. janv 2024;33:e2.
97. Tambuyzer E, Van Audenhove C. Is perceived patient involvement in mental health care associated with satisfaction and empowerment? *Health Expect*. août 2015;18(4):516-26.
98. DÉPLOIEMENT DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE EN FRANCE-Franck.pdf [Internet]. [cité 27 août 2024]. Disponible sur: <https://www.frapscentre.org/wp-content/uploads/2015/06/Dr-Franck.pdf>

# Annexes

SECTION/TOPIC	ITEM #	CHECKLIST ITEM
<b>INFORMATION SOURCES AND METHODS</b>		
Database name	1	Name each individual database searched, stating the platform for each.
Multi-database searching	2	If databases were searched simultaneously on a single platform, state the name of the platform, listing all of the databases searched.
Study registries	3	List any study registries searched.
Online resources and browsing	4	Describe any online or print source purposefully searched or browsed (e.g., tables of contents, print conference proceedings, web sites), and how this was done.
Citation searching	5	Indicate whether cited references or citing references were examined, and describe any methods used for locating cited/citing references (e.g., browsing reference lists, using a citation index, setting up email alerts for references citing included studies).
Contacts	6	Indicate whether additional studies or data were sought by contacting authors, experts, manufacturers, or others.
Other methods	7	Describe any additional information sources or search methods used.
<b>SEARCH STRATEGIES</b>		
Full search strategies	8	Include the search strategies for each database and information source, copied and pasted exactly as run.
Limits and restrictions	9	Specify that no limits were used, or describe any limits or restrictions applied to a search (e.g., date or time period, language, study design) and provide justification for their use.
Search filters	10	Indicate whether published search filters were used (as originally designed or modified), and if so, cite the filter(s) used.
Prior work	11	Indicate when search strategies from other literature reviews were adapted or reused for a substantive part or all of the search, citing the previous review(s).
Updates	12	Report the methods used to update the search(es) (e.g., rerunning searches, email alerts).
Dates of searches	13	For each search strategy, provide the date when the last search occurred.
<b>PEER REVIEW</b>		
Peer review	14	Describe any search peer review process.
<b>MANAGING RECORDS</b>		
Total records	15	Document the total number of records identified from each database and other information sources.
Deduplication	16	Describe the processes and any software used to deduplicate records from multiple database searches and other information sources.

## Annexe 1 : SIGMA – S

Grade des recommandations	Niveau de preuve scientifique fourni par la littérature
<b>A</b> Preuve scientifique établie	<b>Niveau 1</b> - essais comparatifs randomisés de forte puissance ; - méta-analyse d'essais comparatifs randomisés ; - analyse de décision fondée sur des études bien menées.
<b>B</b> Présomption scientifique	<b>Niveau 2</b> - essais comparatifs randomisés de faible puissance ; - études comparatives non randomisées bien menées ; - études de cohortes.
<b>C</b> Faible niveau de preuve scientifique	<b>Niveau 3</b> - études cas-témoins.
	<b>Niveau 4</b> - études comparatives comportant des biais importants ; - études rétrospectives ; - séries de cas ; - études épidémiologiques descriptives (transversale, longitudinale).

## Annexe 2 : Niveaux de preuve et grades de recommandation selon la HAS (2013)

### **Annexe : Note de cadrage pour le développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires**

Les soins de réhabilitation psychosociale s'inscrivent dans la démarche du projet territorial de santé mentale avec un travail en réseau qui doit impliquer l'ensemble des acteurs du parcours de santé et de vie des personnes (autres acteurs du soin, acteurs éducatifs, sociaux et médico-sociaux, de la ville, etc..., venant en soutien de l'autonomie et de l'insertion sociale et professionnelle) afin de permettre la mise en œuvre du projet global de réhabilitation, favorable au rétablissement des personnes.

#### **1. Publics cibles :**

Les soins de réhabilitation psychosociale s'adressent aux personnes présentant des troubles mentaux sévères, qui connaissent des limitations fonctionnelles et des troubles des interactions sociales en raison de leur maladie ainsi qu'aux jeunes chez lesquels on suspecte précocement l'émergence d'une psychose. Les pathologies concernées sont principalement les troubles psychotiques (schizophréniques), mais aussi les troubles bipolaires, certaines formes de dépressions, les TOC sévères, certains troubles du spectre de l'autisme, etc. Elles couvrent une grande partie des maladies et troubles mentaux, pour lesquels les soins de réhabilitation sont indiqués.

Les catégories suivantes peuvent notamment être distinguées :

- les jeunes à l'émergence de troubles psychotiques incluant le premier épisode, pour lesquels l'objectif se pose en termes de maintien dans les études/l'insertion sociale
- les personnes présentant une pathologie psychiatrique grave chronique que les soins de réhabilitation visent à remettre dans une trajectoire de rétablissement et d'inclusion sociale
- les personnes présentant certains troubles du spectre autistique
- les personnes présentant des comorbidités psychiatriques et addictives.

Les soins de réhabilitation s'adressent également aux jeunes et adolescents pour lesquels ce type de programme apparaît pertinent. Ils concernent en outre les personnes en détention, notamment dans le cadre de la préparation de leur sortie.

L'organisation territoriale doit garantir un accès aux soins de réhabilitation psychosociale pour l'ensemble de ces publics, qu'ils soient suivis habituellement par des professionnels de la psychiatrie publique ou privée, des médecins libéraux ou des professionnels de l'addictologie ou de la prise en charge des troubles du spectre de l'autisme.

#### **2. Le parcours de soins en réhabilitation psychosociale :**

##### **2.1 L'orientation :**

L'orientation doit intervenir le plus précocement possible dans le parcours de soins. Tout médecin exerçant en libéral ou en établissement sanitaire ou médico-social doit pouvoir orienter un patient vers une structure de soins de réhabilitation afin de réaliser l'évaluation et poser si nécessaire l'indication du projet de soins de réhabilitation psychosociale. Afin de favoriser l'adhésion du patient à cette prise en charge, il est recommandé de développer la formation des professionnels de soins à l'entretien motivationnel, notamment au sein des secteurs de psychiatrie.

Les acteurs susceptibles d'orienter vers une prise en charge en réhabilitation psychosociale sont notamment : les psychiatres hospitaliers et libéraux, les praticiens intervenant en établissement médico-social, les médecins addictologues (hospitaliers ou exerçant en CSAPA, CAARUD...), les praticiens exerçant dans un CRA ou une consultation autisme.

Les personnes concernées, les familles et les aidants peuvent être à l'initiative de la demande, accompagnés par le médecin traitant du patient.

##### **2.2 La construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation psychosociale :**

- **L'évaluation**

La construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation repose sur une évaluation globale pluri-professionnelle mettant en avant les ressources, les compétences préservées et les aspirations de la personne. Elle doit préciser les déterminants de ses difficultés fonctionnelles et le cas échéant de sa situation de handicap. Dans ce dernier cas, lorsqu'une équipe médico-sociale intervient déjà auprès de la personne, l'évaluation doit être menée en lien avec cette équipe, pour garantir la cohérence du parcours de santé.

L'évaluation comporte une exploration de l'inclusion sociale pour contribuer à la formulation du projet de vie par la personne et permettre de préciser les besoins de soins et d'accompagnement.

Sur la base du projet de vie formulé par la personne, l'équipe de soins détermine les évaluations nécessaires dans l'objectif de proposer un contrat de soins.

Le processus d'évaluation, coordonné par un psychiatre référent, comporte *a minima* :

- Un entretien par un psychiatre destiné à évaluer la pertinence de la demande et à réaliser une évaluation clinique du patient : recueil de variables socio-démographiques, des antécédents, de l'histoire clinique, du diagnostic, du traitement médicamenteux et non médicamenteux ; évaluation clinique à l'aide d'outils psychométriques validés (auto et hétéroévaluations)
- Une évaluation fonctionnelle par un professionnel formé aux outils d'évaluation mis en œuvre par l'équipe. L'objectif est d'évaluer les ressources/besoins de la personne en s'appuyant sur des outils d'évaluation objectifs et subjectifs dans la perspective du rétablissement : qualité de vie, bien-être, habiletés sociales, estime de soi, autonomie sociale...  
L'évaluation fonctionnelle doit se faire autant que possible au domicile de la personne.
- Un bilan neuropsychologique réalisé par un neuropsychologue comportant un bilan de la neurocognition et un bilan de la cognition sociale en utilisant des outils validés et standardisés.

D'autres bilans peuvent être effectués en fonction des besoins (psychomotricité, ergothérapie, orthophonie, ...). Les outils utilisés doivent être validés, ils peuvent évoluer en fonction des connaissances et des données probantes de la littérature scientifique<sup>1</sup>.

Lors de l'évaluation, il est systématiquement proposé au patient d'y associer ses proches, qui font partie de son projet de vie.

- **La synthèse de l'évaluation et la construction du projet personnalisé de soins de réhabilitation**

Le bilan de l'évaluation est restitué à la personne au cours d'une réunion de synthèse associant, à minima, les professionnels qui sont intervenus lors de cette évaluation, le patient et, s'il le souhaite, ses proches. Les professionnels qui ont adressé le patient sont invités à participer à la réunion de synthèse. Le bilan pointe notamment les difficultés éventuelles, mais aussi les ressources préservées du patient dans un objectif de rétablissement.

Le projet personnalisé de soins de réhabilitation, qui doit être en accord et en coordination avec le travail réalisé par les professionnels et équipes impliqués dans le suivi du patient, est formalisé suite à cette synthèse.

Ce projet, qui fixe les objectifs partagés avec la personne concernée et ses proches désignés, comporte à la fois :

- la description des soins de réhabilitation proposés et des acquisitions visées à travers ces soins

---

<sup>1</sup> Les outils et revues de la littérature scientifique mises en ligne sur le site du ministère <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>

- les actions d'accompagnement qui permettront la généralisation et le transfert des acquis dans la participation sociale (loisirs, logement, emploi, citoyenneté) ainsi que les partenaires impliqués dans la mise en œuvre de ces actions.

- **Réévaluation :**

La situation de chaque personne doit être réévaluée régulièrement. Les échéances de réévaluation sont formalisées dans le projet personnalisé de soins de réhabilitation.

### **2.3 La mise en œuvre du projet de soins de réhabilitation psychosociale**

Les soins de réhabilitation psychosociale reposent sur la mise en œuvre de thérapies telles que :

- programmes d'éducation thérapeutique
- programmes de remédiation cognitive
- programmes d'entraînement des compétences et des habilités sociales
- psychothérapies cognitivo-comportementales
- programmes de soutien des familles : consultations ou entretiens individuels, groupe psychoéducatif/d'éducation thérapeutique des familles (ex : programme Pro-famille ou AVEC), thérapie familiale...
- modalités de case-management pouvant être mises en œuvre

Ces soins structurés sont complétés par des activités avec médiation pour favoriser le transfert et la généralisation des acquis à la vie quotidienne.

Les soins de réhabilitation psychosociale sont réalisés à la demande de l'équipe réalisant le suivi habituel de la personne, si elle ne les met pas elle-même en œuvre. Ils viennent compléter sur une période donnée les soins délivrés par cette équipe, sans se substituer à elle.

La structure de soins de réhabilitation construit des partenariats formalisés avec les équipes sanitaires, sociales et médico-sociales pour assurer la cohérence du parcours de santé y compris l'accès aux soins somatiques et la mise en œuvre des accompagnements.

Chaque soin fait l'objet d'échanges réguliers avec la personne, ses aidants et les professionnels impliqués dans le parcours.

## **3. L'organisation territoriale**

L'accès aux soins de réhabilitation psychosociale est organisé en proximité, dans le cadre des parcours de vie des personnes. Il s'inscrit autant que possible dans les offres de soins psychiatriques existantes, en favorisant les coopérations et les partenariats dans le cadre du projet territorial de santé mentale.

### **3.1 L'organisation de l'offre de soins de réhabilitation en proximité**

Les prérequis identifiés pour le développement de cette offre sont :

- La réalisation d'un diagnostic territorial des besoins et des ressources existantes
- La formation des professionnels aux modalités de prises en charge axées sur le rétablissement et la promotion des capacités des personnes, et aux techniques de soins de réhabilitation psychosociale
- La capacité à réaliser des évaluations fonctionnelles (en particulier avec un neuropsychologue)
- La capacité à proposer et mettre en œuvre une palette de soins de réhabilitation diversifiée
- Un engagement à prendre en charge l'ensemble des patients nécessitant un parcours de réhabilitation psychosociale, qu'ils soient orientés par un psychiatre de l'établissement, un praticien exerçant en libéral ou un praticien exerçant dans une autre structure
- L'accessibilité géographique pour les patients suivis en ambulatoire (dispositif inscrit dans la communauté, en proximité des lieux de vie en favorisant la mobilité des équipes)



- L'existence de partenariats avec les acteurs du parcours de vie au quotidien pour le transfert et la généralisation des acquis et le développement de la participation sociale (scolarité, études, travail, logement, loisirs)

Au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur, une réponse intersectorielle est à privilégier dans un premier temps pour pouvoir irriguer l'ensemble des territoires d'intervention et disposer d'un volume suffisant de personnels formés et de patients bénéficiaires. Il est recommandé de favoriser la coopération des personnels issus des différents secteurs afin de favoriser la fluidité des parcours et la diffusion de la culture de rétablissement.

L'offre de soins de proximité repose sur une équipe mobilisant les compétences suivantes :

- psychiatre
- neuropsychologue
- psychologue clinicien
- IDE
- secrétaire médical
- assistant de service social
- le cas échéant : éducateur spécialisé, ergothérapeute, psychomotricien, intervenant du milieu sportif, pair aidant...

Il est recommandé que des membres de l'équipe assurent une fonction de case-management pour une partie de la file active suivie dans le cadre de la mise en œuvre des soins de réhabilitation.

La réalisation des évaluations et la mise en œuvre des soins ont vocation à s'inscrire dans des structures de soins existantes, en particulier les HDJ, CATT, ateliers thérapeutiques, appartements thérapeutiques..., dont les projets de prise en charge doivent être adaptés en conséquence. Une complémentarité entre l'offre des secteurs et le dispositif intersectoriel évoqué supra devra être aménagée pour garantir l'accès à ces soins de réhabilitation. Cette offre de soins pourra s'appuyer sur la mobilité des équipes et l'utilisation des ressources numériques.

L'organisation de la prise en charge inclut des déplacements à domicile ainsi que dans le milieu de vie de la personne, pour l'évaluation des capacités d'une part, et le transfert au quotidien des acquis d'autre part. Cette organisation doit être concertée avec les autres professionnels du parcours de santé et de vie, notamment sociaux et médico-sociaux, pour garantir la cohésion des différentes interventions.

La réponse de proximité comporte impérativement :

- en remédiation cognitive, un outil de remédiation des cognitions froides (neurocognition) et un outil de remédiation de la cognition sociale
- des entretiens motivationnels
- un outil de psychoéducation/ETP de la personne et des familles
- un programme d'entraînements aux habiletés sociales

Dans le cadre de partenariats formalisés avec les équipes sociales et médico-sociales, l'offre de soins de proximité se coordonne avec ces équipes, afin que soient mis en œuvre les accompagnements identifiés et partagés pour soutenir l'autonomie des personnes et leur insertion sociale (mises en situation de logement, accompagnement vers l'emploi, soutien à la scolarisation et aux études, accès à la culture et aux loisirs ...), et prévenir les ruptures de parcours.

### **3.2 L'identification de centres « support » au sein de l'offre de soins de réhabilitation de proximité**

Une ou plusieurs offres de proximité disposant d'une expérience solide et reconnue en réhabilitation psychosociale ainsi que d'une activité de recherche sont identifiées par l'ARS en tant que centres « support » ayant les missions principales suivantes :

- Diffuser les connaissances et les outils en réhabilitation psychosociale à l'intention des différents professionnels, dont les professionnels de santé libéraux, et des usagers (organisation de journées, congrès, formations...)
- Fournir un appui à la structuration des offres de proximité (aide à l'ingénierie de projets, formation des professionnels...)
- Soutenir le fonctionnement des offres de soins de proximité et en assurer l'animation territoriale (mise à disposition d'outils cliniques et de protocoles validés, organisation de réunions d'échanges, accès à des évaluations et modalités de soins non disponibles en proximité...)
- Contribuer, à la demande de l'ARS et en appui de celle-ci, à la diffusion de l'offre de soins de réhabilitation sur le territoire
- Contribuer à faciliter les parcours de vie, par l'aménagement d'interfaces fonctionnelles entre les actions thérapeutiques de réhabilitation et les actions d'accompagnement et de soutien mises en œuvre par les aidants, les équipes de soutien à l'inclusion sociale et professionnelle du secteur médico-social, ou relevant du droit commun, notamment en faisant valoir, conjointement avec les équipes médico-sociales, la dimension de situation de handicap psychique, par sa reconnaissance, son évaluation, la définition et la mise en œuvre de sa compensation.

Ils peuvent participer à des projets de recherche et d'évaluation.

#### **4. Les indicateurs d'évaluation et de suivi**

Les indicateurs suivants sont proposés pour le suivi et l'évaluation de chaque offre de soins de proximité. Des indicateurs complémentaires peuvent être ajoutés par les acteurs selon les besoins des territoires.

- **Indicateurs de suivi de la démarche de structuration de l'offre de soins de réhabilitation :**
  - Nombre de nouveaux professionnels formés participant aux soins de réhabilitation (par profession et par type de soin de réhabilitation)
  - Nombre, nature des différents types de soins proposés et nombre de sessions proposées.
  - Nombre et qualité des acteurs ayant orienté des patients pour une prise en charge en réhabilitation psychosociale (secteurs, psychiatres libéraux, ...); répartition de ces acteurs sur le territoire de santé mentale
  - Nombre de partenaires sociaux et médico-sociaux parties prenantes du parcours de réhabilitation psychosociale (coopérations formalisées)
- **Indicateurs d'évaluation :**
  - Nombre de nouveaux patients bénéficiant d'un parcours de réhabilitation psychosociale
  - Nombre de patients ayant bénéficié :
    - d'un programme de remédiation cognitive
    - d'un programme d'éducation thérapeutique
    - d'un programme d'entraînement des compétences et des habiletés sociales
    - de psychothérapies cognitivo-comportementales
  - Nombre de familles et d'aidants ayant bénéficié d'un programme de psychoéducation

La montée en charge du dispositif et l'accès à ces soins sur le territoire font l'objet d'un suivi régulier sur la durée de mise en œuvre du projet territorial de santé mentale.

### Annexe 4 : Pernice et al.2017

Associations of Social Support With Recovery and Stigma Mediated by Mattering to Others, Controlling for Gender, Relationship Status, and Clubhouse Participation Level

Antecedent	Endogenous variables									
	Mattering to others		Recovery				Stigma			
	Model 1		Model 2		Model 3		Model 4		Model 5	
	<i>b</i> ( <i>SE</i> )	$\beta$	<i>b</i> ( <i>SE</i> )	$\beta$	<i>b</i> ( <i>SE</i> )	$\beta$	<i>b</i> ( <i>SE</i> )	$\beta$	<i>b</i> ( <i>SE</i> )	$\beta$
Social support	.40 (.05)***	.58	.21 (.05)***	.35	.04 (.06)	.06	-.18 (.07)**	-.25	-.02 (.08)	-.03
Gender	.02 (.08)	.02	.16 (.08) <sup>†</sup>	.16	.15 (.08)*	.15	-.17 (.10)	-.15	-.16 (.10)	-.14
Relationship status	-.12 (.08)	-.11	-.17 (.08)	-.18	-.12 (.08)	-.12	.16 (.10)	.13	.11 (.10)	.09
Clubhouse participation	-.01 (.03)	-.01	.04 (.03)	.10	.04 (.06)	.06	-.06 (.04)	-.13	-.02 (.08)	-.03
Mattering to others					.44 (.09)***	.48			-.41 (.11)***	-.38
	Adjusted $R^2 = .34$ $F(4, 114) = 16.17$ ***		Adjusted $R^2 = .18$ $F(4, 114) = 7.40$ ***		Adjusted $R^2 = .33$ $F(5, 113) = 12.390$ ***		Adjusted $R^2 = .13$ $F(4, 114) = 4.257$ **		Adjusted $R^2 = .22$ $F(5, 113) = 6.387$ ***	

Note. SE = standard errors.

<sup>†</sup>  $p < .10$ . \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ . \*\*\*  $p < .001$ .

### Annexe 5 Tjaden et al.2021

Satisfaction measure	9-mo Follow-up				18-mo Follow-up			
	No. of observations <sup>a</sup>	Mean (SD) score	<i>t</i> Test ( <i>df</i> )	Cohen <i>d</i> (95% CI)	No. of observations <sup>a</sup>	Mean (SD) score	<i>t</i> Test ( <i>df</i> )	Cohen <i>d</i> (95% CI)
CSQ <sup>b</sup>								
FACT as usual	67	2.89 (0.43)	-2.62	0.45 (0.11-0.79)	58	2.80 (0.44)	-2.22	0.41 (0.05-0.77)
FACT plus RG	70	3.09 (0.46)	(135) <sup>c</sup>		63	3.01 (0.57)	(116) <sup>d</sup>	
VSSS-EU <sup>e</sup>								
FACT as usual	67	3.15 (0.89)	-3.96	0.48 (0.14-0.82)	58	3.01 (0.74)	-4.40	0.59 (0.22-0.95)
FACT plus RG	70	3.73 (0.81)	(132) <sup>f</sup>		63	3.70 (0.98)	(115) <sup>g</sup>	

Annexe 6 Kidd et al.2014

Priority areas of discussion

Meeting number and focus	Discussion
1 and 2: An invisible experience	Introductions, a reflective approach: Coming from your own experience
2 and 4: Meaning, illness or wellness? Power and control	What does recovery mean? Experiences of living with a mental illness and psychosocial disability. Experience of providing care
5 and 6: Long-term issues, short-term care, employment	What are recovery-oriented clinical mental health services? Participants' experience of care and treatment
7 and 8: Choice, self-determination, a multiplicity of perspectives, listening	What information about recovery-oriented care would be useful? A different way of listening and supporting
9 and 10: Key themes	Analysis

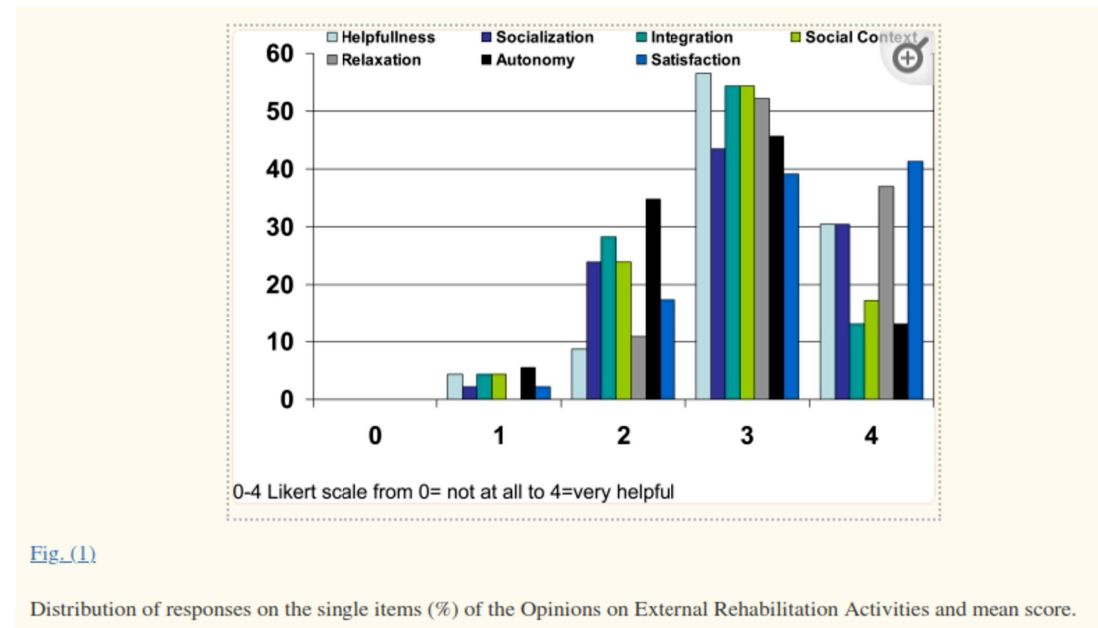


Fig. (1)

Distribution of responses on the single items (%) of the Opinions on External Rehabilitation Activities and mean score.

Annexe 7 : Biancosino et al. 2010

**AUTEUR : Nom :** EL YAMANI

**Prénom :** Soufiane

**Date de soutenance :** Mercredi 09 octobre 2024

**Titre de la thèse :** Évaluation du parcours de soins, du point de vue des patients en réhabilitation psychosociale, à l'international : Une revue systématique de la littérature.

**Thèse - Médecine - Lille 2024**

**Cadre de classement :** Psychiatrie

**DES + FST/option :** Psychiatrie

**Mots-clés :** Réhabilitation psychosociale ; Satisfaction des usagers en santé mentale ; Psychiatrie ; Revue de la littérature ; Rétablissement ; Parcours de soin

### Résumé :

**Introduction :** La réhabilitation psychosociale (RPS) définit un parcours de soin personnalisé et gradué, centré sur le concept du rétablissement personnel. Ce modèle promeut l'autodétermination des personnes et une approche partenariale des soins. L'efficacité des soins de RPS est reconnue, néanmoins les évaluations des parcours documentent peu les sentiments des patients. Nous proposons une revue de littérature des études retenant les évaluations des parcours selon leurs points de vue.

**Matériel et méthode :** Une recherche sur les bases de données *Pubmed* et *Embase* a été réalisée, en filtrant avec les termes mesh « *psychiatric rehabilitation* » « *patient satisfaction* » « *quality of life, psychology* » « *case management* » et « *mental health recovery* », selon la méthodologie PRISMA-S. Les données qualitatives et quantitatives ont été analysées séparément. Nous avons étudié les variables regroupées en thématiques.

**Résultats :** Sur 833 articles trouvés, 33 ont été inclus. Les patients présentent un haut niveau de satisfaction concernant leurs soins. Les données qualitatives suggèrent une forte demande de la part des patients à améliorer la personnalisation des soins, augmenter leur implication dans les soins (surtout en Occident), favoriser l'inclusion sociale (surtout en Asie), et améliorer l'autodétermination (surtout en Europe). Les variables les plus présentes mettent en avant :

- Prioriser la particularité des besoins des usagers en santé mentale : le lien soignant-soigné, le besoin d'un logement et la réduction des symptômes,
- Plus d'inclusion au sein de groupes sociaux et dans la communauté.

**Discussion :** La revue retrouve peu d'études, souvent de faible niveau de preuves. Les commentaires des patients relèvent la pertinence du modèle de rétablissement pour orienter les soins de RPS. Des axes d'amélioration sont proposés (e. i. inclusion des patients dans les réunions de synthèse). On note des différences socio-culturelles : la majorité des études proviennent de pays de culture occidentale, les pays émergents priorisent la place des familles auprès des patients. Des perspectives de recherches sont évoquées : les soins personnalisés, les droits des usagers et l'amélioration des parcours de soin.

### Composition du Jury :

**Président :** Monsieur le Professeur Ali AMAD

**Assesseure :** Madame le Docteur Faustine PLAISANT

**Directrice de thèse :** Madame le Docteur Claire RASCLE