

Formation IPA de l'UFR de Médecine

Chemin du Thil

80025 AMIENS Cedex

Master 2 IPA Pratique avancée

Mention : psychiatrie - santé mentale

Promotion : 2023 - 2025

**Posture de soin orientée
rétablissement : une enquête
qualitative auprès d'infirmiers
exerçant en réhabilitation
psychosociale**

Michael Morgand

Direction de mémoire : **Docteur Claire Rascle – Psychiatre**

Remerciements

Au terme de ce mémoire, je tiens à exprimer ma profonde gratitude à l'ensemble des personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à sa réalisation.

Mes premiers remerciements vont tout naturellement au Docteur Claire Rascle, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son accompagnement bienveillant tout au long de cette recherche. Tu es pour nous, Claire, ce repère qui incarne l'esprit de la réhabilitation psychosociale. En nous accompagnant, toujours avec justesse et respect, tu nous permets de rester connectés à nos forces et de mobiliser nos ressources, afin de poursuivre le chemin.

Je tiens aussi à remercier l'équipe de la Consultation d'Aide Méthodologique de la F2RSMpsy des Hauts de France, pour son aide précieuse, son soutien méthodologique avisé et sa patience.

J'exprime également ma reconnaissance à Monsieur Yann Hallier, à Madame Valérie Alexandre et à Madame Anne-Lise Bohmke, infirmier(e)s en pratique avancée, pour le partage inspirant de leur expérience et de leur savoir d'IPA, lors de mes stages.

Ma profonde gratitude va également aux Docteurs Laurent Lauwerier, Robert Jeanson, Christophe Versaevel et Frédéric Tison. Je les remercie de m'avoir généreusement accordé de leur temps, et d'avoir partagé avec moi leur expertise, leur expérience et leur confiance.

Je tiens à remercier chaleureusement Madame Anne Jainta, ma directrice, pour m'avoir permis de réaliser ces études d'IPA et pour son soutien tout au long de celles-ci. Merci aussi à Madame Catty Romefort, pour son soutien, notamment dans toutes les nombreuses démarches administratives, où son aide m'a été si précieuse.

Je remercie également l'ensemble de l'équipe de la Clinique Marie Savoie, qui a pallié mes nombreuses absences et soutenu durant ces deux années.

Je tiens ensuite à exprimer ma plus grande gratitude et mon profond respect, à l'ensemble des professionnels qui, en m'accordant leur confiance, ont accepté de témoigner dans ce travail de recherche. Participer aux entretiens, souvent sur votre temps

personnel, le soir, les weekends, parfois lors de vos congés, symbolise, si besoin était, la force de votre engagement. Sans votre contribution, ce travail n'aurait pas été possible. J'espère qu'il pourra participer à mettre en lumière, vos compétences si précieuses.

Enfin, merci à tous mes proches, et plus que tout à toi, Catherine. Ta patience, ton soutien et tes encouragements m'ont porté durant ces deux années d'étude, comme ils l'ont fait tout au long de ces trente-cinq dernières années.

Sommaire

1	Introduction	9
1.1	Contexte et problématique	9
1.1.1	Présentation générale du contexte de la psychiatrie et de ses enjeux actuels	9
1.1.2	Emergence du paradigme du rétablissement en psychiatrie	12
1.1.3	L'essor de la réhabilitation psychosociale comme nouvelle approche des soins de psychiatrie	14
1.1.4	Positionnement de la recherche	15
1.1.5	Problématique	17
1.1.6	Question de recherche	19
1.2	Cadre conceptuel pour l'étude	19
1.2.1	Le rétablissement	19
1.2.2	La réhabilitation psychosociale	26
1.2.3	La posture de soin dirigée vers le rétablissement	29
1.2.4	Synthèse des connaissances en lien avec le positionnement recherche	37
1.3	Hypothèses de recherche	41
1.3.1	Hypothèse de départ	41
1.3.2	Hypothèses secondaires	41
2	Méthodologie	42
2.1	Type de recherche :	42
2.2	Méthodes de collecte de données	42
2.2.1	Positionnement méthodologique	42
2.2.2	Adéquation de l'approche qualitative à la nature du sujet	42
2.2.3	Exploration en profondeur et compréhension du processus	42
2.2.4	Démarche d'analyse et objectifs	43
2.2.5	Méthode de recherche	43
2.2.6	Type de méthodologie	43
2.3	Participants	47
2.3.1	Procédure d'échantillonnage	47
2.4	Méthodologie d'analyse envisagée	50
2.4.1	L'analyse thématique	50

3	Résultats et analyses	51
3.1	Présentation des résultats quantitatifs des données sociodémographiques des participants.....	51
3.1.1	Nombre de répondants	52
3.1.2	Durée des entretiens.....	52
3.1.3	Genre des répondants	52
3.1.4	Age des répondants.....	53
3.1.5	Ancienneté du diplôme infirmier	54
3.1.6	Répartition des fonctions des répondants	55
3.1.7	Ancienneté et expérience en réhabilitation psychosociale des répondants	55
3.1.8	Formations identifiées comme principales par les répondants	56
3.1.9	Département d'exercice des répondants.....	57
3.1.10	Type de structure d'exercice des répondants.....	57
3.2	Résultats et analyse des principaux thèmes et sous-thèmes, identifiés dans nos différentes catégories	58
3.2.1	L'influence de la formation, sur l'appropriation d'une posture d'accompagnement orientée rétablissement.....	58
3.2.2	L'influence du parcours et de l'expérience professionnelle, sur l'appropriation d'une posture d'accompagnement orientée rétablissement	62
3.2.3	L'influence du cadre de travail et de la dynamique institutionnelle sur l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement.....	69
3.2.4	L'influence de la transmission entre professionnels sur l'appropriation de la posture	81
3.2.5	L'influence du vécu personnel sur la posture professionnelle.....	85
3.2.6	L'influence de caractéristiques individuelles du professionnel dans l'acquisition d'une pratique orientée rétablissement.....	88
4	Discussion.....	95
4.1	Discussion autour de la méthodologie, de l'échantillon et des limites	95
4.1.1	Discussion sur la méthodologie	95
4.1.2	Discussion sur les limites possibles de l'échantillon	96
4.1.3	Discussion autour des limites possibles de l'étude.....	97
4.2	Confrontation des résultats et de leur analyse, aux hypothèses	98
4.2.1	Hypothèses secondaires :.....	98
4.2.2	Thème émergent des entretiens : l'influence de caractéristiques individuelles du professionnel dans l'acquisition d'une pratique orientée rétablissement	121
4.2.3	Discussion autour de l'hypothèse de départ.....	123

4.3	Confrontation des résultats avec la littérature existante	126
4.3.1	Liens de résultats avec travaux ANAP	126
4.3.2	Liens des résultats avec l'observatoire du rétablissement.....	129
4.3.3	Liens avec <i>Quality rights</i>	130
4.3.4	Liens des résultats avec l'approche du programme Refocus	132
4.3.5	Stigmatisation et posture des professionnels de santé : analyse croisée des résultats de l'étude et de la littérature	133
4.3.6	L'espoir comme moteur de changement	138
4.3.7	Liens des résultats obtenus avec des concepts généraux de la sociologie et la psychologie sociale	140
4.3.8	Corrélations identifiées entre les résultats de l'études et les concepts clés des sciences infirmières, en liens avec la posture de soin orientée rétablissement .	145
4.3.9	Confrontation des résultats de l'étude avec le modèle transthéorique (MTT)	149
4.4	Apport de la recherche :.....	152
4.4.1	Contribution de la recherche à la connaissance sur le sujet.....	152
4.4.2	Les limites identifiées de la recherche	168
4.4.3	Discussion des implications théoriques et pratiques des résultats	169
4.5	Ouverture et perspectives.....	177
4.5.1	Pistes pour de futures recherches.....	177
4.5.2	Questions restantes à la suite de l'étude.....	180
5	Conclusion	182
	Bibliographie	187
	Ouvrages de référence.....	200
	Articles de revues spécialisées :.....	202
	Mémoires.....	207
	Sites Internet	207
	Liste des annexes	213

Liste des sigles utilisés

AERES : Auto-évaluation des ressources
AFRC : Association Francophone de Remédiation Cognitive
ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance des structures sanitaires et médicosociales
ASFF : Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces
BEP : Bilan Educatif Partagé
CAM : Consultation d'Aide Méthodologique
CDPH : Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées
CESE : Conseil Economique Social et Environnemental
CFP : Congrès Français de Psychiatrie
CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté
CHIME : *Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment*
CRR : Centre Ressource de Réhabilitation psychosociale
CSP : Code de la Santé Publique
DGOS : Direction Générale de l'Offre de Soins
DU : Diplôme Universitaire
EBM : *Evidences-Based Medecine*, médecine fondée sur les données probantes
EBN : *Evidences-Based Nursing*, soins infirmiers fondés sur des données probantes
EBP : *Evidences-Based Practice*, pratique fondée sur des données probantes
EHS : Entrainement des Habiletés Sociales
ELADEB : Echelle Lausannoise d'Auto-évaluation des Difficultés Et des Besoins
EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale
ET : Ecart Type
ETP : Education Thérapeutique du Patient
FHF : Fédération Hospitalière de France
FNESI : Fédération Nationale des Étudiant(e)s en Sciences Infirmières
GEM : Groupe d'Entraide Mutuel
IDE : Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INSPIRE : *INDicators of Support for Personal Recovery*
IPA : Infirmier(e) en Pratique Avancée
ISP : Infirmier(e) de Secteur Psychiatrique
MTT : Modèle Trans Théorique du changement

NIHR : *National Institute for Health Research*
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
PRA : *Psychiatric Rehabilitation Association*
PSI : Plan de Suivi Individualisé
PTA : Plateforme Territoriale d'Appui
RPS : Réhabilitation psychosociale
RSA : *Recovery Self-Assessment*
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SCMH : Centre de recherche sur la santé mentale
SPF : Santé Publique France
STORI : *Stage of Recovery Instrument*
TAD : Tache à domicile
TAQ : Tache au quotidien
TCC : Thérapie Comportementale et Cognitive
UE : Unité d'Enseignement
UNAFAM : Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées
psychique
USIP : Unité de Soins Intensifs de Psychiatrie
VBM : *Values Based Medecine* (médecine fondée sur les valeurs)
WAPR : *World Association for Psychosocial Rehabilitation*

1 Introduction

1.1 Contexte et problématique

1.1.1 Présentation générale du contexte de la psychiatrie et de ses enjeux actuels

Depuis plusieurs années, les demandes de soins à la suite de troubles psychiatriques et de santé mentale, augmentent constamment (1), une tendance accentuée par la crise sanitaire de la COVID-19 (2).

Un rapport de l'Assemblée nationale, à la suite d'une mission d'information sur la prise en charge des urgences psychiatriques, publié le 11 décembre 2024 (3), est venue confirmer ce constat d'augmentation de demandes de soins en France, dans un contexte de dégradation de l'offre de soins en santé mentale.

Il y est indiqué que :

- Près de 13 millions de Français, soit 1 personne sur 5, est touchée par la maladie mentale ou par des troubles psychiques.
- En 2021, 13,3% des 18-75 ans ont présenté un épisode dépressif au cours des douze derniers mois.
- La santé mentale de la population se détériore, avec l'apparition de troubles nouveaux liés par exemple à l'usage des réseaux sociaux ou à la crise climatique.
- La détresse psychique des jeunes, particulièrement des jeunes filles, atteint des proportions inquiétantes, où chez les 18-24 ans, la prévalence des épisodes dépressifs a presque doublé en passant de 11,7% en 2017 à 20,8% en 2021. Les hospitalisations liées à un geste auto-infligé chez les jeunes femmes de 10 à 19 ans, ont augmenté de 133% depuis 2020 et de 570% depuis 2007.

Cela s'est traduit par une augmentation de la consommation de psychotropes, notamment pour les personnes jeunes. En 2023, 936 000 jeunes de 12 à 25 ans ont bénéficié du remboursement d'au moins un psychotrope, soit 144 000 de plus qu'en 2019 (+18%). Cette hausse touchant à nouveau particulièrement les jeunes femmes (4).

Avoir un trouble psychique, n'est pas sans conséquences sur la trajectoire de vie des personnes qui en souffrent et a un impact majeur sur l'espérance de vie des personnes qui en sont concernées. Les personnes atteintes de troubles psychiques sévères voient, en effet, leur espérance de vie réduite de 10 à 20 ans (5)(6)(7) par rapport à la population générale et la première cause de mortalité chez les 15-35 ans, est le suicide.

Il s'ajoute à ce terrible constat humain, un coût économique et social qui est considérable. En 2023, le coût total lié à la santé mentale, atteignant près de 163 milliards d'euros (8), contre 109 milliards d'euros en 2012. Soit une augmentation de 50%. Les maladies psychiatriques représentent ainsi le premier poste de dépenses pour l'assurance maladie (26,2 milliards d'euros, soit 14% des dépenses), devant toutes les autres disciplines médicales.

Avec une augmentation de 21% des passages dans leurs services, pour motif psychiatrique entre 2019 et 2023, totalisant 566 000 consultations (3), les services d'urgences sont devenus le principal point d'entrée dans le système de soins psychiatriques, alors qu'ils sont en plus confrontés, à une forte saturation, en accueillant de nombreuses personnes, en raison de la difficulté croissante pour elles, à accéder à un médecin généraliste ou à un spécialistes (9).

Le secteur de la psychiatrie, fait lui-même, face à une crise dans ses moyens, ainsi que dans son organisation et son offre de soins.

Si le « virage ambulatoire » nécessaire de la psychiatrie, a conduit à une réduction de près de 8 800 lits d'hospitalisation fermés depuis 2008 (10), elles n'ont été compensée que par la création de 2000 places en ambulatoire.

Récemment deux rapports, de l'Assemblée Nationale en décembre 2024 (11) et de la Fédération Hospitalière de France (FHF) en mars 2025 (12), confirment ces difficultés persistantes d'accès aux soins, avec des délais d'attente importants et une organisation des parcours jugée trop complexe et fragmentée.

Les délais d'accès aux CMP, souvent de plusieurs mois, a conduit à une offre de soins psychiatriques qui apparaît insuffisante, complexe et peu lisible pour les usagers, favorisant un renoncement ou un retardement dans l'accès aux soins.

Dans un chapitre de son rapport sur la Sécurité sociale de 2024 intitulé « La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes » (13), la Cour des comptes analyse la fermeture de lits comme une stratégie volontariste dont les effets ont été effectivement mal évalués. Selon ce rapport, si le virage ambulatoire a pu constituer un progrès, les fermetures de lits ont aussi « été subies », parfois en raison du manque de personnel. Une part significative des fermetures de lits étant directement liée au manque de soignants.

La pénurie de professionnels, notamment de psychiatres, aggrave en effet la situation. Le taux de vacance des postes de psychiatre, en 2023, atteignait en moyenne 30 % et jusqu'à 40 % dans près de la moitié des établissements publics de santé mentale et 60% pour les pédopsychiatre (14).

La relève, elle aussi, s'annonce difficile, où 67 des 547 places d'internat en psychiatrie sont restées non pourvues en 2023, après l'ECM (l'Examen Classant National) (15), soulignant le manque actuel d'attractivité de la psychiatrie pour les jeunes médecins.

La profession infirmière n'est pas non plus épargnée dans ce contexte, avec 10 % des étudiants qui abandonnent les études dès la première année. Un chiffre qui avait déjà triplé en 10 ans et où l'intention d'abandonner leurs études, est passée de 59% en 2022, à 77% en 2024 (Rapport 2025 de la FNEI : Fédération Nationale des Étudiant(e)s en Sciences Infirmières de 2024) (16).

Les personnes concernées par un trouble psychique, dénoncent aussi de leur côté, de longs délais d'attente, des « déserts psychiatriques » et des disparités territoriales dans l'offre de soins.

Elles réclament de plus, en toute légitimité :

- Le respect de leurs droits et de leur dignité, avec l'arrêt des mesures coercitives (isolement, contention), et une participation aux décisions en étant associé aux choix thérapeutiques de ne plus subir passivement les décisions médicales (17).
- Que le modèle de soin, ne soit plus purement biomédical, centré sur le symptôme et la médication, mais orienté vers le rétablissement (18) .
- Qu'il y ait plus d'informations et d'alternatives à la médication, avec un accès facilité à d'autres formes de thérapies (psychothérapies, approches corporelles, etc.) (19).
- Que la lutte contre la stigmatisation soit renforcée et que les institutions de soin soient des lieux de déstigmatisation et non des lieux qui la renforcent (20) (21).

Les proches de personnes concernées (baromètre 2023 de l'UNAFAM) font ce même bilan d'une difficulté persistante d'accès aux soins (22), où 64% estiment qu'avoir un rendez-vous avec un psychiatre ou un psychologue « relève du parcours du combattant ». Ils estiment que les conditions d'hospitalisations se sont dégradées, avec un recours fréquent à des mesures d'isolement et de contention (23). Il persiste, selon eux, un manque d'informations et de collaboration des professionnels avec les familles, ainsi qu'une limitation, voire une interdiction, des visites.

Ce constat est confirmé par le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), qui alerte, lui aussi, dans son rapport de 2024 (24), sur les grandes difficultés des nombreux services de soins psychiatriques en France. Il souligne des manquements importants en matière de personnel, de droits des personnes hospitalisées en psychiatrie et de recours aux mesures restrictives.

Ce rapport met en effet en lumière, une crise persistante qui affecte directement les droits fondamentaux des personnes hospitalisées dans les établissements psychiatriques. Il signale la persistance de « pratiques humiliantes », notamment dans les unités de soins intensifs de psychiatrie (USIP), comme le port obligatoire du pyjama dans certains établissements, des isolements et des contentions mises en œuvre sans visée thérapeutique claire et dans des conditions qui ne respectent pas la dignité des personnes : « ce n'est pas tant le soin qui est intensif, mais la contrainte, qui se caractérise par une organisation quasi-carcérale, des règles de vie strictes, incluant l'interdiction de circuler et la privation des objets personnels. » (24)

Ce tableau de l'état du milieu de la psychiatrie en France, peut paraître effrayant et même parfois accablant.

Il cache pourtant, en son sein, une démarche de fortes transformations, qui est progressive mais qui s'inscrit de manière profonde et durable.

Cette démarche a été entamée depuis plusieurs années dans son approche des soins, avec de nombreux progrès déjà réalisés, dans le cadre de ce qui est nommé, à ce jour, par « la réhabilitation psychosociale » (RPS), elle-même portée par le concept de rétablissement.

1.1.2 Emergence du paradigme du rétablissement en psychiatrie

Le concept de rétablissement est un changement de paradigme dans les soins en psychiatrie. Il est considéré aujourd'hui comme étant le modèle de référence, qui doit guider et orienter les pratiques de soins, vers plus d'efficacités et d'éthique en psychiatrie (25).

En effet, malgré des défis persistants (26) (27), un consensus se dessine depuis plusieurs années en psychiatrie autour de la notion de rétablissement (28) et de son intégration dans les pratiques professionnelles.

Les mouvements des usagers (29) (30) et de leurs proches, ont joués un rôle déterminant dans l'émergence de ce nouveau paradigme centré sur le rétablissement personnel (31) . Ce mouvement constitue une évolution conceptuelle majeure, qui s'écarte d'une vision historiquement pessimiste en psychiatrie, quant à la possibilité de se rétablir d'un trouble psychique sévère (32). En effet, l'approche traditionnelle, influencée notamment par la conception « kraepelinienne » de la schizophrénie (33), considérait souvent le pronostic

des troubles psychiques sévères comme menant inéluctablement à une détérioration clinique, fonctionnelle, sociale, sans perspective de rétablissement et encore moins de guérison.

Jusqu'à encore assez récemment, la notion de « rétablissement » était appréhendée, par les professionnels de santé, sous un angle principalement médical. Il était associé uniquement à la notion de « rétablissement clinique », souvent assimilée à la rémission symptomatique ou fonctionnelle, voire à un simple retour à un état antérieur à la maladie (32).

Les objectifs de prise en charge se focalisaient alors surtout sur la réduction des symptômes et la stabilisation clinique, avec peu d'intérêts, vis-à-vis des répercussions fonctionnelles des troubles dans le quotidien et la qualité de vie des personnes soignées.

Un tournant significatif s'est amorcé à partir de la fin des années 1980. Ce tournant a été impulsé, très largement, par les mouvements d'usagers (34) et les « survivants de la psychiatrie », tels qu'ils se nommaient (35), notamment dans les pays anglo-saxon.

Ils ont contesté la vision fataliste qu'on associait à leur devenir, revendiquant une approche plus optimiste, avec le droit de reprendre en main leur destin, afin de mener une vie à laquelle ils aspirent, malgré la persistance ou on de certains troubles.

Cette mobilisation a été à l'origine de l'émergence du concept du rétablissement personnel (*personal recovery*), se distinguant nettement de la seule guérison clinique ou de la simple notion de rémission (36).

L'émergence et la reconnaissance croissante du paradigme du rétablissement en psychiatrie, constituent ainsi un tournant décisif dans l'approche des soins, lui ouvrant la voie à une nouvelle ère (32). Cette reconnaissance a permis de poser de nouvelles bases en psychiatrie, en redéfinissant un cadre conceptuel et éthique des soins et en réorientant l'élaboration des politiques de santé et de pratiques cliniques, vers des soins plus centrés sur le respect de la personne.

Pour cela les soins doivent viser à être porteur d'espoir pour les personnes concernées par un trouble psychique. Ils doivent s'appuyer sur des pratiques qui favorisent l'autodétermination et le pouvoir d'agir de la personne (empowerment), dans une dynamique citoyenne, dirigée le plus possible vers le milieu ordinaire (37) .

C'est cette perspective du rétablissement qui fournit la philosophie et les objectifs, qui guident les orientations et la pratique de la réhabilitation psychosociale (RPS).

1.1.3 L'essor de la réhabilitation psychosociale comme nouvelle approche des soins de psychiatrie

La réhabilitation psychosociale a émergé dans les années 70, principalement aux Etats-Unis, et s'est concrétisée avec la naissance en 1975, de l'association pour la réhabilitation psychiatrique (*Psychiatric Rehabilitation Association : PRA*). Elle s'est ensuite développée au niveau international, pour aboutir à la création de l'association mondiale pour la réhabilitation psychosociale (*WAPR : World Association for Psychosocial Rehabilitation*).

La RPS est arrivée en France au début des années 2000, mais sa plus large diffusion a été plus tardive.

C'est à la suite de l'émergence de la pression des associations d'usagers et de proches d'usagers, de la mobilisation de leaders scientifiques (comme le Professeur Nicolas Franck) et sous l'impulsion de rapports officiels (38) (39) (40), que la France a commencé à intégrer progressivement les principes et les outils de la réhabilitation psychosociale dans son offre de soins, notamment par plusieurs plans de santé mentale successifs (41) (37) (42). Le terme de « réhabilitation psychosociale », lui n'est apparu qu'en 2017 dans le décret du 27 juillet 2017 (43) , pris en application de la loi de modernisation du système de santé de 2016 (44), qui impose de prévoir « l'accès à des soins de réhabilitation psychosociale » dans le cadre du projet territorial de santé mentale (PTSM).

La réhabilitation psychosociale vise deux objectifs principaux : participer au processus de rétablissement de la personne concernée par un trouble psychique sévère et faciliter son inclusion sociale (45) .

Pour cela il est nécessaire de disposer de suffisamment d'outils de soins efficaces, basés principalement sur des données probantes (*EBP : Evidence Based Practice*), afin de pouvoir répondre de manière personnalisée, aux besoins et aux difficultés rencontrées par les personnes et ceci au-delà des symptômes et de la maladie

Le développement des outils de soins, s'est ainsi appuyé principalement sur les avancées dans le milieu des neurosciences, des sciences cognitives, de l'imagerie médicale et de la génétique. Ils ont ainsi facilité la compréhension des troubles psychiques et de leurs répercussions possibles dans le quotidien des personnes concernées, permettant d'ouvrir la voie à de nouvelles applications cliniques (46).

Cela a permis l'émergence d'outils de soins, toujours en constante évolution, comme les programmes de remédiation cognitive, d'Education Thérapeutique du Patient (ETP), de psychoéducation des proches, d'entraînement aux compétences sociales, d'approches

thérapeutiques de type TCC (Thérapie Comportementale et Cognitive) et de programmes d'aide à l'insertion professionnelle (47).

Cependant l'efficacité des soins en réhabilitation psychosociale ne repose pas uniquement sur l'utilisation d'outils validés scientifiquement, elle dépend tout autant de la posture de soin adoptée par le professionnel (48).

Cette posture, qui vise à favoriser le rétablissement et l'inclusion sociale à chaque étape du suivi, est un prérequis indispensable à l'efficacité de ces outils. La posture de soin du professionnel de santé pouvant favoriser mais aussi entraver le processus de rétablissement de la personne qu'elle soigne (49) .

1.1.4 Positionnement de la recherche

Afin de faciliter la lecture et de ne pas alourdir le texte de cette étude, nous avons fait le choix d'employer le masculin comme genre neutre pour désigner l'ensemble des professionnels infirmiers et IPA, quel que soit leur genre.

Mon parcours professionnel s'est orienté vers la psychiatrie à la fin de l'année 2000, après avoir exercé durant deux ans en Service d'Accueil des Urgences (SAU), à la suite de l'obtention de mon diplôme d'état d'infirmier (IDE).

J'ai fait mes débuts dans une unité d'admission fermée à l'EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) d'Armentières, où mes premiers temps se sont avérés complexes. A mon arrivée en psychiatrie, mon approche des soins, acquis aux urgences, m'a été peu utile et je me suis rapidement heurté à mon manque de connaissances et d'expériences dans cette spécialité de la médecine. Il a alors émergé très rapidement un besoin évident de me former plus spécifiquement à la prise en soin en psychiatrie.

C'est en faisant part de mes difficultés avec mon cadre de l'époque, que celui-ci m'a orienté vers une formation dont il avait entendu parler. Il s'agissait d'une nouvelle formation et de son propre aveu, il ne savait pas vraiment de quoi il s'agissait, mais que cela semblait prometteur.

Il s'agissait d'une formation à la réhabilitation psychosociale (RPS). Je l'ai débuté en 2002 et elle s'est déroulée sur deux années.

Elle était animée par le docteur Guy Deleu (alors psychiatre à Charleroi) et Monsieur. Jérôme Favrod (infirmier spécialiste clinique en santé mentale à Lausanne).

L'approche en RPS m'était alors complètement inconnue.

Le docteur Guy Deleu et Monsieur Jérôme Favrod, se sont avéré être des modèles pour moi. Ils étaient, de par leur savoir être, leurs connaissances et leur humilité, l'illustration des principes de la réhabilitation psychosociale, que je découvrais alors. J'ai pu constater

au cours de ces deux années de formation, qu'ils ne faisaient pas uniquement que présenter un modèle conceptuel de soins, ils l'incarnaient.

J'y ai alors découvert qu'il était possible de s'appuyer sur des données probantes (*EBM : Evidences Based Medecine*) et des méthodes d'interventions probantes en psychiatrie (*EBP : Evidences Based Pratique*), tout en respectant l'individualité et l'identité de chaque personne accompagnée (*VBM : Values Based Medecine*).

Cette rencontre et les enseignements théoriques qui en ont découlé, ont fondé ma pratique actuelle. Ils m'ont apporté le socle sur lequel j'ai pu construire, pas à pas, mon approche du soin et l'orientation que je voulais lui donner.

C'est également lors de cette formation (en 2002) que j'ai entendu parler pour la première fois de la notion de « rétablissement » et de son approche positive en psychiatrie, fondée sur un espoir réaliste. Se rétablir d'un trouble psychique sévère et même guérir d'un trouble psychique sévère étaient possibles.

Ces simples notions étaient alors aux antipodes de mes croyances de l'époque et de ce qui m'avait été jusqu'alors transmis. Ce changement de paradigme, autour de notions finalement assez simples, mais disruptives avec ce que je tenais pour certain à l'époque, a profondément modifié mes croyances vis à vis des personnes concernées par un trouble psychique et du rôle que nous pouvions avoir en tant que soignant, afin de faciliter leur processus de rétablissement.

Mais le changement de vision pour moi est allé au-delà. L'expertise de Jérôme Favrod, son engagement, ses travaux et sa posture en tant qu'infirmier, ont alors fortement participé à changer le regard que je portais sur ma propre profession. Que ce soit autour des compétences spécifiques que nous pouvions avoir, des perspectives qui pouvaient y être attachées et sur l'autonomie à laquelle nous pouvions aspirer, son approche était très différente de ce qui m'avait été alors enseigné et montré jusqu'alors.

Cette formation a profondément et durablement posé les bases de ma pratique. Cependant je me souviens ne pas avoir constaté cet effet sur les autres participants. Certains collègues, bien qu'ayant suivi la même formation que moi, au même moment, avec les mêmes intervenants, m'ont semblé peu réceptifs aux contenus et à l'approche humaniste proposée par les formateurs.

De retour dans les services, la formation n'avait manifestement pas induit de changements visibles dans leur pratique. Leur manière d'accompagner les personnes et leur posture soignante restants, de toute évidence, inchangées.

Je me souviens m'être déjà alors questionné, sur ce qui pouvait expliquer ce décalage et sur ce qui pouvait expliquer cette différence de vécu, alors que nous avions suivi la même formation durant ces deux années. Était-ce lié à moi, à eux ou à d'autres facteurs ?

J'ai rapidement mis de côté cette question et j'ai continué à me former, à diversifier ma pratique, principalement autour des différents outils de soins en RPS, ainsi qu'à des approches thérapeutiques complémentaires.

Depuis 2017, j'accompagne des professionnels de réhabilitation psychosociale, dans le cadre de mes missions d'infirmier de coordination en RPS. J'interviens aussi ponctuellement lors de formations initiales à la philosophie du rétablissement. L'objectif principal étant d'aider les professionnels de santé, à intégrer les outils de la RPS, les démarches d'évaluation qui y sont associées, mais surtout, d'essayer de participer à amener une réflexion autour des pratiques pouvant faciliter le processus de rétablissement des personnes qu'ils accompagnent. C'est là que m'est revenue cette question.

Au fil de ces expériences, que ce soit en formation ou en accompagnement d'équipes pluridisciplinaires, j'ai retrouvé cette forte hétérogénéité dans l'adhésion des professionnels à ce changement de paradigme en santé mentale. L'intégration effective de cette approche dans la pratique clinique quotidienne s'avérant manifestement nettement plus aisée pour certains participants que pour d'autres.

Cette variabilité dans l'appropriation de ce changement de paradigme et même des résistances parfois constatées, ont soulevé, à nouveau, la question de l'origine et de ses causes possibles.

Bien que les facteurs expliquant ces différences d'appropriation soient manifestement multiples, est-il possible de les identifier et de les mettre en lien plus clairement ?

1.1.5 Problématique

Le champ de la psychiatrie contemporaine est donc traversé par un impératif d'évolution, marquant le besoin d'une transition d'un modèle centré sur la réduction des symptômes, vers une approche globale axée sur la personne, ses aspirations et sa qualité de vie.

Alors que l'usage d'outils de soins spécifiques demeure majoritairement l'apanage des centres de réhabilitation psychosociale, la posture professionnelle qui y est associée concerne, quant à elle, l'ensemble des professionnels en psychiatrie.

Or, l'appropriation de cette posture n'a rien d'anodin. Elle implique pour le professionnel d'opérer un changement de paradigme complet dans son approche, ce qui peut générer des résistances tant individuelles, qu'institutionnelles.

Alors comment accompagner cette dynamique de changement et quelle place peut avoir l'IPA pour soutenir cette démarche ?

L'enjeu étant de pouvoir proposer aux personnes concernées par un trouble psychique, un accompagnement par des professionnels qui puisse être, dans leur posture de soins, le plus en phase avec les facteurs pouvant favoriser le processus de rétablissement et ceci dans le respect des attentes des usagers (50).

Nous avons, de ce fait, choisi pour ce travail de recherche, d'approfondir la compréhension des facteurs pouvant influencer chez les infirmiers exerçant en psychiatrie, l'appropriation d'une posture de soin en faveur du processus de rétablissement.

L'objectif est, à terme et plus particulièrement dans le cadre des missions de l'Infirmier en Pratique Avancée (IPA), de mieux comprendre comment proposer un accompagnement optimal aux équipes de soins, dans le cadre de cette démarche de transformation, tout en respectant les valeurs, les convictions et les pratiques déjà existantes des soignants.

La conception et la mise en œuvre de telles stratégies relevant des compétences attendues d'un IPA (51), notamment en matière de leadership clinique, d'éthique, d'EBP et d'accompagnement au changement.

À ce jour, la littérature scientifique ne fournit pas de documentation spécifique sur les facteurs pouvant favoriser chez les soignants, l'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement.

Des travaux existent, comme l'étude quantitative menée par l'observatoire du rétablissement, via l'outil RSA : *Recovery Self Assessment*, (annexe 1), qui explore les facteurs favorisant une démarche orientée rétablissement au niveau d'une structure.

Mais aucune étude, à notre connaissance, ne s'est spécifiquement attachée à explorer, que ce soit dans une démarche qualitative ou même quantitative, ce qui peut aider un professionnel de santé, notamment infirmier, à adopter dans sa posture de soins, ce changement de paradigme autour du rétablissement.

1.1.6 Question de recherche

Ainsi, notre problématique s'énonce de la manière suivante :

« Quels sont les facteurs pouvant favoriser, chez les infirmiers, l'acquisition d'une posture d'accompagnement propice au développement du processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique ? »

1.2 Cadre conceptuel pour l'étude

Afin de mener cette étude, nous nous baserons sur plusieurs bases conceptuelles, que nous proposons de détailler.

1.2.1 Le rétablissement

A) Définition

Le paradigme du rétablissement a redéfini les contours de la santé mentale moderne.

En déplaçant le focus des soins, traditionnellement centrés sur la pathologie, vers un parcours d'autodétermination porteur d'espoir, il a engendré une transformation majeure des pratiques de soins. Cette approche a constitué ainsi une avancée significative et une rupture avec le modèle psychiatrique classique.

Toutefois, sa définition peut faire encore débats. En effet, si l'importance du rétablissement est aujourd'hui largement admise, sa définition précise et ses modalités d'application sont encore parfois sujets à discussion pour deux raisons principales.

La première explication que nous pouvons avoir, tient à la nature même du concept. Le rétablissement est une expérience subjective, personnelle et non linéaire. Si bien que toute définition rigide serait par nature restrictive. Les conceptualisations actuelles proviennent d'ailleurs essentiellement de l'analyse des récits de vie des personnes concernées. Même si cela souligne la valeur du savoir expérientiel et du caractère unique de chaque parcours, sa définition réelle ne peut donc appartenir qu'à chaque personne concernée.

La seconde raison possible réside dans sa dimension transdisciplinaire. Ses implications dépassent largement le champ de la psychiatrie, en rejoignant des enjeux éthiques, sociaux et politiques, qui interrogent ainsi la place de la personne concernée par un handicap psychique, au sein du système de soins et de la société.

Pour notre étude, la définition principale du rétablissement que nous retiendrons est celle de William Anthony (1993), pour qui le rétablissement est « un processus profondément

personnel, unique et singulier de transformation de ses attitudes, de ses valeurs, de ses sentiments, de ses buts, de ses compétences et de ses rôles » , où il s'agit d'« une façon de vivre une vie satisfaisante, prometteuse et utile, en dépit des limites causées par la maladie » (52).

Le rétablissement, tel qu'il est entendu à ce jour dans la littérature scientifique, est donc un processus profondément personnel et unique. William Anthony (1993) (53) le décrit comme une transformation des attitudes, des valeurs, des sentiments, des buts, des compétences et des rôles. Il s'agit de la quête d'une vie satisfaisante, porteuse d'espoir et utile, malgré les limitations imposées par la maladie.

Le rétablissement consiste, pour la personne vivant avec un trouble psychique, à redonner un sens et potentiellement une nouvelle direction à son existence, malgré les difficultés et les répercussions possibles des troubles dans son quotidien.

Nous nous appuyons aussi sur l'apport des travaux de Patricia Deegan, autour de la notion de rétablissement. Pionnière du mouvement des usagers depuis les années 1990, psychologue, chercheuse américaine et qui a elle-même reçu un diagnostic de schizophrénie à l'âge de 17 ans.

Patricia Deegan estime que le rétablissement ne signifie pas une absence de vulnérabilité, mais plutôt une nouvelle manière de vivre avec celle-ci.

Pour elle (1988) : « Le rétablissement, c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limites et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser ces limites être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à toutes les choses que je peux faire » (54).

Le rétablissement est considéré comme un processus : « Le rétablissement est un processus et non un point final ou un résultat. Se rétablir ne veut pas dire que l'on est « guéri » ou simplement dans un état stable. Le rétablissement est un processus de transformation au cours duquel on accepte ses limites et découvre en soi tout un potentiel de nouvelles possibilités. ». Patricia Deegan, (55)

Ce processus n'est pas linéaire : « Ce n'est pas un voyage en parfaite ligne droite. Il y a des périodes de progrès rapides et d'autres de revers décevants. Il y a des périodes où l'on se contente de vivre, de rester tranquille, de se reposer, de se réorganiser. Chaque parcours de rétablissement est unique. Chaque personne doit trouver ce qui fonctionne

pour elle. Cela veut dire que nous devons avoir l'occasion d'oser quelque chose, de faire fausse route et d'essayer à nouveau. » Patricia Deegan, (55).

La notion de rétablissement s'oppose ainsi radicalement à la vision historiquement pessimiste de la maladie mentale. Elle rompt notamment avec le concept kraepelinien de la schizophrénie, qui la définissait comme une pathologie à la trajectoire invariablement déclinante, sans réel espoir d'amélioration (56) .

Les symptômes et l'aspect médicamenteux sont bien sûr importants à prendre en compte, car ils sont souvent source de mal être et de souffrance. Bien que leur association soit souvent observée dans la littérature (57), une distinction importante est faite dans la notion de rétablissement, entre le rétablissement clinique et le rétablissement personnel.

En effet, selon les personnes concernées par un trouble psychique, la diminution ou la disparition des symptômes n'est pas un indicateur suffisant pour se considérer comme rétablies ou non (58).

Il est important de souligner que seule la personne elle-même concernée par un trouble psychique est aux commandes de ce processus intime, qu'est le rétablissement et qu'elle seule peut le définir (45).

Il est cependant possible en tant que soignant, d'aider la personne à avancer dans son processus de rétablissement. Connaître les différentes dimensions théorisées autour de celui-ci peut donner un éclairage sur les domaines où il nous est possible d'apporter notre aide.

B) Les 4 dimensions du rétablissement

Dans cette étude, le terme « rétablissement » désignera principalement sa dimension personnelle chez les personnes concernées par un trouble psychique sévère.

Toutefois, cette dimension centrale interagit constamment avec trois autres domaines, l'ensemble formant un système où chaque domaine est interdépendant.

Le parcours de rétablissement est ainsi caractérisé par son processus multidimensionnel, dynamique, individuel, unique et souvent non-linéaire.

Quatre dimensions sont retrouvées dans le rétablissement, selon Franck (2021) (59), toutes interdépendantes entre elles :

- Le rétablissement clinique : désigne la maîtrise des symptômes, qu'il s'agisse de leur rémission complète ou de leur atténuation significative. Il repose sur la synergie entre des approches pharmacologiques et psychosociales. Aujourd'hui, le rétablissement clinique a été repositionné : il n'est plus la finalité du parcours, mais plutôt une étape importante car souvent source de mal-être et de souffrance. Il constitue donc toujours

une dimension importante à prendre en compte mais n'est plus au centre de la notion de rétablissement.

- Le rétablissement fonctionnel : il concerne l'appropriation ou la réappropriation de ses capacités et des possibles limitations. Cette dimension prend en compte la capacité à faire face concrètement, de manière satisfaisante aux situations de la vie quotidienne et à faire des choix éclairés.
- Le rétablissement social : Il fait référence à l'amélioration de la qualité de vie et à l'insertion dans la communauté. Il implique de trouver, ou de retrouver, un accès à la citoyenneté, aux relations sociales, au logement, à des ressources, à l'emploi (si c'est le projet de la personne) et à des loisirs qui ont du sens pour la personne.
- Le rétablissement personnel : Est à ce jour l'objectif principale de toute action dans le domaine de la santé mentale. Il est subjectif, singulier et se traduit par le sentiment qu'a la personne d'être rétablie. Il englobe l'importance de retrouver du sens à l'existence, un bien-être mental, une identité positive, le renforcement du pouvoir d'agir et de décider (empowerment) et la capacité à retrouver et à maintenir un sentiment d'espoir.

Figure 1 :



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

Tableau 1 :

Dimensions	Caractéristiques
Rétablissement personnel	Sens de l'existence Bien-être mental Dépassement de la stigmatisation et de l'autostigmatisation Renforcement du pouvoir d'agir (<i>empowerment</i>) : prise de décisions et mise en application Projection dans l'avenir Espoir
Rétablissement fonctionnel	Appropriation de ses capacités, de ses limitations, de ses troubles et de son traitement Capacité à faire face de manière satisfaisante aux situations de la vie quotidienne Capacité à faire des choix
Rétablissement clinique	Rémission symptomatique Réduction de la souffrance mentale Acceptation de soins appropriés et personnalisés
Rétablissement social	Accès à la citoyenneté Accès à des relations sociales Accès au logement Accès à l'emploi Accès aux loisirs

Les dimensions du rétablissement, source : Franck, Réhabilitation psychosociale, 2020

L'identification de ces 4 dimensions du rétablissement, a permis de mieux comprendre l'étendue du champ d'exploration possible, dans un accompagnement dirigé vers le rétablissement.

C) Les étapes du processus de rétablissement

Il existe plusieurs modèles qui ont cherché à différencier les étapes d'un processus de rétablissement, afin d'en conceptualiser la progression.

Pour notre étude, nous ferons références au modèle en 5 phases, développé par Andresen en 2003 (60), qui est le plus communément adopté. Ce modèle offre un cadre pour comprendre la dynamique du processus de rétablissement de la personne, non pas comme un chemin linéaire, mais comme un processus singulier et progressif.

- Le moratoire : Cette étape est caractérisée par le déni, la confusion, le désespoir, ainsi que le repli et parfois une révolte.
- La conscience : Elle se manifeste lorsque la personne entrevoit une lueur d'espoir pour une vie meilleure et une possibilité de se rétablir. Cette prise de conscience peut

être initiée par la personne elle-même, un clinicien, un proche ou un patient modèle. La personne peut alors commencer à endosser un autre rôle que celui de malade.

- La préparation : Durant cette phase, la personne fait l'inventaire de ses forces, de ses ressources et de ses valeurs, tout en identifiant ses possibles limitations. Cela implique souvent d'apprendre à avoir plus de contrôle sur la maladie, à mieux comprendre et utiliser les services disponibles.
- La reconstruction : C'est à cette étape que le travail intensif du rétablissement commence. La personne s'efforce de construire une identité positive et progresse vers des objectifs personnels importants, en s'appuyant sur ses ressources. Elle prend en main la gestion de sa maladie et le contrôle de sa vie, ce qui inclut une certaine prise de risques, des essais et des échecs possibles.
- La croissance : À ce stade, la personne n'est pas obligatoirement exempte de symptômes, mais elle a appris à gérer sa maladie, à maintenir son bien-être et sa qualité de vie. Elle a confiance en ses capacités, conserve une vision positive et est orientée vers l'avenir. Elle se perçoit comme ayant été transformée de manière positive par l'épreuve de la maladie, comme si celle-ci lui avait appris quelque chose sur elle-même.

Afin de guider la réflexion et la pratique clinique, la pertinence de ce modèle explicatif ne réside pas tant dans la description formelle de ses étapes, mais plus dans l'identification des différents facteurs qui les définissent.

En effet, cette conception du rétablissement comme un processus dynamique s'aligne sur d'autres approches reconnues de la transformation humaine, telles que les phases du deuil ou le modèle transthéorique du changement (61). Ce dernier, qui est une référence dans le champ de l'accompagnement des personnes concernées par des addictions, comme étant un pilier de l'entretien motivationnel (Miller et Rolnik, 2013) (62) .

L'apport principal de ce modèle théorique du processus de rétablissement est d'ordre pratique. Il vise à guider les professionnels pour que leurs propositions d'accompagnements et de thérapies soient mieux ajustées à la réceptivité de la personne et à là où elle se situe dans son rétablissement.

Cette conceptualisation du processus de rétablissement, a permis la création d'outils d'évaluations psychométriques, comme l'échelle STORI (Stages of Recovery Instrument), qui est une échelle d'auto-évaluation, conçue pour mieux comprendre où se situe principalement la personne dans son processus de rétablissement (60) .

Cette approche théorique ne cherche pas à catégoriser ou à mettre une personne « dans une case », mais à disposer d'un support supplémentaire, afin de pouvoir plus facilement personnaliser son suivi, en respectant là où elle se trouve, dans son cheminement personnel.

D) Les facteurs favorisant le processus de rétablissement

Faciliter le processus de rétablissement de la personne soignée tend à devenir l'objectif central des soins en psychiatrie et en santé mentale (32).

Pour cela, avoir connaissance et tenir compte des facteurs pouvant faciliter le processus de rétablissement des personnes soignées, est essentiel dans notre pratique et notre posture soignante, afin de les encourager au maximum.

Les facteurs facilitant le processus de rétablissement, que nous retiendrons pour cette étude, sont ceux qui ont été définis par Mike Salde et ses collaborateurs en 2011.

Ils ont identifié à l'issue d'une revue systématique et d'une synthèse narrative (63), 5 facteurs participant principalement au processus de rétablissement personnel.

Ils ont regroupé ces 5 facteurs sous l'acronyme CHIME (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment*) :

- *Connectedness* (connexion) : ce processus englobe le soutien des pairs et des groupes de soutien, l'établissement et le maintien de relations interpersonnelles significatives (amicales, familiales, intimes), le soutien d'autrui (y compris des professionnels) et le sentiment d'appartenance à une communauté (social), avec la possibilité d'y contribuer activement.
- *Hope* (espoir) : il s'agit de la croyance en la possibilité du rétablissement, en la possibilité d'un changement, de relations dans l'environnement inspirant l'espoir (pouvant inclure des personnes modèles), de la capacité à développer et à maintenir une pensée positive, à valoriser ses succès, ainsi que de nourrir des rêves et des aspirations de vie.
- *Identity* (identité) : ce processus concerne la reconstruction ou la redéfinition d'une d'identité positive, au-delà du diagnostic, de l'étiquette de malade et implique de surmonter la stigmatisation, y compris l'auto-stigmatisation.
- *Meaning in life* (sens à la vie) : il s'agit de trouver ou de retrouver un sens à son existence et à l'expérience de la maladie. Cela peut s'appuyer sur la spiritualité si elle

est importante pour la personne. Le but étant de renforcer l'engagement dans des rôles sociaux, d'avoir au regard de la personne concernée, des activités significatives (professionnelles, éducatives, de loisirs), et in fine d'améliorer sa qualité de vie, en reconstruisant sa vie autour de nouveaux buts.

- Empowerment (pouvoir d'agir et décider par soi-même) : Ce facteur recouvre la possibilité pour la personne de retrouver un sentiment de contrôle sur sa vie et sur l'ensemble des décisions la concernant, y compris ses soins. L'empowerment nécessite de pouvoir se concentrer sur ses forces et de développer des stratégies d'autogestion de la maladie et du bien-être en général (64).

E) Les formations orientées vers le rétablissement

Ce qui sera entendu dans cette étude par « formation orientée vers le rétablissement en santé mentale », est toute forme de formation visant directement, ou indirectement, à transformer la posture et les pratiques des professionnels de la santé mentale. Elle promeut une vision où la personne accompagnée est l'actrice principale de son propre parcours de mieux-être, en se focalisant sur ses forces, ses aspirations et son pouvoir d'agir, au-delà de la seule gestion des symptômes.

Elles sont porteuses de principes clés, comme l'espoir comme moteur, ainsi que l'autodétermination et l'empowerment, dans une approche holistique centrée sur la personne, où l'objectif de faciliter l'inclusion sociale et le rétablissement, est central.

Les formations orientées vers le rétablissement prennent diverses formes, allant de formations de quelques jours de sensibilisation (65), (66), à des Diplômes Universitaires (DU) (67), (68), (69). Elles s'adressent principalement aux professionnels du secteur sanitaire et médico-social.

1.2.2 La réhabilitation psychosociale

A) Définition

Afin de définir le cadre conceptuel sur lequel nous nous appuierons, au cours de cette étude, autour du terme de « réhabilitation psychosociale », nous citerons la définition du professeur Nicolas Franck, en page 1 du traité de réhabilitation psychosociale (70) :

« La réhabilitation psychosociale désigne des pratiques et une posture, qui promeuvent les capacités à décider et à agir des personnes ayant des troubles mentaux sévères. Elle a pour enjeu de favoriser le rétablissement personnel et l'inclusion sociale de ces

personnes en tenant compte de la nature et de la complexité de leurs difficultés et de leurs besoins en s'appuyant sur leurs capacités préservées et en respectant leurs choix. »

La réhabilitation psychosociale s'adresse à toute personnes, qui le souhaitent, atteintes d'un trouble psychique sévère, quel que soit le diagnostic. Elle est proposée le plus précocement possible aux personnes concernées.

Elle s'appuie sur une pratique fondée sur des données probantes (*EBP : Evidences-based-Practice* et les *EBM : Evidences-based-Medecine*) mais ce sont ses valeurs qui guident la pratique et non uniquement le savoir scientifique (*VBM : Values Based Medecine*).

La première parution de ces valeurs dates de 1988 (71), elle ont été ensuite actualisées par le Docteur David Masson et le Professeur Nicolas Franck en 2021, dans leur livre « des soins porteurs d'espoir en psychiatrie, D. Masson & N. Franck, Avelines 2021 » (72) :

- Autodétermination des personnes (empowerment) : toute personne accompagnée fait ses propres choix, y compris dans sa prise en charge.
- Approche positive : l'accent est mis sur les forces de la personne plutôt que sur ses limitations, afin de permettre le développement de son potentiel.
- Précocité des interventions : L'accompagnement et les soins sont proposés aussitôt que possible.
- Normalisation : L'aide est apportée dans un environnement ordinaire, autant que possible hors d'un hôpital psychiatrique.
- Personnalisation : Les soins et l'accompagnement sont adaptés aux besoins de la personne.
- Engagement : Les intervenants sont formés et disponibles. Ils s'engagent pour le rétablissement de la personne.
- Horizontalité : Le projet de soin est construit avec la personne sur la base d'une relation simple et directe.
- Inclusion sociale et accès emploi : L'inclusion sociale et l'accès au travail sont au centre du processus, sous réserve du souhait de la personne.
- Optimisation de la durée des prises en charge : Les programmes thérapeutiques sont adaptés aux besoins de la personne et mis en œuvre jusqu'à la réalisation de ceux-ci.

→ Droit commun plutôt que milieu protégé : les solutions en milieu ordinaire sont préférées à celles qui relèvent du secteur sanitaire ou du secteur médico-social afin d'élargir les possibilités d'emploi et de faciliter l'inclusion sociale.

B) Les outils de soins de la réhabilitation psychosociale (RPS)

Afin de pouvoir s'adapter aux besoins de la personne (et non l'inverse), la réhabilitation psychosociale dispose, pour accompagner la personne, d'une large palette d'outils thérapeutiques, dont l'efficacité a été très largement démontrée (73) (74) (75) (76).

Parmi les principaux outils, se trouve l'éducation thérapeutique du patient (ETP), la psychoéducation des aidants, les programmes de remédiation cognitive, les thérapies cognitives et comportementales (TCC), ainsi que l'entraînement aux compétences sociales. Des approches comme les médiations psychocorporelles, l'activité physique adaptée et un accompagnement vers l'emploi lorsque la personne le souhaite, complètent cette offre de soins.

La sélection et l'articulation de ces différentes interventions, sont toujours guidées par les besoins et les objectifs de vie exprimés par la personne lors d'évaluations (autoévaluations et hétéroévaluations) disciplinaires, puis discutées en partenariat avec la personne concernée.

L'ensemble de cette démarche collaborative aboutit à la co-construction d'un plan de suivi individualisé (PSI) en réhabilitation psychosociale.

C) Le parcours de soins en réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale s'appuie sur les forces et les ressources de la personne concernée, afin de favoriser son rétablissement. Elle vise à restaurer l'espoir et repose sur l'engagement actif de la personne concernée, en cherchant à renforcer de cette façon son empowerment, ainsi qu'une identité plus positive.

Pour cela le parcours en réhabilitation psychosocial se déroule en 4 phases :

1. Evaluation multidisciplinaire : c'est la première étape du parcours elle est constituée d'auto et d'hétéroévaluations. Elle comprend généralement à minima, une évaluation clinique, une évaluation fonctionnelle, un Bilan Educatif Partagé (BEP) et un bilan neuropsychologique.
2. Co-construction avec la personne et les professionnels, d'un projet de réhabilitation psychosociale avec la personne, qui repose sur un Plan de Suivi Individualisé (PSI), dirigé vers le rétablissement.

3. Une phase de soins en réhabilitation psychosociale, où seront mobilisés les différents outils de soins en fonction des besoins et des priorités exprimées par la personne lors du PSI
4. La généralisation et la consolidation dans la vie quotidienne, des bénéfices acquis lors des soins.

1.2.3 La posture de soin dirigée vers le rétablissement

La posture de soin orientée vers le rétablissement constitue une composante fondamentale et incontournable à tout infirmier exerçant en réhabilitation psychosociale et elle est portée par les différentes instances, afin qu'elle puisse s'étendre progressivement à tous les services de psychiatrie en France (37) (41) (42) (43) (44) .

Cependant, ce concept est souvent mal compris et parfois confondu avec un simple « savoir-être ».

Christine Paillard, documentaliste et lexicographe en sciences infirmières, propose une définition de la posture de soin qui est fréquemment reprise. Elle décrit la posture comme « la place que l'on veut occuper dans la vie professionnelle, dans une situation donnée » (77).

Cette définition met en avant un caractère intentionnel et volontaire de la posture. Paillard ajoute que « par la posture s'incarnent les valeurs d'un professionnel en relation à autrui », soulignant ainsi que la posture est le véhicule par lequel les valeurs, les principes et l'éthique du soignant s'expriment dans l'interaction avec la personne soignée.

Elle englobe à la fois l'importance des connaissances, leur mise en œuvre (savoir-faire et savoir-être) et la dimension relationnelle.

Cependant, le terme de « posture », à la suite de représentations pouvant être renvoyées par certaines de ses définitions littérales, peut participer à une certaine confusion et parfois même à certaines réticentes (78).

En effet, sa définition : une « attitude adoptée pour donner une certaine image de soi, ou un positionnement tactique » (Larousse) (79), évoque une forme de rigidité, de calcul et d'inauthenticité.

De plus, le langage courant l'associe à une vision assez dichotomique, où nous aurions une « bonne » ou une « mauvaise » posture, pouvant faire craindre un possible jugement de valeur, pour les professionnels qui n'y sont pas sensibilisé.

Ces connotations de calcul stratégique et de jugement binaire pouvant être associées au mot « posture », sont en totale opposition avec les principes de souplesse, de

collaboration et d'authenticité, qui sont au cœur d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.

Il apparaît donc essentiel de dépasser cette possible interprétation, pour préciser ce que nous entendons, dans cette étude, par le terme de « posture de soin ».

Loin d'être une façade ou un ensemble de techniques, elle se définit comme la fusion indissociable d'une éthique professionnelle, fondée sur certaines valeurs communes et d'une conviction personnelle profonde, qui est incarnée par le professionnel.

L'efficacité de cette posture ne repose pas uniquement sur la maîtrise d'outils, ou d'une méthode, mais dépend fondamentalement de l'attitude intérieure et personnelle du soignant, qui peut autant favoriser, qu'entraver le parcours de rétablissement de la personne qu'elle accompagne dans les soins.

Pour illustrer cette dualité, la métaphore du musicien peut être éclairante.

Le cadre conceptuel, comme les principes théoriques, éthiques et déontologiques, seraient associées à la partition et à la maîtrise technique de l'instrument.

La démarche personnelle, quant à elle, est l'interprétation, l'émotion et l'âme que le musicien investit pour que la musique prenne vie et parle à la personne qui l'écoute.

Sans la technique, le son est brouillon et inaudible. Sans l'âme, l'engagement et l'authenticité propre du musicien, il reste froid, mécanique et sans effet sur son auditeur.

De la même manière, une posture de soin sans cadre théorique est hasardeuse, mais sans un engagement personnel et authentique du soignant, elle devient une simple application de principes, qui la vide de son potentiel thérapeutique auprès de la personne soignée.

Cette posture n'est donc pas un simple savoir-être, mais bien une construction dynamique, qui s'appuie sur un ensemble de concepts théoriques, en phase avec les valeurs et les principes du rétablissement.

Pour en définir les contours, nous nous baserons sur trois modèles principaux qui éclairent ses différentes facettes : les apports des sciences infirmières, notamment l'Approche des Soins Infirmiers Fondés sur les Forces (ASFF), le modèle de Montréal centré sur la personne et enfin, l'approche spécifique de la posture de soin en réhabilitation psychosociale.

A) La posture de soin selon le modèle conceptuel en science infirmière : Les soins infirmiers fondés sur les forces

Parmi les nombreux modèles conceptuels en sciences infirmières, l'Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces (ASFF), développée par Laurie N. Gottlieb, offre un cadre particulièrement pertinent pour définir la posture de soin orientée vers le rétablissement.

Plutôt qu'un simple ensemble de techniques, l'ASFF propose une philosophie qui transforme en profondeur la posture du soignant. Cette posture se caractérise par un passage fondamental d'une vision centrée sur les déficits à une approche qui identifie, valorise et mobilise activement les forces de la personne.

Ce modèle, s'appuie sur les travaux de Moyra Allen et développé par Laurie Gottlieb (publication en 2014) (80). Il se concentre sur la mobilisation des forces et des ressources de la personne et de sa famille, en faveur de leur santé et de leur bien-être.

Adopter la posture de soin de l'ASFF implique pour le professionnel plusieurs changements concrets dans son attitude et sa pratique (81) :

- Une posture de recherche de ressources plutôt que de problèmes : Le soignant déplace délibérément son attention de ce qui ne fonctionne pas (les déficits, les dysfonctions) vers ce qui fonctionne et sur les capacités existantes de la personne pour faire face à ses difficultés. Le but premier de sa posture n'est plus de « régler un problème », mais de s'allier avec la personne pour consolider sa confiance en ses propres ressources.
- Une posture de partenariat plutôt que de hiérarchie : Le professionnel abandonne la relation traditionnelle où « le praticien sait mieux que quiconque » pour adopter une posture de partenaire collaboratif. Dans cette optique, l'infirmière, la personne et sa famille, élaborent ensemble les plans de soins et prennent les décisions de manière concertée. Cette posture reconnaît que le savoir expérientiel de la personne est une source d'information aussi légitime que l'expertise clinique.
- Une posture qui se reflète dans un langage d'espoir : Le langage du soignant est un outil fondamental de sa posture. Il choisit intentionnellement un vocabulaire qui éveille la force, l'énergie et les possibilités, au lieu d'un langage axé sur la maladie et la déficience. Les mots deviennent des vecteurs d'espoir et de potentiel, ce qui entre ainsi en forte résonance avec le facteur identifié comme principal dans le processus de rétablissement : l'espoir (82).

- Une posture d'humilité et de curiosité face au vécu de la personne : Le soignant valorise activement l'histoire de vie de la personne, son récit, ses réflexions et son expérience personnelle comme étant les sources d'informations primordiales. Sa posture n'est plus uniquement celle d'un expert analysant des données objectives (résultats de laboratoire, diagnostics), mais celle d'un partenaire curieux qui cherche à comprendre la signification que la personne donne à son expérience.
- Une posture de personnalisation plutôt que de standardisation : Guidé par son jugement clinique, le soignant adopte une approche sur mesure, reconnaissant le caractère unique de chaque situation. Il ne cherche pas à appliquer une solution standardisée basée sur un diagnostic, mais aide la personne à trouver ses propres solutions, en s'appuyant sur ses forces et son contexte de vie.

L'ASFF prône ainsi une posture de soin devant être profondément respectueuse, collaborative et responsabilisante. Elle favorise activement l'autonomie et le « pouvoir d'agir » (empowerment) de la personne. En se concentrant sur le potentiel de santé et de guérison, elle s'aligne parfaitement avec les principes de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement. Elle propose un cadre conceptuel robuste pour définir une posture soignante collaborative et responsabilisante, centrée sur le potentiel de la personne.

Cette philosophie de partenariat, qui reconnaît la personne comme une experte de son propre vécu, trouve un écho et une application plus systémique avec le Modèle de Montréal, qui propose de transformer la relation entre les patients et les professionnels en un partenariat basé sur la reconnaissance des savoirs expérientiels du patient.

B) La posture de soin définie selon le cadre conceptuel du modèle de Montréal

Le Modèle de Montréal, également connu sous le nom de « modèle de partenariat patient », propose une approche transformant la relation entre les patients et les professionnels de la santé, d'un modèle paternaliste vers un modèle basé sur le partenariat qui reconnaît le savoir expérientiel de la personne soignée (83).

Ce modèle vise à considérer le « patient », comme un acteur de soins à part entière, où il est, à ce titre, à considérer comme un membre essentiel des dispositifs de soins qui le concerne. Si ce modèle conceptuel n'est pas spécifique à la psychiatrie et à la santé mentale, il rejoint parfaitement, par son modèle conceptuel et ses principes fondamentaux, ce qui est entendu par une posture dirigée vers le rétablissement.

Le modèle de Montréal s'appuie sur plusieurs piliers essentiels dans la construction d'une posture collaborative dans une dynamique de soins :

- Reconnaissance des savoirs expérientiels du patient : Il valorise l'expérience vécue par le patient avec sa maladie, la considérant comme une source de savoirs complémentaires des connaissances scientifiques des professionnels de la santé. Ces savoirs incluent la compréhension du patient de ses problèmes de santé, de son parcours de soins, et des répercussions sur sa vie personnelle.
- Partenariat et collaboration : Les patients et les professionnels travaillent ensemble dans une relation d'apprentissage mutuel. Le patient est activement impliqué dans la compréhension de sa maladie, de ses déterminants, et de son traitement, ce qui favorise son autonomie et sa participation active à la dynamique des soins.
- Leadership partagé : Le patient est encouragé à prendre part aux décisions le concernant et à exercer un certain niveau de leadership, au même titre que les professionnels apportent leur expertise clinique. Cela se traduit par des décisions prises en fonction des savoirs, valeurs, et objectifs de vie du patient.
- Engagement des patients à s'impliquer dans les dispositifs de soins : Le modèle va au-delà du simple partenariat entre patient et professionnel.

Il encourage l'engagement des patients à tous les niveaux du système de santé (empowerment) :

- Soins directs : Le patient est impliqué dans son plan de soins, et sa parole est considérée au même titre que celle des autres membres de l'équipe.
- Organisation des services et de la gouvernance : Les patients participent à l'amélioration continue de la qualité, à la planification et à l'évaluation des programmes et services. Leur présence est considérée comme essentielle dans les commissions d'usagers, les conseils d'administration, et devraient, selon ce modèle, être impliqués dans le recrutement et la formation du personnel.
- Élaboration des politiques de santé : Les patients sont invités à prendre ou reprendre leur rôle de citoyens peuvent collaborer avec les décideurs pour définir les politiques et les priorités de santé.
- Enseignement et recherche : Des patients-formateurs et patients-chercheurs sont intégrés pour partager leur expérience et influencer la formation des futurs professionnels ainsi que les orientations de recherche.

La posture de soin selon le Modèle de Montréal est décrite comme étant une approche centrée sur la personne, qui reconnaît l'unicité de chaque personne soignée, ainsi que la nécessité de prendre en compte ses valeurs, ses préférences et ses besoins spécifiques. Cette approche met l'accent sur l'établissement d'une relation thérapeutique authentique et empathique, où le soignant se positionne comme un partenaire dans le processus de rétablissement de la personne qu'elle soigne.

La mise en œuvre du Modèle de Montréal implique un changement profond dans la posture des professionnels de la santé. Il s'agit de passer d'une logique « pour » le patient à une logique « avec » le patient. Cela nécessite une transformation des représentations et des comportements des professionnels de santé, considérant le patient non plus comme un sujet passif ou un simple récepteur d'informations, mais comme un sujet apprenant et un co-constructeur de sa santé (84).

L'application de ce modèle de posture de soins, par les professionnels de la santé, nécessite une évolution de leur posture vers plus de collaboration, d'humilité et de reconnaissance de l'expertise du patient. Les bénéfices alors attendus sont une amélioration de la qualité des soins mais aussi du bien-être et de la qualité de vie des personnes soignées.

Ce modèle conceptuel de Montréal, rejoint ainsi parfaitement la vision de la posture de soin en réhabilitation psychosociale.

C) La posture de soin en réhabilitation psychosociale

La réhabilitation psychosociale (RPS) repose sur une dualité indissociable, que l'on retrouve clairement dans sa définition (70) : les outils thérapeutiques d'une part, et la posture de soin d'autre part. Ces deux dimensions étant, d'une certaine manière, interdépendantes.

En effet, disposer et utiliser des outils en RPS (la remédiation cognitive, l'ETP, l'entraînement des habiletés sociales, l'insertion professionnelle, etc.), sans avoir une posture de soin adaptée, ne permettra pas à ces outils d'être efficaces, et de favoriser le processus de rétablissement de la personne ainsi que son inclusion sociale. Une séquence de soin menée sans une posture ne respectant pas les principes de la RPS, en plus de ne pas être efficace, pourrait de plus être délétère pour la personne.

Inversement, un professionnel adoptant une posture dirigée vers le rétablissement, mais démunie d'interventions concrètes, ne disposant pas d'outils spécifiques, se retrouvera

rapidement très limité dans ses possibilités de soins, face à ses difficultés et des attentes spécifiques de la personne.

C'est donc l'articulation de ces deux dimensions qui permet de coconstruire avec la personne des réponses adaptées à ses besoins et de soutenir activement son parcours de rétablissement et la réalisation de ses projets de vie.

La posture de soin dirigée vers le rétablissement est donc une composante essentielle pour tout professionnels exerçants en RPS et au-delà.

Le Professeur Nicolas Franck insiste, en effet sur le caractère essentiel et incontournable de la posture de soins en réhabilitation psychosociale mais aussi plus largement en santé mentale. Cette posture concernant, selon-lui, l'ensemble des professionnels exercent en psychiatrie et en santé mentale : « Alors que certaines de ces pratiques sont très spécialisées et ne concernent que certaines structures de soins spécifiques, la posture de réhabilitation doit se généraliser. Elle concerne tous les professionnels intervenants dans le domaine de la santé mentale, dont l'objectif principal doit être le soutien du rétablissement. » (70)

Dix principes, autour de la posture de soin dirigée vers le rétablissement, ont été définis (*Shepherd, Specification for a comprehensive 'rehabilitation and recovery' service in Hereforshire, 2007*) (85) :

1. Respecter l'empowerment : Le soignant adopte une posture de conseiller et non de directeur. Il pose des questions comme « Qu'est-ce qui est important pour vous ? » ou « Comment puis-je vous aider à atteindre vos objectifs ? » plutôt que d'imposer un plan de soin. Il respecte et soutient les choix de la personne, même s'ils diffèrent de ses propres recommandations.
2. Avoir une approche personnalisée : Le soignant a une posture de curiosité et d'humilité. Il cherche activement à comprendre la personne dans sa singularité, avec ses valeurs, sa culture et ses expériences.
3. Relation collaborative : Le soignant se positionne comme une ressource supplémentaire mais qui valorise et prend en compte le savoir expérientiel de la personne. Son rôle est de fournir des informations claires, en explorant avec la personne, les options possibles, afin de l'aider à développer ses propres

compétences pour qu'elle puisse (re)prendre le contrôle de sa vie. Le soignant partage le pouvoir, au lieu de le détenir.

4. Avoir une approche holistique sur la personne et son environnement : La posture du soignant est celle d'un collaborateur qui regarde au-delà des symptômes. Il s'intéresse à l'ensemble de la vie de la personne (logement, emploi, relations) et travaille en réseau avec d'autres acteurs pour offrir un soutien complet.
5. Avoir une approche non-linéaire et accepter les revers possibles : Le soignant doit être patient et résilient. Il ne considère pas les rechutes ou les difficultés comme des échecs, mais comme des opportunités d'apprentissage. Sa posture est celle du soutien constant, capable de maintenir le cap dans les moments difficiles.
6. Pour s'appuyer sur les forces : Le soignant devient un « chercheur de forces ». Sa posture est de valoriser ce qui fonctionne. Au lieu de se concentrer uniquement sur les déficits, il identifie, reconnaît et aide à mobiliser les talents et les ressources de la personne.
7. Il intègre le soutien par les pairs : Le soignant adopte une posture d'allié. Il reconnaît la valeur unique de l'expérience vécue et voit les pairs-aidants comme des partenaires essentiels. Il encourage et facilite activement les contacts avec les groupes de soutien par les pairs.
8. Il cherche à favoriser les relations et l'inclusion : La posture du soignant est celle d'un pont vers la communauté. Il aide la personne à tisser ou à retisser des liens sociaux et à trouver sa place dans la société, en dehors du système de soins.
9. Il garantit le respect de la personne : La posture est celle d'un défenseur de la dignité. Le soignant utilise un langage respectueux, combat activement la stigmatisation (y compris ses propres préjugés) et protège les droits de la personne.
10. Il insuffle l'espoir : Le soignant doit être un porteur d'espoir « *keeper of hope* ». Elle est définie comme étant la posture la plus importante. Il doit croire sincèrement au potentiel de rétablissement de la personne et transmettre cette conviction, en particulier lorsque la personne elle-même a perdu espoir. « Nous avons besoin de

quelqu'un qui croit en nous, lorsque nous n'arrivons plus à le faire nous-même »
(Larry Davidson, *living outside mental illness*, 2003), (86).

La posture de soin en RPS, marque un passage d'une posture basée sur un modèle de soin historiquement paternaliste où le soignant est l'expert qui « sait », à un modèle de partenariat où le soignant accompagne la personne, qui est reconnue comme étant l'experte de sa propre vie.

La posture de soin orientée vers le rétablissement sera donc abordée dans cette étude au travers de la convergence de ces 3 cadres conceptuels.

L'Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces (ASFF) offre un premier ancrage, propre à la discipline infirmière, en redéfinissant le rôle du soignant autour de la valorisation des ressources de la personne plutôt que de ses déficits. Le Modèle de Montréal, vient renforcer cette approche, en théorisant un partenariat systématique qui intègre le savoir expérientiel du patient à tous les niveaux du soin, de l'organisation et de la recherche.

La posture de soin entendu en réhabilitation psychosociale, propose de rendre ces philosophies opérationnelles, en les incluant à un dispositif et un parcours de soins, qui respecte l'ensemble des grands principes évoqués, tout en les associant à un vaste champs d'outils d'interventions concrètes, ayant fait l'objet de validations dans leur intérêts et leur efficacité (47).

Cette posture de soins, est donc impérative en RPS, mais elle nécessite, pour le professionnel d'être en phase avec les valeurs qu'elle porte. Son adoption ne peut donc relever que d'un choix, d'une décision et d'une démarche personnelle pour les professionnels de santé et ne peut, de ce fait, leur être prescrite ou imposée.

1.2.4 Synthèse des connaissances en lien avec le positionnement recherche

Comme nous l'évoquions en introduction, à ce jour, aucune étude ne s'est spécifiquement attachée à explorer, que ce soit dans une démarche quantitative ou en qualitative, ce qui peut aider un professionnel de santé, notamment infirmier, à adapter dans sa posture de soins, le changement de paradigme autour du rétablissement.

Cependant, plusieurs dispositifs d'accompagnement des équipes ont fait l'objet d'études quantitatives autour des pratiques de soins dirigées vers le rétablissement, pouvant donner un certain éclairage à notre travail de recherche.

A) Les travaux de l'observatoire du rétablissement

L'observatoire du rétablissement est un dispositif innovant qui a débuté en 2018 et qui propose un accompagnement vers une pratique orientée rétablissement, aux équipes de santé mentale qui en font la demande.

Ces accompagnements sont associés à des évaluations quantitatives visant à mesurer, à la suite de leurs interventions, les changements, qui vont en direction des pratiques orientées vers le rétablissement.

Ces évaluations comprennent une auto-évaluation réalisée par les professionnels sur leur propre perception de leur pratique de soins et d'une hétéroévaluation sur les pratiques des professionnels, qui est réalisée par les usagers et leurs proches.

Cette enquête utilise des questionnaires validés de l'échelle RSA (Recovery Self-Assessment) (87).

Le rapport de l'observatoire du rétablissement (88), a présenté des résultats nuancés, notamment lors de la phase de réévaluation, concernant l'évolution des perceptions après ses interventions auprès des professionnels de santé.

En effet, un décalage notable est apparu entre la perception des professionnels et celle des usagers. Les professionnels ont perçu une nette amélioration concernant leur pratique de soins, évaluant des évolutions dans leur « engagements » et dans leurs accompagnements, qui selon eux s'étaient plus centrés vers les « objectifs de vie » des personnes qu'elles accompagnent.

Les usagers et leurs proches n'ont, en revanche, pas perçu de différences, entre avant et après l'intervention auprès des équipes soignantes de l'observatoire du rétablissement.

Les conclusions du rapport de l'observatoire du rétablissement (88) rapportent que l'acquisition de connaissances n'est pas suffisante pour garantir la transformation des pratiques soignantes. Le rapport insiste sur le fait que les questionnaires quantitatifs (RSA), en eux-mêmes, ne suffisent pas et que leur utilisation isolée serait une « dénaturation du dispositif ».

Selon le rapport l'acquisition de nouvelles pratiques de soins dirigées vers le rétablissement, peut mettre les professionnels dans une position de vulnérabilité, en se sentant « blâmé-e-s », « forcées, jugées, dénigré-e s dans leur travail » si le processus est mal mené, ce qui les amènerait à « se braquer ». Le rapport suggérant l'intérêt possible de supervisions externes pour que les équipes puissent « se rétablir » elles-mêmes avant de pouvoir faire évoluer leurs pratiques.

Les conclusions du rapport invitant à intégrer d'avantage des pairs-aidants et des médiateurs de santé pairs dans les équipes pour favoriser et généraliser une pratique dirigée vers le rétablissement.

B) Le programme de recherche REFOCUS

Le programme de recherche REFOCUS, mené au Royaume-Uni sous la direction du professeur Mike Slade du King's College London, a été un projet de grande envergure financé par le National Institute for Health Research (NIHR) de 2009 à 2014 (89) .

Son objectif était de développer et d'évaluer une intervention complexe visant à aider les services de santé mentale à mieux soutenir le parcours de rétablissement personnel des usagers.

L'intervention REFOCUS a été conçue pour être dispensée auprès d'équipes de soins. Elle est détaillée dans un manuel (90), disponible en français, qui sert de guide pour la formation et la pratique.

Le programme proposait aux professionnels des sessions d'informations pour les professionnels :

- Une formation d'un jour et demi sur le rétablissement personnel
- Des sessions d'information pour les professionnels
- Deux jours de formation aux compétences de coaching.
- Des sessions de réflexion en groupe pour les managers d'équipe et pour les professionnels.
- Un outil de pratique réflexive à utiliser lors des supervisions individuelles.
- La réalisation d'un « Projet Partenariat », co-produit par les professionnels et les usagers pour favoriser une expérience de collaboration qui ne soit pas exclusivement autour de la clinique

Pour évaluer l'impact du programme, Mike Slade, s'est appuyé sur le développement d'outils d'évaluations, comme INSPIRE (91) : INDicators of Support for Personal REcovery, pour mesurer le soutien au rétablissement personnel du point de vue de l'utilisateur des services de santé mentale. Les critères d'évaluation se basant sur le modèle CHIME (Connexion, Espoir, Identité, Sens, Pouvoir d'agir) pour mesurer le soutien au rétablissement offert par les services.

Un essai contrôlé randomisé en cluster (92) , mené sur 27 équipes en santé mentale, n'a pas montré d'effet significatif sur le critère de jugement principal, qui était l'amélioration du processus de rétablissement des usagers accompagnés par les équipes formées, comparativement à ceux ayant reçu des soins habituels.

Une seule amélioration statistiquement significative a été observée, sur les dix critères secondaires évalués, autour de l'amélioration du fonctionnement global, pour les usagers dont les professionnels avaient suivi le programme REFOCUS, comparativement aux autres.

Une étude analysant les plans de soins consignés dans les dossiers des patients n'a trouvé aucune preuve de changement autour d'une amélioration de l'empowerment des usagers dans les dispositifs de soins, à la suite de l'introduction de l'intervention REFOCUS.

L'études indique aussi que l'implémentation effective des apports du programme, a été entravée par des obstacles majeurs au niveau de l'organisation (restructurations constantes, manque de soutien managérial), de l'équipe (manque de temps, moral bas) et individuel (scepticisme, manque de confiance).

Une analyse post-hoc (93), a révélé cependant qu'un haut niveau de participation dans une même équipe était un facteur clé. Les usagers des équipes ayant une forte participation à l'intervention REFOCUS, ont rapporté des scores significativement plus élevés, montrant une plus grande efficacité de la formation sur l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement. Former un grand nombre des membres d'un même équipe serait plus efficace pour favoriser une pratique orientée rétablissement au sein d'une même équipe.

Les résultats de ces études (observatoire du rétablissement et REFOCUS) sur l'efficacité des formations orientées rétablissement, nous interrogent donc autour de leur réel impact sur les pratiques soignantes, notamment quand l'environnement de travail n'y semble pas favorable.

Ils mettent aussi en lumière le défi de savoir comment transposer ces nouvelles compétences dans le quotidien des professionnels, en favorisant leur motivation intrinsèque à y participer et en créant un climat de confiance, exempt de toute perception de jugement ou de dénigrement.

Les conclusions du rapport de l'observatoire du rétablissement en suggérant que les équipes puissent d'abord « se rétablir » elles-mêmes avant de pouvoir faire évoluer leurs pratiques dirigées vers le rétablissement, pose clairement la nécessité d'interroger la posture de soin des professionnels de santé comme un préalable nécessaire à tout changement dans les pratiques.

1.3 Hypothèses de recherche

Après avoir posé le cadre théorique, qui sera utilisé dans le cadre de notre question de recherche, nous allons maintenant formuler les hypothèses qui orienteront notre analyse.

1.3.1 Hypothèse de départ

« Plusieurs facteurs, liés à la formation, à l'environnement de travail, aux interactions professionnelles, à l'expérience et au vécu personnel, influencent l'adoption par l'IDE en santé mentale d'une posture de soin axée sur le rétablissement »

1.3.2 Hypothèses secondaires

- « Une formation orientée rétablissement, favorise l'adoption d'une posture d'accompagnement plus en phase avec celle-ci, chez les IDE. »
- « Un cadre de travail encourageant l'autonomie, la collaboration interprofessionnelle, l'ouverture vers l'extérieur et la participation des patients, favorise l'adoption d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement. »
- « L'observation et la transmission de pratiques par d'autres professionnels valorisant le rétablissement, dont des pair-aidants et des médiateurs de santé pairs, influencent positivement l'adoption d'une telle posture par les IDE. »
- « Les expériences professionnelles positives, impliquant des succès dans l'accompagnement de patients vers le rétablissement, renforcent l'adoption d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement. »
- « Le vécu personnel du professionnel de santé influence l'adoption d'une posture d'accompagnement centrée sur le rétablissement. »

2 Méthodologie

2.1 Type de recherche :

Après avoir précisé le type de recherche qui encadre notre démarche, cette section s'attachera à décrire les méthodes spécifiques mises en œuvre pour la collecte des données.

2.2 Méthodes de collecte de données

2.2.1 Positionnement méthodologique

L'objectif central de cette recherche est d'identifier et de comprendre les facteurs qui favorisent, chez les professionnels infirmiers, l'acquisition et l'intégration d'une posture d'accompagnement propice au rétablissement des personnes suivies.

Afin de nous guider vers une meilleure compréhension de facteurs communs, dans une démarche qui questionne le vécu personnel du professionnel de santé, une approche méthodologique de type qualitative a été privilégiée.

La méthodologie qualitative s'attache à explorer la complexité, le contexte et la signification subjective des expériences vécues. C'est cette capacité, de cette méthode, à saisir la profondeur et la richesse des phénomènes subjectifs qui nous a semblé la plus pertinente, afin de mieux comprendre ce que les professionnels déploient dans l'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.

2.2.2 Adéquation de l'approche qualitative à la nature du sujet

Plusieurs raisons ont motivé ce choix méthodologique. La principale se situe dans la nature du sujet étudié, où l'acquisition d'une posture professionnelle orientée vers le rétablissement, se prête difficilement à une quantification exhaustive.

En postulant que ce processus est multifactoriel, que sa compréhension peut difficilement s'exprimer par des mesures chiffrées, le choix d'une méthodologie qualitative permet de disposer d'outils qui nous semblent être les plus adaptés, afin d'explorer en profondeur la complexité et les différentes nuances, des différents facteurs en jeu.

2.2.3 Exploration en profondeur et compréhension du processus

La démarche qualitative, par le biais notamment d'entretiens semi-directifs, vise à saisir les facteurs que les infirmiers attribuent à l'appropriation de leur posture dans leur

parcours, en recueillant les informations de manière structurée, tout proposant une ouverture dans les échanges avec les répondants.

C'est pourquoi cette méthodologie nous a semblé être la plus adaptée pour reconstituer et analyser ce cheminement tel qu'il a été vécu, par les participants eux-mêmes.

2.2.4 Démarche d'analyse et objectifs

L'analyse des données recueillies, principalement issues de témoignages, a été réalisée au moyen d'une analyse thématique. Cette méthode s'inscrit dans une démarche hypothético-déductive.

Elle a consisté à examiner les données au travers du prisme de nos hypothèses initiales et des cadres conceptuels définis en amont, tout en nous laissant la possibilité d'en découvrir de nouvelles.

L'objectif est de pouvoir confronter ces hypothèses à la réalité du terrain, que ce soit afin de les confirmer, de les infirmer ou de les nuancer, tout en conservant une ouverture suffisante pour permettre l'émergence de thèmes, de compréhensions ou d'hypothèses nouvelles, issues des échanges réalisés.

2.2.5 Méthode de recherche

Afin d'accéder à des significations, à partir des données recueillies, l'analyse thématique offre un cadre permettant d'interpréter le contenu sous-jacent et manifeste du discours.

Cela nous permettra de les classer en fonction de catégories, autour des sujets abordés, puis de les classer par thème, puis par sous thèmes.

Ceci favorisera ensuite l'élaboration d'une compréhension plus structurée des différentes manières dont le phénomène étudié a été vécu et interprété par les personnes interrogées, tout en essayant de rester le plus possible fidèle à la richesse et à la complexité de leurs points de vue.

2.2.6 Type de méthodologie

En adoptant une démarche répétée lors de différents entretiens, nous évaluerons et affinerons nos hypothèses initiales au contact des données recueillies.

L'analyse thématique du corpus permettra de faciliter ce processus, où après avoir codé le contenu des entretiens en unités de sens, nous les regrouperons par thèmes, puis en sous thèmes.

Les données recueillies dans ces thèmes, seront alors confronté à nos hypothèses, en nous permettant de les ajuster de manière plus éclairée et de construire ainsi, pas à pas, une réponse à notre question de recherche.

A) Le guide d'entretien

Afin de mener ces entretiens de type semi-directifs, un guide d'entretien thématique (Annexe 1) a été élaboré au préalable. Une vigilance particulière a été portée à la formulation des questions, afin de limiter les risques d'induction ou d'orientation dans les réponses.

Ce guide a été testée au cours d'un entretien test, qui a permis de le valider. Les données issues de cet entretien test ont pu rejoindre l'ensemble du corpus et être conservées pour l'analyse.

Notre démarche pour mener ces entretiens s'est inspirée des principes décrits par Alain Blanchet et Anne Gotman dans son livre « L'entretien » (94) :

- Le principe de non-directivité : dans l'objectif de recueillir le discours propre de la personne. Nous avons cherché à intervenir le moins possible afin de laisser l'interviewé développer librement sa pensée, son récit et ses représentations sur le sujet abordé.
- L'exploration de la subjectivité : nous n'avons pas cherché à vérifier des faits « objectifs », mais à comprendre le point de vue de l'interviewé et le sens qu'il donne à ses expériences, ses motivations, ses valeurs et ses représentations.
- Avoir un discours analysable : l'entretien a été pensé de façon qu'il puisse produire des unités de sens extraites du discours, permettant une analyse approfondie du contenu, autour des différents thèmes abordés, afin d'en dégager une signification principale.

Afin de garantir la comparabilité des données, la structure du guide d'entretien, après sa validation, est demeurée constante pour l'ensemble des entretiens.

B) Les thèmes explorés durant l'entretien :

Cinq thèmes principaux, en lien avec les hypothèses, seront abordés durant l'entretien :

- La formation
- Le cadre et la dynamique de travail du service où le professionnel exerce
- La transmission et l'observation d'IDE mais aussi d'autres professionnels dont pair-aidants et MSP
- L'expériences professionnelles des IDE
- Les expériences et le vécu personnel des IDE

Une question principale sera posée par thème. Quatre à cinq questions de relance sont prévues, en cas de besoin, pour chaque thématique, autour de sous-thèmes exploratoires. Ces sous-thèmes exploratoires, sont en lien avec les facteurs de rétablissement (modèle de CHIME) :

- Connectivité (tournée vers l'extérieur)
- *Hope* (espoir)
- Identité (retrouver une identité positive)
- *Mean* (donner du sens)
- *Empowerment*

Une question ouverte sera proposée à la fin de l'entretien, afin de laisser la possibilité à la personne de faire des associations libres autour des thématiques abordées ou d'autres auxquels nous n'aurions pas pensé.

C) La conduite des entretiens :

Afin de conduire les entretiens, nous nous baseront sur la méthodologie d'enquête en science sociale telle qu'elle a été théorisée et pratiquée par le sociologue Jean-Claude Kaufmann, dans son livre « L'entretien compréhensif » (95) , en adoptant des entretiens de type semi-directifs.

L'entretien compréhensif, est une approche de l'entretien, visant à saisir en profondeur le sens que les acteurs donnent à leurs actions et à leur vécu. Il repose sur une posture de l'enquêteur qui consiste à « rompre la hiérarchie », dans un échange qui prend le plus possible la forme d'une conversation. Cela nécessitera lors des entretiens, la mise en place d'un climat de confiance, d'authenticité et de libre expression, afin que la personne interrogée développe sa propre logique, sans se sentir jugée ou contrainte par l'enquêteur.

Nos hypothèses initiales ne seront pas vues comme des vérités à confirmer ou à infirmer de façon absolue. Elles nous serviront de premières grilles de lecture, afin d'interroger le savoir expérientiel des personnes qui seront sollicités pour l'étude.

L'objectif ne sera donc pas de les tester au sens strict nos hypothèses, mais de les confronter aux faits, de les laisser être « déplacées par les faits » pour éventuellement « engendrer de nouvelles idées » (96)

Pour cela, et afin d'accéder à la complexité du vécu et du système de sens de la personne, une attention particulière sera portée à la considération de la parole, où chaque

mot, chaque hésitation, chaque anecdote, même apparemment anodin, sera considérée comme une donnée à prendre en compte.

Nous serons donc vigilant dans les retranscriptions et dans les analyses, vis-à-vis de ce qui a été dit, mais aussi à comment cela a été dit (ton, émotions, silences, contradictions...).

Nous nous baserons pour cela sur les principes de l'écoute active, avec parfois des relances, des demandes de clarification, mais aussi par des signes non verbaux d'attention (regard, hochements de tête...). L'objectif sera d'encourager la personne à approfondir sa pensée et à partager les éléments qui lui semblent les plus significatifs.

Pour cela, lors des entretiens, nous adopteront une posture empathique, afin de tenter de mieux comprendre la dimension subjective de l'expérience des personnes interrogées, autour de leurs impressions, de leurs motivations et de leur propre point de vue. Tout en tout en essayant de rester le plus neutre possible et en cohérence à une posture d'écoute, d'ouverture et de non-jugement.

D) Déroulement des entretiens :

Les entretiens se sont réalisés en présentiel ou par visioconférence par l'intermédiaire de la plateforme Zoom. Les personnes ont été sollicitées par messagerie électronique, que ce soit par mails ou par l'intermédiaire de messages sur le réseau LinkedIn.

Chaque message contenait une lettre d'information sur l'étude (annexe 2) ainsi que l'accord de participation (annexe 3). En cas d'acceptation par la personne, un rendez-vous était alors convenu, où il lui a été demandé de prévoir une disponibilité entre 45 minutes et 1 heure.

Chaque entretien a été enregistré, en conformité avec à ce qui était indiqué dans la lettre d'information. Une nouvelle demande de confirmation de l'accord d'enregistrement a été réitérée au début de chaque entretien.

Ces entretiens ont fait l'objet d'un double enregistrement :

- Lors de leur réalisation en présentiel : par l'intermédiaire d'un dictaphone et d'un logiciel d'enregistrement sur téléphone portable
- Lors de leur réalisation en visioconférence : par l'intermédiaire d'un logiciel d'enregistrement sur téléphone portable et de l'enregistreur proposé par la plateforme Zoom (enregistrement stocké uniquement sur le disque dur du PC).

Aucune donnée liée aux différents entretiens n'a été stockées sur un support en ligne.

Conformément aux engagements pris dans la lettre d'information de l'étude, l'ensemble des enregistrements ont été effacés après leur retranscription et leur anonymisation.

2.3 Participants

Pour cette étude, le choix des participants s'est délibérément porté sur des infirmiers exerçant en réhabilitation psychosociale (RPS), afin d'investiguer les facteurs d'appropriation de la posture orientée vers le rétablissement.

Bien que cette posture de soin puisse se retrouver chez des soignants dans d'autres domaines de la psychiatrie, la justification principale de ce choix repose sur le fait qu'elle est considérée comme un prérequis essentiel à la pratique en RPS (cf. partie 1.2.2).

Par conséquent, nous avons jugé plus efficient de questionner ces professionnels en particulier.

La sélection s'est donc naturellement orientée vers des praticiens ayant déjà développé cette approche, dans le but de bénéficier de leurs savoirs expérientiels pour les besoins de notre recherche.

2.3.1 Procédure d'échantillonnage

A) Type d'échantillonnage :

L'échantillonnage a donc été intentionnel, raisonné avec un critère de variation sur la localisation de l'exercice, le type de structure d'exercice et la fonction du répondant.

Le recrutement des informants s'est donc fait de manière sélective, dans le but de pouvoir recueillir les facteurs qui ont le plus participé selon eux, au développement de leur posture professionnelle actuelle, dirigée vers le rétablissement.

Le recrutement des répondants, n'a pas été réalisé, de ce fait, de manière aléatoire.

L'échantillonnage s'est fait auprès de professionnels ayant le métier socle d'infirmier(e). Il s'est donc porté sur des IDE ou des ISP, des IPA et des cadres de santé, ayant déjà développé une pratique orientée rétablissement.

Ce choix dans l'échantillonnage a été guidé par le souhait d'interroger des personnes pouvant s'appuyer sur leur savoir expérientiel, afin de faciliter le recueil d'informations pertinentes sur les facteurs pouvant participer à l'acquisition d'une posture d'accompagnement orientée rétablissement.

B) Critères d'inclusion et d'exclusion des répondants :

Plusieurs critères d'inclusion ont été définis pour les participants. Ces critères visaient à garantir la pertinence des données au regard de notre question de recherche, ainsi que leur richesse, en sélectionnant des répondants dotés d'une expérience directe et significative de la posture de soin.

Le seul critère d'inclusion obligatoire a été d'être un professionnel de santé ayant comme métier socle d'infirmier :

- Être Infirmier Diplômé d'Etat (IDE)
- Être Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP)
- Être Infirmier en Pratique Avancée (IPA)
- Être cadre de santé, avec un diplôme d'IDE

Les personnes interrogées devaient en plus répondre à au moins un des 5 critères suivant :

- Être un professionnel de santé avec au moins deux années d'expérience en réhabilitation psychosociale (RPS), que ce soit dans une structure labélisée ou non, comme centre de proximité, centre ressource ou centre support en RPS, par leur Agence Régionale de Santé (ARS).
- Être formé à au moins un outil de RPS (ex : DU de Remédiation Cognitive, DU de Réhabilitation psychosociale, DU de psychoéducation ou d'ETP)
- Être intervenant en ETP dans des sessions actives et/ou dans des programmes de psychoéducation des proches
- Professionnel de santé travaillant en collaboration avec un(e) pair(e)-aidant(e) ou un(e) Médiateur(trice) de Santé Pair(e)

De manière à pouvoir confirmer, lors des entretiens, l'orientation des répondants vers le rétablissement, deux questions en début d'échanges ont été posées :

- Donner 3 mots qui représentent le plus, pour eux, par ordre de priorité, le rétablissement, inspirée de la méthode d'évocation libre et hiérarchisée, développée par Jean-Claude Abric (Abric, 2003), (97) .
- Est-ce que dans leurs suivis, l'accompagnement des personnes dans leur processus de rétablissement fait partie de leur objectif principal ?

Ont été exclus à cette recherche :

- Toute personne n'ayant pas le métier socle d'infirmier.

- Les personnes ne répondant pas à au moins un des 5 critères d'inclusion secondaires.
- Les personnes considérant que le processus de rétablissement ne faisait pas partie de leur objectif principale dans leurs accompagnements et/ou dont la représentation du rétablissement (évocation libre et hiérarchisée) était en contradiction avec le modèle conceptuel du rétablissement utilisé pour notre étude.

C) Données sociodémographiques recueillies :

En fin d'entretien, un recueil de données sociodémographiques a été effectué auprès des personnes interrogées :

- Age
- Fonction (IDE, ISP, IPA, cadre de santé)
- Nombres d'année d'exercice depuis le diplôme infirmier
- Nombre d'année d'exercice en structure de réhabilitation psychosociale (RPS)
- Outils de soins de le réhabilitation psychosociale utilisés
- Type de lieux d'exercice en RPS (structure labélisée par l'ARS ou non, si oui, quel type de niveau de labélisation (niveau 1,2 ou 3, centre ressource, centre support, ou centre de proximité)
- Formations principales réalisées

Dans l'objectif d'avoir une hétérogénéité chez les répondants, une variation a été recherché autour de leurs fonctions, de leur type de structure d'exercice et de leur lieu d'exercice géographique. Toutes les personnes interrogées, exerçaient sur des lieux d'exercice différents.

D) Nombre de participants et justification :

La collecte des données a été menée jusqu'à atteindre la saturation théorique des données.

Ce point a été identifié dès le 9^{ème} entretien, l'analyse ne révélant plus de nouvelles unités de sens.

Trois entretiens supplémentaires ont été ensuite réalisés, afin de confirmer cette saturation, portant le corpus final à 12 entretiens.

2.4 Méthodologie d'analyse envisagée

2.4.1 L'analyse thématique

A) Description de la méthode employée

Afin d'analyser les données qualitatives issues des entretiens semi-directifs, une analyse de type thématique a été effectuée. Le caractère déductif de cette analyse a découlé directement de la démarche hypothético-déductive. Les hypothèses initiales ont pu être testées au contact des données recueillies.

Nous avons donc confronté les hypothèses et les cadres conceptuels préalablement définis à l'expérience vécue et rapportée par les professionnels infirmiers, afin de répondre à la question de recherche.

Pour cela, le contenu des entretiens a été segmenté en unités de sens (ou codes), puis ces unités ont été regroupées, en fonction des catégories abordées, puis de thèmes et de sous thèmes identifiées, en regard de notre question de recherche et des hypothèses de départ formulées.

B) La méthode de retranscription de entretiens

Afin de préparer la phase d'analyse, l'ensemble des entretiens audio a fait l'objet d'une retranscription écrite. Ce processus a consisté à convertir le plus fidèlement possible l'intégralité des enregistrements en texte, en incluant les éléments paraverbaux significatifs, tels que les silences, les rires, les pauses ou les hésitations.

L'anonymat de chaque participant a été préservé par l'attribution d'un code alphanumérique, pour chacun, lors de cette étape (E + numéro de l'entretien).

Les lieux, les noms et tout élément cité lors de l'entretien pouvant compromettre l'anonymat des répondants, ont été systématiquement retirés.

Les participants ont été informés avant l'entretien, par l'intermédiaire de la lettre d'information (annexe 2), de la possibilité de relire leur transcription pour validation avant leur importation et leur analyse.

Une fois finalisées, ces retranscriptions ont été importées dans le logiciel d'analyse qualitative NVivo.

C) Le codage et l'identification des sous-thèmes

Pour la réalisation du codage des données, le logiciel Nvivo (98) a été utilisé comme outil pour faciliter ce processus d'encodage et d'analyse thématique.

Nvivo permet de faciliter la mise en place d'une approche de type thématique, en facilitant l'étape d'encodage des données (99) .

Cependant aucune analyse interprétative automatique basée sur un quelconque algorithme n'a été effectuée par l'intermédiaire de ce logiciel. Il s'agit d'une simple interface, qui permet d'assister l'analyse de la recherche.

Ce logiciel est régulièrement utilisé dans le monde de la recherche de type qualitative.

D) Mesure de la rigueur méthodologique de la recherche :

Pour effectuer cette recherche, nous avons bénéficié de l'accompagnement de l'équipe de la Consultation d'Aide Méthodologique (CAM) de la F2RSMpsy (Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale Hauts-de-France).

Entre mai 2024 à août 2025, 7 rencontres avec l'équipe de la CAM de la F2RSMpsy, ont eu lieu dans cet objectif.

La mesure de la rigueur méthodologique de cette recherche, a été effectuée par le remplissage de la grille COREQ (COnsolidated criteria for REporting Qualitative research) (100). Cette grille complétée pour notre étude, est consultable en annexe 4.

E) Considérations légales et éthiques :

En accord avec les termes de l'accord de participation signé par les participants (annexe 3) et des exigences réglementaires, la suppression des enregistrements audio et vidéo, a été effectuée dès l'achèvement de leur retranscription et de leur anonymisation.

Chaque répondant a été informé de la possibilité d'un droit de regard à la retranscription écrite de leur entretien, par simple demande.

3 Résultats et analyses

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite de la collecte et de l'analyse des données obtenues.

3.1 Présentation des résultats quantitatifs des données sociodémographiques des participants

Cette partie présente les principales caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon de professionnels ayant participé à cette notre qualitative.

Une synthèse des caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon est présentée ci-dessous.

3.1.1 Nombre de répondants

Lors de cette études 12 entretiens ont été réalisés, auprès de 12 personnes différentes, toutes exerçants sur des lieux distincts.

Les personnes ayant participé à l'étude ont été identifiées par des codes allant de E1 (pour le premier participant), à E12 (pour le dernier).

3.1.2 Durée des entretiens

Les entretiens ont été menés sur la période du 19/09/2024 et le 05/03/2025.

Leur durée moyenne a été de 1h10, avec une durée minimum de 44 minutes et une durée maximum de 1h35.

Tableau 2 :

Code	Genre	Age	Fonctions	Date de l'entretien	Durée
E1	Homme	31 ans	Cadre de santé	19/09/2024	44 min
E2	Homme	43 ans	IDE	28/11/2024	55 mn
E3	Femme	59 ans	ISP	29/11/2024	93 min
E4	Homme	38 ans	IPA	02/12/2024	80 min
E5	Femme	59 ans	IPA	02/12/2024	76 min
E6	Femme	56 ans	IDE	09/12/2024	80 min
E7	Femme	49 ans	IDE	13/12/2024	68 min
E8	Femme	54 ans	Cadre de santé	16/12/2024	67 min
E9	Homme	46 ans	IPA	09/01/2025	74 Min
E10	Homme	48 ans	IPA	29/01/2025	88 min
E11	Homme	38 ans	Cadre de santé	05/02/2025	45 min
E12	Femme	47 ans	Cadre de santé	05/03/2025	93 min

Récapitulatif de la conduite des entretiens

Un tableau détaillant plus précisément l'ensemble des informations socio-démographiques recueillies sur les répondants, est disponible en Annexe 5.

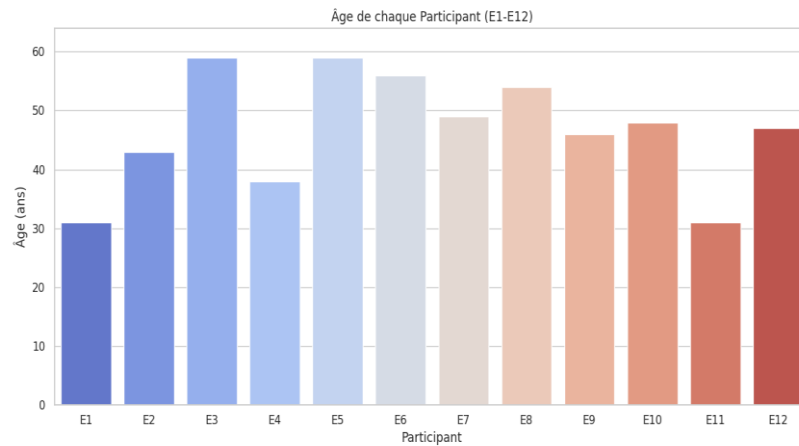
3.1.3 Genre des répondants

L'échantillon étudié présente une répartition équilibrée entre les genres, comprenant 6 hommes et 6 femmes.

3.1.4 Age des répondants

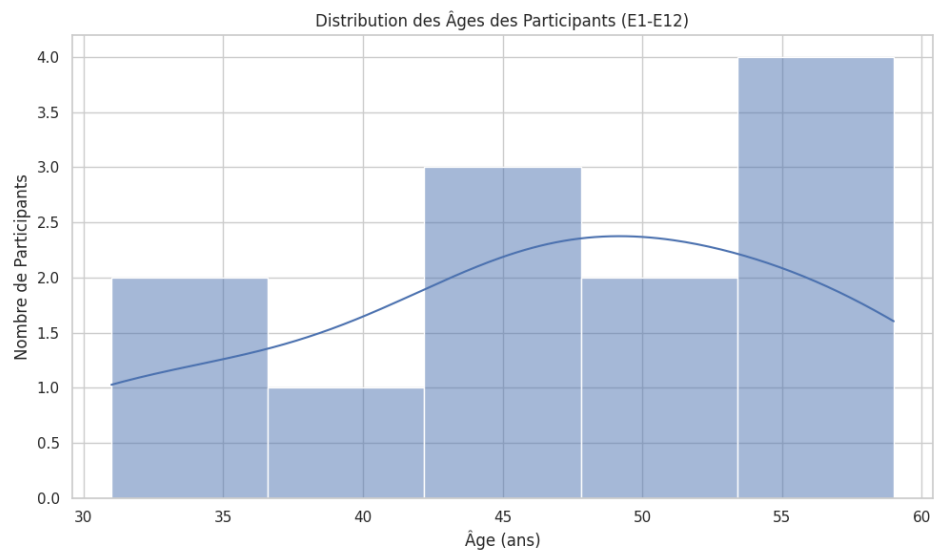
L'âge des participants varie de 31 à 59 ans. L'âge moyen de l'échantillon s'établit à 46.8 ans, avec un écart-type (ET) de 9.7 années.

Figure 2 :



Age des participants

Figure 3 :



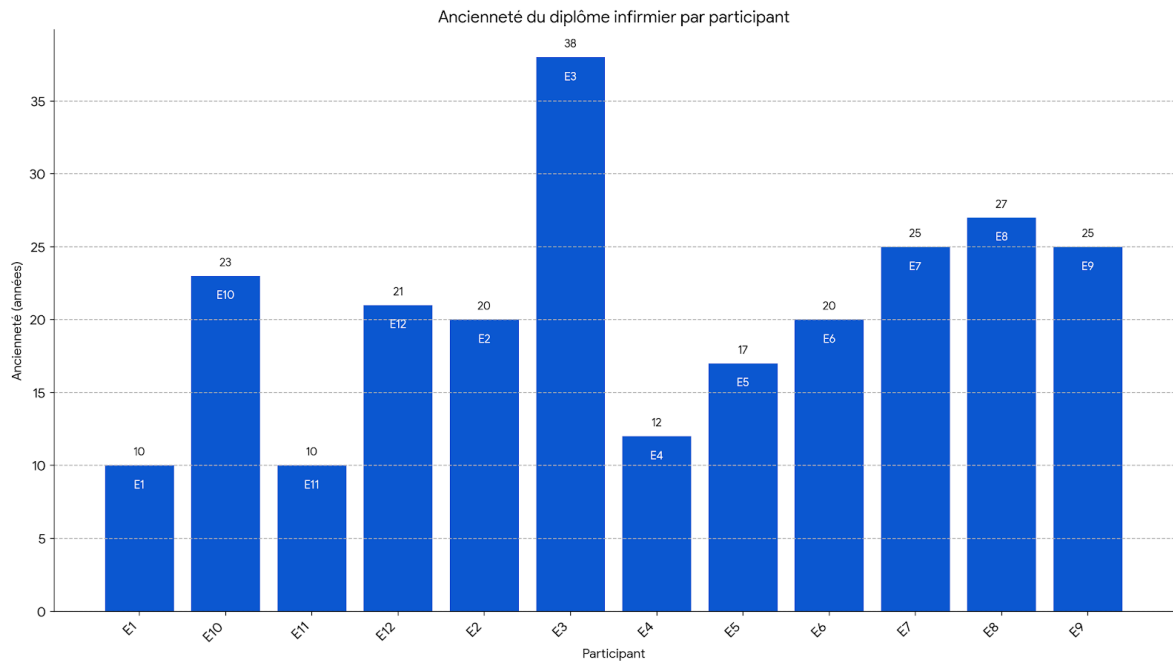
Distribution détaillée de l'âge des participants

L'écart type (ET = 9,69), révèle une certaine dispersion des âges autour de la moyenne, indiquant une hétérogénéité modérée au sein du groupe.

3.1.5 Ancienneté du diplôme infirmier

En ce qui concerne l'ancienneté dans le diplôme infirmier, le groupe présente une moyenne de 20,67 ans (ET = 7,98 années).

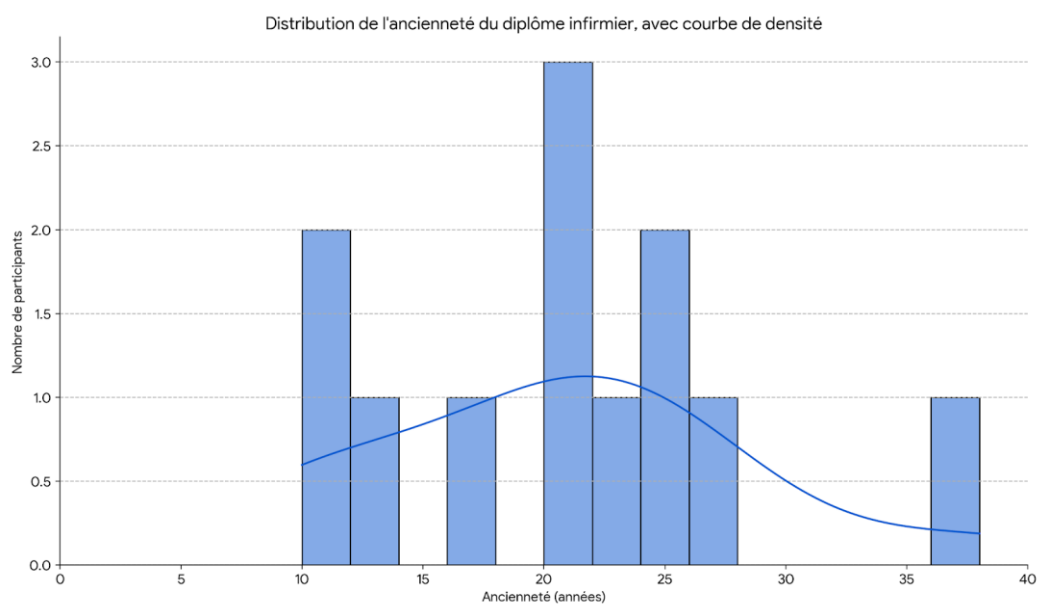
Figure 4 :



Nombre d'années depuis l'obtention du diplôme d'IDE

Parmi les répondants, l'expérience professionnelle minimum, avec le métier soeur d'infirmier, est de 10 ans. Elle monte à un maximum de 38 ans d'expérience pour une participante.

Figure 5 :



Distribution de l'ancienneté du diplôme d'IDE, chez les répondants, avec courbe de densité

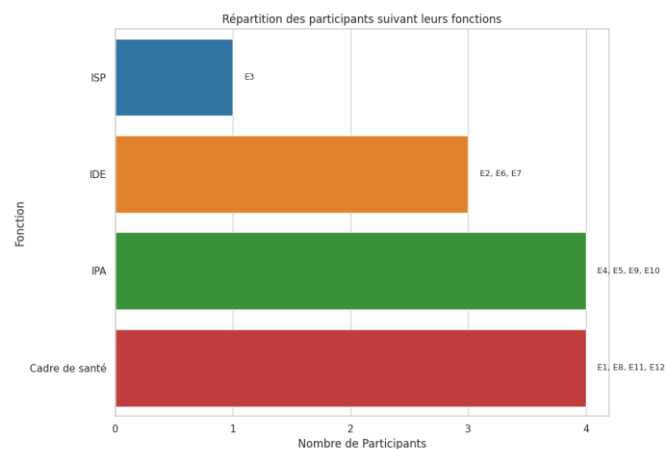
L'écart type relativement élevé (ET=7,8 années), indique que l'ancienneté varie fortement parmi les participants, allant de moins de 10 ans à presque 40 ans, reflétant ainsi une diversité de profils en termes d'expérience parmi les répondants.

3.1.6 Répartition des fonctions des répondants

Les 12 répondants se répartissent en quatre fonctions distinctes, toutes issues du métier socle infirmier.

L'échantillon comprend 4 Cadres de Santé, 4 Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), 3 Infirmiers Diplômés d'État (IDE) et 1 Infirmier de Secteur Psychiatrique (ISP).

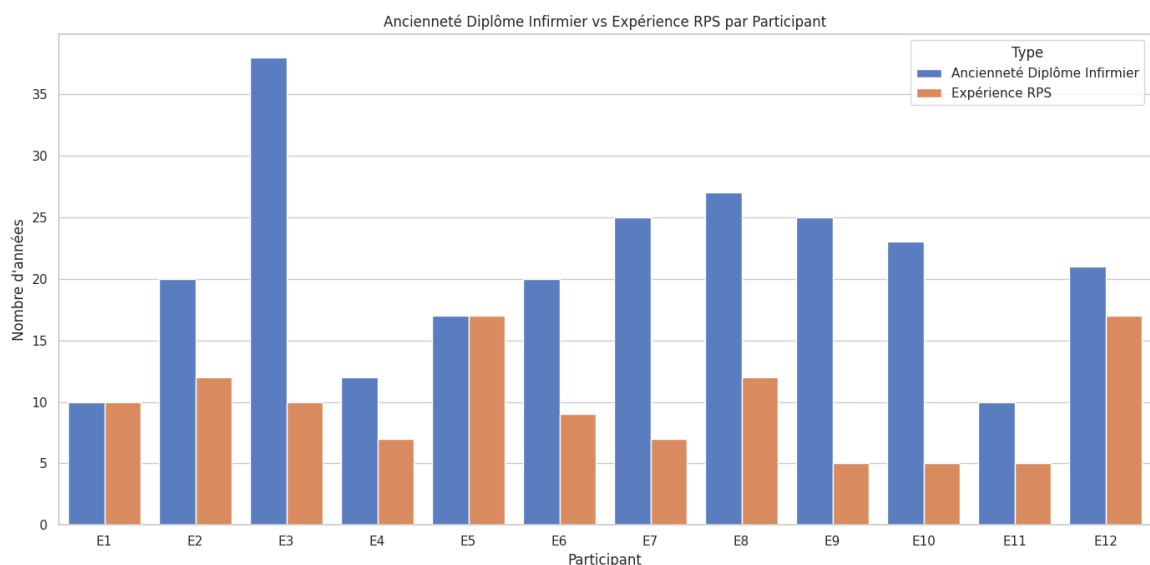
Figure 6 :



Répartition des répondants suivant leurs fonctions

3.1.7 Ancienneté et expérience en réhabilitation psychosociale des répondants

Figure 7 :



Comparaison par répondant, de leur nombre d'années depuis le diplôme infirmier et de leur nombre d'années d'expérience en RPS

Le nombre d'années d'ancienneté des répondants depuis l'obtention du diplôme infirmier (IDE ou ISP) présente une moyenne élevée de 20,67 ans, avec un écart-type de 8,1 ans. Cet écart-type montre une certaine diversité dans l'ancienneté, mais que la grande majorité des répondants a eu une importante expérience professionnelle avant d'exercer en réhabilitation psychosociale.

En effet la durée moyenne d'expérience en réhabilitation psychosociale est de 9,7 ans, contre 20,67 ans pour l'ancienneté dans le diplôme d'IDE.

Ce plus faible écart-type pour l'expérience en RPS (4,5 ans), comparativement à celui de l'ancienneté générale (8,1 ans), indique aussi que la durée d'expérience des répondants en RPS est plus homogène, avec un niveau d'expérience plus proches les uns des autres dans ce domaine, que pour leur durée d'exercice sur l'ensemble de leur carrière.

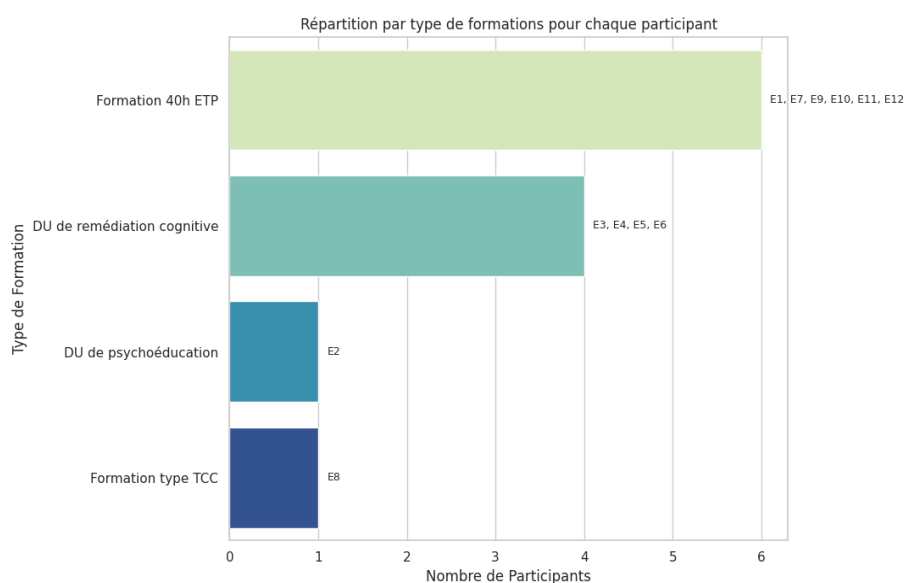
3.1.8 Formations identifiées comme principales par les répondants

Quatre formations en RPS ont été considérées par les répondants comme étant leur principale formation.

La formation la plus fréquente est la formation 40h ETP, suivie par 6 participants. Vient ensuite le Diplôme Universitaire (DU) de remédiation cognitive, complété par 4 participants. Enfin, un participant a suivi le DU de psychoéducation et un autre une formation type TCC.

La figure 7 illustre cette répartition et identifie les participants pour chaque type de formation.

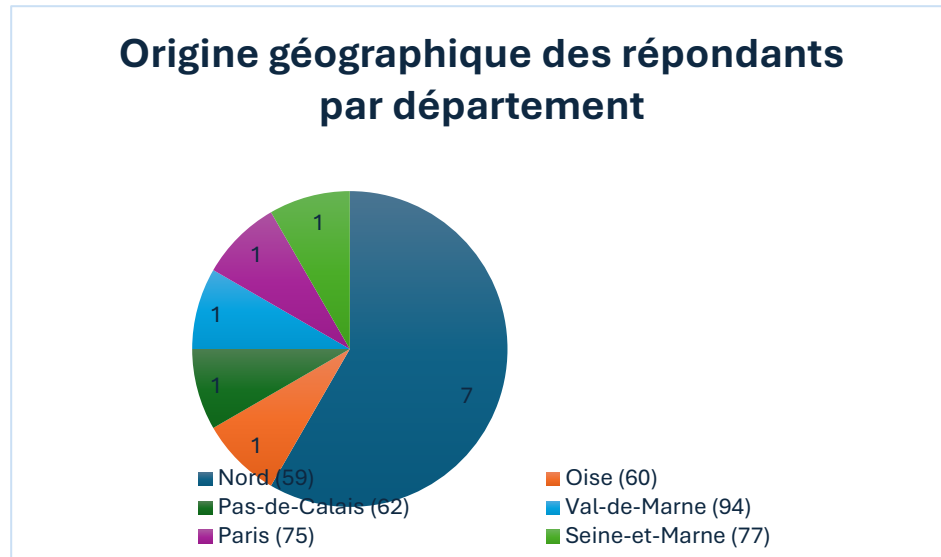
Figure 8 :



Répartition par type de formation principale pour chaque participant

3.1.9 Département d'exercice des répondants

Figure 9 :



Origine géographique des répondants par département

Les participants exercent majoritairement dans le département du Nord (59), qui regroupe 7 répondants.

Les 5 autres participants se répartissent entre les départements de l'Oise (60), du Pas-de-Calais (62), du Val-de-Marne (94), de Paris (75) et de Seine-et-Marne (77), avec un participant par département.

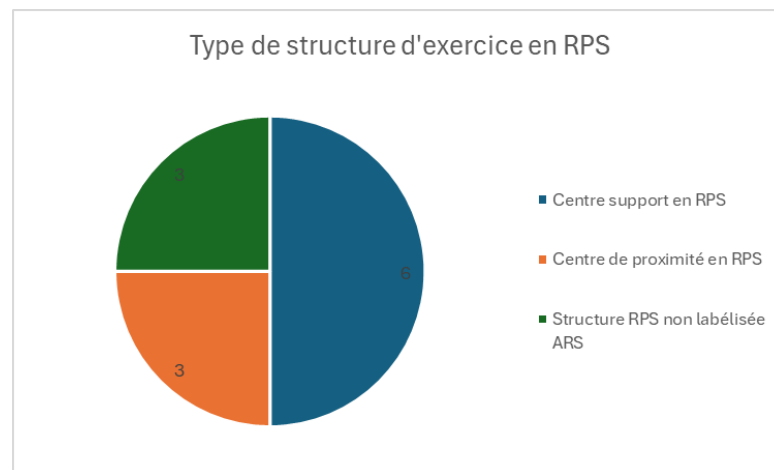
Cette répartition assure une certaine diversité géographique, bien que centrée sur les Hauts-de-France et l'Île-de-France.

3.1.10 Type de structure d'exercice des répondants

Les répondants exercent dans trois types de structures dédiées à la RPS.

Six personnes (50%) travaillent en Centre support en RPS, tandis que 3 personnes (25%) exercent en Centre de proximité en RPS et 3 autres (25%) dans une structure RPS non labélisée par l'ARS.

Figure 10 :



Type de structure d'exercice en RPS

3.2 Résultats et analyse des principaux thèmes et sous-thèmes, identifiés dans nos différentes catégories

Après cette présentation des caractéristiques de l'échantillon, nous abordons maintenant l'analyse qualitative issue des entretiens. Celle-ci s'articule autour des principaux thèmes et sous-thèmes qui ont émergés, en fonction des catégories que nous avons identifiées.

3.2.1 L'influence de la formation, sur l'appropriation d'une posture d'accompagnement orientée rétablissement

A) Une nécessité pour la connaissance, la transformation de conceptions et la légitimation de la posture d'accompagnement

La formation est identifiée par la quasi-totalité des participants comme étant un levier essentiel dans l'adoption et le renforcement d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

a) Une nécessité pour la connaissance et la compréhension

La formation permet d'acquérir une « culture réhab » (E10, L.46-47), de maîtriser les concepts clés, de découvrir et de comprendre l'intérêt d'outils spécifiques (échelles d'évaluation comme l'ELADEB et l'AERES (E11, L.39-41 ; E4, L.641-648), mais aussi de techniques comme l'entretien motivationnel (E3, L.58-62 ; E6, L.417-419), la thérapie ACT (E3, L.58-62 ; E6, L.558-560), la remédiation cognitive (E4, L.73-85 ; E6, L.558-560 ; E12), l'ETP (E2, L.64-67 ; E6, L.573-574)), le case management (E11, L.51-54 ; E3, L.58-62) et tous cela dans une approche fondée sur les preuves (EBP) (E4, L.111-113 ; E10, L.339-342).

La formation favorise ainsi un « langage commun », essentiel pour échanger autour de nouveaux paradigmes (E10, L.69-75). Elle améliore, selon les répondants, la communication et la compréhension au sein des équipes pluridisciplinaires (E10, L.352-361). Elle permet aussi de « mettre à jour les savoirs » face à l'évolution des pratiques et de la recherche (E12, L.40-46).

b) Formation et transformation de la posture et du regard soignant

De nombreux participants témoignent que la formation a « conforté » (E10, L.58-75), « changé » (E4, L.148-154 ; E6), ou permis de « déplacer » (E9, L.77-83) leur posture initiale. Elle favorise une « mise en lumière » (E12, L.40-48 ; E4, L.64-85) et une « prise de conscience » (E12, L.47-52) sur certains aspects de l'accompagnement, parfois réalisés de façon empirique auparavant.

Elle aide à passer d'une logique de « soigner » à celle « d'accompagner » (E11, L.47-50), à prendre du recul (E11, L.300-307), à écouter la personne, à se baser sur ses souhaits et à ne pas prendre les décisions à sa place (E3, L.72-77). Elle renforce la croyance en la possibilité du rétablissement pour tous (E4, L.92-97). Pour certains, elle a pu agir comme une « révélation » (E12, L.93-94).

c) Une légitimation de la posture d'accompagnement

La formation, notamment par l'apport de connaissances scientifiques (E4, L.102-113), a permis pour certaines personnes interrogées, d'asseoir leur posture orientée rétablissement et de la légitimer vis-à-vis de soi-même et de collègues parfois sceptiques (E4, L.102-115).

Savoir « que la connaissance c'est le pouvoir » permet de ne pas aller « trop dans la pénombre », pour cela « c'est indispensable d'être formé » (E12, L.47-52).

B) Les facteurs facilitant l'impact de la formation sur la posture

L'analyse des résultats montre que l'efficacité de la formation sur la posture d'accompagnement, n'est pas automatique et dépend de plusieurs facteurs.

a) La qualité et le contenu :

La qualité des formateurs (E12, L.85-94), d'une psychologue (E9, L.143-147), d'un formateur en pleine conscience (E2, L.116-132), la manière « abordable » (E7, L.68-75) et expérientielle dont le contenu est transmis sont cruciales.

Il est souligné l'importance de former à la « philosophie » du rétablissement et pas seulement aux « outils », afin d'éviter une application mécanique (E5, L.116-127).

L'ouverture par la formation à des contenus qui permettent d'avoir une vision plus large, est estimée importante (E2, L.105-111).

b) Le format et le moment

Différents formats sont cités comme bénéfiques : des formations spécifiques, parfois assez courtes de 4 jours (E10, L.58-52)), des plus longues comme des DIU (E10, L.63-75 ; E4, L.156-167 ; E6, L.84-92), participer à des MOOC (E5, L.116-127), à des séminaires réguliers (E7, L.77-86 ; E8, L.93-102), ou à des formations en équipe (E12, L.85-89), sont cités comme utiles. Mais une formation assez longue et étendue dans le temps semble nécessaire pour avoir un impact sur la posture (E9, L.377-380).

Un apprentissage progressif (ex « une fois par mois ») est jugé plus « assimilable » qu'une formation dense sur 5 jours consécutifs (E8, L.93-110). L'importance d'avoir des formations sur une durée étendue permettrait de tester, de revenir et d'échanger sur ce qui a été observé, facilitant une dynamique de changements dans la posture.

c) La réceptivité individuelle

La formation « ne fait pas tout » (E12, L.53-57). Il est exprimé que son impact dépend aussi de ce que le professionnel « va faire des connaissances après » (E12, L.430-432), de sa volonté de recevoir (E12, L.53-57).

Il est indiqué que le parcours personnel et/ou des formations antérieures (ex : Gestalt (E8, L.166-171)) peuvent préparer le terrain à cette dynamique de changement de posture, pouvant être amené durant une formation.

d) L'accompagnement après la formation

La possibilité de faire un stage à la suite d'une formation dans une équipe de réhabilitation psychosociale a, pour une personne interrogée, « conforté » la direction à prendre (E10, L.51-55).

La rencontre, après la formation, avec d'autres professionnels déjà sensibilisés aux notions de rétablissement, a été perçue comme ayant été une « richesse » (E3, L.375-390 ; E10, L.163-164).

C) Un appel à une formation initiale renforcée et précoce, autour de la notion de rétablissement

Un point récurrent et fortement souligné durant les entretiens a été l'insuffisance de la formation initiale en IFSI, concernant le paradigme du rétablissement en psychiatrie et la lutte contre les préjugés en santé mentale.

a) Les manques actuels identifiés

Les participants rapportent n'avoir « rien » ou « pas grand-chose » appris sur le sujet lors de leur formation initiale d'infirmier (E6, L.62-63), avec un volume horaire dérisoire : « deux heures sur trois ans » (E12, L.595-598 ; E4, L.298-309).

L'enseignement en IFSI est de plus perçu par les répondants, comme renforçant la posture d'expert des professionnels de santé : « c'est vous qui savez » (E12, L.591-594), et allant à l'encontre de la nécessité percevoir la personne soignée, comme étant elle-même experte de sa propre maladie.

Du fait de fausses représentations, les étudiants sont décrits comme arrivant souvent « flippés », avec des clichés sur la psychiatrie (E12, L.144-148) et n'ayant « jamais entendu parler de rétablissement » (E6, L.495-496).

b) Interventions précoces auprès des futurs professionnels de santé

Il est jugé « essentiel » (E9, L.520) et « indispensable » d'intervenir « dès l'IFSI » (E12, L.152-156) pour sensibiliser, « déconstruire les croyances » (E12, L.591-594), lutter contre la stigmatisation (E12, L.150-151), et amener les étudiants à réfléchir sur le sens de l'accompagnement en santé mentale, avant de leur présenter des normes cliniques (E12, L.136-141).

Il est suggéré que cette approche précoce pourrait rendre l'adoption de la posture plus « logique » pour les futurs professionnels (E12, L.152-156). L'importance d'avoir une continuité en post-études d'infirmière, par l'intermédiaire d'un « vrai tutorat » pour les nouveaux arrivants en psychiatrie est aussi mentionné (E9, L.520-523).

c) La formation comme outil contre les fausses croyances

La formation est explicitement vue comme un moyen de lutter contre certains obstacles majeurs :

→ *Déconstruire les visions figées* : Elle est considérée comme nécessaire pour contrer les « visions très arrêtées » et les « idées fausses » (E9, L.407-410) de certains professionnels, y compris des jeunes infirmier(e)s, concernant la maladie mentale, la « vraie psychiatrie », associée à l'isolement et à la contention (E12, L.575-585).

Ou autour de l'approche de la philosophie de la réhabilitation, vue comme une simple « mode » (E4, L.451-456).

→ *Diminuer la peur et la méfiance* : Une formation initiale solide en psychiatrie, comme la formation des anciens ISP, citée en exemple, et qui est décrite comme ayant aidé à « ne pas avoir peur » des patients (E3, L.93-99), contrairement à ceux qui n'ont eu qu'une brève exposition en service de psychiatrie comme les IDE. La formation ayant

aussi aidé à dépasser une posture de distance de « protection face aux patients » (E5, L.518-520).

→ *Comblant le manque de savoir* : La formation peut permettre de dépasser les pratiques parfois « infantilisantes » issues d'un manque d'expériences ou de formations adaptées (E1, L.185-189).

L'analyse des résultats autour de la thématique de l'impact de la formation sur l'appropriation d'une posture orientée rétablissement posent la formation comme une condition nécessaire mais suffisante pour l'adoption d'une posture orientée rétablissement.

Fournir des connaissances, des outils et parfois une légitimité, peut initier ou conforter un changement de regard du professionnel vis-à-vis de l'accompagnement en psychiatrie.

Cependant, d'après les personnes interrogées, l'impact de la formation sur ce regard, serait modulé par sa qualité, son format, mais aussi par la réceptivité individuelle des participants et le contexte dans lequel elle a été donné.

De manière unanime pour les personnes interrogées, le manque flagrant en IFSI de formation initiale à la notion de rétablissement et à l'accompagnement en tant que professionnel de santé dans ce processus, met en avant la nécessité d'y intervenir très rapidement durant les études, pour déconstruire les préjugés et enclencher une réflexion autour de la posture d'accompagnement en psychiatrie.

3.2.2 L'influence du parcours et de l'expérience professionnelle, sur l'appropriation d'une posture d'accompagnement orientée rétablissement

A) L'influence de la pratique, des rencontres et des contrastes d'approches

Le parcours professionnel et les expériences cliniques vécues par les personnes interrogées lors des entretiens, semble avoir façonné, parfois validé et ancré leur posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

D'après les résultats obtenus, l'appropriation ne semble pas être associée à une accumulation d'années de service, mais semble plutôt être le résultat d'interactions complexes, suivant les services exercés, les événements parfois marquants et certaines rencontres professionnelles.

a) La diversité des expériences comme socle de l'apprentissage

Les récits des participants mettent en avant que l'importance de la variété de rôles et de contextes professionnels, même en dehors du milieu de la santé (E6, L.199-211),

contribue à construire une base d'expériences riches pouvant aider à adhérer plus facilement à certaines notions nécessaires à la posture orientée rétablissement, comme l'accueil inconditionnel de la personne (E1, L.372-381).

Cela peut aussi être parfois favorisé par des parcours non linéaires, intégrant des expériences hors psychiatrie classique (ex : infirmier militaire, scolaire (E10, L.91-100) ou dans des approches autres que celles de la réhabilitation psychosociale, comme la thérapie institutionnelle (E2, L.170-180), où il est trouvé des notions de déstigmatisation et de projet de vie (E2, L.173-174).

Le passage par différents services (clinique privée, travailler de nuit puis passer de jour, en urgences psychiatriques, en intrahospitalier fermé, devenir cadre de santé (E10, L.101-110)) et la rencontre avec différentes populations et pathologies (E10, L.104-105) sont décrits comme permettant « d'étoffer » l'expertise psychiatrique et aider à développer une compréhension plus large des missions d'infirmier.

b) Les événements et rencontres marquant(e)s comme points d'ancrage et de réflexion

Au sein de ces parcours, certaines expériences spécifiques et rencontres interpersonnelles sont identifiées comme particulièrement « fondatrices » (E9, L.52-54), ayant pu participer à des changements de posture.

Il évoqué :

- *Des expériences en lien avec la découverte du milieu de la psychiatrie* : Le « premier jour en psychiatrie » avec l'accueil des collègues et des patients (E9, L.205-213)
- *Des situations difficiles* : un conflit menant à une agression physique où le professionnel a pris conscience qu'il n'avait pas eu la « bonne » posture (E9, L.209-213), des « situations particulières qui ont fait aussi ce que je suis » (E3, L.189-196)
- *Le soutien d'un pair ou d'un supérieur face à ces difficultés* : Ex : le rôle « enveloppant », parfois « cadrant », l'ayant amené à transformer la posture d'un « surveillant » (E9, L.529-531), qu'il estimait avoir à l'époque.

Ces moments, parfois déstabilisants, sont décrits comme des occasions de « réfléchir » (E3, L.191-193) à sa posture et à l'ajuster. De même que l'exposition à des collègues ayant des postures divergentes, ayant eu pour effet paradoxal de « conforter » le professionnel de RPS, dans ses propres positions (E10, L.115-121).

Ainsi, la posture ne serait pas figée. Selon certains répondants, elle peut s'enrichir et se moduler « au fur et à mesure des rencontres » (E9, L.48-58), dans une démarche qui peut sembler « naturel » avec le temps (E9, L.221-222).

Il est aussi noté que certaines expériences peuvent parfois éloigner d'une « bonne posture » (E2, L.251-260), soulignant la possibilité que cette appropriation ne soit pas toujours linéaire et que d'autres facteurs peuvent venir l'altérer.

c) *Le lien avec les réseaux professionnels élargis comme source de dynamisme, de validation et de renforcement des pratiques*

La participation et les échanges avec la communauté professionnelle au-delà de son propre service semble être un facteur d'influence important. La rencontre et l'échange avec « des pairs » d'autres services et parfois d'autres régions engagées dans la même démarche de la vision du rétablissement, sont décrits comme étant enrichissants et permettant d'être conforté dans sa propre posture (E4, L.438-442).

Rencontrer des figures reconnues dans le domaine (E10, L.198-201) est également mentionné comme étant inspirant. Sont cités la participation à des congrès, à des colloques ou à des journées d'informations, dont le congrès de réhab (E1, L.86-91), (E5, L.145-146), les journées des centres ressources en réhabilitation psychosociale (E1, L.107-109), les journées rétablissement (E1, L.133-135), les journées régionales des centres supports (E4, L.426-430), les journées de l'AFRC (Association Francophone de Remédiation Cognitive) (E4, L.429-433), le CFP (Congrès Français de Psychiatrie), (E8, L.140-148).

Ces événements étant, pour les personnes interrogées, une occasion d'entendre parler de concepts clés, comme le pouvoir d'agir (E1, L.133-135), de découvrir ce qui se fait ailleurs et de penser à de nouvelles possibilités d'approches. « Tiens, on a entendu ça au congrès, ça pourrait être intéressant d'essayer » (E8, L.133-134).

Ces rencontres sont décrites comme étant aussi l'occasion de renforcer le réseau avec les associations dont L'UNAFAM (E4, L.145-147), les GEM et le club house de Lille (E4, L.649-652). Ces occasions sont décrites par certains participants à l'étude, comme ayant été des moments de validation personnelle forte : « Mais moi perso je suis tombée dedans comme Obélix tu vois. J'ai fait mon premier congrès avant 2008 et je me suis dit : « Mais c'est ça ! Mais en fait c'est tellement ça... » et c'est tellement naturel et tout ce

qu'on me reprochait en tant qu'élève infirmière en psy, euh... et ben tout d'un coup, ça devenait exactement ce qu'on attendait de moi. " (E5, L.8-12).

La posture d'accompagnement reste cependant perçue comme faisant partie d'un «microcosme» dans le milieu de la psychiatrie en France (E4, L.145-148). De ce fait, pouvoir participer à ces événements que ce soit au niveau régional ou au niveau national, permet, d'après les personnes interrogées, de jouer un rôle « rassurant » vis-à-vis de leur pratique (E4, L.448-450).

L'accès à ces événements nécessite cependant un soutien financier de l'institution (temps, financement) qui est décrit comme étant parfois difficile à obtenir (E7, L.494-495).

B) Le parcours intra et extrahospitalier comme moteur de changement :

La comparaison entre la posture de soin entre intra et en extra hospitalier est un retour d'expérience fréquemment rapporté au cours des entretiens réalisés.

L'expérience comparative des répondants rapporte assez nettement qu'avoir exercé dans le cadre d'une hospitalisation complète (intra) et en ambulatoire (extra), peut être un facteur d'influence important sur la posture d'accompagnement.

a) L'expérience de l'intrahospitalier

L'expérience en intrahospitalier est décrite par plusieurs participants comme étant un contexte rendant l'appropriation et le maintien d'une posture orientée rétablissement, plus compliqué. « Parce que moi vraiment..., c'est ce que j'ai ressenti en étant en intra, où on ne voit que des gens en état aiguë. Et on n'a pas forcément ce retour sur euh... sur leur évolution euh... sur ce qui s'est passé aussi des fois entre deux hospits. » (E10, L.170-172)

b) Le fait d'avoir des portes verrouillées

Il a été fréquemment mentionné, qu'exercer en milieu fermé peut être un frein : « Tu as une chaîne qui ferme la porte ! Tu t'imagines bien la symbolique de la chose... Donc en termes d'environnement, pour mettre en place la réhab quand il y a cet environnement, c'est compliqué » (E12, L.192-194)

c) Les attitudes de professionnels pouvant être perçues comme relevant de la « toute puissance »

Certaines postures observées, sont en contradiction avec les besoins de relation de collaboration et d'horizontalité, nécessaires à une posture en respect du rétablissement : « On va parler de cette toute puissance des soignants qu'on a pu... euh... qu'on peut

encore malheureusement observer et cette non-horizontalité dans cette posture-là, qu'on doit pourtant adopter (...) Moi j'ai trouvé qu'effectivement des fois c'était très compliqué de pouvoir euh... de pouvoir justement ajuster sa posture en intra » (E10, L.127-131)

d) *Accompagner des personnes en état de crises aiguës*

La difficulté à maintenir cette posture face à des personnes en crise (E10, L.169-172).
« Parce qu'à l'époque ça faisait quatre ans que je bossais du coup à (nom d'une structure d'aigu en psychiatrie), où je commençais en avoir un peu marre, parce que ça le fait pas quand tu ne fais que de l'aiguë, tu sens qu'il manque un truc, quoi. » (E12, L.615-617).

e) *Une approche en intrahospitalier encore trop centrée sur les symptômes*

Les ajustements médicamenteux, suivi d'une sortie sans avoir pris le temps d'avoir une visibilité sur le devenir que souhaite la personne, ont été identifiés comme des freins à l'appropriation d'une posture orientée rétablissement pour les professionnels :

« Souvent ben ça tourne autour d'une histoire de traitement qui n'est pas pris, ou qui n'est pas adapté. Donc on voit le traitement. On voit si ça va mieux. Puis quand ça va mieux, on leur fait faire deux trois ateliers de peinture, de bricolage et puis ils rentrent chez soi. » (E12, L.624-626). « Ils traitent le symptôme. Qu'en réhab (...) on ne traite pas le symptôme. Le symptôme c'est important mais (...) C'est d'abord la personne dans sa globalité je dirai qui prime. Et c'est ça le gros écart entre les équipes. », (E11, L.182-185).

f) *La fréquence parfois importante des réhospitalisations de certaines personnes*

« Elle revient... » (E10, L.187) : les fréquentes réhospitalisations peuvent générer une forme de sentiment de découragement et d'impasse.

Certains professionnels expliquent cela par le fait qu'à l'époque : « il manquait un maillon » (E12, L.632-633), qui faisait qu'ils n'avaient pas : « le même regard (intra) que ceux de mes services, qui sont que de l'extra, par rapport à l'optimisme et l'espoir » (E11, L.175-180).

g) *Vision faussée des professionnels vis-à-vis de la possibilité de rétablissement des personnes hospitalisées*

Du fait d'une vision qui serait encore trop focalisée sur la crise (E11, L.172-174), en lien avec le fait d'accompagner principalement des personnes qui sont dans les situations les plus difficiles, occultant la réalité de ceux qui vivent bien avec la maladie à l'extérieur (E9, L.145-147).

« C'est ce que j'ai ressenti en étant en intra, où on ne voit que des gens en état aiguë. » (E10, L.170-172).

h) Le cadre et le fonctionnement institutionnel d'un service d'hospitalisation

Le professionnel se devant de rester en respect du cadre de l'institution, du règlement intérieur et des règles de fonctionnement (E10, L.127-131), peut faciliter le développement d'une posture cadrante vis-à-vis des personnes qu'il accompagne (E8, L.563-568).

A l'inverse, l'arrêt de certaines procédures lors d'hospitalisations (inventaires, fouilles, etc.), ont amenés à des changements de posture chez les professionnels en intra hospitalier, dans la relation avec des personnes accompagnées, (E1, L.220-227).

i) L'expérience en extrahospitalier

Passer à un poste en extrahospitalier a été souvent retrouvé dans les entretiens comme ayant été une redécouverte de la psychiatrie pour les professionnels. « Ouais, ouais... (prend le temps de réfléchir). Ça n'a pas été évident de garder cette posture horizontale, face à des personnes en état de crise et d'urgences. Et vraiment, vraiment, je le répète, c'est quand j'ai découvert les équipes mobiles à visée de réhab et là j'ai redécouvert la psychiatrie et ces mêmes patients que j'avais pu enfermer, que j'avais pu contentionner, de les voir dans un autre environnement et de les voir commencer à se rétablir... c'était vraiment sympa... » (E10, L.139-144).

Le fait d'intervenir au domicile des personnes (E10, L.391-394), de « virer notre blouse blanche » et la « protection institutionnelle » (E10, L.346-348), est décrit comme des expériences qui ont induites une posture « beaucoup plus humble » (E10, L.448). « Et on s'intéresse beaucoup plus naturellement à l'environnement de la personne, à la personne tout court et beaucoup moins à la clinique, etc. » (E10, L.449-450).

L'exercice en extrahospitalier semble permettre de déplacer l'accent plus vers la considération de « la personne », son environnement, sa demande « en quoi on peut vous aider » (E10, L.451-452), moins sur la clinique pure (E10, L.449-450) et au final de moins envisager la personne comme un « patient ».

Exercer dans une structure en ambulatoire, selon les personnes interrogées, va permettre, aux professionnels de santé, de constater les évolutions positives de personnes qu'ils ont parfois observé lors de phases aiguës (E9, L.148-151). Cela pouvant

renforcer, chez le professionnel, la conviction que le rétablissement est possible (E11, L.300-303).

Ce changement de cadre « pète toutes ces fausses représentations » (E10, L.445-448) et facilite la mise en œuvre de la collaboration et du pouvoir d'agir.

L'environnement physique (locaux ouverts, au-dessus de l'intra (E10, L.145-148 ; E12, L.269-273) est aussi perçu comme exerçant une influence symbolique. « On quitte ce milieu fermé et on ouvre : c'est un changement de paradigme pour eux... (les soignants) » (E12, 341-342).

Face à ce constat, le besoin de créer des passerelles entre intra et extra hospitalier est exprimé. Il est jugé crucial de remonter l'information vers l'intra concernant les « fins heureuses » et les « évolutions concrètes », pour contrer le pessimisme, faciliter l'espoir et montrer que le rétablissement est possible (E10, L.178-182).

Des propositions concrètes sont faites : organiser des rotations de personnel de l'intra vers le CMP ou les structures de proximité pour « changer leur regard » (E11, L.193-196), mettre en place un tutorat systématique pour les nouveaux arrivants impliquant des professionnels de l'extra car « la vision n'est pas la même » (E6, L.503-506), ou encore faire intervenir d'anciens usagers rétablis dans les services d'intra (E6, L.508-519).

j) L'acculturation des équipes d'intra

L'acculturation des équipes exerçants en intrahospitalier est décrit comme un « chantier », « Là tout de suite si je prends des personnes en intra et que je leur dis ... et même avec des médecins quand même parfois encore très patriarcal, et que je leur dis : « non mais aujourd'hui, on essaye de travailler en collaboration avec la personne et on démarre des plaintes et des besoins exprimés par les personnes. On essaye de travailler le pouvoir d'agir » : ils vont me regarder et ils vont dire « euh... ben nan ! ». Mais ça, pour moi, ça... ça s'acculture. » (E10, L.412-416).

Le bilan de l'analyse des échanges autour de l'influence du parcours et de l'expérience professionnelle dans l'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement, a mis en avant plusieurs points :

- Que cette appropriation de la pratique orientée rétablissement peut s'appuyer sur la diversité des situations professionnelles rencontrées, de la résonance d'événements parfois marquants (positifs ou négatifs) et de rencontres clés.

- Nous retrouvons dans les entretiens, que de pouvoir s'inscrire dans des rencontres en réseaux avec d'autres personnes exerçant en réhabilitation psychosociale et que participer à des événements dédiés, offrent une source importante de validation, d'inspiration, d'apprentissage et de maintien de la motivation pour ces professionnels.
- Qu'un changement de posture dans l'accompagnement semble facilité lors d'un changement de type de lieu d'exercice de l'intrahospitalier vers l'extrahospitalier. Mais à l'inverse, parfois exercer en extrahospitalier et partir en intrahospitalier peut rendre difficile le maintien de cette posture orienté vers le rétablissement.

Ce dernier point faisant écho au domaine suivant que nous proposons d'aborder.

3.2.3 L'influence du cadre de travail et de la dynamique institutionnelle sur l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement

L'ensemble des personnes ayant participé aux entretiens ont souligné que le cadre de travail et l'environnement professionnel, sont déterminants dans la capacité des professionnels à adopter et maintenir, une posture de soin orientée vers le rétablissement.

De nombreux thèmes et sous-thèmes ont émergé de cette catégorie, qui sur l'ensemble du corpus obtenu, a fait émerger le plus d'unités de sens, lors de la phase d'encodage.

A) Un rôle moteur du leadership et du soutien institutionnel

Un encadrement porteur et un soutien clair de l'institution sont identifiés comme des facteurs importants dans la dynamique de changement.

a) Influence positive du médecin et de l'encadrement

L'importance d'avoir un médecin formé et engagé dans une démarche autour de la notion de rétablissement a été identifiée par l'ensemble des personnes interrogées comme étant un moteur important de changement :

« Ce qui est important c'est d'avoir un médecin avec une formation en réhab, ça aide. Rien que ça déjà. C'est important pour porter le projet mais aussi pour porter les équipes sur la clinique, les outils. » (E11, L.237-239)

Ce leadership médical, lorsqu'il incarne la démarche, inspire l'équipe :

« Mais c'est vrai qu'avoir un médecin qui porte le projet, mais qui incarne aussi lui-même la réhab, c'est quelque chose qui est super important pour les équipes, parce qu'en fait ben... les équipes, ils se disent bah entre guillemets : « Notre médecin là, on voit qu'il

croit dans le projet, qui le porte et il nous porte. Bah go ! On lui fait confiance et enfonce ». Et c'est un peu ce rôle euh... pour moi les médecins ici, ils ont ce rôle de leadership. Alors on l'a tous un peu à certains degrés, mais effectivement les équipes quand ils voient leur médecin qui sont investis pleinement et qui travaillent pour le patient, bah forcément ça donne envie de euh... Ça donne envie d'aller avec eux et de faire pareil en fait ! » (E11, L.267-272).

La nécessité d'un portage médical est fortement soulignée :

« Mais c'est pour ça qu'il faut un médecin qui s'engage et qui porte tout ça, qui accompagne tout ça. (...) Si t'as pas derrière une directive quand même médicale, un accompagnement et quelqu'un qui tient le projet médical en main, c'est mort quoi... C'est mort (...) Si tu n'as pas cette cohésion, un médecin qui fédère la chose, c'est mort. Je pense qu'il faut quand même quelqu'un qui fédère la chose. » (E12, L.390-396).

A l'inverse, le manque de pilotage par des responsables, dont le médecin, peut laisser les équipes démunies dans ce changement de pratique vers le rétablissement :

« Je pense que ça peut être compliqué, si on n'a pas des personnes qui pilotent un peu, que ce soit des médecins, des cadres et éventuellement un IPA, mais qui pilote un peu cette culture-là. Je pense qu'on peut vite être blasé sur les prises en soins, ouais... » (E10, L.185-187).

La convergence entre l'encadrement et le médecin est effectivement un levier qui apparaît important pour accompagner les équipes dans la dynamique du rétablissement :

« Et puis notre médecin psychiatre, la cheffe de service, qui avait aussi cette même vision aussi et qui a donné euh, un essor à cette posture-là. Et euh... et... Ouais les deux. La convergence des deux du coup, avec le cadre qui avait compris à quoi cela pouvait servir et la cheffe de service qui avait cette envie justement d'aller de l'avant, pour changer de posture et d'avancer sur le rétablissement et en RPS. Du reste qui a fait aussi le DU de remédiation cognitive. » (E6, L.247-252).

Avoir un médecin motivé mais isolé, sans soutien ou qui n'intègre pas l'équipe dans cette démarche, est identifié comme pouvant fragiliser la posture vers le rétablissement :

« On a un médecin chef qui a quand même une vision de la réhab. Mais le problème est qu'elle a monté le projet quasiment toute seule sur l'hôpital. Elle a incorporé quasi personne dans ce projet. Donc elle s'est trouvée un peu seule et là actuellement l'équipe mobile n'a pas de médecin. » (E10, L.281-284).

b) *Soutien actif de la direction et de l'institution*

Le soutien explicite de la direction semble important pour emmener l'équipe dans une démarche orientée vers le rétablissement :

« Mais aussi avoir une direction qui comprend nos besoins spécifiques en réhab, qui s'informe, qui s'intéresse et qui est dans un échange avec nous, ça aide énormément. C'est important d'avoir une bonne alliance avec notre direction et qui nous fait confiance et qui comprend cette philosophie de soin en réhab. » (E11, L.233-236).

« la direction est plutôt dans notre sens, ça aussi, c'est plutôt pas mal pour faire faire évoluer le projet médical. » (E12, L.320-322). « D'être soutenu par la direction, déjà c'est très important. » (E12, L.333).

L'inscription dans le projet d'établissement de l'orientation de la structure dans la perspective du rétablissement, semble faciliter son ancrage :

« C'est aussi (...) le projet d'établissement qui participe aussi à ça. C'est-à-dire que là j'ai un projet d'établissement qui est identifié et qui est censé, en tout cas, participer à vraiment s'inscrire dans ce champ-là. (...) C'est beaucoup plus de facilité pour ancrer ma pratique professionnelle dans ce sens-là. » (E4, L.266-271).

c) *Un management favorisant l'autonomie et la confiance*

Un management participatif est perçu comme plus efficace :

« Et moi je suis convaincu qu'on peut par le management participatif, obtenir de bien meilleurs résultats qu'un management directif. C'est un management basé sur l'empowerment avec aussi les salariés qui va euh... aider à amener du changement chez le professionnel. Donc je trouve aussi que si nous on donne l'exemple aussi en tant que responsable, cadre, ou médecin, les professionnels le ressentent tout de suite. » (E11, L.417-421).

La confiance accordée par l'encadrement permet aux équipes de prendre des initiatives :

« Ce qu'on essaye avec l'équipe euh... Si elle se sent en confiance et soutenue, ben elle prend des initiatives, une autonomie et je pense que c'est plus motivant pour eux et qu'on se sent mieux du coup dans son travail, quand on y met aussi plus de sens. » (E11, L.423-425).

Un médecin qui sollicite l'avis de l'équipe renforce cette dynamique :

« (...) tu vois, elle demande toujours l'avis des équipes et jamais elle va se positionner sans demander l'avis des équipes. Et ça, ça aide l'équipe à prendre confiance en elle. A

se dire « ben finalement le médecin trouve que j'ai des compétences », « c'est peut-être vrai... » (rires).

Donc elle aide à faire changer les représentations des soignants et les encourage à prendre consciences de leurs compétences et à prendre des initiatives. » (E12, L.404-408).

Cette confiance se traduit par une liberté d'action qui semble importante :

« Jamais elle (le psychiatre) ne fait les choses à notre place ou jamais elle sera être trop directive. Même quand elle te dit des choses et que toi tu n'es pas d'accord. Quand tu vas exprimer pourquoi tu n'es pas d'accord, si c'est cohérent et que c'est adapté bien sûr, elle va pencher de ton côté, elle va dire : « vas-y fait le » » (E3, L.339-343),

« (...) Cette autonomie qu'elle nous laisse. Alors bien évidemment on lui présente nos projets, bien évidemment. Mais (...) la confiance... La confiance. Du coup on peut aller (...) s'inscrire sur les conférences, (...) elle nous suit... alors évidemment on fait des fiches projets, elle relie elle rectifie (...), mais on a vraiment une belle autonomie dans le service. Elle n'est pas là pour regarder ce qu'on a fait ou pas, ou contrôler. Parce qu'ils ont bien compris (...) que c'était pas la peine. (...) Oui la confiance... il y a la confiance. La confiance et la considération." (E6, 297-304).

B) Une dynamique d'équipe collaborative et de partage

La composition de l'équipe et la qualité des interactions professionnelles, favorisent l'évolution des pratiques.

a) Apports de la Pluridisciplinarité

La diversité des métiers au sein de l'équipe est une richesse :

« Et puis il y a aussi l'importance dans l'équipe d'avoir une diversité aussi au niveau des métiers. De se dire voilà c'est vraiment une prise en soin globale parce que quand on a des AMP, on a des aides-soignants, des infirmières, des thérapeutes en remédiation cognitive, des IPA, des psychologues, des neuropsychologues, des APA, des MSP, etc. Cette pluridisciplinarité, ça c'est important. » (E11, L.246-250)

Elle permet des regards croisés bénéfiques : « Le travail en pluridisciplinarité ça aide, parce que ça met un regard hyper objectif et souvent complémentaire, sur ce qui se passe. » (E10, L.360-361).

« Lors d'une VAD d'un soignant de 40 ans et une éducatrice spécialisée de 25 ans chez un patient, on va pouvoir et vivre des choses différentes de par notre personne et de par notre métier. Donc je trouve ça hyper enrichissant et on ne voit pas les mêmes choses et

ça nous permet d'être objectif aussi, de pas nous enfermer que dans les symptômes, la pathologie : « Je le trouve sédaté. Ouais mais regarde au niveau social est-ce qu'on ne peut pas bosser aussi sur etc. » Voilà c'est hyper complémentaire. Ça peut être dur pour certains mais... mais c'est hyper enrichissant pour les usagers. Hyper enrichissant...» (E10, L.362-369).

Cette collaboration change la vision :

« Ouais ce mélange, le fait que ce soit une vision vraiment pluridisciplinaire. Elle change notre vision. » (E6, L.325-326).

« Je pense que multiplier les fonctions les statuts, travailler de manière pluridisciplinaire, ça c'est vraiment intéressant pour changer de regard. » (E9, L.346-347)

b) Importance d'un langage commun et de temps d'échanges

Partager un langage et des objectifs communs est fondamental :

« Parce que qui dit réhabilitation psychosociale dit aussi pluridisciplinarité. (...) Et que quand on commence à voir ce dialogue sur la réhab et le rétablissement, on commence à avoir un dialogue commun et à avoir des objectifs qui peuvent nous rassembler dans notre pluridisciplinarité. » (E10, L.71-78).

Les temps d'échanges structurés sont facilitateurs :

« Enfin, Je pense aux synthèses quand on faisait des synthèses, tout le monde avait son mot à dire parce qu'il fallait, voir sur tous les axes de travail où on en était., avec une équipe multi professionnelles. Donc clairement ça aide forcément. » (E12, L.453-455).

« Je pense que le travail d'équipe en fait, le travail d'échanges, le travail dans les ateliers, en entretien. Et puis les réunions cliniques aussi. Voilà pouvoir (...) échanger sur les situations régulièrement avec les médecins et puis (...) prendre le temps de se poser, (...) voir si on fait un projet (...) où on en est dans le parcours et bien sûr tout ça avec la personne concernée. » (E8, L.354-360).

La co-construction et la coanimation renforcent les liens et les compétences :

« (...) on essaie de mettre en place le plus possible des coanimations, pluri pro, donc médecin – MSP, médecin – infirmier, MSP – infirmier, euh... neuropsych – infirmier. Voilà, on essaie de proposer différents ateliers pour qu'il y ait aussi un transfert de compétences et de connaissances entre les professionnels. Ils sont complémentaires. » (E8, L.373-378).

L'entraide entre collègues est considérée comme précieuse lors de nouvelles intégrations : « Mais voilà j'ai été bien entourée (...) par mes pairs qui étaient déjà en place et qui m'ont déjà initié à la posture nécessaire et que je n'avais pas du tout... Ils m'ont proposé des livres, expliqué, etc., intronisé dans les activités en m'expliquant pourquoi, euh... pourquoi on faisait comme si, comme ça. » (E6, L. 80-83).

C) L'impact de l'intégration de pairs-aidants ou de Médiateurs de Santé Pairs et l'importance du travail en partenariat

a) *Rôle Transformateur des Médiateurs de Santé Pairs (MSP)*

Leur présence est décrite comme un puissant levier de changement :

« Oui il y avait aussi le pair aidant. J'ai trouvé qu'intégrer la paire aidance dans l'équipe et dans les soins ça a été extrêmement important, car (...) ça m'a permis d'avoir une autre vision » (E11, L.63-65).

« De mon point de vue en tant que soignant entendre le pair-aidant m'a aidé à changer de regard sur les personnes concernées. » (E1, L.154-155).

« La rencontre aussi avec (nom de la Médiatrice de santé paire), là vraiment topissime. », (E7, L.233).

Les pairs aidants et les MSP, semblent exercer une influence sur le langage des professionnels de santé et ainsi que sur la stigmatisation :

« Aussi dans l'équipe, le fait que (...) à partir du moment où le pair aidant est arrivé ça a eu une influence sur la manière de s'exprimer de l'équipe et sur leur discours. (Semble réfléchir) Ouais... c'est vrai que quand le pair aidant n'était pas là, ben on était sur des transmissions plutôt très cliniques : tristesse de l'humeur, symptômes, etc. Et quand il y a eu le pair aidant qui est arrivé, on ne parlait plus sur un patient mais vraiment d'une personne. Avec, je dirai... une approche un peu plus humaine. On prenait plus le patient dans sa globalité et pas que par sa pathologie, son diagnostic et les symptômes. Les mots utilisés par les professionnels n'étaient plus tout à fait les mêmes non plus. On sentait qu'ils faisaient plus gaffe quand même (rires). En tout cas je pense que ça a beaucoup aidé dans ce changement auprès des équipes. Et en douceur... » (E11, L.95-104).

« Et puis après moi, je sais que dans l'équipe aussi, quand on peut avoir un médiateur ou une médiatrice de santé paire. Ça change aussi énormément la posture de tout le monde. Parce que rien qu'en réunion, par exemple, dans les réunions cliniques, on va faire beaucoup plus attention à ce qu'on va dire. » (E2, L.321-324).

b) Bénéfices sur la posture lorsqu'il y a une ouverture sur l'extérieur

Le travail avec les partenaires associatifs est souligné :

« Et puis de s'ouvrir aux associations. Ça change le regard aussi des professionnels. (...) C'est important qu'il y ait des partenaires extérieurs aussi, clairement ! Surtout quand tu fais de l'hospitalisation complète. L'idée aussi, c'est que ben oui, à l'hôpital il faut en sortir quoi. Donc les partenariats, je pense aussi, que c'est vachement important pour les patients mais aussi pour les soignants. Que ce soit les GEM ou même les asso d'aidant. » (E12, L.343-348).

« Ouais là y a de l'asso de quartier avec qui on bosse pas mal. (...) Donc ça leur parle, tu vois et ça lève des craintes d'accueillir, ben des personnes qui sortent directement de l'hôpital. Mais ils ne sont pas pris pour des personnes différentes et ça les pro qui accompagnent ben ils le voient. Donc ouais les partenaires extérieurs, aussi, ça c'est vachement important. » (E12, L.353-360).

« Ou le fait de s'appuyer sur le GEM de Boulogne donc ça m'a vraiment ouvert à ça. Euh le fait de rencontrer euh... les clubs house de Lille... » (E4, L.650-651)

D) Des conditions identifiées comme favorables : autonomie, moyens et accompagnement au changement

Des éléments concrets de l'environnement de travail sont décrits comme indispensables.

a) Accorder autonomie et confiance aux professionnels

La liberté laissée aux professionnels est un facteur clé :

« Ici on a les moyens,... on a du temps à consacrer aux personnes qu'on suit, qu'on prend en charge. On est on est libre de (...) modeler notre séance à notre guise. On est libre de (...) choisir nos outils. On est libre (...) d'évaluer un petit peu le temps de prise en charge. On est libre de mettre des choses en place avec la personne, même si on sort un peu de la route, même si on sort un petit peu du chemin. » (E3, L.319-324).

b) Disponibilité des ressources (temps, moyens, formation)

Avoir les moyens nécessaires est fondamental :

« Tu peux quand tu veux faire des choses, tu peux toujours t'adapter mais n'empêche que... Quand tu as vraiment les moyens. (...) quand on te donne les moyens (...) quand on te donne des formations (...) quand on donne l'occasion de faire des formations... quand tu peux te former pour t'améliorer, pour avoir plus d'outils sous la main, quand on donne l'occasion de de créer des choses, de faire des groupes, de réfléchir aussi à ta pratique de d'échanger de tes collègues. Ah ouais ça c'est super. » (E3, L.367-373).

La possibilité d'accéder à de la formation est un levier important :

« La possibilité d'accéder ou non, à des formations : pareils. Je suis quelqu'un pour qui la formation, c'est un vrai levier professionnel. J'ai vraiment besoin, j'ai une grosse curiosité intellectuelle donc j'ai besoin d'avoir des personnes avec qui échanger, ça c'est la première chose,... et j'ai besoin d'avoir vraiment une formation, enfin d'accéder à des formations régulières et donc ça jusqu'ici j'ai jamais eu à me plaindre ; euh ça en fait partie. » (E4, L.260-265).

Le temps est un facteur décrit comme étant incompressible pour favoriser ce changement : « Oui, je pense que ça prend du temps, je pense que ça prend du temps. (...) oui il y a vraiment une question de temps en fait pour adapter les pratiques, (...) pour les assimiler et puis les adapter en fait et puis pour échanger aussi. » (E8, L.115-120).

« Le temps c'est essentiel pour changer de posture... c'est essentiel, il faut du temps. Du temps et la chance de faire les bonnes rencontres. (rires) » (E9, L.379-380).

L'appropriation n'est pas immédiate : « Donc ça met un peu de temps à se distiller, c'est au fur et à mesure, mais tout le monde n'avait pas adhéré comme ça, de but en blanc l'époque. » (E12, L.99-100).

Ce besoin de temps pour les soignants est mis en parallèle avec celui nécessaire aux usagers :

« Et il faut donc avoir cette notion de temps pour les patients et en fait c'est qu'il faut peut-être aussi pour certains professionnels, du temps. Comme pour les personnes qu'on accompagne finalement. J'ai vu déjà vu des jeunes infirmiers et infirmières avec un tempérament de feu et qui voulait tout faire tout-tout de suite. Et c'est même les patients qui disaient mais on a besoin de temps. Il faut du temps aux infirmiers et infirmières eux-mêmes. euh... et ces infirmières que j'ai en tête, avec le temps elles ont réussi. Elles ont réussi à changer leur point de vue, en disant qu'il faut le faire au rythme du patient. » (E11, L.348-356).

« Il y a besoin d'un temps pour la personne concernée. Et oui... il y a un temps nécessaire aussi pour le soignant aussi je pense, pour intégrer cette démarche (...) oui l'intégrer » (E8, L.123-125).

Ce temps nécessaire peut être parfois très long :

« Et ça, à changer, ben ça prend du temps ! » (E9, L.377). « Le temps c'est essentiel pour changer de posture... c'est essentiel, il faut du temps. » (E9, L.379), « Et ça ça prend beaucoup de temps parce que ça se fait pas en un an, ça ne se fait pas en deux ans... ça se fait au minimum en 15 ans (rires). C'est ma vision à aujourd'hui. » (E9, L.339-340)

Le manque de temps et de moyens, restent des freins souvent évoqués, rendant difficile l'application des principes du rétablissement (E3, L.319-322 ; E4, L.356-357 ; E5, L.862-869).

c) Apporter un processus de changement progressif et valorisant

La manière d'introduire le changement semble un point très important pour les personnes interrogées. Une approche douce et accompagnée est décrite comme préférable :

« Parce que des fois il peut y avoir des choses, un peu dans les pratiques euh... dans les pratiques institutionnelles, des choses un peu violentes, un peu euh... Et puis « Allez et aujourd'hui on fait ça et plus autre chose », mais là non ça s'est fait comme naturellement en fait. (...) » (E7, L.48-51) ; « Mais ça a pas été un virage à 90 degrés, ça a été un truc qui a été fait de manière délicate et douce et bien accompagné. » E7, L.222-223).

Il est évoqué l'importance de partir d'abord de l'existant pour introduire une démarche orientée vers le rétablissement, en valorisant ce qui est déjà fait :

« Il y a un travail autour de la formation (...). En même temps de la reconnaissance de ce qui est fait déjà actuellement. (...) On oriente les pratique rétablissement, ça veut pas dire que ce qu'on faisait avant n'était pas bien. C'est aussi pouvoir reconnaître ce qui se fait, dans ce qu'on fait, peut-être mettre des mots qui vont euh... qui vont pouvoir dire : « bah tiens ça dans cette posture-là, là quand tu fais ça je pense que voilà, c'est une pratique rétablissement », c'est euh.... Au moins il y a une valorisation, une reconnaissance aussi de ce qui se fait déjà. » (E8, L.61-68).

« Moi c'est vraiment de partir aussi du euh... de l'existant... de là où on en est l'équipe aussi. (...) Donc c'est vraiment partir de l'existant. Reconnaître ce qui se fait. Et puis, ensuite essayer de voir comment (...) on pourrait faire autrement si on voulait orienter nos pratiques rétablissement. » (E8, L.269-289).

E) Les freins spontanément évoqués à l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement, en lien avec cadre de travail et de la dynamique institutionnelle

L'accompagnement au changement vers une posture orientée rétablissement nécessite parfois, selon les personnes interrogées, de s'adapter au rythme des soignants, au risque de provoquer des résistances et parfois même de la souffrance.

a) La nécessité d'un temps variable selon les professionnels dans le processus d'appropriation

Le processus est décrit comme étant parfois lent et inégal selon les personnes, nécessitant patience et adaptation de la part les personnes porteuses du changement :

« La vision de la pathologie évolue et l'accompagnement des équipes dans ce changement se fait, je pense par étapes, au rythme des professionnels et c'est très variable d'une personne à l'autre. On sait que nous sommes un peu réfractaires à ça et il faut... il faut être moteur vers ça en tant qu'IPA. Ce n'est pas évident. Et beaucoup de patience (rires). » (E10, L.319-323).

Cette nécessité de composer avec le temps et les résistances individuelles est un défi pour ceux qui impulsent le changement :

« Alors... il faut imposer ça c'est sûr... mais il faut l'imposer avec euh... vraiment parcimonie. Enfin, faut y aller mais... mais comme on fait avec nos usagers, enfin... Euh.. faut que tout le monde comprenne l'intérêt, et ça peut prendre du temps. Exactement comme dans notre rôle dans le rétablissement, c'est à dire que si on impose les choses, très verticalement, on sait que ça ne va pas fonctionner. » (E10, L.324-328).

« C'est pour ça qu'il y a des gens qui sont contre et qui disent : Je ne veux plus entendre parler de rétablissement. Mais je pense qu'en fait ça a été mal...Ça été mal amené, avec un changement de médecin chef et là... il voulait justement tout changer et qu'on devienne un centre, finalement que de réhabilitation psychosociale. Et tout ça et ça a été difficile...Ce médecin l'a très mal amené, et ça a fait souffrir les équipes, ça a fait souffrir en fait..., même aussi les usagers qui était là parfois depuis des années.

Moi je ne connaissais pas et je me suis dit : Mais en fait, c'est quoi ce truc ? En fait (...) C'est pas ça le rétablissement » (E2, L.227-237).

« C'est pour ça, imposer, je sais pas si c'est le bon mot, mais en tout cas il faut avoir en vision (...) impulser les choses mais avec le temps, sans bousculer. Il faut que tout le monde comprenne l'intérêt, que ça soit du rétablissement, du métier d'IPA, des médiateurs de santé pair, etc. Il faut en discuter, il faut du temps. » (E10, L343-346).

L'appropriation n'est pas immédiate et demande du temps pour que les concepts « infusent », « Alors tout le monde dans l'équipe n'avait pas spontanément adhéré. (...) pas tout de suite, et puis après ça demande du temps aussi tu as toujours aussi des séquelles de comment tu as travaillé avant ou tu as toujours ce réflexe de te dire :

« Moi, je sais ce qui est bon pour vous, prenez le traitement, on verra, etc. », tu vois... ça, c'est encore parfois très ancré. Donc ça met un peu de temps à se distiller, c'est au fur et à mesure, mais tout le monde n'avait pas adhéré comme ça, de but en blanc l'époque. Ça n'a pas été une révélation pour tout monde. » (E12, L.95-100).

b) *La difficulté liée au « turnover » des équipes de soins*

Le temps nécessaire à l'intégration de la philosophie peut être rendu difficile lors d'un turnover important du personnel, rendant difficile l'ancrage dans une dynamique tournée vers le rétablissement pour le professionnel :

« le turnover des équipes. C'est-à-dire avoir vraiment des personnes qui viennent des fois pour du court termes. Euh c'est compliqué, je pense pour... pour certaines personnes de réussir très rapidement à intégrer cette philosophie-là. » (E4, L.316-318).

c) *L'appropriation d'une pratique orientée rétablissement comme processus non-linéaire*

Le chemin vers cette appropriation n'est pas direct :

« Et c'est carrément ça. L'appropriation pour un soignant d'une posture de soin qui facilite le processus de rétablissement, c'est pas linéaire dans le temps, comme pour le rétablissement. » (E10, L.350-351)

Cela peut demander de la flexibilité et peut parfois ralentir la progression globale de l'équipe : « Donc il faut pousser mais avec des arguments concrets, en discuter, re-en discuter et avancer au rythme des professionnels. Et ça n'empêche pas de temps en temps de dévier de nos chemins, que ce soit à droite à gauche. Parce que c'est pas des fois la ligne droite la plus facile. Donc il faut savoir parfois un peu dévier de ce qui nous semble bien, laisser du temps aux pro, mais tout en gardant notre vision pour continuer à y aller et avancer sur le rétablissement. Comme c'est vrai aussi pour notre métier d'IPA. Je pense que c'est ce que font aussi les médiateurs de santé pair. Parfois faut savoir dévier de notre chemin pour mieux y revenir. » (E10, L.329-335).

d) *Les freins liés à un management descendant*

Cependant il a été évoqué certains freins à l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement, en lien avec certains managements. Notamment dans le cadre d'un leadership décrit comme imposant, vertical ou non engagé.

« Parce qu'ils (les infirmières et infirmiers) quand tu discutes avec eux, ils ont baigné là-dedans (...) dans un système où, à l'époque le chef de service, c'était LE chef du service, et s'il parlait, il ne parlait pas à l'infirmière ou l'infirmier qui allait ramener son truc, ou sa manière de voir les choses. Tu vois, c'est encore, à aujourd'hui, très descendant quoi.

«Moi je suis chef de service, voilà ce qu'on décide et terminé ». En fait, si l'équipe n'a pas cette liberté de parole, de décision...tout est figé. » (E12, L.398-403).

Cette verticalité semble se retrouver encore parfois dans la posture de certains médecins : « La posture médicale (...) on voit passer beaucoup de médecins et qui sont passés dans différents services. La posture peut être parfois très verticale. Et du coup l'impression alors quand bien même le médecin n'est pas le chef de l'infirmier, pour autant la directive qu'il va insuffler, les volontés médicales du service, etc. Font qu'effectivement on a peut-être moins de place. Moins de place pour ça et on est plus dans le respect un peu de la volonté du médecin. » (E6, L.218-224).

L'appropriation d'une pratique orientée rétablissement pourrait être freinée, selon certains professionnels, quand il y a l'impression que la démarche répond davantage à une injonction politique, institutionnelles, plus qu'à une conviction profonde :

« Ya l'environnement institutionnel et comment l'institution, l'hôpital on va dire, envisage (...) la réhabilitation psychosociale. Est-ce que c'est pour répondre à une demande politique ? Les ARS demandent à ce qu'on s'oriente vers la réhabilitation psychosociale. Est-ce que c'est une croix dans une case ? Ou est-ce que c'est vraiment quelque chose qui s'incarne et là c'est extrêmement compliqué... » (E9, L.256-260).

Selon des répondants, l'orientation rétablissement peut parfois sembler avoir été mise en place pour des raisons politiques et non pour le bénéfice des personnes concernées par un trouble psychique :

« parce qu'on nous a dit qu'il fallait faire de la réhab et qu'on veut avoir des sous, sans se centrer sur le bénéfice pour la personne : donc voilà on monte des programmes parce que l'ARS elle aime bien tel programme. Donc on va faire ce programme là pour faire plaisir à l'ARS. Et il y a aucun moment on se demande comment ça marche pour le patient. Donc on reste dans une posture soignante, centrée sur l'hôpital, les instances et les sous. » (E5, L.855-861).

Il est suggéré que pour limiter ces freins, il faut y inclure les cadres de santé, car le manque de compréhension de la démarche par l'encadrement peut être un frein, même s'il y a de la bonne volonté :

« Parce que pour que les cadres de santé nous accompagnent au mieux, il faut aussi qu'ils comprennent ce qu'on raconte. Ça, c'est pas non plus gagné, mais au moins, ils sont plus volontaires, ils sont à l'écoute, donc là, il y a des choses qui sont en train de bouger, c'est bien. » (E12, L.282-285).

3.2.4 L'influence de la transmission entre professionnels sur l'appropriation de la posture

Les interactions et les apprentissages entre professionnels apparaissent dans les échanges réalisés, comme un élément essentiel à l'acquisition et au renforcement d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

Cette transmission semble, d'après les répondants, s'opérer à la fois par l'observation de modèles et de contre-modèles, par la participation avec des pairs à des pratiques orientées vers le rétablissement partagées (outils de la RPS), par le savoir expérientiel des autres professionnels, dont les pairs-aidant et les médiateurs de santé pairs (MSP).

D'après les personnes questionnées, cette appropriation par des pairs semble se faire par des échanges aussi bien formels qu'informels au sein des équipes, mais aussi au sein des différents réseaux de réhabilitation psychosociale.

A) L'apprentissage par modèles et contre-modèles pour définir ses choix de posture

a) L'inspiration des modèles positifs

Les participants décrivent une tendance naturelle à vouloir « tendre vers » des soignants (que ce soit médecins, cadres, infirmiers, formateurs) qui incarnent une posture jugée positive : « aidante », « non-directive », « en collaboration », et appliquant réellement les concepts de la réhabilitation (E1, L.297-300).

L'observation de ces « modèles » (E5, L.882-883), parfois qualifiés « d'icônes » (E5, L.969-971) ou de figures « tutélaires », « enveloppantes » et « cadrantes » (E9, L.529-530), est une source majeure d'inspiration et d'apprentissage.

Leur posture, leurs paroles ou leurs actions peuvent provoquer des « déclics » (E5, L.826-827), susciter la réflexion, et motiver à tester et adopter de nouvelles pratiques : « j'ai essayé de tester et ouais ça marche (...) » (E3, L.462-466).

La rencontre avec des professionnels ayant « déjà cette posture-là » (E4, L.43-45) ou une vision « incroyable » et « facilitatrice » (E2, L.413-414) est déterminante et peut changer la vision du soin. L'objectif peut être alors de devenir soi-même un « modèle positif » pour les autres (E5, L.882-883).

b) Une clarification parfois aussi possible par des contres modèles

Paradoxalement, l'observation de pratiques ou de postures avec lesquelles le professionnel est en désaccord « pas toujours d'accord », « pas forcément à l'aise » (E12, L.107-108), « très pyramidal » (E6, L.96-99), joue également un rôle formateur important. Identifier clairement « ce qui ne me plaisait pas », « ce que je ne voulais pas » (E6, L.100-102), ou ce qu'on « ne voulait pas reproduire » (E12, L.186-189), peut aider à affirmer sa propre position :

« On va quand même essayer de mettre les bouchées doubles », parce qu'on est clairement dans la maltraitance. Vraiment, je n'ai jamais eu peur de leur dire en face. Il y a des choses qui bougent, bien heureusement, depuis un an. Mais ouais clairement ça, ça a renforcé mon positionnement et je mets deux fois plus en avant l'importance des valeurs de la réhab et de la posture qui doit aller avec. Oui, ça, c'est clair. (E12, L.196-200).

Ce rejet d'un modèle négatif peut parfois renforcer l'engagement dans une approche orientée rétablissement car elle « parle plus » (E12, L.115-116) et aide à « ne pas basculer d'un côté » (E6, L.378-379). Cela peut rendre le professionnel plus flexible et plus apte à saisir les opportunités « saisir les perches » pour « voir autrement » (E6, L.383).

B) La construction par le partage d'expériences : apprendre en faisant ensemble

a) La participation active à des outils de la réhabilitation psychosociale

Une stratégie jugée particulièrement efficace pour « semer des petites graines » (E6, L.515) est d'inviter des collègues, notamment ceux qui sont moins formés ou plus sceptiques, à coanimer ou à participer activement à des groupes ou à des ateliers de réhabilitation psychosociale (MCT, groupes TCC, NECT, etc.) (E6, L.515-522 ; E8, L.387-389).

Cette immersion permet de « découvrir les outils, en même temps que la philosophie » (E5, L.209-211) et de voir concrètement la posture de l'animateur(trice) et les résultats incite à aller vers cette posture « Ce qu'on fait aussi pour faire gagner un peu euh... pour semer des petites graines. Alors par exemple on est formé sur des programmes et sur certains comme MCT on y invite des collègues. Comme ça on inclut avec nous, en binôme un collègue qui ne l'est pas. Et du coup, on voit les évolutions entre le début, et la fin. Ça donne envie. » (E6, L.525-528).

« Tu vois ça a changé son regard un peu sur les personnes. » (E6, L.530).

b) Un impact visible sur la pratique

Cette participation directe semble avoir un impact plus significatif que la seule formation théorique (E8, L.387-389). Les professionnels rapportent que cela leur a apporté des « compétences supplémentaires », réutilisables en individuel (E8, L.376-377).

Cela peut changer leur « regard » sur les personnes accompagnées (E6, L.324), et leur permettra de mieux « s'approprier les outils en les faisant, en les pratiquant » (E5, L.47-48).

Il est évoqué qu'il faut « vivre » l'approche pour réellement la comprendre, au-delà des livres (E5, L.307-308). Parfois même de manière inconsciente : « Elle ne s'est même pas vu changer d'ailleurs » (E5, L.635).

C) L'impact des Médiateurs de Santé Pairs (MSP) dans l'appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement

a) Une vision complémentaire essentielle

L'intégration de MSP ou de pair-aidants dans les équipes est décrite comme « extrêmement importante » (E11, L.63-65) et « formatrice » pour l'ensemble des professionnels (E12, L.167-168).

Ils apportent « une autre vision » (E11, L.65 ; E12, L.483-489) issue de leur savoir expérientiel.

b) Facilitateurs de réflexion chez les soignants

Nombre de répondants estime que la présence de pairs-aidants ou de MSP les ont « beaucoup » aidé à « mieux » comprendre « la posture réhab » (E11, L.63-75), notamment autour du travail en collaboration dans une communication « d'égal à égal » (E11, L.88-90), avec les personnes qu'elles accompagnent.

Ils permettent aux équipes de mieux saisir et prendre en compte les attentes réelles des usagers (E9, L.352) et de respecter leur autonomie et leurs choix, même lorsque le projet de la personne diffère des attentes soignantes (E11).

Ils participent à intégrer pour les professionnels de santé, la notion de non-linéarité du rétablissement (E11, L.189-191). Leur présence semble inciter les professionnels de

santé à être plus vigilants vis-à-vis de leur posture et de leurs propos « faire plus attention à certaines choses » (E12, L.235-237).

La paire aidance est vue comme contribuant à « améliorer l'accompagnement sur la structure » (E11, L.91-93) et à « renforcer » l'orientation rétablissement des pratiques (E12, L.167-175).

D) L'importance des échanges lors de temps formels et informels

a) Les temps structurés d'échange

Les moments formels de transmission sont valorisés. Les synthèses d'équipe (où une « vision positive » est citée (E1, L.97-101), ainsi que les échanges interservices (E10, L.204-207), les présentations par des experts (psychiatres ou professeurs reconnus (E4, L.76-78), ou encore l'observation attentive lors des stages ou des débuts dans un service (qui peut être un « moment très fondateur » (E9, L.205-209).

Ces échanges permettent de confronter les points de vue et d'acquérir des connaissances qui « impactent (...) la manière de travailler au quotidien » (E4, L.78-85).

b) La force des échanges quotidiens

Les échanges informels sont également décrits comme cruciaux. La posture se discute et se façonne « un peu tout le temps », parfois au « moment des pauses » (E2, L.314-320), ou lors de déjeuners partagés (E5, L.440-445). Parler des difficultés rencontrées, se questionner mutuellement « Est-ce qu'on fait bien ? » revient à parler de sa posture (E2, L.316-320).

Expliquer simplement ce que l'on fait « C'est quoi déjà que tu fais ? » aux collègues au quotidien participe à la diffusion (E5, L.442). Ces discussions permettent de confronter les perceptions (ex: auto vs hétéroévaluation (E5, L.399-404) et de le « vivre » avec les autres professionnels (E5, L.603-610).

c) Le rôle des personnes ayant déjà une expertise dans le service

La présence au sein de l'équipe de professionnels déjà formés ou ayant une posture orientée rétablissement « aide beaucoup » les autres collègues à les « suivre » (E11, L.251-255).

Les échanges avec des pairs expérimentés (autres cadres, IPA en réhab) sont évoqués comme étant aidants pour se former et comprendre l'approche (E11, L.110-112).

3.2.5 L'influence du vécu personnel sur la posture professionnelle

Les entretiens mettent en lumière que la sphère personnelle des soignants, incluant leurs parcours de vie, leurs expériences passées (y compris en santé mentale) et leurs interactions en dehors du cadre professionnel, exerce une influence sur la manière dont ils développent et incarnent une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

Cette influence se manifeste de diverses manières, allant d'une compréhension empathique accrue à l'intégration de compétences issues d'autres domaines de vie.

A) La résonance du vécu personnel sur l'appropriation de la posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement

a) Compréhension et empathie accrues

Les participants ayant eux-mêmes traversé des difficultés psychiques, « parcours de vie très traumatique », « borderline vraiment » (E5, L.533-538), « être passé par là, soi-même » (E11, L.380-382), rapportent que ces expériences leurs ont permis de « mieux comprendre les personnes » (E11, L.383), leurs comportements et leurs réactions.

Cela leur a parfois fourni des « repères » spécifiques (E5, L.540-547) du fait de leur vécu personnel, ce qui les a aidés à accompagner certaines personnes lorsque leurs collègues peinaient à le faire. (E5, L.536-538).

b) Source de résilience et d'espoir

Ce vécu personnel est décrit comme ayant contribué au développement de leur propre résilience (E11, L.381-383).

Cette expérience de la possibilité de surmonter les difficultés renforce la conviction professionnelle « qu'il n'y aura jamais un projet qui est impossible » », tout en intégrant la nécessité du « temps » pour y parvenir (E11, L.384-388).

c) Interactions réciproques

Selon les répondants, le lien entre vécu personnel et pratique professionnelle n'est pas à sens unique. Un répondant a décrit comment le travail en réhabilitation psychosociale a participé à son propre « processus de rétablissement » (E5, L.558-560) ou d'intégration de son histoire : « sublimation de toutes ces années d'errance » (E5, L.542-547), « je me suis fait de la réhab, en faisant de la réhab » (E5, L.558-560.).

Un autre souligne que c'est parfois l'expérience professionnelle en psychiatrie qui l'a aidé à « faire ce pas de côté » dans sa vie personnelle, à accepter ou « digérer » certains événements (E9, L.416-417).

Cette interaction suggère une influence mutuelle et une perméabilité entre la dimension personnelle et professionnelle.

B) L'intégration des expériences de vie et des parcours antérieurs

a) Le retentissement sur la posture, de parcours antérieurs au milieu du soin

Le milieu social d'origine « famille de commerçant » (E1, L.375-381) ou des métiers exercés antérieurement (hôtellerie, secrétariat (E6, L.199-207)) sont identifiés comme ayant influé sur des facettes de la « personnalité » (E1, L.24-27) ou apporté des compétences transférables.

Par exemple, l'expérience en hôtellerie est décrite comme ayant développé une capacité à accueillir « toujours souriante », à comprendre les attentes de l'autre, à adopter une posture non-directive, courtoise, polie et authentique : « parce que si tu dis à un client: « tu as pas fini ton assiette : tu vas terminer ton assiette ! » ça marche pas (rires) », (E6, L.466-468).

b) La construction globale de la posture

La posture professionnelle est vue comme un assemblage complexe « un gros Lego » (E2, L.417-419), intégrant les apprentissages professionnels mais aussi « sa propre expérience de vie » (E2, L.419). Les leçons tirées des expériences passées, « ce que tu as vécu avant » (E3, L.587-591), influencent la pratique actuelle.

Le « parcours de vie » (E6, L.456), incluant les difficultés rencontrées, « on en a tous » (E6, L.459), peut contribuer à une identification plus rapide de la souffrance et des mécanismes d'évitement chez les personnes accompagnées (E6, L.452-456).

C) Le dévoilement de soi, comme un outil d'alliance et de normalisation basé sur le vécu

L'expérience personnelle sert aussi de base à un dévoilement de soi contrôlé, utilisé comme outil relationnel.

Partager des éléments de son propre état ou de ses difficultés quotidiennes, « je me suis engueulé avec ma femme juste avant », « fatigué », est décrit comme un moyen de normaliser l'expérience, « c'est la vie quoi », de montrer que « finalement on est pareil »

(E9, L.441-447), et de construire une « alliance d'égal à égal » (E9, L.444-447), perçue comme étant un préalable essentiel à un travail de collaboration avec la personne.

« J'estime qu'elle me donne des billes. Elle me parle de sa vie, elle me parle d'elle. Elle me parle de ce qu'elle aime. Elle me parle de ses désirs, de ses rêves, de ses espoirs, de ses difficultés et moi je lui donne aussi des billes. » (E3, 149-152)

D) Le vécu des personnes accompagnées : un éclairage sur le vécu des soignants

Bien que se situant dans le cadre professionnel, l'impact des interactions avec les personnes accompagnées est souvent décrit en des termes qui relèvent d'un apprentissage profondément personnel pour le soignant.

Les professionnels rapportent « beaucoup apprendre des patients » (E11, L.328-329 ; E9, L.107-109), de leurs retours d'expérience, de leurs stratégies et ressources (E11, L.329).

Certains moments précis d'interaction, où le patient montre de l'attention ou de la sollicitude envers le soignant, « et vous allez bien quand même ? » (E9, L.214-220) ou fait preuve d'une humanité ou d'une résilience jugée « incroyable » (E9, L.424-425), sont décrits comme « très importants » et capables de « modifier la posture tout doucement » du professionnel (E9, L.214-220).

Ces expériences vécues avec les personnes accompagnées, valident l'efficacité de la posture et façonnent durablement le professionnel : « c'est essentiellement les patients qui m'ont aidé à être l'infirmier de pratique avancée et finalement la personne que je suis aujourd'hui. » (E9, L.116-117).

a) *L'influence d'un contexte sociétal en évolution, vis-à-vis de la vision de la santé mentale*

Certains participants notent une évolution dans la manière dont la société et les médias abordent la psychiatrie, avec une vulgarisation accrue et des articles ou émissions qui tendent parfois à la « déstigmatiser » (E6, L.271-272), pouvant influencer la posture soignante.

Bien que cette évolution sociétale ne soit pas directement liée par les participants à l'adoption de leur propre posture, elle constitue un élément du contexte personnel et social dans lequel les professionnels évoluent, avec l'espoir exprimé que « peut-être qu'à force : ça gagne ! » (E6, L.272-273).

En synthèse, il apparaît de manière assez unanime chez les personnes interrogées, que le vécu personnel, qu'il s'agisse d'expériences directes avec la santé mentale, le parcours de vie général, les compétences acquises dans d'autres domaines, a une influence sur leur posture professionnelle. Cela renforce leur conviction en la possibilité du rétablissement, facilitant ainsi l'alliance thérapeutique, grâce à une plus grande authenticité relationnelle et permettant un dévoilement de soi adapté.

De manière significative, l'expérience partagée et les apprentissages tirés directement des interactions avec les personnes accompagnées, jouent également un rôle majeur dans le modelage et la validation de leur posture.

3.2.6 L'influence de caractéristiques individuelles du professionnel dans l'acquisition d'une pratique orientée rétablissement

Ce sixième thème n'était pas envisagé dans les hypothèses initiales, au début de cette étude.

Cependant, son émergence spontanée et constante au cours des entretiens menés auprès de l'ensemble des participants, nous a conduit à le considérer comme un élément essentiel à aborder dans les résultats obtenus.

En effet, l'ensemble des répondants ont spontanément et avec conviction, évoqué l'importance de certaines caractéristiques personnelles chez eux ou observées auprès d'autres professionnels, comme ayant été facilitantes, voire parfois déterminantes selon eux, dans l'adhésion et l'appropriation d'une posture dirigée vers le rétablissement.

Au-delà de facteurs externes comme la formation ou le contexte de travail, les entretiens soulignent avec l'influence de caractéristiques intrinsèques du professionnel, comme sa personnalité, ses valeurs, sa curiosité, sa capacité à se remettre en question, à s'autoévaluer et à autoévaluer sa pratique.

Mais il a été aussi souligné l'importance de l'engagement professionnel, comme un préalable au développement et à l'incarnation d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

L'idée que l'on « soigne un peu aussi avec ce que l'on est » (E12, L.24-25) apparaissant dans de nombreux discours.

A) L'authenticité et les valeurs communes comme une base essentielle

a) L'importance de l'authenticité dans la relation : être vrai

La capacité à être authentique dans la relation est présentée comme un élément central. Il s'agit de « rester moi-même » (E3, L.146-157), de ne pas « jouer un rôle » (E5, 950-952) car ceci serait forcément perçu par la personne accompagnée et fausserait alors l'alliance.

La posture doit devenir « naturelle » (E5, L.47-48), une « attitude » plutôt qu'une simple posture (E5, L.694-696), s'inscrivant dans un prolongement de soi (E3, L.156-157).

Cette authenticité est parfois présentée comme étant directement liée aux critères de la relation d'aide centrée sur la personne (102), notamment la congruence (E5, L.694-695). Elle implique d'être en capacité de sortir de la « posture soignante » traditionnelle pour établir une relation « d'humain à humain » (E5, L.660), et être capable de « tomber la blouse » même symboliquement : « il ne faut plus l'avoir dehors, il faut l'avoir dedans ! » (E5, 661-662).

Cette authenticité faciliterait le lien thérapeutique, en le rendant moins « compliqué » (E3, L.142-144). Cela peut se traduire par des choix concrets (ex : réponse aux questions personnelles) faits en fonction de son propre confort (E5, L.60-63).

Cette authenticité a été décrite par des répondants comme étant parfois difficile pour certains professionnels, paraissant même parfois comme impossible (E3, L.54-55).

b) Importance de l'adhésion aux valeurs de la réhabilitation psychosociale et aux grands principes d'un accompagnement orienté vers le rétablissement

L'adoption de la posture semble facilitée lorsque l'approche de la réhabilitation « parle » au professionnel, qu'il est « en phase » avec la « conception du soin » et que ses « valeurs personnelles » sont compatibles avec celles de la réhabilitation psychosociale (E12, L.606-608 ; E2, L.446-450).

Pour certains, cette philosophie semble presque innée, « dans mon ADN » (E5, L.40-41). Il y a comme une philosophie partagée (E3, L.392-394 ; E4, L.288-290), avec le sentiment d'appartenir à une « bande » (E3, L.394), partageant le même « leitmotiv » (E3, L.388).

Ces valeurs incluent le respect, la conviction que le rétablissement est possible et que de maintenir et entretenir l'espoir est essentiel (E4, L.345-355). Cela peut parfois

s'apparenter à une forme de « foi », « coûte que coûte, malgré les difficultés, ben j'y crois » (E9, L.381-383).

Cet alignement de ces valeurs avec ses propres valeurs permettrait de plus de donner encore plus de sens à son travail (E7, L.485-486).

c) *La capacité à se focaliser sur les forces de la personne accompagnée et de croire en son potentiel*

Un prérequis semble être la croyance fondamentale dans la capacité de la personne à se rétablir. Si le professionnel n'a « plus d'espoir pour la personne », l'accompagnement devient impossible (E2, L.352-355).

Inversement, pouvoir féliciter sincèrement pour les progrès réalisés « bravo, bravo ! », valide cette croyance (E3, L.526-529).

B) *Une capacité d'auto-évaluation nécessaire face au besoin d'un d'ajustement personnalisé dans les accompagnements*

a) *La capacité à se remettre en question et remettre en question ses pratiques*

La capacité à « se remettre en question » soi-même et ses pratiques, est jugée « très importante » (E9, L.447-450) et nécessaire (E5, L.96-89 ; E11, L.331-333).

Elle implique d'être capable d'accepter de « ne pas savoir tout sur tout » (E11, L.320-325), de reconnaître ses propres imperfections « je suis pas parfaite » (E6, L.441-444), ses erreurs « j'ai fait des boulettes » (E3, L.161-164), et ses propres biais potentiels, comme d'être parfois stigmatisant « sans s'en rendre compte » (E1, L.337-342).

b) *La capacité à apprendre de ses expériences et des autres*

Cette réflexivité permet d'apprendre « en faisant » (E5, L.300-308), y compris de ses échecs ou des moments où « ça n'avance pas » (E2, L.184-187).

Elle est alimentée par l'observation critique des postures des collègues, « est-ce que j'ai des postures similaires parfois ? » (E1, L.303-305), par l'effet « miroir » (positif ou négatif) (E2, L.400-406).

Elle inclut la capacité, ou le développement de la capacité à gérer ses propres émotions négatives, pouvant être générées par certaines interactions (E6, L.563-565) et à prendre du recul pour rester objectif (E10, L.401-404).

c) *Capacité de flexibilité et d'adaptation*

Cette capacité d'auto-évaluation est décrite comme étant intrinsèquement liée à la flexibilité (E5, L.301-302), à l'aptitude à « lâcher prise » (E11, L.340-352), à abandonner

des pratiques si elles s'avèrent inefficaces ou non conformes aux recommandations (E1, L.362-367), et à adapter son approche « on passe à autre chose » (E1, L.362-363).

C) La curiosité, l'ouverture d'esprit et l'engagement comme moteurs d'une dynamique de changement vers une pratique orientée rétablissement

a) L'ouverture d'esprit et la curiosité

Avoir une « ouverture d'esprit » (E12, L.560-562) et de la « curiosité » (E1, L.357-358 ; E2, L.504-520) est mentionné comme étant essentiel.

Cette curiosité, qu'elle soit intellectuelle (E2, L.504-507) ou simplement un intérêt pour la psychiatrie et la santé mentale (E5, L.97-102), pousse à chercher, à lire, à se renseigner (E2, L.508-513 ; E4, L.71-73), à « aller voir » ce qui se fait ailleurs (E3, L.706), à s'ouvrir à « d'autres choses » (E9, L.544-546) hors réhabilitation psychosociale, dont des approches complémentaires, qui partagent des valeurs communes « thérapie institutionnelle » (E8, L.186-191 ; E2, L.170-180).

Elle peut être nourrie par des influences diverses, y compris la littérature ou la philosophie, où ont été cités Primo Levi (E9, L.110), H. Arendt, Aimé Césaire, Albert Camus (E9, L.483-486).

b) La motivation intrinsèque du professionnel et son engagement

La posture orientée rétablissement semble exiger un engagement qui dépasse le simple cadre « alimentaire » du travail (E11, L.368-375 ; E3, L.414-416 ; E4, L.362-377).

Il faut une « volonté », une « motivation intrinsèque » (E11, L.366-367), un « amour du métier » (E3, L.606-626).

Cet engagement peut être renforcé par des expériences professionnelles difficiles, « ça a renforcé d'autant plus mon engagement finalement », (E12, L.201) ou par le fait de s'opposer à des pratiques jugées inacceptables (E12, L.196-201 ; E7, L.321-344).

Il est souvent décrit en termes de « passion » : passion pour la psychiatrie, pour « la folie », pour l'humain (E9, L.488-489, 470-472).

Cette « passion » semble être partagée par les professionnels investis dans le milieu de la réhabilitation psychosociale (E3, L.614-626).

c) Les freins liés à des croyances figées et au confort

Inversement, des facteurs individuels ont été identifiés comme pouvant constituer des freins importants à l'appropriation d'une pratique orientée rétablissement.

L'attachement à des valeurs ou à des pratiques anciennes qui « sécurisent » (E1, L.293-296), la conviction que la réhabilitation psychosociale n'est qu'une « mode » et donc passagère (E4, L.453-456), ou la difficulté à quitter la posture « confortable », établie depuis longtemps, « ça fait 20 ans qu'ils font comme ça » (E5, L.91-92), ont été identifiés comme des obstacles importants au changement.

La posture traditionnelle de « pouvoir » du soignant, source de « maltraitance ordinaire » (E5, L.68-72), peut être difficile à abandonner pour certains professionnels (E5, L.83-85).

Parfois, le choix de la psychiatrie est évoqué comme pouvant relever de possibles mécanismes de défense personnels, avec le besoin de se sentir être « du bon côté de la barrière » pour certains soignants (E5, L.585). Le besoin de certains professionnels de se sentir différent des personnes accompagnées en psychiatrie, répondrait au besoin de se rassurer soi-même, rendant alors la posture d'horizontalité de la réhabilitation psychosociale trop « bousculante » pour eux (E5, L.578-588).

D) L'universalité de la posture orientée vers le rétablissement : un prérequis ou un potentiel à développer ?

Un débat est apparu clairement dans les échanges avec les répondants autour de cette question, quant à savoir si tout professionnel peut adopter une pratique pouvant faciliter le processus de rétablissement.

a) Les arguments du potentiel pouvant être développé chez tous les professionnels

Certains participants pensent que « oui, ça peut convenir à tout le monde » (E11, L.339-344), que chacun a la capacité de faire évoluer sa posture (E9, L.386-392), d'empathie (E12, L.515-519), et que même des personnalités initialement dites « impulsives » peuvent apprendre la patience avec du temps et de la motivation (E11, L.337-344).

La diversité des personnalités étant même plutôt vue comme une richesse pour une équipe (E11, L.359-357).

b) Les arguments retrouvés en faveur de prérequis personnels à avoir

D'autres expriment de forts doutes : « Est-ce que tout le monde peut avoir cette posture là...je ne pense pas. Je ne pense pas » (E12, 521-522), « pour moi ben non... » (E3, L.606-610).

Ils estiment que certaines « dispositions naturelles » sont impératives (E5, 944-952).

Cela nécessiterait une certaine « personnalité » (E8, L.606-608), et même parfois le fait d'être « fait pour ça » ou pas (E3, L.299-303).

Tout le monde ne serait pas prêt à la vulnérabilité de « se foutre à poil » qu'implique l'authenticité (E5, L.954-957), ni à la nécessité de remise en question constante (E5, L.86-89).

Le manque d'empathie ou de sensibilité à la souffrance (E3, L.628-632), ou une approche purement « technique » (E2, L.582-590) ou « alimentaire » (E3, L.411-416 ; E4, L.362-370 ; E11, L.366-375) seraient réductrices.

Certains collègues, même compétents, resteraient bloqués dans une posture de « sauveur », jugée contre-productive (E9, L.386-399).

« C'est quelque chose qui est une philosophie. C'est pour ça que n'importe qui ne peut pas transmettre ça... N'importe qui ne peut pas représenter ça, car c'est quand même particulier. Quand tu vois tous les médecins qui travaillent en réhab. Ce sont des toubibs quand même particuliers... qui aiment leur boulot, enfin même tous les professionnels, même les soignants, ils sont tous particuliers » (E3, L.685-691)

La question « est-ce que c'est pour tout le monde ? » restant source de questionnement pour certains répondants :

« En fait, en gros, tu vois, si tu me demandes si tout le monde peut avoir cette posture-là, je pense qu'il y a un truc... Je me dis : Est-ce que finalement, c'est... Ouais, est-ce que cette posture-là, c'est pour tout le monde ? Ou pas ? Humainement, personnellement, est-ce que c'est pour tout le monde ? Je ne sais pas en fait. » (E2, L.569-574).

c) *L'acquisition d'une posture orientée vers le rétablissement comme un processus personnel qui est fortement associé au processus de rétablissement*

Nous retrouvons dans les entretiens, de manière importante et transversale, que l'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement s'apparente, pour les répondants, à un processus de transformation à la fois professionnel mais aussi personnel.

Ce cheminement est décrit, non pas comme une simple adhésion à un modèle, mais comme une démarche individuelle qui, bien que sensible aux influences extérieures, relève d'une dynamique personnelle appartenant au soignant lui-même.

Ce parcours de transformation est explicitement mis en parallèle avec le processus de rétablissement vécu par les personnes accompagnées :

« On peut faire un peu le parallèle entre le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique et puis peut-être le temps nécessaire pour avancer

dans un processus d'évolution de posture en tant que professionnel. Et c'est carrément ça. Avec le côté non linéaire qu'on retrouve, enfin qui a été décrit dans le temps ». (E10, L.347-351)

« En fait nous aussi c'est comme si nous aussi on avait un rétablissement. C'est un parcours qu'on a en tant que soignant. Le parcours du soignant dans le rétablissement parce que c'est un parcours » (...) « C'est un parcours aussi c'est... Ils ont leur parcours de rétablissement mais nous quand on les accompagne, quand on est leur accompagnant, c'est aussi un parcours ». (E3, L.594-604)

« Finalement c'est un peu notre propre rétablissement. On chemine un peu pareil. Si on fait le parallèle avec nous, à un moment donné, c'est se dire, de la même manière, quand on ne va pas bien, en quoi je suis compétent, qu'est-ce que je sais faire, quelles sont mes forces, où est-ce que je veux aller et comment je veux y aller.

Enfin voilà c'est important de penser à notre propre rétablissement en tant que soignant ». (E9, L.448-453)

Ce processus ne serait pas toujours conscientisé par les professionnels de santé :

« Je suis absolument persuadé que nous même nous pouvons incarner ce processus de rétablissement car on le vit aussi finalement dans notre propre parcours de vie, soignant, malade ou pas. Faut juste réussir à s'en rendre compte ». (E9, L.464-466)

Ce processus dans l'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement, nécessiterait un changement de perception chez le soignant :

« Il faut pouvoir faire son propre rétablissement de soignant, (...). Mais déjà le rétablissement pour le soignant, doit passer par un changement de sa perception de son rôle. Un changement et une acceptation de ce changement. ». (E2, L.470-475)

La posture orientée vers le rétablissement serait facilitée par un travail personnel :

« Avoir une posture de rétablissement, nécessite d'avoir fait mon propre rétablissement de soignant. Enfin à un moment donné. ». (E3, L.249-250)

« Avoir une posture de rétablissement, nécessite d'avoir fait mon propre rétablissement de soignant » (E2, L.249-250)

« Mais pour pouvoir leur restituer et les aider à cheminer, il a bien fallu que moi aussi je me l'approprie aussi et finalement : je me suis réparée moi en amenant, en développant ses outils ». (E5, L.230-232)

« Et je pense que c'est aussi quand je dis que ça a contribué à m'aider, à euh... me rétablir, finalement je me suis fait, de la réhab, en faisant de la réhab ». (E5, L.558-559)

« Ça m'a changé et même dans ma vie privée. À me faire changer même dans ma vie en dehors du travail : « qui n'a pas de difficulté ? » et avancer vers ce qui est important ». (E6, L.557-559)

« En fait moi, je dis c'est la réhab, m'a permis de me rétablir moi d'abord ». (E5, L.223-224)

« Peu importe ce que ça a coûté dans le travail. Et que peu importe les difficultés, les obstacles. J'ai pu avancer, comme un peu les personnes dans leur processus de rétablissement. » (E9, L.461-463).

4 Discussion

4.1 Discussion autour de la méthodologie, de l'échantillon et des limites

4.1.1 Discussion sur la méthodologie

Pour cette recherche nous visons à explorer les facteurs qui favorisent, chez les professionnels de santé (métier socle infirmier), l'acquisition d'une posture de soin propice au processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique.

Le recours à une méthodologie qualitative s'est avéré adaptée pour saisir la complexité et la nature subjective de l'acquisition (ou non) de cette posture de soin.

Cette approche nous a permis d'explorer les facteurs pouvant être impliqué. Il nous a permis aussi de mieux comprendre le sens que les professionnels donnent à leur propre parcours d'appropriation, en s'appuyant sur leurs perceptions et leurs expériences.

Afin de favoriser une libre expression et de saisir la logique propre à chaque participant, la collecte des données a été réalisée par le biais d'entretiens semi-directifs.

L'utilisation du guide d'entretien thématique, autour des hypothèses initiales, a permis de recueillir des informations, en suivant une méthodologie la plus similaire possible et reproductible, auprès des différentes personnes interrogées.

4.1.2 Discussion sur les limites possibles de l'échantillon

Ce choix de l'échantillonnage, bien que pertinent à la lumière des résultats obtenus, se concentre sur un profil spécifique de professionnels. Si cela ne permet pas de généraliser les résultats à l'ensemble des infirmiers en santé mentale, il a permis de recueillir des informations riches auprès de personnes ayant un savoir expérientiel pertinent, en regard de notre question de recherche.

Si cette méthodologie a permis de fournir des données riches sur le vécu des participants, elle peut contenir certaines limites.

L'utilisation d'un échantillonnage intentionnel et raisonné a ciblé le recrutement de professionnels ayant déjà développé une pratique orientée rétablissement, ainsi qu'une expérience significative en réhabilitation psychosociale (RPS). Les critères d'inclusion et d'exclusion, ont permis de conserver l'ensemble des données obtenues pour la totalité des 12 entretiens réalisés.

Cependant les critères d'inclusion spécifiques des participants avec un métier socle d'infirmier et devant répondre à au moins un critère parmi cinq liés à l'expérience ou la formation en RPS, bien que garantissant la pertinence des réponses des participants par rapport à la question de recherche, introduisent automatiquement un biais de sélection.

L'échantillon, malgré sa pertinence vis-à-vis de la question de recherche, ne peut, de ce fait, être représentatif de l'ensemble des infirmiers, notamment ceux moins expérimentés ou moins engagés dans la RPS.

Une variation a été recherchée au sein de l'échantillon final des 12 participants en termes de fonction, de type de structure d'exercice et de localisation géographique. Nous avons essayé dans cet échantillonnage d'avoir une hétérogénéité dans le profil des répondants, tout en essayant de garder un équilibre chez les répondants : 4 infirmiers (3 IDE, 1 ISP), 4 IPA, 4 cadres de santé - 6 femmes et 6 hommes – sur 4 départements différents.

Bien qu'une hétérogénéité ait été recherchée, la concentration géographique (principalement Hauts-de-France et Île-de-France) pourrait limiter la transférabilité des résultats obtenus, à d'autres contextes régionaux, où les dynamiques institutionnelles, de formations, ou de moyens, pourraient différer.

4.1.3 Discussion autour des limites possibles de l'étude

La nécessité de faire appel à des souvenirs plus ou moins récents, a pu exposer les répondants à un possible biais de rappel. Les souvenirs pouvant être parfois modifiés et reconstruits avec le temps.

Cependant nombre des répondants ont ciblé un moment, une rencontre, un événement particulier, qu'ils ont décrit comme fondateur d'un début de changement. Cette forme de mémoire est souvent associée à l'effet « mémoire flash » (*flashbulb memory*) (103) .

Ces souvenirs se forment généralement autour d'événements qui sont perçus comme très surprenants, importants et qui suscitent une forte émotion. On se souvient alors typiquement où on était, ce qu'on faisait, comment on a appris et ce qu'on a ressenti. Un exemple souvent cité pour illustrer cette mémoire est ce que faisait les personnes le 11 septembre 2001 (104), où beaucoup, malgré les années, sont en capacité de répondre.

Ainsi nous pouvons penser que cet effet, souvent associé à une émotion, a pu participer chez les répondants, à limiter les biais de mémorisation dans les résultats de cette étude.

Enfin, un biais de désirabilité sociale (105) peut être envisagé. Certains participants ayant pu chercher, même involontairement, à fournir des réponses qu'ils perçoivent comme socialement plus acceptables ou plus favorables, plutôt que de refléter leurs opinions ou comportements authentiques. Cependant l'engagement très fort, parfois militant, observé et retranscrit, pour l'ensemble des répondants, semble limiter l'impact possible de ce biais.

En dépit de ces limites, la méthodologie et la stratégie d'échantillonnage retenues se sont avérées appropriées pour répondre à la question de recherche, permettant de collecter des données denses et qui apparaissent pertinentes pour l'analyse des facteurs influençant l'adoption de la posture étudiée.

Après avoir discuté de la méthodologie et de l'échantillon, nous abordons maintenant la confrontation des résultats obtenus avec les hypothèses initiales de cette recherche.

4.2 Confrontation des résultats et de leur analyse, aux hypothèses

4.2.1 Hypothèses secondaires :

A) Une formation orientée rétablissement, favorise l'adoption d'une posture d'accompagnement plus en phase avec celle-ci, chez les IDE

La participation à des formations orientées rétablissement, a été unanimement reconnue par les répondants comme ayant favorisé leur appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement.

Cette hypothèse, que la formation orientée rétablissement, favorise l'adoption d'une posture d'accompagnement plus en phase avec celle-ci, apparaît clairement validée.

Cependant si elle la favorise, l'apport d'une formation orientée rétablissement a été aussi nuancé par le fait qu'elle n'était pas suffisante. Elle « ne fait pas tout » (E12, L.53).

En effet, selon les répondants différents facteurs sont à prendre en compte, lors de sa mise en place, afin qu'elle puisse faciliter l'appropriation, par le participant, d'une posture orientée vers le rétablissement.

a) *Importance d'associer dans une formation, les valeurs et les principes de base d'une posture orientée rétablissement*

La formation orientée rétablissement apporte les connaissances conceptuelles nécessaire au développement de la « culture réhab », permettant aux professionnels d'avoir un « langage commun », de façon à pouvoir utiliser les « outils » de soins de manière adaptée, en direction du rétablissement (l'entretien motivationnel, l'ETP, la RC, ont souvent été cités).

Cette forme de formation apporte une légitimité, vis-à-vis de soi, lorsqu'on est déjà dans une démarche de ce type, mais aussi de collègues, décrits comme étant « parfois sceptiques ». Certains termes comme « outils » ou « Éducation thérapeutique » (E8, L.233-239) ayant pu d'ailleurs freiner l'adhésion de certains participants.

Une formation orientée rétablissement, peut initier une transformation du regard, être « conforté », « changé », « déplacer » la posture et renforcer la croyance dans le rétablissement.

La transformation de la posture de soin, lors des formations orientées rétablissement, dépend de l'intégration profonde de la philosophie du rétablissement, qui dépasse ses seuls outils et qui est favorisée par des apports expérientiels concrets, acquis notamment lors de stages durant les formations de plus longue durée.

Il faut apparait important que les fondamentaux (la philosophie du rétablissement et les valeurs de la réhabilitation psychosociale) soient solidement abordés en amont et ensuite

en parallèle à la formation aux pratiques orientées rétablissement (outils de la réhabilitation psychosociale et autres approches thérapeutiques).

Ceci afin d'éviter une application mécanique dans l'utilisation outils de la RPS et favoriser une adhésion plus profonde des personnes formées.

b) Proposer des formations espacées dans le temps

L'appropriation d'une posture orientée rétablissement nécessite généralement du temps. Elle est vue comme un processus par les répondants. Proposer une formation visant la posture de soin nécessite donc du temps.

Un des points soulevés par les répondants est qu'une formation étalée dans le temps favorise son impact sur la posture (E8, L.107-110). Cela permettant de laisser le temps au professionnel de s'approprier et de tester ces nouvelles notions, de manière à pouvoir les intégrer dans leur posture.

Au-delà de son contenu et de son espacement dans le temps, il semble que la formation devrait pouvoir être proposée en fonction de la réceptivité individuelle du professionnel au moment de la formation et de ce que la personne est disposée à recevoir (E12, L53-57).

c) L'efficacité d'une formation orientée rétablissement dépend de la réceptivité du participant

Il pourrait être intéressant de ce fait d'évaluer et, si possible, de préparer la réceptivité du professionnel avant toute formation orientée rétablissement.

Comme cela a été dit par plusieurs personnes interrogées :

« Et je me souviens qu'il y avait une phrase comme ça de mes collègues qui disaient, mais j'ai l'impression que « j'ai perdu ma psychiatrie » » (E2, L.286-287).

« Et pour les anciens de la psy etc. qui ont toujours fait comme ça et on va pas leur réapprendre à faire leur job, non mais sans blagues. » (E5, L.65-66).

« Ben si je parle de ce qui s'était fait ici (...) C'était quelque chose d'assez brutal. C'est à dire : « vous avez fait ça, aujourd'hui on va faire ça ! », « aujourd'hui c'est comme ça ! » ». (E8, L.219-221).

Ce changement de paradigme peut donc être vécu difficilement par certains professionnels. Evaluer avant la formation, la motivation et l'intérêt du professionnel pour la thématique avant de l'engager dans la formation, semble donc important.

Mais cette difficulté de disponibilité du professionnel à s'ouvrir à une approche différente de sa pratique peut être associée à d'autres facteurs à prendre en compte.

d) *L'épuisement professionnel*

L'épuisement professionnel semble aussi, dans le cadre d'une formation, pouvoir être un frein à cette appropriation :

« Et puis bon, en fait, ça ne fonctionne pas du tout ça frustre, ça peut mettre la personne finalement en burn out en fait. » (E2, L.192-194).

Le principe fondamental, que pour pouvoir prendre soin des autres, il faut d'abord prendre soin de soi-même, prend là-aussi tous son sens. Un professionnel qui ne va pas bien, n'aura pas toujours la disponibilité et l'énergie nécessaire afin de rentrer dans une dynamique de changement.

Une formation débute généralement par une évaluation des acquis, des connaissances de départ. Il serait de ce fait intéressant de prendre en compte le niveau de bien-être du participant.

Intégrer une échelle d'évaluation du niveau de bien-être ou de l'épuisement professionnel en préalable de la formation pourrait être une source d'informations importante à prendre en compte, afin de pouvoir adapter l'intervention aux besoins et à la disponibilité du participant.

e) *L'insuffisance de la sensibilisation à la notion de rétablissement en formation initiale*

Le manque de formation initiale en IFSI sur le rétablissement : « rien » ou « pas grand-chose » (E6, L.62-63 ; E4, L.305-309), « deux heures sur trois ans » (E12, L.129-135) et sur la lutte contre la stigmatisation est un point qui est revenu souvent dans les échanges comme étant une difficulté pour les jeunes professionnels.

« J'avais pu échanger avec une jeune infirmière qui a décidé travailler en soins aigus. Et je lui dis : « Mais pourquoi ? ». Alors je me fais des idées aussi, mais je me dis pour les jeunes, ils vont vouloir travailler en réhab. Ils sont dans une nouvelle dynamique. Et en fait non, elle voulait bosser en aigue et j'ai dit : « Mais qu'est-ce qui te motive à bosser en aigu ? » Et elle me dit : « Bah, on aigu, on fait de la vraie psychiatrie ». Bon déjà ça partait mal... Et je lui dis : « Mais qu'est-ce que tu entends par la vraie psychiatrie ? C'est quoi pour toi la psychiatrie ? ». Et elle m'a dit : « Moi, j'aime bien les mises en iso (isolement), les contentions, les machins... ». Et là je me dis ouais, ok... On en est là. Si tu n'enlèves pas cette fausse représentation et que tu n'expliques pas la réhab. Donc si tu n'arrives pas à déconstruire ça et que tu ne n'expliques pas la réhab, le rétablissement ce que c'est... Je lui ai dit : « si nous en réhab on bosse bien, des contentions et des isolements, t'en connaîtra de moins en moins ! » Mais si t'explique pas ça. Tu vois... Les

gens ne peuvent pas se positionner correctement. Je pense qu'il faut avoir les bonnes cartes en main, pour bien comprendre ce qu'on fait, quoi. » (E12, L.575-590)

Il apparaît donc important de pouvoir envisager un renforcement des interventions précoces auprès de ces professionnels, qui est considéré, par les répondants, comme « essentiel » (E9, L.529), « indispensable », (E12, L52), pour « déconstruire les croyances » (E12, L.591), ceci dès l'IFSI, avant l'entrée dans la pratique lors des stages.

Ces interventions précoces autour du paradigme du rétablissement, peuvent pourtant s'appuyer sur le champ solide des sciences infirmières.

En effets, de nombreuses écoles de pensées infirmières, incarnent parfaitement les valeurs retrouvées en réhabilitation psychosociale (45) et dans les principes du rétablissement (106) qui sont portées à ce jour.

En effet, les approches théoriques des sciences infirmières sont parfaitement en phase avec les principes d'une posture de soin orientée rétablissement (107) . Elles partagent une vision holistique de la personne, non médico-centrée, non organo-centrée, où la personne est reconnue comme experte de son propre bien-être (108), capable de comprendre et transformer sa situation (109) et libre de choisir ses orientations selon ses valeurs (110).

Le rôle infirmier y est vu comme un travail de partenariat (111), visant à soutenir l'adaptation de la personne vers son propre équilibre (112), à optimiser son potentiel (113) et à promouvoir la famille comme levier.

La finalité est souvent la qualité de vie telle que définie par la personne elle-même (110).

Ces fondements théoriques, illustrés notamment par le modèle McGill axé sur les forces (80), portent en eux les fondements d'une posture soignante, favorisant l'autodétermination, l'empowerment, essentiels au rétablissement.

Les sciences infirmières offrent ainsi, et ceci depuis de nombreuses années, une base éthique et conceptuelle solide pour les infirmiers, à la posture de soins dirigée vers le rétablissement. Malheureusement elle restent trop peu connues et souvent mal comprises, parfois par les infirmiers et étudiants infirmiers eux-mêmes (114).

B) Les expériences professionnelles positives, impliquant des succès dans l'accompagnement de patients vers le rétablissement, renforcent l'adoption d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

Nous avons vu, dans les résultats, que l'expérience professionnelle a une influence indéniable sur la posture et peut se révéler être un facilitateur, comme parfois un frein à l'approche orientée vers le rétablissement du professionnel.

L'exploration de l'influence du parcours et de l'expérience professionnelle mettant clairement en évidence comment les réussites, les rencontres et les observations positives consolident la posture des professionnels infirmiers, vers une approche axée vers le rétablissement.

a) Le rôle structurant des expériences professionnelles variées

Les récits des répondants soulignent l'importance d'un parcours professionnel diversifié. La variété des rôles et des contextes d'exercice, même en dehors du champ strict de la psychiatrie, contribue à bâtir une base d'expériences riches, qui facilite l'adhésion à des notions fondamentales de la posture orientée rétablissement, telle que l'accueil inconditionnel de la personne.

Les expériences multiples aident à développer l'expertise de l'approche des soins en psychiatrie et à développer une compréhension plus large des missions d'infirmier.

Au-delà de la diversité des expériences, certaines rencontres et certains événements sont identifiés comme des points d'ancrage et de réflexion qui provoquent des changements de posture.

« J'ai fait des boulettes oui... Oui parfois, j'ai pas toujours réussi ce que je voulais. Oui parfois j'ai dû me confronter à des situations difficiles. Mais (...) avec l'expérience (...) je pense que c'est ça qui m'a forgé.... qui a forgé ma façon de travailler, qui a forgé ma personnalité professionnelle » (E3, L.163-168).

Ces observations suggèrent que la posture n'est pas figée dans le temps, qu'elle évolue et se module au fil des rencontres, cheminant au fur et à mesure, jusqu'à ce qu'elle soit intériorisée par le professionnel.

b) Le renforcement de la posture par les réseaux professionnels et le partage

Les temps d'échanges en réseau sont décrits comme étant des moments clés pour « rencontrer des professionnels (...) qui étaient convaincus » (E4, L.414-415), comparant parfois le réseau de réhabilitation psychosociale à un groupe de « potes » partageant la même « philosophie » (E3, L.384-390).

La rencontre et les échanges avec des « pairs » engagés dans la même démarche, cherchant à aller dans la même direction, développant le sentiment d'appartenance à une

communauté de pensée et de pratique, qui conforte le professionnel dans sa posture de soin.

Participer à des congrès, à des colloques ou à des journées d'informations, permet aussi de découvrir de nouvelles approches orientées rétablissement, de renforcer les liens entre les professionnels, notamment avec les réseaux qui sont porteurs des valeurs de la réhabilitation psychosociale et de la philosophie du rétablissement.

« Je pense que c'est hyper important de pouvoir échanger dans les pratiques infirmières et d'autant à des moments où j'avais beaucoup de doutes. (...) J'avais besoin, j'avais envie de pouvoir échanger avec des personnes qui faisaient la même chose » (E7, L.472-478).

Ces occasions sont décrites par certains participants comme ayant été des moments de validation personnelle forte autour de la posture de soin :

« je me suis dit : Mais c'est ça ! Mais en fait c'est tellement ça et c'est tellement naturel et tout ce qu'on me reprochait en tant qu'élève infirmière en psy, (...) et ben tout d'un coup, ça devenait exactement ce qu'on attendait de moi. » (E5, L.8-12).

Le travail en réseau, les journées d'informations et les congrès, renforcent ainsi la posture des professionnels qui sont déjà engagés dans cette démarche et peut amener de nouveaux à s'y engager. La participation et les échanges au sein de réseaux professionnels orientés vers le rétablissement, constituant une source significative de dynamisme, de motivation, de validation et de renforcement des pratiques orientées rétablissement.

c) *Le contraste des expériences vécues en intra et en extra hospitalier comme moteur ou frein possible à l'appropriation d'une posture orientée rétablissement*

L'analyse des expériences en milieux intra et en milieu extra hospitalier, fournit un éclairage particulièrement intéressant pour cette hypothèse.

L'expérience de l'exercice en intra hospitalier est souvent perçue comme rendant l'appropriation ou le maintien d'une posture orientée rétablissement plus difficile, notamment en raison, selon les répondants, d'une approche parfois encore trop centrée sur les symptômes. La fréquence souvent importante des réhospitalisations pouvant aussi générer un sentiment de découragement.

À l'inverse, l'expérience d'un exercice en extra hospitalier est souvent décrite comme une redécouverte de la psychiatrie, où constater des évolutions positives de personnes accompagnés, permet de réaliser concrètement que le rétablissement est possible.

Ainsi le changement de cadre peut briser certaines fausses représentations, faciliter une approche plus collaborative avec la personne et adopter une posture plus en faveur de l'empowerment.

L'expérience de travail en collaboration avec des pairs-aidants et des médiateurs de santé pairs (MSP) peut être un puissant levier de changement dans la posture des soignants vers le rétablissement. Apportant une « autre vision » (E11, L.63-65) et aidant les professionnels à « changer de regard sur les personnes concernées » (E1, L.154-156).

Les propositions issues des entretiens, telles que l'organisation de rotations ou de tutorats impliquant des professionnels de l'extra et de l'intra hospitalier, ou l'intervention d'usagers rétablis en intra, visent précisément à exposer les soignants à ces succès du rétablissement pour « changer leur regard » et contrer un pessimisme encore trop souvent basé sur des expériences et des croyances non représentatives du rétablissement.

d) *L'expérience de l'efficacité de l'approche orientée rétablissement, comme facilitateur à l'appropriation d'un changement de posture*

Les succès concrets dans les accompagnements dirigés vers le rétablissement, renforcent la conviction des professionnels et encouragent l'appropriation de cette posture.

Cette interaction illustre la nature réciproque de l'enrichissement mutuel de la relation orientée rétablissement. Elle montre aussi comment le constat de l'efficacité de l'approche en réhabilitation psychosociale, peut renforcer la posture et la motivation du professionnel à poursuivre dans cette approche : « voir que ça marche, voir que les soins de réhab ça marche. » (E3, L.540-546).

Le fait d'expérimenter l'efficacité des outils de la réhabilitation psychosociale, renforce ainsi également la posture. « Pour moi il faut le vivre. Faut le vivre. On ne peut pas se contenter de lire des bouquins. C'est bien tu peux le grand manuel de réhab (...). Tu auras tout et rien compris » (E5, L.607-610).

Il apparaît important de pouvoir encourager de nouveaux professionnels à venir expérimenter les outils pour lui donner envie de s'engager dans une approche orientée rétablissement (E5, L.603-608) ; « Je leur disais : « viens co-animer avec moi...viens avec moi ». Et en fait elles ont découvert les outils, en même temps que la philosophie ». (E5, L.209-210).

e) Validation de l'hypothèse :

Cette hypothèse, postulant que « les expériences professionnelles positives, impliquant des succès dans l'accompagnement de patients vers le rétablissement, renforcent l'adoption d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement », est ainsi validée par l'analyse des résultats obtenus.

C) Un cadre de travail encourageant l'autonomie, la collaboration interprofessionnelle, l'ouverture vers l'extérieur et la participation des patients, favorise l'adoption d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

Ce facteur apparaît comme jouant un rôle déterminant dans l'appropriation d'une posture orientée rétablissement. Il constitue d'ailleurs le domaine ayant été source du plus grand nombre d'unités de sens obtenues durant la phase d'encodage des données.

L'analyse de ces données obtenues, confirme fortement cette hypothèse. L'environnement de travail et la dynamique institutionnelle apparaissant comme des facteurs déterminants dans la capacité des professionnels infirmiers à adopter et maintenir une posture favorisant le processus de rétablissement, où plusieurs éléments clés autour de ce point, ont émergés des témoignages

a) L'importance d'avoir un leadership médical qui soutient et incarne lui-même cette posture orientée rétablissement

Avoir un médecin incarnant lui-même cette posture, est unanimement identifié comme essentiel pour impulser et maintenir une dynamique de changement. La présence d'un médecin formé, engagé et qui « porte le projet mais aussi les équipes » est perçue comme un moteur essentiel.

Ce positionnement médical va inspirer confiance et encourager l'équipe à s'investir :

« les équipes (...) se disent bah (...) « Notre médecin là, on voit qu'il croit dans le projet, qui le porte et il nous porte. Bah go ! On lui fait confiance et on fonce » (E11, L.265-268).

Avoir dans l'équipe un médecin engagé, lui-même formé et qui « porte le projet », peut donc être un facilitateur important auprès des équipes, afin de participer à une dynamique de changement dans la posture de l'équipe.

Cependant, il semble qu'il ne doive pas se contenter de valider l'approche et la soutenir, mais il doit aussi lui-même l'incarner.

Cette incarnation ne semble pas répondre particulièrement à un besoin d'exemplarité pour les équipes, mais plus à un besoin de validation et d'assurance, perçu selon les répondants, comme un préalable nécessaire à un l'engagement dans cette posture.

Cette incarnation s'exprime par un travail en collaboration avec les équipes, dans une démarche horizontale et de co-construction :

« (...) tu vois, elle demande toujours l'avis des équipes et jamais elle va se positionner sans demander l'avis des équipes. Et ça, ça aide l'équipe à prendre confiance en elle. A se dire « ben finalement le médecin trouve que j'ai des compétences » (E12, L.404-406).

Elle s'exprime aussi par une confiance, une reconnaissance et une valorisation des compétences de l'équipes soignante :

« Cette autonomie qu'elle nous laisse. (...) la confiance, la confiance. Du coup on peut aller (...) s'inscrire sur les conférences, (...) elle nous suit (...) mais on a vraiment une belle autonomie dans le service. (...) Oui la confiance il y a la confiance. La confiance et la considération. » (E6, L.291-298)

À l'inverse, un manque de pilotage clair par le médecin, peut laisser les équipes démunies. L'absence de ce leadership médical ou un médecin non convaincu peut constituer un frein majeur :

« Si t'as pas derrière une directive quand même médicale, un accompagnement et quelqu'un qui tient le projet médical en main, c'est mort quoi (...) Si tu n'as pas cette cohésion, un médecin qui fédère la chose, c'est mort. » (E12, L.391-395).

Si le médecin n'est pas porteur ou est réfractaire, un soignant même personnellement convaincu de la démarche orientée rétablissement et formé, peut alors se retrouver isolé et en difficulté pour mettre en œuvre cette posture :

« Et c'est là où justement on peut voir que quant à un moment donné, il y a peut-être un chef d'équipe qui se dit pro-rétablissement et qui veut mettre des outils, Euh... Et bien, finalement, en le faisant mal, il peut en dégoûter les autres » (E2, L.294-297).

Bien que la posture de soin relève d'un cheminement personnel pour le professionnel de santé, son déploiement concret, que ce soit dans des outils de soins (RC, ETP, psychoéducation des proches, etc.) ou dans des accompagnements (orientation vers l'extérieur, insertion professionnelle, travail avec des association, etc.), nécessite encore souvent l'adhésion médicale.

L'autonomie de l'infirmier dans l'application d'une approche orientée rétablissement, reste donc encore souvent dépendante de la validation et du soutien du médecin référent :

« le médecin a une place essentielle ! Quoi qu'on en dise, il a l'autorité fonctionnelle et sans lui on peut pas faire grand-chose. C'est à dire que sans un médecin porteur du projet les portes peuvent vite se fermer » (E9, L.319-322)

Faire face à un médecin, qui n'a pas cette posture-là, demande du courage pour un soignant pour imposer sa vision : « Et puis finalement qui donne la foi, parce que nous on est bien gentil, bien mignons les infirmiers mais quand on dit que ça peut apporter quelque chose, effectivement on...euh...on n'est rien, ni personne » (E6, L.120-122)

« Par exemple un médecin qui voulait faire deux injections, matin, midi et soir, sur un patient qui était en contention sur plusieurs mois. Et oui... Je lui ai dit : « non je ne suis pas d'accord ». Et non je ne le ferai pas par conviction. (...) ça aurait pu très mal se passer » (E6, L.165-176)

b) Avoir un management qui favorise l'autonomie et la confiance du professionnel de santé

Un management favorisant l'autonomie et la confiance a été très souvent cité comme étant un facteur majeur pour s'approprier et maintenir une posture orientée rétablissement.

Laisser de l'autonomie aux infirmiers. « libre de (...) choisir nos outils » (E3, L.321), leur accorder de la confiance, « La confiance. La confiance. » (E6, L.293-298) et solliciter l'avis de l'équipe, renforcent la motivation et la prise d'initiative des professionnels :

« C'est important d'avoir des cadres et des directeurs qui ont cette philosophie de soins. » (E11, L.228-229).

Le cadre de santé peut donc jouer un rôle important. Notamment par l'accès à la formation : « Quand tu as vraiment les moyens (...) quand on te donne les moyens (...) quand on te donne des formations (...) quand tu peux te former pour t'améliorer, pour avoir plus d'outils sous la main (...). Ah ouais ça c'est super. » (E3, L.368-373)

« Il y a vraiment un travail de formation et d'informations et pour que ça se mette en place pour moi c'est un projet d'équipe. » (E8, L.244-245)

Le cadre de santé a, du fait de sa proximité et ses temps d'échanges avec les professionnels de santé, un rôle central à jouer dans le soutien à l'évolution des pratiques par les équipes : « Et moi je suis convaincu qu'on peut par le management participatif, obtenir de bien meilleurs résultats qu'un management directif. C'est un management basé

sur l'empowerment avec aussi les salariés qui va (...) aider à amener du changement chez le professionnel. » (E11, L.417-419)

« L'exemple auquel je pense c'était un faisant fonction cadre. (...) il nous a encouragé à sa façon, à travailler de cette façon-là » (E9, L.305-307)

« Et je pense que pour ça, (...) que le cadre doit créer un climat de confiance dans le management. » (E11, L.335-336)

c) *L'importance du soutien institutionnel*

Le soutien actif de la direction, semble très important dans cette appropriation.

Une direction qui « comprend nos besoins spécifiques en réhab, qui s'informe, qui s'intéresse et qui est dans un échange avec nous, ça aide énormément » (E11, L.233-234).

L'inscription de l'orientation rétablissement dans le projet d'établissement facilite son ancrage dans la pratique et les directions à lui donner, renforçant ainsi les professionnels de santé dans leur positionnement : « C'est aussi (...) le projet d'établissement qui participe aussi à ça. C'est-à-dire que là j'ai un projet d'établissement qui est identifié et qui est censé, en tout cas, participer à vraiment s'inscrire dans ce champ-là. (...) Forcément ça perme (...) C'est beaucoup plus de facilité pour aussi ancrer ma pratique professionnelle dans ce sens-là. » (E4, L.266-271).

« Pour moi un facteur facilitant, c'est effectivement que ce soit un projet de service. Que ce soit euh... au niveau des enfin de la direction, projet médical et projet de soins infirmier, enfin pour moi ça doit être décliné à tous les étages en fait » (E8, L.252-256).

Le fait d'avoir une direction impliquée « avoir une direction qui comprend nos besoins » (E11, L.233) et qui favorise un management participatif, « obtenir de bien meilleurs résultats qu'un management directif » (E11, L.417-421), est un levier majeur.

d) *Une dynamique d'équipe collaborative et de partage :*

Une dynamique d'équipe collaborative, riche par sa pluridisciplinarité, qui partagent un langage commun : « avoir un dialogue commun » (E10, L.76-78) et qui bénéficient de temps d'échanges (ex : synthèses (E12, L.453-455), réunions cliniques (E8, L.357-360), apparaît comme étant un élément essentiel à une pratique orientée rétablissement :

« Le travail en pluridisciplinarité ça aide, parce que ça met un regard hyper objectif et souvent complémentaire, sur ce qui se passe. » (E10, L.360-361).

Mais elle apparaît aussi comme étant un milieu propice au développement d'une posture de soin orientée rétablissement. Cette pluridisciplinarité amène dans la pratique de l'infirmier, une vision plus globale de la personne :

« Ouais ce mélange, le fait que ce soit une vision vraiment pluridisciplinaire. Elle change notre vision. » (E6, L.319-320)

En proposant un abord autour des aspects fonctionnels, sociaux et personnels de la personne, cette pluridisciplinarité permet au soignant, de voir au-delà de la maladie et des symptômes. Facilitant une vision intégrative de la personne et non du malade ou pire d'une maladie : « Et puis il y a aussi l'importance dans l'équipe d'avoir une diversité aussi au niveau des métiers. De se dire voilà c'est vraiment une prise en soin globale parce que quand on a des AMP, on a des aides-soignants, des infirmières, des thérapeutes en remédiation cognitive, des IPA, des psychologues, des neuropsychologues, des APA, des MSP, etc. Cette pluridisciplinarité, ça c'est important. » (E11, L.246-250).

e) *Avoir un environnement de travail qui laisse le temps au professionnel pour s'approprier cette posture*

Dans ce qui apparaît de plus en plus comme un processus, l'appropriation d'une posture orientée rétablissement est décrite par les répondants comme nécessitant du temps.

Ce temps est cité de manière récurrente comme une ressource essentielle mais souvent manquante. Le temps apparaît nécessaire pour que les professionnels puissent assimiler et s'appropriation ces concepts, pour parfois adapter ou changer certaines croyances et adapter ensuite leurs pratiques en fonction : « oui il y a vraiment une question de temps en fait pour adapter les pratiques, pour (...) les assimiler et puis les adapter en fait et puis pour changer aussi » (E8, L.118-120).

Ce besoin de temps est jugé incompressible et essentiel au changement.

« Le temps c'est essentiel pour changer de posture... c'est essentiel, il faut du temps » (E9, L.179-180).

Le temps est une ressource décrite comme étant souvent peu disponible mais pourtant efficace : « Ici on a les moyens... on a du temps à consacrer aux personnes qu'on suit, qu'on prend en charge. On est on est libre de... [...] choisir nos outils. On est libre de [...] évaluer un petit peu le temps de prise en charge. On est libre de mettre des choses en place avec la personne (...) » (E3, L.319-323).

A l'inverse, une pression par manque de temps et le manque de marge de manœuvre, peuvent être des obstacles au changement de posture pour des professionnels exerçant dans des contextes moins favorables : « j'ai perdu ma psychiatrie » (E2, L.287)).

Et où le changement trop rapide, peut être perçu comme une décrédibilisation du travail qui était fait auparavant.

Cette tension entre les idéaux de la réhabilitation psychosociale, les contraintes liées aux ressources et parfois un management descendant, étant une source de difficulté :

« C'est entre les contraintes économiques, organisationnelles, pour devoir mettre en place les choses, pour être efficace, ça coince » (E5, L.874-875).

f) L'influence positive des pairs-aidants et des Médiateurs de Santé Pairs (MSP) sur l'appropriation de la posture de soin orientée rétablissement des professionnels de santé

L'analyse des entretiens met en lumière le rôle significatif, et souvent transformateur, des pairs-aidants et des Médiateurs de Santé Pairs (MSP) dans l'appropriation et le renforcement d'une posture soignante orientée vers le rétablissement.

L'intégration de professionnels ayant un savoir expérientiel du rétablissement, apparaît comme un catalyseur puissant au sein d'un environnement qui reste encore très médico-centré.

Plusieurs répondants décrivent la présence d'un pair-aidant ou d'un MSP comme un élément ayant directement influencé leur propre posture et celle de l'équipe :

« De mon point de vue en tant que soignant, la paire-aidance m'a aidé à changer de regard sur les personnes concernées par un trouble psychique » (E1, L.154-155).

Leur intégration influence positivement le langage :

« les mots utilisés par les professionnels n'étaient plus tout à fait les mêmes » (E11, L.102) et la posture des équipes « ça change aussi énormément la posture de tout le monde » (E2, L.322).

La présence d'un pair-aidant ou MSP en réunion clinique, incite les professionnels à une plus grande vigilance quant à leur langage et à leurs attitudes :

« on va faire beaucoup plus attention à ce qu'on va dire. (...) avant, on pouvait avoir des discours qui étaient..., on pouvait se moquer en fait de certains usagers. (...) Alors qu'avec un Médiateur de Santé Pair, on ne va plus se permettre de dire ces choses-là » (E2, L.323-332).

Cette prise de conscience aide à déconstruire des attitudes pouvant être stigmatisantes :

« En fait si ça me gêne (de le dire devant le MSP), c'est que j'étais pas dans les clous » (E5, L.751-752).

Le pair-aidant, de par son parcours, en incarnant l'exemple concret de la possibilité du rétablissement, véhicule l'espoir, tant pour les personnes accompagnées que pour les soignants :

« Et puis finalement ça donne la foi (...) quand ça vient de quelqu'un qui l'a vécu, je vois bien que quand ça vient de quelqu'un qui l'a vécu, je vois bien que les personnes présentes sont touchées. Ca change quelque chose chez eux, surtout de l'espoir (chez les patients) mais c'est vrai aussi pour les professionnels, où ça pose une graine, c'est clairement visible et parfois il nous le disent, même si c'est...même si effectivement ça peut leur coûter parfois» (E6, L.117-125).

La présence du pair-aidant va ainsi favoriser chez les soignants, l'adoption d'une posture plus horizontale et aider à mieux comprendre les attentes des usagers. Elle facilite ainsi une approche plus holistique et au final de s'intéresser plus à la personne, en étant moins centrée sur la pathologie et les symptômes. Ils offrent aux autres membres de l'équipe, par leur posture et leur savoir expérientiel, des perspectives différentes et complémentaires, notamment sur la manière de respecter les choix de la personne accompagnée (empowerment), même s'ils diffèrent parfois de ceux imaginés par les soignants.

Cependant cet impact positif des pairs-aidants et des MSP, sur l'appropriation d'une posture de soin des autres professionnels, dépend fortement des conditions de leur intégration. Un répondant (E8, L.492-493) souligne l'importance de la nécessité ce travail en amont pour expliquer le rôle du MSP et préparer l'équipe à l'accueillir. Ce qui est renforcé par d'autres répondants qui soulignent les difficultés quand l'accueil n'est pas préparé en amont : « Vu comment t'es mal accueillie par les équipes. Mais en même temps c'est pas travaillé en amont » (E5, L.712-713).

Les pairs-aidants et les MSP sont ainsi des acteurs essentiels dans la diffusion de la culture du rétablissement au sein des équipes soignantes. Leur présence, lorsqu'elle est bien préparée et accompagnée par l'institution, peut aider à faire infléchir des postures professionnelles vers plus d'horizontalité.

En cela, leur présence, en apportant une meilleure compréhension des principes du rétablissement centré sur la personne, peut être un levier majeur dans le changement de posture des soignants. Cependant cette efficacité dépend aussi de la dynamique institutionnelle et de la préparation de l'équipe à accueillir et intégrer ce savoir expérientiel unique :

« En tout cas je pense que ça a beaucoup aidé dans ce changement auprès des équipes. Et en douceur... » (E11, L.103-104)

g) L'efficacité sur la posture de soin, du travail en partenariat avec les associations

Le travail en partenariat avec les associations, que ce soit de personnes concernées ou ayant été concernées par un trouble psychique (GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle), ou bien d'association de proches (UNAFAM : Union NAtionale de Familles et Amis de personnes Malades et/ou handicapées psychique), apparaissent comme des éléments facilitateurs à l'évolution d'une posture de soins :

« les partenariats, je pense aussi, que c'est vachement important pour les patients mais aussi pour les soignants pour changer leur regard. Que ce soit les GEM ou même les assos d'aidants. » (E12, L.346-348)

« Ou le fait de s'appuyer sur le GEM de Boulogne donc ça m'a vraiment ouvert à ça. (...) le fait de rencontrer (...) le club house de Lille... Donc ça c'est vraiment aussi le réseau pour le coup qui m'a aidé à ça. » (E4, L.650-652)

« Et lors d'une séance on a fait venir quelqu'un, un pair aidant de l'association étoile bipolaire et j'ai adoré » (E6, L.337-338)

Les interactions avec les associations, que ce soit par l'intermédiaire des formations, des partenariats directs, des interventions ponctuelles ou la participation à des réseaux, participent donc à sensibiliser les professionnels à l'importance des aidants et des usagers.

Ces interactions permettent d'ouvrir le regard des professionnels sur les ressources disponibles sur le territoire, facilitant ainsi les possibilités d'orientation vers l'extérieur. Elles apportent ainsi aux professionnels de santé, de l'espoir et des modèles positifs de rétablissement.

En leur permettant d'observer des interactions positives entre les personnes accompagnées et les partenaires, les associations aident ainsi les professionnels à déconstruire certains de leurs propres préjugés. Elles favorisent ainsi une dynamique de changement chez les professionnels de santé.

h) Validation de l'hypothèse :

L'analyse des entretiens confirme très largement l'hypothèse selon laquelle le cadre de travail et la dynamique institutionnelle influencent de manière déterminante l'adoption, par les infirmiers, d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement.

En effet l'environnement professionnel n'apparaît pas neutre sur l'appropriation d'une posture orientée rétablissement. De nombreux éléments facilitateurs ont été identifiés, comme un leadership de management, en phase avec les valeurs de la RPS, dans une dynamique de travail collaborative et des ressources adaptées aux enjeux.

D'autres facteurs sont aussi à prendre en compte. Exercer en extrahospitalier semble offrir un environnement souvent plus favorable à l'épanouissement de cette posture, tandis que l'intrahospitalier présente des défis spécifiques (culture principalement médico centrée, focalisation sur les symptômes, contraintes liées au mode d'hospitalisation et du règlement) qui peuvent la rendre plus difficile à adopter, ou à maintenir, sans un soutien institutionnel et managérial particulièrement volontariste.

D) L'observation et la transmission de pratiques par d'autres professionnels valorisant le rétablissement, dont les pair-aidants et les médiateurs de santé pairs, influencent positivement l'adoption d'une telle posture par les IDE.

L'analyse des entretiens souligne que les interactions et les apprentissages entre professionnels constituent un levier important dans l'acquisition et le renforcement d'une posture orientée rétablissement chez les infirmiers. Cette transmission s'effectue de multiples façons.

a) L'apprentissage par l'observation de modèles (et de contre-modèles)

La rencontre de modèles inspirants, que ce soit de collègues, de formateurs ou de figures reconnues : « figures tutélaires » (E9, L.530-531), des « icônes » (E5, L.879-880) qui incarnent cette posture, ont une influence indéniable dans une dynamique de changement autour du rétablissement.

L'observation de ces modèles, (« j'ai appris beaucoup » (E3, L.214-215)) comme source d'inspiration (« vachement inspiré » (E3, L.460)), peut provoquer des « déclics » (E5, L.826) et motiver à adopter de nouvelles pratiques : « j'ai essayé de tester et ouais ça marche » (E3, L.462-463)).

La rencontre avec des professionnels ayant déjà « cette posture-là » (E4, L.44-45) et ayant une « vision incroyable et facilitatrice » (E2, L.52-54), peut être ainsi déterminante.

Paradoxalement, observer des pratiques ou des postures en désaccord (« pas toujours d'accord » (E12, L.105-107), « très pyramidal (E6, L.97-99)) peut avoir un rôle renforçateur dans la posture.

Identifier clairement « ce qui ne me plaisait pas, ce que je ne voulais pas » (E6, L.179-182), aide à affirmer sa propre position et peut renforcer l'engagement dans une approche différente qui parle plus (E12, L.172-175).

Ce paradoxe pouvant expliquer le côté souvent très engagé et militant des professionnels ayant déjà intégré une posture orientée rétablissement :

« En fait tu veux être réhab, faut que tu sortes de la posture soignante. Voilà ! Faut sortir de ça. » (E5, L.658-662)

« Il y a eu pendant très longtemps une espèce de (...) maltraitance ordinaire (...) du soignant en position de pouvoir. », (E5, L.68-72)

« Mais ouais clairement ça, ça a renforcé mon positionnement et je mets deux fois plus en avant l'importance des valeurs de la réhab et de la posture qui doit aller avec. Oui, ça, c'est clair. Ça a renforcé d'autant plus mon engagement finalement. » (E12, L.198-207)

« Il y a la passion et l'investissement, surtout ça : l'engagement (...) » (E9, L.471-472).

b) L'apprentissage de la posture par l'expérience partagée et la co-construction

Inviter des soignants à participer à groupes, notamment autour d'outils de la réhabilitation psychosociale, (remédiation cognitive, ETP, etc.), avec des collègues plus expérimentés, est jugée particulièrement efficace pour « semer des petites graines » (E6, L.517).

Cette immersion permet de découvrir concrètement l'utilisation des outils de la RPS, tout en ayant une posture en phase avec les valeurs et les principes du rétablissement.

Cet apprentissage par la pratique, semble avoir un impact plus significatif que la seule théorie et peut amener un changement de regard sur les personnes accompagnées, « Tu vois ça a changé son regard un peu sur les personnes » (E6, L.526).

c) L'impact transformateur des pairs-aidants et des MSP

L'influence la plus marquante dans les échanges, rapportée par les participants, concerne à nouveau l'intégration des pairs-aidants et des MSP. Leur présence est vue comme « extrêmement importante » (E11, L.63-65) et un puissant levier de changement pour les professionnels. Ils aident les équipes à mieux comprendre la posture réhab, « ça m'a beaucoup (...) aidé à mieux comprendre la posture réhab » (E11, L.88-90).

En influençant le langage utilisé par les professionnels, ils les incitent ainsi pour certains professionnels, à revoir certains schémas de pensées et finalement à déconstruire de fausses représentations, pouvant être des freins à un accompagnement dirigé vers le rétablissement.

d) *L'importance de l'apport des temps d'échanges formels et informels dans la construction d'une posture orientée rétablissement*

Les moments d'échanges au sein de l'équipe sont identifiés par les participants comme des facteurs à prendre en compte dans la transmission et la co-construction de la posture. Les résultats de l'analyse des entretiens, soulignent l'importance de ces temps échanges, qu'ils soient formels ou informels, dans l'appropriation et le renforcement d'une posture professionnelle orientée vers le rétablissement chez les infirmiers.

Ces interactions apparaissent comme favorisant l'apprentissage, la réflexion et l'ajustement des pratiques. Les synthèses d'équipe et les réunions cliniques, permettent de confronter les points de vue, de partager une vision globale de la personne accompagnée et d'aligner les objectifs d'accompagnement :

« Enfin, Je pense aux synthèses quand on faisait des synthèses, tout le monde avait son mot à dire parce qu'il fallait voir sur tous les axes de travail où on en était, avec une équipe multi professionnelles. Donc clairement ça aide forcément » (E12, L.453-454).

« Je pense que le travail d'équipe en fait, le travail d'échanges (...) Et puis les réunions cliniques aussi. Voilà pouvoir (...) échanger sur les situations régulièrement avec les médecins et puis (...) prendre le temps de se poser (...) » (E8, L.354-358).

Au-delà des temps dédiés, les interactions dites « informelles » et quotidiennes, jouent un rôle majeur et constant dans le modelage de la posture.

Les discussions spontanées (pauses, repas, etc.), permettent ainsi de tisser des liens, de partager les difficultés rencontrées et de se questionner mutuellement sur les pratiques, favorisant une réflexion continue sur la posture.

« Au moment des pauses, il y a toujours un petit peu de quelque chose où on parle de sa posture, parce que finalement, on est tout le temps en train de se dire : « Est-ce qu'on fait bien ? », « est-ce, qu'on ne fait pas bien ? » (...) En parlant de tout ça, on parle de sa posture et on l'influence » (E2, L.316-320).

Ainsi partager simplement ce que l'on fait et pourquoi on le fait, avec ses collègues, participe activement à la diffusion des principes et des valeurs de l'approche orientée rétablissement :

« Expliquer simplement ce que l'on fait « C'est quoi déjà ce que tu fais ? » aux collègues au quotidien participe à la diffusion » (E5, L.440-444).

Les temps structurés d'échanges (synthèses, réunions) offrent donc un cadre explicite pour l'apprentissage et la validation collective. Les interactions quotidiennes informelles permettent une infusion plus implicite, mais qui semblent tout aussi importante, si ce n'est plus, dans l'appropriation et le maintien d'une posture et d'une pratique orientée vers le rétablissement.

e) Validation de l'hypothèse

L'analyse des entretiens valide donc largement cette autre hypothèse, que les interactions et les apprentissages entre professionnels constituent un levier important dans l'acquisition et le renforcement d'une posture orientée rétablissement chez les infirmiers.

E) Le vécu personnel du professionnel de santé influence l'adoption d'une posture d'accompagnement centrée sur le rétablissement.

a) La résonance du vécu personnel : source d'empathie, de résilience et d'espoir

Les résultats indiquent que les professionnels ayant été confrontés à des difficultés personnelles, que ce soit directement lié à la santé mentale (personnelle ou d'un proche) ou à d'autres formes d'adversité, développent souvent une capacité accrue à comprendre et à faire preuve d'empathie envers les personnes qu'ils accompagnent.

« mon vécu personnel m'a permis parfois d'avoir (...) des comportements, des réactions, où j'ai pu mieux comprendre les personnes. Effectivement, quand on est passé par là, soi-même, on comprend un peu mieux » (E11, L.381-383).

« Bien sûr, déjà quand tu te retrouves à leur place, un jour dans ta vie ou à une semaine ou un mois, tu te retrouves à leur place déjà. Tu changes de camp déjà, ça te nourrit déjà » (E3, L.576-578).

Le vécu personnel peut ainsi permettre de renforcer la conviction dans la possibilité du rétablissement. Avoir surmonté des épreuves personnelles peut nourrir l'espoir du professionnel et sa capacité à le transmettre : « Et d'un point de vue personnel ça m'a aidé à développer ma résilience et de me dire du coup, au niveau professionnel, bah... qu'ici dans mon travail, il n'y aura jamais un projet qui est impossible » (E11, L.384-385).

L'interaction entre le domaine personnel et professionnel est parfois décrite comme étant réciproque. Le travail en réhabilitation psychosociale peut contribuer au propre « rétablissement » du soignant, comme l'exprime une infirmière :

« Et je pense que c'est aussi quand je dis que ça a contribué à m'aider, à (...) me rétablir, finalement je me suis fait, de la réhab, en faisant de la réhab » (E5, L.558-560).

« c'est la psychiatrie qui m'a aidé à faire ce pas de côté dans ma vie personnelle » (E9, L.416-417).

b) Le dévoilement de soi sélectif comme outil d'alliance et de normalisation

Le dévoilement de soi apparaît encore parfois comme étant une pratique controversée dans le milieu de la santé mentale.

Historiquement, la psychanalyse freudienne, a prôné une stricte neutralité de la part du thérapeute (115) , qui devait agir comme un « écran blanc » ou un miroir sur lequel le patient pouvait projeter ses affects et développer un transfert analysable. Ainsi tout dévoilement de soi était considéré comme une « contamination » de la relation, une interférence qui répondait aux besoins du thérapeute plutôt qu'à ceux du patient.

L'approche humaniste et centrée sur la personne, en mettant en avant l'importance de l'authenticité, de la congruence et de l'empathie, comme des conditions nécessaires et suffisantes au changement thérapeutique, ont apporté une vision différente du dévoilement de soi par un professionnel de santé.

Jourard (116), a ainsi théorisé la notion de réciprocité dans le dévoilement de soi. En se montrant authentique et en se dévoilant de manière appropriée, le thérapeute « modélise la transparence » et invite le patient à se sentir suffisamment en sécurité pour se dévoiler à son tour.

Hildegard Peplau, en définissant le soin comme étant interpersonnel (117), dans une « relation d'humain à humain », insiste d'ailleurs sur le fait que le soin infirmier n'est possible qu'à travers l'établissement d'une relation authentique où le soignant utilise consciemment sa personnalité et son expérience pour comprendre et soulager la souffrance de l'autre et où le dévoilement de soi semble être une application de ce principe.

C'est d'ailleurs une pratique infirmière assez courante. Bien que ce sujet semble assez peu étudié, certaines études (118) ont en effet mis en avant son utilisation spontanée par les soignants, afin de faciliter la relation et établir un contact avec les patients. Les domaines de dévoilement sont alors généralement autour de la famille immédiate, des centres d'intérêts, de leurs expériences de vie et de leur identité.

Le vécu personnel peut ainsi servir de base à un dévoilement de soi réfléchi, adapté au contexte et à la personne, de façon à pouvoir renforcer l'alliance thérapeutique, normaliser l'expérience de la personne accompagnée et participer ainsi à lutter contre l'internalisation de la stigmatisation.

Partager des éléments de son propre vécu, comme des difficultés quotidiennes permet de réaliser « que finalement on est pareil » (E9, L.447) et peut faciliter une communication « d'égal à égal » (E9, L.444-447) :

« J'estime qu'elle me donne des billes. Elle me parle de sa vie (...). Elle me parle de ses désirs, de ses rêves (...) et moi je lui donne aussi des billes » (E3, L.149-152).

Le dévoilement de soi dans la posture de soins, nécessite cependant une certaine expérience afin d'être à l'aise avec son utilisation et qu'elle puisse servir la relation dans le soin : « Aujourd'hui (...) je suis pas sur la réserve pour en parler, parce que je sais ce que je peux dire. Je sais comment elle (la personne) va le recevoir » (E8 ; L.447-448).

Cela suggère que l'acquisition d'une posture de soin peut être facilitée, par un dévoilement de soi adapté, servant la situation de la personne, mais que cela nécessite, pour le professionnel de santé de se libérer d'un certains héritages, afin d'intégrer pleinement les paradigmes du rétablissement et du savoir expérientiel.

Les pairs-aidants et les MSP, dont le dévoilement personnel est un outil essentiel pour inspirer l'espoir, lutter contre la stigmatisation et modéliser des stratégies de rétablissement, peuvent ainsi fortement participer à ce changement de posture chez les professionnels de santé.

c) Le vécu des personnes accompagnées comme source d'apprentissage pour le soignant

Le savoir expérientiel se définit comme une connaissance incarnée, issue du vécu de la maladie par la personne, de son parcours de soins et de son processus de rétablissement. Il se distingue fondamentalement du savoir biomédical, qui est par nature objectivant et distancié (119).

Ce savoir est décrit comme étant à la fois concret, spécifique et athéorique, ce qui soulève la question de sa généralisation et de sa transmission à autrui.

La reconnaissance de ce savoir est devenue un enjeu majeur, voire politique dans les droits des associations de malades, qui luttent pour que l'expérience des personnes

concernées par un trouble psychique, soit prise en compte dans la relation de soin. Elle a d'ailleurs conduit, comme nous l'évoquions, à sa formalisation à travers de nouveaux rôles au sein du système de santé, avec les pairs-aidants et les MSP.

Le contact direct avec le vécu des patients est une source d'apprentissage majeure pour les infirmiers. Les répondants ont souligné l'importance des interactions avec les personnes qu'ils accompagnent et le partage de leur vécu, comme source d'apprentissage personnel et professionnel majeure : « J'ai carrément changé ma posture et d'ailleurs je fais plein d'activités qui sont axées sur la dépression, alors que je voulais pas trop faire avant. » (E5, L.432-433)

En écoutant les personnes concernées par un trouble psychique, évoquer ses difficultés, ses émotions et ses relations, l'infirmier est inévitablement renvoyé à ses propres émotions, ses failles et son rapport au monde. L'apprentissage n'est donc pas unidirectionnel. Le patient, par son récit, force le soignant à un travail d'introspection. La qualité du soin dépend alors directement de la capacité du soignant à effectuer ce travail sur lui-même.

Ces interactions sont des sources de renforcement et de développement de la posture de soins : « C'est essentiellement les patients qui m'ont aidé à être l'infirmier de pratique avancée et finalement la personne que je suis aujourd'hui » (E9, L.116-117).

Ces retours d'expériences, les stratégies et les ressources des personnes accompagnées, sont aussi en soit des enseignements précieux pour cette posture, pouvant la modifier « tout doucement » (E9, L.217-220).

d) *Les limites possibles de l'apport du vécu personnel sur la posture de soin orientée rétablissement*

Cet apport bénéfique du vécu personnel, sur la posture nécessite tout de même une certaine prise de recul sur celui-ci.

Certaines problématiques personnelles qui ne seraient pas résolues peuvent, selon les répondants, altérer parfois le jugement professionnel.

« Des gens aussi qui ont connu ou connaissent des choses difficiles dans leur vie qui sont dans le déni, ou qui n'ont pas résolu leurs propres problèmes. Donc forcément, je trouve, déjà ça fausse ta pratique si tu n'es déjà pas au clair avec toi » (E12, L.530-533).

Ainsi, des professionnels peuvent avoir du mal, malgré leur vécu, à adopter une posture orientée rétablissement, du fait d'être soit même concerné par des troubles psychiques,

«pour être du bon côté du bureau» ou «pour se rassurer sur leur propre santé psychique» (E5, L.583-585).

Si de telles difficultés, ne sont pas conscientisées et travaillées, il apparaît qu'elles peuvent constituer un obstacle au développement d'une relation horizontale et authentique, nécessaire à une posture orientée rétablissement.

Cette capacité d'autoévaluation de notre pratique et de notre posture est un point qui est souvent revenu durant les entretiens.

S'appuyer fortement sur un vécu personnel dans une posture de « sauveur » (E9, L.391), pourrait avoir du mal à se préserver. Il pourrait alors basculer dans un surinvestissement émotionnel qui contribuerait davantage à un épuisement professionnel, qui ne servira pas le rétablissement de la personne soignée : « Parce que j'ai des collègues qui peuvent être extrêmement compétents et efficaces, mais tu restes dans une posture où « on doit soigner l'autre » ... Je ne sais pas comment le dire. Un peu genre : « C'est à moi de le faire ! », « C'est à moi à me battre pour qu'il soit guérisse », « c'est à moi de le sauver » en gros... et tout ça quoi. Ça, ça ne participe pas vraiment au rétablissement, et c'est même contre-productif selon moi (...). Je pense que ce n'est pas efficace (...), mais ces professionnels-là souvent n'arrivent pas à changer...même avec le temps là pour le coup. » (E9, L.388-395).

Pour se protéger de la charge émotionnelle, que peut parfois représenter d'accompagner au quotidien des personnes en grande souffrance psychique, les soignants peuvent développer des mécanismes de défense, à la suite de leurs propres émotions, leurs possibles failles et leur rapport au monde, pouvant les inciter à ne plus voir le patient comme avant tout une personne et à procéder à une mise à distance affective.

Manquer de recul ou être soi-même en tant que professionnel en situation de souffrance et d'épuisement professionnel, peut ainsi limiter la capacité à mobiliser les ressources nécessaires à une posture empathique et porteuse d'espoir.

e) Validation de l'hypothèse

En conclusion de cette partie, l'hypothèse selon laquelle le vécu personnel influence l'adoption d'une posture d'accompagnement centrée sur le rétablissement n'est que partiellement confirmée par notre étude.

Ce vécu, qu'il soit marqué par l'adversité, enrichi par des parcours divers ou simplement par la confrontation aux réalités de la vie, semble pouvoir nourrir l'empathie, la résilience, l'espoir et l'authenticité du professionnel.

Cependant, l'apport du vécu personnel sur l'appropriation d'une posture orientée rétablissement ne semble pas se traduire automatiquement, par une posture plus en adéquation avec les valeurs de la réhabilitation psychosociale et des principes du rétablissement. Son impact positif semble être associé à la capacité du professionnel à maintenir un certain regard critique sur son propre fonctionnement.

Selon l'idée exprimée par plusieurs répondants (partie 3.2.6.D.c), l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement repose aussi sur le savoir expérientiel du soignant. Ce processus d'appropriation est assimilé à une sorte de « parcours de rétablissement du soignant » (E3, L.594-604), où l'apport du vécu sur la posture de soin, serait conditionné par la capacité à mettre à profit ses propres expériences (personnelles et professionnelles), afin de les transformer en leviers dans la relation thérapeutique et non en freins.

Nous pouvons ainsi faire le lien avec le thème suivant que nous n'avions pas envisagé au début de cette étude, mais qui a émergé de manière forte et régulière au fil des différents entretiens réalisés.

4.2.2 Thème émergeant des entretiens : l'influence de caractéristiques individuelles du professionnel dans l'acquisition d'une pratique orientée rétablissement

Au-delà des influences que nous avons évoquées, les entretiens menés pour cette étude ont fait ressortir l'importance de certaines caractéristiques individuelles du professionnel quant à sa capacité à s'approprier et à incarner une pratique de soins orientée vers le rétablissement.

Ce thème, émergeant spontanément des discours, suggère que des facteurs personnels, incluant la personnalité, les valeurs, la réflexivité et l'engagement du professionnel, façonne aussi sa posture soignante.

L'idée que l'on « soigne avec ce que l'on est » (E12, L.25), est spontanément ressortie auprès de l'ensemble des personnes interrogées.

A) L'importance d'être en phase entre les valeurs personnelles et celles de la RPS en direction du rétablissement

Être en accord avec les valeurs de la RPS (71) (72) et les principes du rétablissement (58) apparaissent comme indispensables à l'appropriation d'une posture orientée rétablissement.

La relation thérapeutique en réhabilitation psychosociale dirigée vers le rétablissement demande une congruence dans la relation. Il ne s'agit pas d'adopter une technique, elle

demande d'être vrai, ne pas jouer un rôle (E5, L.469-470). La posture doit devenir naturelle, en devenant une attitude plutôt qu'une simple posture, s'inscrivant dans un prolongement de soi.

Cela implique d'avoir la capacité à sortir de la posture soignante traditionnelle pour établir une relation d'humain à humain, et être capable de « tomber la blouse » (E5, L.661) même symboliquement.

Chez certains participants, le lien thérapeutique est facilité par une posture qui leur semble naturelle. Ils attribuent cette « aisance » à une adhésion quasi innée à leur rôle, une prédisposition qu'un participant décrit comme étant « dans mon ADN » (E5, L.41).

B) Avoir une capacité de réflexion et d'auto-évaluation sur sa posture

Les professionnels interrogés insistent sur la nécessité pour un soignant exerçant en RPS, d'être en capacité à « se remettre en question », d'accepter ses limites et de « ne pas savoir tout sur tout ».

« Et c'est d'être capable de se dire qu'on ne sait pas tout sur tout. Et (...) qu'il faut aussi accepter de remettre à jour ses connaissances parfois et qu'il faut apprendre de l'autre ». (E11, L.320-321).

Cette capacité d'auto-évaluation, apparaît comme nécessaire à la posture, afin qu'elle puisse s'enrichir de des expériences, qu'elles soient positives ou négatives, personnelles ou professionnelles.

L'adaptation de la pratique soignante nécessite donc une flexibilité dans notre approche de soignant. Sans cette capacité, à prendre du recul et à ajuster son approche, le risque est de rester figé dans des certitudes ou des routines, peu propices à la mise en place de facteurs pouvant favoriser le processus de rétablissement.

C) Être curieux, avoir une ouverture d'esprit et un engagement

La curiosité, l'ouverture d'esprit et être engagé dans son travail, sont identifiés par les répondants comme des étant des facteurs importants à l'appropriation d'une posture orientée rétablissement. La curiosité pousse à chercher, à lire, à se renseigner, à aller voir ce qui se fait ailleurs (E3, L.706).

« Eh bien, c'est la curiosité et je pense qu'il y a les rencontres. (...) Et la curiosité, c'est donc je cherche et je me forme » (E2, L.504-514).

Cet intérêt est souvent associé, chez les répondants, à un engagement, lui-même associé au sens que donne le professionnel à son métier. L'amour du métier et une passion vis à vis des questions de santé mentale, ont été évoqué comme des éléments facilitateurs à

l'appropriation de cette posture de soin. Pour nombre des personnes interrogées, cet engagement serait corrélé au sens qu'ils donnent à leur pratique soignante.

À l'inverse, comme nous l'avons vu, une rigidité dans les croyances, l'attachement à des pratiques anciennes, parfois perçues comme « sécurisantes », ou la difficulté à quitter une zone de « confort », sont des obstacles qui ont été fréquemment cités.

Exercer ses fonctions dans une vision purement « alimentaire » du travail, apparaît comme étant un frein important à l'appropriation d'une posture de soins dirigée vers le rétablissement.

En effet, l'approche collaborative, horizontale dans la communication de la réhabilitation psychosociale, peut être difficile, voire « bousculantes » (E5, L.586), pour des professionnels ancrés dans une posture traditionnelle, attachés au pouvoir du soignant, qui dans une posture descendante, se considèrent l'expert de la maladie vécue par la personne et des solutions qu'il devrait y apporter.

Cette discussion autour de nos hypothèses secondaires, met en lumière la complexité de l'appropriation d'une posture orientée rétablissement. Si de multiples facteurs jouent un rôle, certaines caractéristiques individuelles du professionnel apparaissent comme eux aussi important. L'authenticité, la capacité d'auto-évaluation, la curiosité et l'engagement apparaissent comme des facilitateurs clés. Tandis que la rigidité et la peur du changement chez le professionnel semblent constituer des freins importants.

4.2.3 Discussion autour de l'hypothèse de départ

L'hypothèse principale de cette recherche postulait que : « Plusieurs facteurs, liés à la formation, à l'environnement de travail, aux interactions professionnelles, à l'expérience et au vécu personnel, influencent l'adoption par l'IDE en santé mentale d'une posture de soin axée sur le rétablissement ».

L'analyse approfondie des entretiens menés auprès des professionnels infirmiers exerçant en réhabilitation psychosociale (RPS) vient fortement valider cette hypothèse de départ. Il ressort clairement que l'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement n'est pas le fruit d'un facteur unique, mais bien le résultat d'une interaction complexe entre les différentes dimensions explorées.

Les résultats montrent que ces facteurs ne sont pas isolés mais s'influencent mutuellement.

Une formation de qualité peut initier un changement de regard, mais son impact réel dépendra de la réceptivité individuelle et sera consolidé (ou freiné) par l'environnement de travail.

Un cadre soutenant, avec un leadership médical et managérial engagé, favorise l'application des acquis de la formation et encourage la prise d'initiatives :

« Si t'as pas derrière une directive quand même médicale, un accompagnement et quelqu'un qui tient le projet médical en main, c'est mort quoi » (E12, L.391-392)

« C'est important d'avoir une bonne alliance avec notre direction et qui nous fait confiance et qui comprend cette philosophie de soin en réhab » (E11, L.234-236)

Les expériences professionnelles, notamment les succès observés auprès des personnes accompagnées et le passage par des contextes variés (intra vs extrahospitalier), façonnent aussi la posture :

« Et vraiment, vraiment, je le répète, c'est quand j'ai découvert les équipes mobiles à visée de réhab et là j'ai redécouvert la psychiatrie » (E10, L.140-144)

Ces expériences étant souvent elles-mêmes interprétées à la lumière du vécu personnel et des valeurs du professionnel :

« Et surtout quand j'ai vu les résultats. Là j'ai vraiment, j'ai vraiment adhéré. » (E3, L.40-41)

Les interactions professionnelles, qu'elles soient formelles (supervision, synthèses, etc.) ou informelles, ainsi que la collaboration avec des pairs-aidants ou des MSP, jouent un rôle crucial de transmission, de soutien et de remise en question de la posture. Ce partage d'expériences est d'autant plus riche si le cadre de travail le permet et l'encourage.

Le vécu personnel peut influencer positivement l'appropriation d'une posture dirigée vers le rétablissement, mais que sa mobilisation positive dans cette posture dépend aussi de facteurs personnels du professionnel, qui sont eux-mêmes influencés par l'expérience, le vécu et l'environnement :

« J'ai un parcours de vie, on va dire très traumatique. (...) Et quand je, je travaille aujourd'hui avec des jeunes femmes qui ont un trouble borderline quelque part (...) j'ai tellement de repères (...) personnel », (E5, L.533-540).

Les caractéristiques individuelles, que nous avons abordés, telles que la curiosité, l'engagement et la capacité de remise en question, agissent comme un moteur interne, mais leur expression nécessite, là aussi, un environnement qui les valorise :

« Eh bien, c'est la curiosité et je pense qu'il y a les rencontres. », (E2, L.504).

« il faut aussi accepter de remettre à jour ses connaissances parfois et qu'il faut apprendre de l'autre », (E11, L.320-321).

L'appropriation de cette posture apparaît donc moins comme une acquisition technique que comme un processus de transformation personnelle pour le soignant : « c'est un parcours qu'on a en tant que soignant. Le parcours du soignant dans le rétablissement parce que c'est un parcours. » (E3, L.594-596) .

Ce cheminement, souvent non linéaire, marqué parfois par des doutes, des prises de conscience et parfois par une reconstruction de son identité de soignant, fait écho au processus de rétablissement vécu par les personnes accompagnées :

« On peut faire un peu le parallèle entre le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique et puis peut-être le temps nécessaire pour avancer dans un processus d'évolution de posture en tant que professionnel. Et c'est carrément ça. Avec le côté non linéaire qu'on retrouve », (E10, L.347-350)

« Et je pense que c'est aussi quand je dis que ça a contribué à m'aider, à (...) me rétablir, finalement je me suis fait, de la réhab, en faisant de la réhab » (E5, L.558-560)

Cette mise en miroir suggère que comprendre et accompagner le parcours de « rétablissement » du soignant, en mettant parfois en parallèle son propre vécu, est essentiel pour favoriser une pratique centrée sur le rétablissement auprès de personnes concernées par un trouble psychique.

Notre hypothèse principale est donc validée.

Le développement d'une posture de soin orientée rétablissement est un processus multifactoriel, qui implique une combinaison à la fois de formations adaptées, d'expériences professionnelles et personnelles variées, d'un environnement de travail soutenant, de rencontres inspirantes (notamment avec des pairs-aidants et des professionnels déjà porteurs de cette posture), et de caractéristiques personnelles favorisant l'empathie, la remise en question et une approche humaniste.

En revanche, notre étude pointe des interactions complexes, entre ces différents facteurs. L'adoption par un soignant d'une posture orientée rétablissement, apparaissant comme étant un processus, où les dimensions individuelles, relationnelles, expérientielles, formatives et contextuelles, sont intimement liées.

Il se dessine un parcours d'appropriation de la posture professionnelle qui est propre à chaque soignant, mais qui semble suivre certaines étapes, qui semblent refléter en miroir, celles du processus de rétablissement. Point que nous développerons dans la partie 4.4.1-D, autour de la contribution de notre recherche, autour de la connaissance sur le sujet.

4.3 Confrontation des résultats avec la littérature existante

L'analyse des facteurs susceptibles de favoriser, chez les infirmiers, l'adoption d'une posture d'accompagnement propice au rétablissement, révèle des liens avec divers concepts théorisés, mais aussi avec certaines recommandations et initiatives réalisées ou en cours.

Nous proposons dans cette partie d'essayer d'enrichir la compréhension des leviers et des freins à l'appropriation de cette posture, en mettant en liens ces travaux et les résultats de notre étude.

4.3.1 Liens de résultats avec travaux ANAP

Les travaux réalisés en 2018 par l'ANAP (« Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires » (120)), ont été une ressource importante dans la réalisation de la note de cadrage (121) de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) de 2019.

Cette note de cadrage, a permis de structurer et de généraliser la réhabilitation psychosociale sur l'ensemble du territoire français, à partir de critères de qualité, basés sur des données probantes. Les travaux de l'ANAP ayant fourni la méthodologie et les outils opérationnels, pour sa mise en œuvre sur le terrain.

Ces travaux ont été réalisés, dans une démarche de co-construction (« à dire d'expert »), en rassemblant un groupe de réflexion composé d'experts et d'acteurs de terrain et de plusieurs monographies de sites pionniers, afin de recueillir leurs expériences sur ce qui fonctionnait déjà.

A) La formation

L'analyse des résultats de notre étude concernant les facteurs favorisant l'appropriation d'une posture d'accompagnement orientée vers le rétablissement par les infirmiers exerçant en réhabilitation psychosociale (RPS) révèle des convergences et des complémentarités avec les recommandations formulées par l'ANAP dans son guide « Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires » (122).

Dans notre étude, les professionnels ont unanimement reconnu par leur expérience, que la formation était une condition nécessaire, bien que non suffisante, à l'appropriation d'une posture orientée rétablissement.

La qualité du contenu (en abordant la philosophie du rétablissement au-delà des simples outils), le format, la temporalité, la réceptivité individuelle et l'accompagnement post-formation, étant identifiés comme des nécessités.

Ce constat basé sur le vécu subjectif des répondants, correspond aux recommandations de l'ANAP, qui érige la formation comme étant un prérequis indispensable à une pratique orientée rétablissement.

La fiche pratique PM9 « Plan de formation généralisé » de l'ANAP (123) détaille d'ailleurs les différents niveaux de formation à envisager. Elle préconise dans un plan de formation pluriannuel, les principales formations qui ont été citées par les répondants lors des entretiens, qui devrait (selon l'ANAP) être généralisé pour tout le personnel des structures.

Ces formations spécifiques sont les Diplômes Universitaires (DU) en remédiation cognitive, de psychoéducation ou en Education Thérapeutique du Patient (ETP).

L'ANAP identifie également la formation comme un levier majeur, mais elle rejoint là aussi les propos de nos répondants, en l'identifiant comme pouvant aussi être un frein principal si elle n'est pas proposée de manière adéquate (120).

B) L'environnement et le cadre de travail

Notre étude souligne le rôle crucial d'un environnement de travail favorable et d'une dynamique institutionnelle porteuse. Ces conditions reposent sur un leadership médical et managérial engagé, un soutien clair de la direction en faveur de la prévention des risques psychosociaux (RPS), ainsi qu'une équipe collaborative et pluridisciplinaire.

L'intégration de pairs-aidants et l'allocation de ressources suffisantes (temps, moyens financiers, accès à la formation) sont également des facteurs clés de succès.

Ces éléments retrouvés à la suite des entretiens réalisés, corroborent fortement les préconisations de l'ANAP, qui insiste sur la nécessité d'une volonté institutionnelle forte en direction du rétablissement.

L'ANAP recommande dans ce sens, une organisation interne adaptée, privilégiant le soin ambulatoire et « hors les murs », le case management, et la constitution d'équipes pluriprofessionnelles dotées de compétences nouvelles ou spécialisées (neuropsychologues, ergothérapeutes, etc.).

Le rôle du psychiatre comme animateur vers le rétablissement, d'une équipe pluriprofessionnelle, est également souligné dans les travaux de l'ANAP (120), ce qui fortement souligné par les répondants de notre étude. L'ANAP précisant l'importance d'avoir un psychiatre qui s'approprie lui-même une posture orientée rétablissement de son équipe, ce qui rejoint dans notre étude, l'importance d'avoir un médecin qui incarne les principes de la réhabilitation psychosociale et les principes du rétablissement :

« avoir un médecin qui porte le projet, mais qui incarne aussi lui-même la réhab, c'est quelque chose qui est super important pour les équipes » (E11, L,265-266).

Le psychiatre en RPS, doit savoir travailler en équipe pluriprofessionnelles, reconnaître les compétences des autres métiers, avoir une vision globale de la personne soignée, mais savoir aussi faire preuve « d'empathie, de disponibilité, d'optimisme, de sociabilité, de pédagogie, de créativité, de curiosité et de dynamisme » (124).

L'ANAP mentionne aussi l'importance de soutenir le développement de la paire-aidance pour favoriser le déploiement des accompagnements dirigés vers le rétablissement (120) . La paire-aidance est également revenue très souvent et fortement dans les réponses des personnes interrogées, s'imposant comme un facteur favorisant l'évolution de la posture de soin des soignants.

C) La collaboration interprofessionnelle et le travail en réseau

Les travaux de l'ANAP recommandent la mise en place d'équipes pluriprofessionnelles, en insistant sur l'importance d'une organisation en réseau. Cela inclut une communication facilitée avec l'ensemble des acteurs du parcours de la personne (médecins généralistes, psychiatres libéraux, secteur médico-social et social, etc.) et une articulation avec les Plateformes Territoriales d'Appui (PTA).

La fiche PO3 « Le fonctionnement en réseau » (125) est d'ailleurs dédiée à cette thématique.

Cette nécessité de pluridisciplinarité, d'un langage commun et de l'ouverture au sein des équipes sur des réseaux professionnels externes (participation à des congrès, colloques) pour valider et inspirer de nouvelles pratiques, est fortement mis en avant dans nos résultats.

Notre étude confirme ainsi, à son niveau, l'importance de ces collaborations sur l'acquisition d'une posture orientée rétablissement et confirme l'importance soulignée par les travaux de l'ANAP, de l'engagement des professionnels dans des réseaux indispensables à une RPS dirigée vers le rétablissement sur les territoires.

D) L'influence de facteurs personnels au professionnel de santé

Comme nous l'avons vu, les travaux de l'ANAP se sont concentrés davantage sur les aspects structurels et organisationnels nécessaires à une pratique orientée rétablissement, cependant ses recommandations intègrent tout de même l'importance de facteurs humains.

Accéder à une « nouvelle philosophie de soins » et un « repositionnement du rapport patient-soignant », implique nécessairement une évolution de la posture et de la mentalité des professionnels. La nécessité de s'appuyer sur des « responsables de projet motivés voire charismatiques », indique l'importance des qualités individuelles (120).

On trouve dans les fiches managériales, les qualités individuelles alors évoquées pour les IDE exerçant en RPS dirigées vers le rétablissement : « Être pédagogue et empathique », « Être investi auprès du patient », « Savoir prendre en considération les qualités des usagers » (126) .

Cette description restant très limitée, les résultats de notre recherche offre ici un éclairage plus précis, autour des facteurs personnels apparaissant nécessaires à l'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement, selon les personnes elles-mêmes concernées.

Les résultats de notre étude, confirme ainsi que l'appropriation d'un changement de paradigme dans les soins qui est prônée par les travaux de l'ANAP, ne peut s'opérer sans la prise en compte de différents facteurs liés au contexte du professionnel de santé, mais aussi à des facteurs plus personnels, en fonction de là où ils en sont dans leur processus d'acquisition. Processus qui n'appartiennent par définition aux professionnels eux-mêmes, mais qui peut être, comme nous l'avons vu, facilité ou parfois freiné, par différents facteurs externes.

4.3.2 Liens des résultats avec l'observatoire du rétablissement

L'étude met en lumière plusieurs facteurs influençant l'adoption d'une posture orientée rétablissement, qui se retrouve dans la méthode et les objectifs de l'Observatoire du Rétablissement.

L'Observatoire du Rétablissement, porté par le Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale (CRR), vise à accompagner les équipes et les structures de santé mentale volontaires, dans l'évaluation et l'amélioration de leurs pratiques, pour qu'elles soient davantage axées sur le rétablissement des usagers.

On y retrouve l'importance de proposer de la formation sur les concepts du rétablissement, comme étant un levier important dans la transformation des croyances et de la posture.

Son but étant de favoriser le développement de postures professionnelles orientées rétablissement. Pour cela elle propose des temps d'échanges et de formation, par un processus participatif impliquant usagers, proches et professionnels.

Cela rejoint nos résultats où la formation a été unanimement reconnue par les répondants comme étant une condition nécessaire à l'appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement mais aussi nuancée par le fait qu'elle n'était pas suffisante, « ne fait pas tout » (E12, L.53).

Elle doit ainsi avoir dans son contenu surtout « la philosophie » de l'approche et pas seulement des outils, au risque de « résumer finalement la philosophie aux outils » (E5, L.124). Il faut donc « qu'il y ait une initiation à la philosophie de la réhab avant n'importe quoi d'autre » (E5, L.167-168), pour que les gens comprennent de quoi on parle.

Pour cela il est nécessaire d'y ajouter des apports « expérientiel » (E9, L.355-358) notamment en ayant des pairs-aidants dans la formation, ce que propose l'observatoire du rétablissement.

La démarche de l'observatoire du rétablissement, débute par une réunion de sensibilisation pour engager les équipes. Ce qui rejoint ce qui a été mis en avant par les professionnels interrogés dans cette étude, autour de la nécessité de préparer la réceptivité du professionnel avant toute formation orientée rétablissement.

En effet, l'observatoire du rétablissement propose une phase d'évaluation, afin de savoir où se situe le service, l'équipe et les professionnels dans leur approche orientée vers le rétablissement.

Cette phase repose sur la collecte de données via des questionnaires, dont un des outils principaux est le RSA (Recovery Self-Assessment).

Le questionnaire RSA est une échelle d'auto-évaluation du rétablissement, qui est proposé aux différentes parties prenantes : les professionnels (auto-évaluation), les usagers et leurs proches/familles (par une hétéro-évaluation de la structure).

Cela rejoint ainsi ce qui a été identifiée dans notre étude, autour de l'importance de prendre en compte l'environnement de travail avant toute démarche d'accompagnement dirigée vers une changement de posture orientée rétablissement et de partir de là où en sont les professionnels et non de là où l'on voudrait qu'ils soient.

4.3.3 Liens avec *Quality rights*

Quality Rights est une initiative mondiale de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Son objectif principal est d'améliorer la qualité des soins dans les services de santé

mentale et sociaux, et de promouvoir les droits humains des personnes ayant des troubles psychosociaux, intellectuels ou cognitifs (127).

Il vise à transformer les services de santé mentale pour qu'ils soient fondamentalement axés sur le rétablissement, en accord avec les droits humains, en étant alignés sur les normes internationales des droits humains, notamment la Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées (CDPH) (128).

Il cherche à mettre fin aux pratiques coercitives (comme l'isolement, la contention, le traitement involontaire), qui sont souvent des violations des droits fondamentaux de la personne. La finalité étant de permettre aux personnes concernées par un trouble psychique de mener une vie satisfaisante et pleine de sens, malgré la maladie.

Pour cela il cherche aussi à aider les professionnels de santé à comprendre et à appliquer une approche de la santé mentale fondée sur les droits et le rétablissement (129) .

On retrouve ainsi, à nouveau, dans notre étude, le rôle important de la formation des professionnels dans leur démarche. Afin de promouvoir une approche fondée sur les droits et le rétablissement, *Quality rights* propose des modules de formation destinés à l'ensemble des acteurs du soin, sur ces notions, y compris en e-learning pour faciliter leur accessibilité.

L'initiative de *Quality rights* rejoint le même constat de notre étude, sur l'importance d'avoir un cadre de travail et un soutien institutionnel adaptés. Les résultats de notre étude indiquant que le leadership, notamment médical, la dynamique d'équipe et les ressources institutionnelles influencent significativement l'acquisition d'une posture orientée vers le rétablissement par les soignants.

Quality rights, notamment via son *Toolkit* (130) d'évaluation et son soutien à la réforme des politiques, vise à créer des environnements de soins qui soutiennent activement ces pratiques respectueuses des droits.

L'environnement de travail, comme nous l'avons vu, pouvant faciliter l'acquisition d'une posture de soin respectueuse du processus de rétablissement mais pouvant aussi être un frein important (pratique en intrahospitalier versus extrahospitalier).

Ainsi la nécessité d'un cadre de travail et d'un soutien institutionnel adaptés est soulignée tant par notre étude, que par l'initiative de l'OMS.

La valorisation de l'expérience vécue est un autre point de convergence avec ce dispositif porté par l'OMS. Nous trouvons dans notre étude, l'influence positive des Médiateurs de Santé Pairs et des Pairs aidants, sur l'appropriation des équipes d'une posture et d'une communication en phase avec le processus de rétablissement.

Tout comme l'Observatoire du rétablissement, *Quality Rights* intègre la participation des personnes ayant une expérience vécue à l'ensemble des niveaux de son action, que ce soit la formation, l'évaluation des services et l'élaboration des politiques (131).

Ces similitudes montrent donc une forte adéquation entre les observations de terrain issues de notre étude et les standards internationaux promus par l'OMS, notamment par son dispositif *Quality Rights*.

4.3.4 Liens des résultats avec l'approche du programme Refocus

Notre étude confirme que la formation est un levier essentiel pour l'acquisition d'une posture de soin orientée rétablissement et pour initier si besoin la transformation du regard soignant (4.2.1).

Le programme REFOCUS (90), vise à promouvoir une approche axée sur le rétablissement personnel dans les services de santé mentale, en se basant sur le modèle de CHIME (116) . Il s'attèle à proposer des modules de formation pour les professionnels de santé, en soulignant l'importance de la posture de soin.

Un essai contrôlé randomisé, réalisé entre 2009 et 2014 par le *NIH (National Institutes of Health)*, a mis en avant des résultats mitigés du programme (132), avec des améliorations sur une pratique dirigée vers le rétablissement très variable en fonction des services formés.

Cette variabilité dans les résultats obtenus peut être associées à ce que nous avons trouvés dans notre étude, autour des facteurs nécessaires à une formation dirigée vers le rétablissement afin de faciliter son action sur la posture de soins de ses participants.

L'efficacité d'une formation sur la posture de soin, devant s'inscrire, selon les répondants, dans une démarche de changement plus vaste. Ce changement nécessitant du temps, une prise en compte des croyances de base des participants et de leur disposition à intégrer la formation. Tout ceci en tenant compte de là où ils en sont dans leur processus d'appropriation, afin faciliter une adhésion au changement de paradigme autour de la vision du soin et du rôle de soignant.

La formation doit aussi prendre en compte l'environnement d'exercice du professionnel. Ce point a été très fortement souligné par les personnes interrogées et cela rejoint le

rapport final REFOCUS (132), qui souligne l'importance des défis liés à la « préparation organisationnelle au changement » et aux « priorités concurrentes » dans l'organisation des soins.

4.3.5 Stigmatisation et posture des professionnels de santé : analyse croisée des résultats de l'étude et de la littérature

L'étude qualitative menée entre en résonance avec une problématique encore très présente et maintenant bien documentée : la stigmatisation des personnes concernées par un trouble psychique.

Cette problématique met en lumière le rôle central, bien que très majoritairement involontaire, des professionnels de santé, dans la stigmatisation et dans l'internalisation de cette stigmatisation par les personnes concernées.

A) Le poids de la stigmatisation dans les pratiques soignantes

« Par définition, bien sûr, nous croyons qu'une personne avec un stigmate n'est pas tout à fait humaine. Forts de cette croyance, nous exerçons une variété de discriminations, grâce auxquelles nous réduisons en pratique, quand bien même nous ne le ferions pas en théorie, ses chances de mener une vie pleine et entière. »

Erving Goffman, « Stigmate, les usages sociaux des handicaps » (133)

Les contacts avec les professionnels de santé mentale et les situations vécues dans les services, sont identifiés comme étant la première source de stigmatisation pour les personnes ayant un diagnostic de trouble psychique sévère et pour leurs familles (134).

Cette stigmatisation peut se manifester de diverses manières, incluant l'infantilisation, le manque de coopération dans le parcours de soin, le pessimisme concernant le rétablissement, ou encore des pratiques perçues comme violentes.

Une étude (20) rapporte que 22% des situations de stigmatisation vécues par les personnes concernées et leurs familles, le sont lors de contacts avec les professionnels de santé mentale. Ces expériences négatives peuvent entraîner des conséquences délétères sur la santé mentale, l'estime de soi, la qualité de vie, l'autonomisation, mais aussi sur la recherche et l'adhésion aux soins.

La thèse du Docteur Kévin-Marc Valéry (2021) (135) souligne que, malgré plus de deux décennies d'intérêt de la recherche internationale pour cette question, peu d'études en France avaient investigué le potentiel stigmatisant des pratiques des professionnels de santé mentale avant le programme StigmaPro (136).

StigmaPro étant un programme visant à développer une intervention, qui puisse réduire la stigmatisation dans les pratiques professionnelles, pointant l'importance d'un changement dans la posture et les pratiques de soins des professionnels de santé (137).

Notre étude va dans ce sens, en mettant en avant un ensemble de croyances, d'attitudes et de pratiques héritées, susceptibles de faire obstacle à l'adoption d'une posture de soin orientée vers le rétablissement :

« C'est les croyances qu'il faut déconstruire et les IFSI te préparent pas à ça... C'est un enseignement qui est encore très présent : « c'est vous qui savez. Vous allez expliquer aux patients ce qu'ils doivent faire, comment il doit faire, comment ils doivent gérer leurs maladies, etc. ». » (E12, L.591-594)

La déconstruction de ces préjugés et la lutte contre la stigmatisation (y compris celle émanant des professionnels eux-mêmes) exigent une réforme profonde de la formation initiale des infirmiers. Un processus qui, indéniablement, prendra du temps mais qui est essentiel dans cet objectif.

Instaurer de la formation à la philosophie du rétablissement des équipes en place, apparaît aussi comme étant un levier essentiel pour favoriser un réel changement de paradigme et instaurer durablement une culture du soin véritablement centrée sur le rétablissement du patient.

Il est important de noter que l'intention n'est pas de considérer les professionnels comme volontairement stigmatisants, mais de reconnaître que certaines postures peuvent l'être plus que d'autres et qu'elles sont fortement associées à des croyances souvent issus de fausses représentations (cinéma, politiques, médias) (138).

La stigmatisation par les professionnels de santé mentale est un phénomène complexe. En effet si les soignants en psychiatrie, ont un peu moins de croyances stigmatisantes que la population générale concernant, par exemple, la dangerosité des personnes atteintes de schizophrénie, ces différences sont moins nettes quant au pronostic de la maladie et au désir de maintenir avec eux une distance sociale (139), ce qui, nous l'avons vu, est un frein à l'adoption d'une posture dirigée vers le rétablissement.

B) Stigmatisation dans la posture : Liens avec le cadre et l'environnement de travail

Le contexte de travail joue également un rôle selon les études (140) . Les professionnels travaillant en milieu communautaire avec des personnes en phase de rétablissement rapportent souvent moins de stigmatisation, que ceux exerçant en contexte de crise aiguë.

Cela rejoint tout à fait les résultats retrouvés dans notre étude, où il ressort une difficulté plus importante à adopter une posture de soin orientée rétablissement en fonction du lieu d'exercice (en intra ou extrahospitalier), avec un risque augmenté, selon nos répondants à favoriser des attitudes ou des pratiques stigmatisantes.

En intra : « on ne voit que des gens en état aiguë. Et on n'a pas forcément ce retour sur (...) leur évolution » (E10, L.170-172).

Cela peut être en partie expliqué par le biais cognitif qui est nommé « l'illusion du clinicien » (141). Ce biais correspond à la tendance des soignants à généraliser leurs observations réalisées à partir d'un échantillon de patient à toute une population ayant des troubles similaires.

Les professionnels exerçant en intrahospitalier, en soignant très majoritairement des personnes en phase aiguës de leurs troubles, sont donc plus exposés à ce mécanisme cognitif.

Les professionnels qui travaillent auprès de personnes en phase aiguë, ont ainsi un risque augmenté d'avoir une vision plus stéréotypée des personnes qui ont un trouble psychique sévère (140) : « On se rend pas compte en travaillant dans les institutions spécialisées d'intra, on va voir les cas (...) les plus difficiles en fait. On ne se rend pas compte de tous ceux qu'il y a à l'extérieur, de tous ceux qui vivent très bien avec cette maladie" (E9, L.146-149)

Nos résultats, qui mettent en évidence une plus grande difficulté à adopter et maintenir une approche de soins axée sur le rétablissement en contexte intrahospitalier, pourraient ainsi s'expliquer par ce biais de représentation.

C) Lutter contre la stigmatisation en rendant opérationnelle l'authenticité de la relation par le dévoilement de soi

Nous avons abordé la question du dévoilement de soi, dans la partie 4.2.1 (p.115-116), comme étant aujourd'hui une pratique soignante valorisée pour créer une relation authentique, à condition qu'il soit utilisé avec expérience et discernement.

Cependant il reste une certaine réticence chez certains professionnels de santé : « une jeune neuropsychologue me dit : « je ne sais pas quoi faire, j'ai pas envie de me dévoiler » et moi je dis écoute, j'ai quelque chose à te dire là-dessus... Ecoute la personne c'est ton égal... C'est ton égal » (E3, L.258-260)

Le dévoilement de soi par les professionnels en santé mentale et en psychiatrie est en effet un sujet d'intérêt croissant, reconnu pour son potentiel à humaniser la relation

thérapeutique, lutter contre la stigmatisation et favoriser le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique.

Travailler dans une relation authentique avec une personne concernée par un trouble psychique, est essentielle à une posture orientée rétablissement (142) .

Pour cela, il est important que la personne accompagnée sente une certaine proximité ou similitude avec le professionnel.

Pour y parvenir, le professionnel peut parfois partager des éléments de sa propre expérience personnelle. Si ce dévoilement de soi est fait au bon moment et de manière réfléchie, il peut grandement aider à créer un lien de confiance et à faciliter la relation avec l'usager, car ce dernier se sentira plus en phase avec le soignant.

Ce dévoilement de soi par le professionnel de santé, peut rendre la relation thérapeutique plus ouverte, plus empathique, dans une réciprocité, qui participe ainsi à une posture de soins collaborative, basée sur une co-construction et une confiance mutuelle (143).

Le dévoilement de soi, utilisé à bon escient, permet ainsi de rééquilibrer les places dans la relation thérapeutique, tout en rendant « opérationnelle la notion d'authenticité » (144).

En partageant certains aspects de leur propre expérience, les professionnels peuvent contribuer ainsi à normaliser le vécu des personnes accompagnées et à déconstruire les stéréotypes associés aux troubles psychiques (145). C'est un point important qui a été abordé par les répondants lors des échanges et dans les résultats obtenus.

Bien que cette approche collaborative et déstigmatisante, soit reconnue comme étant un levier important, comme en témoignent les échanges et le vécu rapporté dans notre étude, elle coexiste avec une perception plus ancrée du soin, qui tend à soutenir l'importance du maintenir d'une différenciation nette entre « le soignant » et « le soigné ».

La vision encore très présente par les professionnels de santé, à voir les personnes concernées par un trouble psychique comme étant des « patients », peut les amener à plus facilement leur accoler une « étiquette », en fonction de diagnostics posés et à les différencier d'eux , en ne voyant plus les similitudes avec elle-même (137).

Comme l'indique le Docteur Nicolas Rainteau (2022) : « Ne voir la personne que par le prisme de la maladie c'est comme mettre des lunettes de soleil la nuit. On n'y voit rien, on tâtonne, on se trompe et on finit par faire fausse route » (146).

A l'inverse, une approche du professionnel considérant les troubles psychiques comme l'expression aigüe de comportements ou de mécanismes communs, pouvant être retrouvé

chez tout le monde, est associée à moins de stigmatisation. La perception bilatérale de similitudes entre le professionnel et la personne accompagnée étant un facteur facilitateur dans la relation.

Le dévoilement de soi par le professionnel, lorsqu'il est pertinent et maîtrisé, peut ainsi aider à normaliser les expériences des personnes concernées par un trouble psychique, à lutter contre le risque d'internalisation de la stigmatisation et favoriser ainsi une posture pouvant faciliter le processus de rétablissement.

D) L'importance des pairs-aidants et des Médiateurs de Santé Pairs (MSP) dans l'évolution des postures soignantes vers le rétablissement

L'intégration de pairs-aidants et de Médiateurs de Santé Pairs (MSP) au sein des équipes soignantes est identifiée, tant dans notre étude comme un fort levier de changement dans la communication dans les équipes de soins et par voie de conséquence de lutte contre la stigmatisation.

Selon l'ensemble des répondants, exercer au côté d'un pair aidant, accentue la posture soignante vers le rétablissement, notamment par une attention plus importante apportée au langage utilisé à destination des personnes concernées par un trouble psychique : « Je sais que dans l'équipe aussi, quand on peut avoir un médiateur ou une médiatrice de santé pair. Ça change aussi énormément la posture de tout le monde. Parce que rien qu'en réunion, par exemple, dans les réunions cliniques, on va faire beaucoup plus attention à ce qu'on va dire. » (E2, L.320-323)

Cette attention accrue portée au langage, suscitée par la présence des pairs aidants, est importante, car les mots que nous choisissons pour décrire une situation ou une personne, façonnent inévitablement notre perception de celles-ci et, par conséquent, orientent nos actions et nos interactions.

Cette capacité du langage à modeler notre vision et à induire nos comportements, est très simplement décrite par Paul Ricœur : « L'Homme qui parle pose un sens. C'est sa manière verbale d'œuvrer. » (147).

Une « humanisation du Langage » en le centrant sur la personne et non une maladie ou un diagnostic, facilitent ainsi le changement dans le regard, la posture et la pratique.

La nécessité à se remettre en question et à autoévaluer sa posture et sa pratique, qui sont souvent apparues au cours de cette étude, dans les échanges avec les professionnels exerçants en RPS, semble, elle aussi, être facilitée par la présence d'un pair-aidant ou d'un MSP dans l'équipe pluridisciplinaire.

Un autre professionnel souligne : « En fait si ça me gêne (de le dire devant le MSP), c'est que j'étais pas dans les clous ». (E5, L751-752)

Cette effet induit par la présence du pair-aidant contribue directement à un langage moins stigmatisant et plus respectueux. Ce changement sur la posture des autres professionnels s'opère souvent « en douceur », tout en ayant un impact profond.

Comme le souligne Anne-Laure Donskoy (148), « la saisie de la voix des usagers est fondamentale dans l'évolution des pratiques et les MSP sont des vecteurs privilégiés de cette voix au sein des services. ».

L'intégration effective et bienveillante, des pairs-aidants et des Médiateurs de Santé Pairs dans les services de psychiatrie et de santé mentale, est une clé essentielle pour faire évoluer le langage professionnel.

La littérature et nos résultats indiquent ainsi que par leur présence, leur vécu, leur savoir et leur manière de communiquer, ils contribuent de façon significative à humaniser les échanges, à réduire les réflexes stigmatisants et à insuffler, auprès des professionnels de santé, une culture et un langage véritablement orientés vers le rétablissement.

4.3.6 L'espoir comme moteur de changement

« L'espoir naît en relation avec un devenir ouvert, ambigu et incertain »,
Patricia Deegan, (2001) (149)

L'accompagnement dans les soins de personnes vers un processus de rétablissement est une démarche complexe, où les qualités intrinsèques du professionnel de santé ont été de nombreuses fois mentionnées par les répondants, comme jouant un rôle prépondérant.

Un des aspects les plus important, souligné par les études sur le processus de rétablissement personnel, est la notion d'espoir.

Parmi les facteurs du modèle CHIME, développé par Mike Slade, l'espoir est identifié comme étant un catalyseur majeur et invariant, du processus de rétablissement, où il met en avant le rôle important des soignants dans l'entretien de cet espoir (150). Comme le dit Jérôme Favrod : « un soignant doit régulièrement faire des injections d'espoir » (151)

Cette notion n'est pas nouvelle. Eugène Minkowski, dès 1927, dans son ouvrage « La schizophrénie », affirmait que « Le fait même d'aborder le malade comme un individu « pouvant guérir » influe, sans même que nous nous en rendions toujours nettement

compte, sur toute notre attitude à son égard, sur le personnel, sur la famille et tout l'entourage » (152).

La perte de l'espoir peut être renforcée par l'attitude de l'entourage de la personne, notamment l'entourage soignant. Retrouver et maintenir un sentiment d'espoir, peut à l'inverse être suscité et soutenu par ce dernier.

A ce titre, au sein d'une étude citée par Ciompi et ses collaborateurs de 2010 (153), l'espoir, porté par les équipes soignantes, la famille et les patients eux-mêmes, s'est révélé être l'élément le plus important pour une évolution positive à court terme parmi plus de 30 variantes significatives d'ordre biologique, psychopathologique, social et contextuel.

Comme le souligne Marie Koenig, dans son livre « le rétablissement dans la schizophrénie » (154), l'impact des croyances des soignants sur celles des personnes soignées, illustre l'idée même du processus d'influence inhérent à toute relation thérapeutique.

Cet impact des attentes du soignant sur l'efficacité dans les soins, a été théorisé par l'effet Pygmalion (155) , également connu sous le nom d'effet Rosenthal. Ce phénomène psychologique illustre comment la conviction positive du thérapeute peut mener à une amélioration tangible des performances et des résultats chez la personne concernée, en ce qui concerne l'efficacité des interventions thérapeutiques, même médicamenteuses.

Des recherches ont d'ailleurs mis en évidence cette corrélation significative entre les attentes positives du corps médical, l'observance thérapeutique par le patient, et l'influence déterminante des croyances du patient lui-même sur l'issue des traitements (156).

Dans le domaine des soins infirmiers, des interventions structurées autour de ce principe, notamment par des encouragements ciblés et une communication empreinte de confiance, ont démontré une incidence positive sur l'estime de soi et la motivation des patients (155).

Il en découle qu'une posture soignante qui transmet une conviction inébranlable dans le potentiel de rétablissement de la personne, constitue un levier thérapeutique d'une grande portée.

Notre étude met en avant que ce sentiment d'espoir pour les professionnels de santé, peut être trouvé et nourri par une formation continue de qualité, ancrée dans des valeurs et une philosophie dirigée vers le rétablissement.

Cela passe par l'acquisition de connaissances, mais aussi par des outils permettant d'accompagner concrètement la personne en direction de ses propres projets de vie, en s'appuyant sur ses forces et de ses possibles défis à relever.

L'efficacité des EBP (*Evidences Based Pratiques*), dans le processus de rétablissement, apparaissant auprès des personnes interrogées, comme un moteur d'engagement, de motivation et d'espoir pour le professionnel lui-même.

La déconstruction des préjugés, nous l'avons vu, est une étape nécessaire dans ce parcours d'acquisition d'une vision positive en psychiatrie, qui nécessite une réflexion constante sur sa propre posture et ses pratiques.

Le soutien par la vision et le langage commun d'une équipe pluridisciplinaire, avec un leadership incarnant lui-même cette notion d'espoir et de possibilité de rétablissement, étant également un facteur de soutien important à cette appropriation.

Ceci est retrouvé dans les travaux de Chinn et Kramer (2015) qui invitent les infirmières à « examiner ce qu'elles ont besoin de savoir pour être efficaces dans leur pratique et à réfléchir aux valeurs à la base de ces savoirs. » (157).

4.3.7 Liens des résultats obtenus avec des concepts généraux de la sociologie et la psychologie sociale

La sociologie et de la psychologie sociale peuvent fournir un éclairage supplémentaire autour des résultats obtenus, afin de mieux comprendre les mécanismes qui peuvent sous-tendre l'évolution des pratiques soignantes, vers une approche centrée sur le potentiel de rétablissement de la personne.

A) La formation

L'un des premiers constats de notre étude est l'importance de l'influence de la formation, perçue comme un levier non suffisant mais essentiel à l'acquisition des bases d'une pratique orientée rétablissement et légitimer la posture orientée rétablissement.

Ce résultat entre directement en résonance avec la sociologie des professions, qui considère la formation comme un processus central de socialisation (Dubar, 2015) (158), où, au-delà de la transmission de compétences techniques, elle inculque aussi des valeurs, des normes et participe ainsi à façonner l'identité professionnelle de la personne formée.

L'identité professionnelle y est décrite comme correspondant à la manière dont une personne se perçoit et se définit dans son rôle professionnel, dans une construction psychosociale, qui intègre à la fois des dimensions personnelles (qui suis-je en tant que

soignant ?) et des dimensions sociales (comment suis-je reconnu par mes pairs, mon institution et la société ?).

Cette identité, fait écho à la posture de soin, qui est définie comme n'étant pas figée et évoluant tout au long de la carrière de la personne, au gré de ses expériences, de ses formations et de ses interactions. Les entretiens menés mettant aussi en évidence que l'appropriation de cette posture ne peut être immédiate et qu'elle relève d'un processus qui requiert du temps.

Le manque souligné, lors des entretiens, d'enseignements sur le rétablissement, en Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), semble illustrer la manière dont les nouveaux paradigmes d'une profession, comme l'a analysé Hughes (1997) dans son étude du « regard sociologique » sur les professions (159), peuvent tarder à s'intégrer dans ses formations.

Hughes postulant que des idées ou des pratiques nouvelles (comme le paradigme du rétablissement), même pertinentes, mettent du temps à être acceptées, mais aussi à être enseignées dans les lieux de formation officiels.

Les institutions de formation vont ainsi avoir tendance à reproduire ce qui est déjà établi, en continuant d'enseigner ce qu'elles ont toujours enseigné, et les « nouveautés » peinant ainsi à y trouver rapidement leur place.

Pourtant la théorie de l'apprentissage social d'Albert Bandura (1977), en psychologie sociale (160), suggère que la formation, en offrant des modèles (par les formateurs et les contenus) peut participer à faire infléchir des attitudes et des comportements.

Cela renforce l'idée qu'il ne suffit pas de donner des informations théoriques, pour que les soignants puissent initier une dynamique de changement dans leur posture de soin. Il faut aussi montrer concrètement ce que cela signifie (principes, valeurs, philosophie, concepts clés), à travers des formateurs ou de professionnels, convaincus par la pratique orientée rétablissement, qui incarnent cette posture et qui illustrent, au travers d'exemples concrets, l'utilité de cette approche.

Lise Demailly, dans son analyse de la « bonne distance » (161), souligne la méfiance des professionnels dans les formations, vis à vis des outils trop rigides et valorisent en revanche le savoir et savoir-faire expérientiel, l'intuition et l'ajustement personnel des pratiques. Elle insiste ainsi sur la nécessité d'un équilibre entre la transmission de connaissances techniques et l'expérience vécue de la relation, renforçant à nouveau l'importance de la paire-aidance au sein des équipes de formations.

B) L'apport des expériences et des interactions professionnelles

Il nous a donc semblé pertinent d'étudier le rôle de l'expérience et des interactions dans le développement de cette posture. Notre étude confirme que le parcours professionnel, avec la diversité de ses contextes de soins et ses rencontres marquantes, est un vecteur essentiel pour façonner et valider une approche orientée vers le rétablissement.

La sociologie du travail et des organisations (Friedberg, 1993) (162), nous apprend que les différentes trajectoires professionnelles et la confrontation à différentes cultures organisationnelles, modèlent aussi nos représentations et nos pratiques professionnelles.

De fait, ce que les soignants vivent dans leurs différents postes et au sein de leurs équipes/services, influence directement leur capacité à intégrer une posture orientée vers le rétablissement. Leurs expériences et leurs environnements façonnant leur compréhension de leur rôle et leurs méthodes de travail.

Cela corrobore les retours d'expériences des personnes interrogées sur la posture de soin, entre le passage de l'intrahospitalier (souvent décrit comme plus contraignant) à l'extrahospitalier, perçu comme facilitant une posture plus centrée sur la personne.

Ceci illustre le concept de Friedberg, que deux milieux (intra et extrahospitalier), représentant des cultures organisationnelles très différentes, peuvent influencer les représentations des professionnels qui y travaillent.

Avec un environnement en extrahospitalier, potentiellement moins rigide et plus axé sur l'autonomie de la personne accompagnée, le professionnel de santé va alors plus facilement modeler ses représentations (la façon de penser le soin) et ses pratiques de soins (la façon d'agir) par rapport à un exercice se faisant dans un cadre plus structuré et parfois plus normatif, comme l'intrahospitalier.

C) Le rôle essentiel du cadre et de l'environnement de travail

La sociologie du travail et des organisations met en avant l'importance de l'influence de la culture et des styles de leadership (163).

Il a été exprimé par les soignants interrogés, qu'un leadership transformationnel, incarnant les valeurs du rétablissement, est important pour accompagner une dynamique de changement de posture, tout comme l'inscription de cette philosophie dans le projet d'établissement. L'inscription de l'objectif de rétablissement, dans le projet d'établissement, est d'ailleurs recommandé dans la note de cadrage de la DGOS de 2019, relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires (164).

Une étude sur la satisfaction au travail des professionnels en santé mentale au Québec (Fleury et al. (2017) (165), a montré que le soutien de l'équipe et une plus grande implication donnée dans les prises de décisions, étaient significativement associés à une

plus grande satisfaction au travail. C'est un point que nous avons souvent retrouvé dans nos échanges : « Jamais elle (psychiatre) ne fait les choses à notre place ou jamais elle sera être trop directive. Même quand elle te dit des choses et toi tu n'es pas d'accord quand tu vas exprimer pourquoi tu n'es pas d'accord. Si c'est cohérent et si c'est adapté bien sûr, elle va pencher de ton côté, elle va dire : « vas-y fait le » » (E3, L339-343)

Comme il est souligné dans nos résultats, l'environnement de travail, le leadership qui y est exercé, sa culture de la collaboration, l'intégration de pairs-aidants, l'autonomie, la confiance accordée aux professionnels de santé et les ressources disponibles (notamment le temps), apparaissent comme des éléments importants de l'appropriation de la posture dirigée vers le rétablissement.

Cette posture demande un engagement personnel des professionnels de santé, selon les répondants. Le modèle des demandes et des ressources au travail (JD-R Model) (Bakker & Demerouti, 2007) (166), indique que des « ressources », c'est-à-dire ce qui donne de l'énergie, motive et aide les professionnels à s'engager, comme le soutien hiérarchique et l'autonomie, favorisent l'engagement dans de nouvelles postures, tandis que le manque de « demandes » (qui prennent de l'énergie), comme le manque de temps et de moyens, peuvent l'entraver.

Ceci correspond à ce qui a été exprimé lors de certains entretiens, où lorsque les soignants se sentent soutenus par leur hiérarchie (cadres, médecins), qu'on leur fait confiance et qu'ils ont une certaine liberté d'action (autonomie) dans leur travail (empowerment des soignants favorisé), ils sont eux-mêmes plus en confiance pour s'investir et adopter une posture dirigée vers le rétablissement.

Du point de vue de la psychologie sociale, l'influence sociale (Kelman, 1958) (167), exercée par l'environnement, peut justement, si le soutien institutionnel est fort, faciliter une internalisation de nouvelles valeurs.

De ce fait, une dynamique vers le rétablissement, d'une équipe pluriprofessionnelle, partageant les mêmes objectifs et les mêmes valeurs, dans une communication partagée, a été identifié, par les répondants, dans notre étude, comme étant un levier important à l'appropriation de cette posture de soins.

Lewin, (1951) (168) souligne justement cette importance de la cohésion d'équipe et du partage d'objectifs, pour faire évoluer les pratiques. Pour Lewin, même si les gens viennent à un groupe avec des dispositions très différentes, s'ils partagent un objectif commun, ils sont alors beaucoup plus susceptibles d'agir ensemble pour l'atteindre.

Bien que la compilation de ses travaux date de 1951, de nombreux travaux en psychologie sociale et en comportement organisationnel, s'appuient sur ses idées et soulignent l'importance de la cohésion d'équipe et des objectifs partagés, pour créer une dynamique de changement.

Les réflexions de Lise Demailly (2016) sur les «exigences d'horizontalité » dans le champ de la santé mentale (169), qui sont prônées en sciences infirmière et en RPS, peuvent aussi éclairer l'importance de cultures collaboratives qui, selon elle, dépassent les hiérarchies traditionnelles.

Selon Demailly, le déclin des approches professionnelles traditionnelles est en partie lié à une quête de moindre asymétrie dans la relation d'aide, vers plus d'horizontalité.

Cette transition vers une posture plus « horizontale », nécessite un changement dans la perception pour le professionnel de son rôle.

Dans ce contexte, un cadre de travail qui valorise la collaboration et l'intégration de pairs-aidants (ou MSP) devient un levier puissant. Les pairs-aidants incarnant par définition cette relation horizontale, pouvant ainsi faciliter la transmission à l'ensemble des autres professionnels.

D) L'acquisition d'une posture dirigée vers le rétablissement par l'expérience

En psychologie sociale, l'apprentissage expérientiel, tel que théorisé par David Kolb (1984) (170), souligne que les professionnels apprennent par l'action et la réflexion sur leurs propres expériences. Être témoin direct du rétablissement ou de l'efficacité d'approches spécifiques constitue ainsi une expérience concrète qui ancre profondément la posture.

Cela est retrouvé dans l'ouvrage de Jennifer A. Moon (2004) (171), où l'appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement, telle qu'observée dans notre étude, peut être comprise comme un processus actif d'apprentissages expérientiels et réflexifs. Elle y soulève, tout comme les répondants de l'étude, l'importance d'une capacité de remise en question du professionnel et de la réflexion, sur sa pratique, pour transformer l'expérience en un apprentissage significatif.

La théorie de la dissonance cognitive, décrite par Festinger (1957) (172), comme étant un état de tension interne ressenti par une personne, lorsque ses croyances, ses idées ou ses comportements sont en contradiction, peut être un éclairage sur les difficultés plus importante à s'approprier une posture de soin dirigée vers le rétablissement lorsqu'on exerce en intra ou en extrahospitalier.

Un soignant initialement peu engagé dans une démarche de rétablissement, travaillant en extrahospitalier, qui serait confronté à des personnes qui, elles, sont effectivement rétablies, peut créer une contradiction (dissonance) entre ses croyances initiales (par exemple, l'idée qu'on ne peut pas se rétablir d'un trouble psychique sévère) et la réalité qu'il observe.

Afin de résoudre cette dissonance, source de tension interne, le soignant sera plus facilement amené à modifier sa croyance et donc sa posture.

En revanche, les professionnels en milieu intrahospitalier, qui accompagnent très majoritairement des personnes en phase aiguë, vivraient moins cette dissonance. Leur croyance de base (ex : on ne se rétablit pas d'un trouble psychique sévère), sera moins souvent contredite et parfois même renforcée par certaines expériences quotidiennes (pourtant non représentatives), ce qui pourra rendre le changement de posture plus difficile à initier.

Enfin, la théorie de la comparaison sociale, également de Festinger (1954), met en lumière comment la participation à des réseaux professionnels, décrit par les participants, permet aux soignants de comparer et valider leurs postures et leurs pratiques, favorisant ainsi leur évolution. Ceci se faisant en 3 temps : comparaison, validation, évolution (173). En effet, la participation à des congrès, des colloques ou des réseaux, permet aux soignants, selon les répondants, de « découvrir ce qui se fait ailleurs » et d'échanger avec des pairs « engagés dans la même démarche ».

Cela offre ainsi un « groupe de référence », permettant de comparer leurs approches et leurs postures. Ce processus de comparaison conduit à une validation renforcée de leurs convictions.

En interagissant avec d'autres qui partagent la même « philosophie », les professionnels se sentent ainsi confortés dans leur posture.

Selon Festinger, cette dynamique de comparaison et de validation est un moteur d'évolution. Fournissant ainsi de la validation, de l'inspiration, des apprentissages et du maintien de la motivation, qui sont essentiels pour que le soignant puisse maintenir, évoluer et renforcer durablement sa posture professionnelle.

4.3.8 Corrélations identifiées entre les résultats de l'études et les concepts clés des sciences infirmières, en liens avec la posture de soin orientée rétablissement

Notre démarche qualitative a mis en lumière plusieurs facteurs pouvant faciliter l'adoption, d'une pratique professionnelle plus explicitement orientée vers le rétablissement.

Ces facteurs, issus de l'analyse des discours des professionnels interrogés, permettent de faire des parallèles avec de nombreux modèles conceptuels des sciences infirmières, qui définissent depuis longtemps les principes d'une posture collaborative, basée sur la confiance et le respect des choix du patient dans une approche globale.

La richesse de ces concepts en science infirmière, qui visent une posture et une pratique orientées rétablissement pour les soignants, est telle qu'il serait trop long de tous les énumérer. Cependant, nous souhaitons évoquer les principaux, en lien avec notre étude.

Les travaux précurseurs de Florence Nightingale au milieu du XIXe siècle, ont posés des bases importantes de la posture soignante. Dans « Notes on Nursing » (1860/1969) (174), Nightingale évoquait déjà deux concepts fondamentaux : l'instauration d'un environnement sain et la reconnaissance de la capacité inhérente de la personne à mobiliser ses propres forces pour guérir.

Cette double perspective peut être analysée comme une préfiguration de principes aujourd'hui centraux dans les soins orientés vers le rétablissement. D'une part, elle identifie l'importance de la prise en compte de l'environnement de la personne pour améliorer sa santé. Elle reconnaissait déjà et valorisait le pouvoir d'agir (*empowerment*) de la personne, ainsi que l'importance d'avoir la conviction que la personne porte en elle un potentiel de guérison, lui-même vecteur d'espoir.

D'autre part, elle esquisse une posture soignante qui transcende le simple traitement de la maladie pour se fonder sur la conviction que chaque individu porte en lui un potentiel de rétablissement : « La nature seule guérit. (...) Et ce que les soins infirmiers ont à faire (...) c'est de mettre le malade dans les meilleures conditions possibles pour que la nature puisse agir sur lui. » (Extrait de Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not, 1859) (175).

Dorothea Orem (école des besoins) a commencé à développer sa théorie des auto-soins, prémices de l'empowerment, à partir de la fin des années 1950 et l'a présenté en détail pour la première fois dans son ouvrage « Nursing: Concepts of Practice » en 1971 (86).

Hildegard E. Peplau (l'école de l'interaction), pionnière des soins infirmiers psychiatriques dès 1952, a développé la théorie des relations interpersonnelles où elle introduit la notion de soin comme étant un processus thérapeutique (« Interpersonal Relations in Nursing »), (44). Ce processus accompagne la personne pour qu'elle trouve un sens à ce qu'elle vit (*Meaning* dans le *CHIME*), notamment en apprenant à transformer son anxiété en une force constructive. En comprenant mieux ses besoins, la personne développe son pouvoir

d'agir (son empowerment), ce qui favorise la reconstruction d'une image positive d'elle-même. Cette démarche devant se réaliser dans l'établissement d'une véritable relation de collaboration avec la personne malade.

Cette approche est complétée par la théorie des relations interpersonnelles de Peplau, qui voit le soin comme un processus thérapeutique centré sur la relation. L'approche humaniste de Josephine G. Paterson et Loretta T. Zderad (1971), met également en avant l'importance du dialogue authentique et la rencontre humaine (87). Les deux perspectives soulignant l'importance de la connexion, en visant à travers l'interaction soignant-soigné, à renforcer le pouvoir d'agir et le développement des ressources personnelles, du patient.

Au sein de l'école des effets souhaités (dès les années 1970), le modèle d'adaptation de Callista Roy (176) est conceptualisé pour soutenir les facteurs identifiés à aujourd'hui comme étant ceux du rétablissement. En visant à promouvoir l'adaptation de la personne dans ses modes « concept de soi » (identité), « fonction selon les rôles » (sens) et « interdépendance » (connectivité), son approche cherche à renforcer directement l'identité de la personne et sa connexion avec la société.

En cherchant à augmenter les capacités d'adaptation globales de la personne, le modèle cherchait déjà à développer le pouvoir d'agir, dans une dynamique de renforcement positif et d'espoir.

L'école de l'apprentissage de la santé, (1960-1970), valorise de son côté l'engagement actif de la personne et de sa famille dans l'apprentissage de la santé, en s'appuyant sur la collaboration.

Le modèle McGill de Moyra Allen y incarne cette approche, où elle considère que la santé s'apprend par la découverte personnelle (savoir expérientiel) et la participation active (empowerment), notamment aussi au sein de la famille.

L'infirmière doit alors avoir une posture de « facilitatrice » et non de « sachante » (80) .

Cette approche cherche à renforcer directement le pouvoir d'agir des personnes, la connexion à travers les liens familiaux, la relation avec l'infirmière, la recherche de sens dans l'expérience d'apprentissage et nourrit l'espoir dans « le potentiel de santé » de chacun.

Le modèle conceptuel des soins infirmiers fondés sur les forces, du modèle de McGill (ASFF : Approche des Soins infirmiers Fondés sur les Forces), que nous avons pris

comme base de référence à cette étude (partie : 1.2.3), est parfaitement en adéquation avec les principes d'une posture de soins orientée vers le rétablissement.

Les valeurs à la genèse de ce modèle conceptuel, reflétant les principes de base d'une posture orientée vers le rétablissement :

- Les soins sont centrés sur la personne et la famille toute sa vie durant, plutôt que sur le système.
- Les soins infirmiers sont plus efficaces lorsqu'ils sont authentiques et profondément respectueux de l'unicité de la personne.
- Les infirmières soignent des personnes atteintes d'une maladie et non la maladie comme tel.
- Les infirmières sont des apprenantes et les patients et les familles sont leurs meilleurs enseignants.
- Les soins infirmiers doivent s'appuyer sur une vaste connaissance de la condition humaine et cette connaissance découlent de l'intégration de la théorie de la pratique et de la réflexion sur l'exercice de la profession.
- Les soins infirmiers doivent répondre aux besoins de la personne et de la famille. Ils ne sont pas prescriptifs et il faut les prodiguer avec souplesse et ouverture d'esprit sans porter de jugement de valeur.
- Les personnes doivent trouver leur propre solution et prendre la responsabilité de leur propre santé. Les infirmières créent des conditions propices en leur permettant de faire des expériences qui facilitent ce travail. Pour ce faire elle travaille en partenariat avec les patients et s'appuie sur leurs forces.

« Ces valeurs guident l'école de soins infirmiers d'une l'université McGill depuis plus de 100 ans. » (Gottlieb, L. N. (2014), p.22-23) (80).

La richesse des écoles de pensée, issues des grandes théoriciennes en sciences infirmières, offre donc une formidable opportunité pour les infirmiers, dans le renforcement de la notion de rétablissement. En les mobilisant plus explicitement dans ce sens, notamment en IFSI, nous pouvons consolider la posture de soin qu'ils visent, car ces théories en constituent déjà le fondement pratique.

Les théories infirmières, qui constituent le socle de notre profession, sont ainsi l'application concrète des principes du rétablissement. Elles prônent l'empowerment, la quête de sens et s'appuient sur les forces des individus. C'est pourquoi il apparaît à la fois paradoxal et peut-être préjudiciable, que ces cadres de référence, si précieux pour la

pratique, soient si rarement associées, dans la profession infirmière, au concept de rétablissement.

4.3.9 Confrontation des résultats de l'étude avec le modèle transthéorique (MTT)

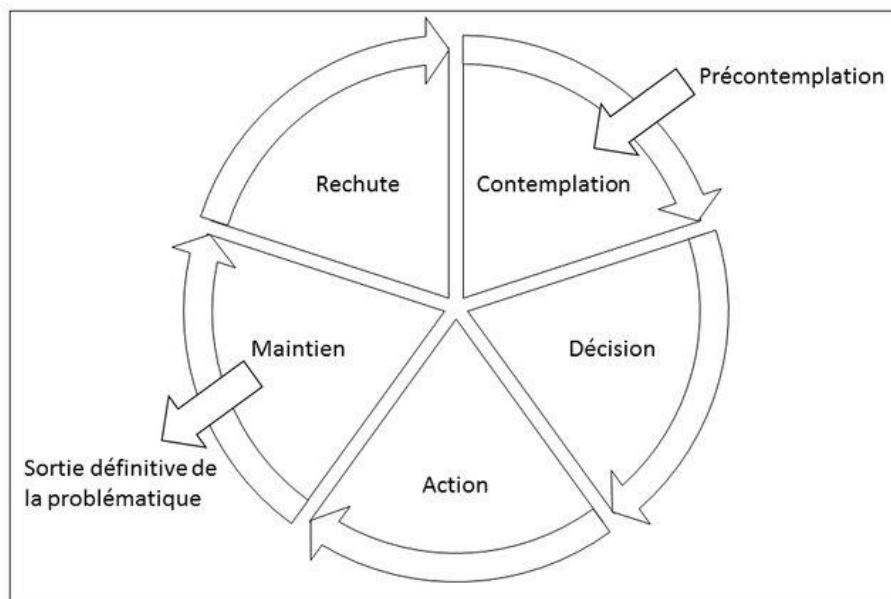
L'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement par les professionnels infirmiers, telle que nous l'avons analysé dans cette étude, semble donc s'apparenter davantage à un processus de transformation professionnel et parfois personnel.

Ce processus peut être éclairé par le modèle transthéorique du changement (MTT) de Prochaska et DiClemente (1982) (61) .

Le MTT a été initialement développé pour comprendre le changement de comportements auprès de personnes ayant des troubles d'addictions. Cependant il semble intéressant de regarder nos résultats obtenus par le prisme de ce modèle conceptuel, afin d'analyser comment les soignants eux-mêmes évoluent à travers différentes étapes lorsqu'ils intègrent un nouveau paradigme de soin.

Le MTT décrit classiquement plusieurs stades : la pré-contemplation (non-reconnaissance du besoin de changer), la contemplation (prise de conscience et ambivalence), la préparation (intention et planification du changement), l'action (mise en œuvre active du changement), le maintien (consolidation du nouveau comportement) et la possible rechute (retour à des stades antérieurs).

Figure 10 :



*Modèle transthéorique (MTT) du changement de Prochaska et DiClemente
(Rossier, Zimmermann, & Besson, 2009, p.93)*

Appliqué au soignant, ce modèle suggère que l'adoption d'une posture orientée rétablissement est un parcours ayant des étapes similaires, qui, en regard de nos résultats, pourraient s'envisager ainsi :

→ De la Pré-contemplation à la Contemplation, par la formation et les rencontres :

En n'ayant pas une conscience claire des principes du rétablissement ou de la nécessité de faire évoluer sa posture si elle est ancrée dans des modèles de soins plus traditionnels, un professionnel peut se situer en phase de pré-contemplation.

Une formation de qualité, qui ne se contente pas de transmettre des outils mais aborde la « philosophie de la réhab » (E5, L.167), peut initier un passage vers la contemplation.

Le soignant prendrait alors conscience de l'existence de cette approche, de ses bénéfices potentiels, mais peut ressentir une ambivalence, pesant les avantages face aux efforts de changement ou aux croyances antérieures (balance décisionnelle).

Les expériences professionnelles (abordée en partie : 3.2.2), notamment la confrontation à des « contre-modèles » (E6, L.318) ou des rencontres marquantes avec des professionnels déjà engagés dans cette posture (modèles inspirants), peuvent également jouer ce rôle de déclencheur, poussant le soignant à questionner ses pratiques et à envisager d'autres manières de faire.

Les expériences positives avec des « fins heureuses » (E10, L.179) et des « évolutions concrètes » (E10, L.180), notamment lors du passage de l'intra vers l'extrahospitalier, peuvent instaurer un doute sur de fausses croyances et ouvrir la voie à la phase de contemplation vers une posture plus optimiste.

→ De la contemplation à la préparation : l'influence du vécu et des caractéristiques personnelles des soignants :

Lors d'un passage en phase de préparation, où le soignant commence à envisager activement de modifier sa posture, il peut être influencé par des facteurs plus personnels. Le vécu personnel (3.2.5), notamment des expériences de vie ayant forgé l'empathie ou la résilience, peut rendre le professionnel plus réceptif et motivé à explorer cette nouvelle posture. « Quand on est passée par là, soi-même, on comprend un peu mieux » (E11, L.383).

Certaines caractéristiques individuelles exprimées (3.2.6) telles que la « curiosité » (E1, E2), « l'ouverture d'esprit » (E12), et la capacité de « remise en question » (E9, E1) seraient alors déterminantes à ce stade. Un soignant curieux cherchant plus activement

des informations, lira, se renseignera (E2, E4), manifestant ainsi son entrée dans une phase de préparation plus active au changement.

L'alignement des valeurs personnelles avec celles du rétablissement « dans mon ADN » (E5), semble pouvoir faciliter cette transition.

→ De la phase de préparation à celle d'action : le rôle de l'environnement de travail et de la transmission :

Le passage vers la phase d'action, où le soignant modifierait concrètement ses pratiques, a été identifié comme étant fortement dépendante du cadre de travail et de la dynamique institutionnelle (3.2.3).

Un leadership médical et managérial soutenant (E11, E12), une culture d'équipe collaborative, une disponibilité de ressources (temps, moyens, accès facilité aux formations continues) et l'intégration de pairs-aidants ou de MSP (abordé en partie 3.2.4), peuvent fortement participer à un environnement propice à l'expérimentation et à l'implémentation de cette nouvelle posture : « Si tu n'as pas cette cohésion, un médecin qui fédère la chose, c'est mort » (E12, L.395).

La transmission entre professionnels (abordé en partie 3.2.4) est également un moteur de changement vers l'action.

Observer des collègues (modèles) mettre en œuvre avec succès des pratiques orientées rétablissement, ou co-animer des groupes (E6, E8, E5), offre des exemples concrets et un soutien pratique.

L'influence des pairs-aidants et des MSP est, à nouveau, particulièrement important dans ce cadre. Leur présence et leur savoir expérientiel ayant été décrits comme pouvant influencer la posture des soignants, notamment en favorisant une modification du langage et en humanisant les relations.

→ Le maintien de la posture : consolidé par les expériences positives et un soutien continu :

Le stade de maintien, tel qu'il est défini dans la MTT, implique une vigilance à avoir afin de consolider la nouvelle posture et de l'intégrer durablement.

Les expériences professionnelles positives (abordé en partie 3.2.2), comme le fait d'être témoin direct du rétablissement des personnes accompagnées (« voir que ça marche » E3), renforcent la conviction du soignant en la possibilité du rétablissement et renforce ainsi sa motivation à persévérer.

L'exercice en extrahospitalier, en offrant une vision des évolutions positives (E9, E11), semble avoir un impact facilitant pour le maintien de cette motivation, du sentiment d'espoir et de l'engagement du professionnel.

Le sentiment d'appartenir à une « bande » partageant le « même leitmotiv » (E3) au sein de réseaux professionnels (partie 3.2.2) est décrit comme étant un facteur de renforcement.

De ce fait, disposer d'un cadre de travail qui continue de valoriser l'autonomie, la confiance, et qui offre des opportunités de développement professionnel (participation à des congrès, réseaux) est essentiel pour entretenir cette motivation, renforcer les convictions dirigées vers le rétablissement et les maintenir à long terme.

Finalement, le modèle transthéorique de Prochaska et DiClemente, peut offrir une grille de lecture éclairante pour mieux comprendre la dynamique de l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement.

Il met en évidence, comme nous l'avons vu, que les facteurs identifiés dans notre étude (formation, expériences, cadre de travail, transmission, vécu et caractéristiques personnelles) interagissent, pour influencer le cheminement du professionnel, dans un processus de changement.

4.4 Apport de la recherche :

4.4.1 Contribution de la recherche à la connaissance sur le sujet.

Notre constat de départ était que la littérature et les recommandations institutionnelles soulignent, de plus en plus, l'importance du déploiement d'une posture de soin orientée vers le rétablissement, mais qu'il existe très peu d'études qualitatives sur ce qui peut faciliter un changement de posture auprès des infirmiers en psychiatrie.

L'objectif de cette recherche était donc d'explorer les facteurs pouvant favoriser, chez les soignants, l'acquisition d'une posture d'accompagnement propice au développement du processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique, en nous appuyant sur l'expertise de professionnels exerçants en réhabilitation psychosociale. La principale contribution de ce travail, a été d'essayer d'apporter une compréhension plus fine et nuancée, autour des processus d'appropriation. Il met en lumière, pour les professionnels de santé, non seulement les facteurs qui semblent influents, mais aussi la manière dont ils opèrent et interagissent.

A) Confirmation et approfondissement de certains facteurs connus

a) Le caractère essentiel de la formation

Si le rôle de la formation est largement reconnu, notre étude renforce le fait qu'elle est une condition nécessaire mais non suffisante, dans l'acquisition d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.

Elle apporte un éclairage sur l'importance de son contenu (nécessité d'apporter la philosophie au-delà des outils), de sa temporalité (apprentissage progressif, espacé ans le temps), de la réceptivité individuelle (facteurs individuels) et de l'accompagnement en post-formation (environnement de travail).

Notre étude souligne de manière prégnante, l'insuffisante préparation des infirmiers dès leur formation initiale, concernant le paradigme du rétablissement. Elle met également en évidence un manque de sensibilisation de ces futurs professionnels, quant à la nécessité de déconstruire les fausses croyances en santé mentale, alors qu'ils auront un rôle capital, autour de la prévention de la stigmatisation des personnes qu'ils accompagneront.

Le rapport final de *REFOCUS* (132) indique que les interventions n'avaient pas montré de différences significatives sur les mesures dirigées vers le rétablissement, bien que des améliorations aient été notées sur des aspects secondaires comme le fonctionnement et la réduction des besoins non satisfaits évalués par le personnel.

Notre étude, en explorant les leviers de l'appropriation de la posture, pourrait aider à comprendre pourquoi une intervention, même très complète, comme le programme *REFOCUS*, peut avoir des résultats mitigés si les conditions d'appropriation par les professionnels ne sont pas réunies.

Les « priorités concurrentes » et la « préparation organisationnelle au changement », qui ont été identifiés comme des défis dans le rapport *REFOCUS*, résonnent fortement avec certains freins identifiés par les répondants de notre étude (manque de temps, management non soutenant, manque de moyens, etc.)

Notre étude converge avec les recommandations de l'ANAP en soulignant le caractère fondamental de la formation (122).

Elle enrichit toutefois ces recommandations en nuanciant les conditions de son efficacité sur la posture de soin. Nos résultats indiquent que l'impact de la formation est optimisé lorsque les modalités pédagogiques sont spécifiques (sessions espacées, contenu axé sur les valeurs du rétablissement et de la RPS, apports expérientiels de pairs-aidants), et lorsqu'elle prend en compte la réceptivité individuelle et le contexte d'exercice.

De plus, nous avons mis en évidence l'importance d'une intégration précoce de ces savoirs en formation initiale et de la mise en place de stages post-formation. Ces leviers apparaissant comme déterminants pour garantir que la formation se traduise par une évolution concrète et durable, de la posture professionnelle des infirmiers.

b) L'importance d'un environnement de travail et d'une dynamique institutionnelle soutenance

Au-delà de la confirmation de l'impact du leadership médical et managérial, de la collaboration et des ressources, notre étude détaille l'influence contrastée des contextes d'exercice (intra vs extrahospitalier) sur la capacité à adopter et maintenir cette posture.

L'étude insiste aussi avec force qu'un environnement de travail soutenant est essentiel pour les soignants. Un tel environnement, fondé sur la confiance, la reconnaissance de leur expertise et une réelle autonomie, est une condition indispensable pour que cette posture puisse naître, se maintenir et s'épanouir.

Cette perception d'un cadre institutionnel fiable et valorisant pour le soignant, apparaît alors comme une condition nécessaire pour nourrir chez le soignant la confiance en son institution et en son encadrement. Cette confiance ayant été identifiée comme étant indispensable pour susciter et soutenir l'engagement personnel qu'exige une pratique orientée vers le rétablissement.

c) L'apport des interactions professionnelles et de la transmission entre pairs

L'étude valide l'importance de l'apprentissage par des pairs et par l'observation de professionnels pouvant être considérés comme des modèles, où elle met particulièrement en lumière le rôle transformateur, et parfois sous-estimé de leur influence, sur la posture des soignants.

Dans cette dimension, l'importance de l'influence des Pairs-aidants et des Médiateurs de Santé Pairs (MSP) apparaît largement. Leur présence, en contribuant à modifier le langage, à humaniser les relations et à incarner l'espoir et la possibilité du rétablissement, agissent comme un catalyseur de changement de posture, au sein des équipes.

d) L'influence des expériences et du vécu personnel

Si l'expérience professionnelle est un facteur d'influence reconnu sur les pratiques soignantes, notre recherche qualitative a cherché à explorer aussi comment le vécu personnel des soignants, y compris leurs propres épreuves personnelles, leur parcours de

vie ou leurs expériences antérieures, pouvaient moduler, voire parfois faciliter, l'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.

L'étude a essayé d'apporter un éclairage nuancé sur cette dimension personnelle du soignant et sur son rôle dans la transformation de la posture professionnelle.

Elle confirme que le vécu personnel peut effectivement nourrir des composantes essentielles de la posture orientée rétablissement. Les participants interrogés, ayant eux-mêmes traversé des difficultés psychiques ou des épreuves de vie, rapportant une capacité d'empathie accrue dans la compréhension des personnes accompagnées, de leurs comportements et de leurs réactions.

« Mon vécu personnel m'a permis parfois d'avoir (...) des comportements, des réactions, où j'ai pu mieux comprendre les personnes. Effectivement, quand on est passé par là, soi-même, on comprend un peu mieux » (E11, L.382-383).

Le fait d'avoir surmonté des épreuves personnelles, ayant été décrites comme une source de résilience pour le soignant lui-même, renforcent sa conviction intime que « jamais un projet est impossible ».

Un vécu, ancré dans l'expérience personnelle, rend alors la notion d'espoir, plus concrète pour le professionnel et de ce fait plus facilement transmissible.

Le vécu personnel a été aussi identifié comme étant une base à un dévoilement de soi réfléchi et contrôlé. Il peut être alors utilisé comme un outil relationnel puissant. Partager des éléments de son propre quotidien ou de ses difficultés, est un moyen de « normaliser l'expérience », de « montrer que finalement on est pareil », et de construire une alliance « d'égal à égal ».

Cette normalisation permettant de faciliter « la rencontre de l'autre », préalable à toute instauration d'une relation de confiance et de collaboration.

Cette démarche ayant été identifiée comme contribuant à affirmer l'identité de la personne, bien au-delà de son statut de « patient » et de sa « maladie », afin d'être accompagnée et reconnue en tant que personne à part entière, sans se focaliser sur son trouble.

Au-delà du vécu personnel, l'étude souligne que les expériences professionnelles positives, notamment les succès rencontrés dans l'accompagnement et la constatation de l'efficacité d'une approche orientée vers le rétablissement, viennent aussi consolider et renforcer cette posture. Voir concrètement les évolutions d'une personne, par l'expérience

directe de l'efficacité de la posture de soin orientée rétablissement, ancre durablement cette posture dans la conviction du soignant.

Il a été mis en lumière une certaine réciprocité entre l'évolution de la personne soignée dans son processus de rétablissement et l'évolution de la posture professionnelle mais aussi parfois personnelle du soignant.

Il a été en effet exprimé lors des entretiens, que non seulement le vécu personnel influence la pratique, mais que la pratique en réhabilitation psychosociale peut elle-même participer à un processus de changements personnels, chez le professionnel lui-même.

Un participant décrit cette dynamique par : « sublimation de toutes ces années d'errances, je me suis fait de la réhab, en faisant de la réhab » (E5, L.558-560). L'expérience professionnelle en psychiatrie peut ainsi aider à « faire ce pas de côté » (E9, L.416-417) dans la vie personnelle du soignant.

Cette dynamique faisant écho à l'idée, exprimée par plusieurs répondants, que l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement s'apparente à un véritable « parcours de rétablissement du soignant » (E3, E2, E5, E9, E10).

Ce processus, basé sur le savoir expérientiel du professionnel (personnel et professionnel), suggère que la mobilisation positive du vécu personnel est conditionnée par sa capacité de réflexion et de mise à distance critique de sa posture et de sa pratique.

En effet, au cours de l'étude, des nuances ont été rapportées, autour de l'apport de l'expérience et du vécu personnel sur la posture de soin.

Si l'influence positive du vécu personnel est clairement établie par les participants, notre étude rapporte que cet apport n'est pas constaté chez tous les professionnels de santé.

Les répondants ont ainsi pointé la nécessité d'une certaine capacité d'auto-évaluation et une prise de recul sur son propre parcours et ses possibles résonances encore présentes. Des problématiques personnelles non résolues ayant été identifiées comme pouvant, au contraire, altérer le jugement professionnel ou conduire à des postures contre-productives.

Il a été mis en avant lors de cette étude, la richesse des apprentissages tirés directement des interactions avec les personnes accompagnées et de leur propre vécu, comme étant un facteur majeur de modelage et de validation de la posture. Les soignants rapportant apprendre principalement des personnes soignées : « c'est essentiellement les patients

qui m'ont aidé à être l'infirmier même de pratique avancée que je suis aujourd'hui.» (E9, L.116-117).

Cette recherche qualitative a cherché à approfondir la compréhension du rôle du vécu personnel des soignants dans leur posture de soin. Elle montre que ce vécu personnel enrichi la posture de soin lorsqu'elle n'est pas vu comme un simple souvenir, mais plutôt comme une ressource active et dynamique qui est mobilisée activement par les soignants afin de forger et d'enrichir leur orientation vers le rétablissement.

Elle souligne ainsi que l'authenticité et l'empathie qui découlent de ce vécu, lorsqu'elles sont intégrées dans une pratique réflexive, sont des leviers importants, mais que leur efficacité est indissociable d'une nécessité d'engagement continu du professionnel, dans un processus d'évaluation et d'ajustement de sa pratique et de sa posture.

B) Les sciences infirmières : un manque en formation initiales des soignants autour du concept de rétablissement

Comme nous l'avons abordé dans la partie 4.3.8 de notre étude, la formation est un levier important, qui a été souvent exprimé comme un préalable nécessaire, à l'appropriation d'une posture de soins orientée vers le rétablissement.

Le manque de formation aux grands principes de la réhabilitation psychosociale et du rétablissement en IFSI, est constamment revenu dans les échanges, comme étant trop peu ou pas abordé lors de la formation initiale des infirmiers.

Pourtant, comme nous l'avons vu, les écoles de pensées en sciences infirmières portent depuis longtemps des concepts parfaitement en phase avec les valeurs, ainsi que les principes de la réhabilitation psychosociale, en cherchant à développer chez les soignants, une pratique, que l'on sait aujourd'hui, pouvoir favoriser le processus de rétablissement (CHIME) (177).

Notre étude met ainsi en avant la plus-value et la richesse des sciences infirmières, par ses écoles de pensée issues de ses grandes théoriciennes, comme pouvant être un levier puissant d'appropriation pour notre profession.

Il semble donc particulièrement regrettable, que ces écoles de pensées, issue des grandes théoriciennes en sciences infirmières, soient si peu associées à la notion de rétablissement et à la posture de soin, alors qu'elle en est son application concrète.

La pertinence de ses multiples modèles théoriques (de Florence Nightingale à Dorothea Orem, Hildegard Peplau, Callista Roy, Moyra Allen, jusqu'au modèle des soins fondés sur les forces de Laurie Gottlieb), étant intrinsèquement dirigés vers une posture de soin pouvant faciliter le processus de rétablissement personnel des personnes concernées par un trouble psychique (CHIME).

Cette situation semble d'autant plus dommageable, que le constat de manque de sensibilisation initiale, exprimée par les répondants de l'étude, semble participer, au retardement dans l'appropriation de cette posture et d'une pratique véritablement orientée vers le rétablissement personnel, des futurs soignants. Alors que notre propre discipline dispose en elle depuis longtemps de toutes les clés.

Le défi, qui est au cœur de notre question de recherche, réside alors dans la traduction de ces fondements, en pratiques conscientes et intégrées, notamment via une formation initiale et continue qui valorise et explicite ces liens.

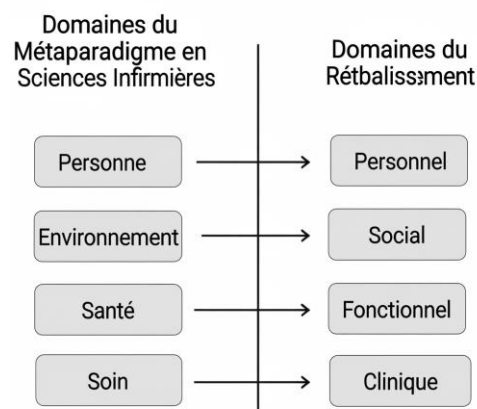
C) **Corrélations entre le métaparadigme en science infirmière et les quatre dimensions du rétablissement en regard de l'étude**

Le métaparadigme en science infirmière est une vue d'ensemble de la discipline qui va au-delà de ses différents paradigmes. Il précise les concepts centraux de la discipline infirmière et offre un cadre pour mieux comprendre son champ d'action.

Ce métaparadigme comporte 4 domaines : la personne, l'environnement, la santé et le prendre soin (107).

Le concept de rétablissement, comme nous l'avons vu (partie 1.2.1, A), comprend lui-aussi 4 domaines : personnel, social, clinique, fonctionnel (178).

Figure 11 :



Proposition de comparaison entre le métaparadigme en sciences infirmières et les domaines du rétablissement

Notre étude apporte ainsi un éclairage croisé entre le métaparadigme des sciences infirmières et les dimensions du rétablissement, qui révèle des similitudes qui apparaissent comme des évidences.

Ces correspondances sont renforcées par les facteurs d'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement, retrouvés au cours de notre étude.

a) La « personne » dans le métaparadigme en science infirmière et le « rétablissement personnel »

Le concept de « personne » au sein du métaparadigme infirmier englobe l'individu, la famille et la communauté dans leur globalité. La personne est considérée, en sciences infirmières, comme ayant une unicité « bio-psycho-socio-culturelle » et spirituelle, incompatible avec toute vision « organo-centrée » du soin (179).

La personne est vue comme étant en interaction continue avec son environnement, possédant un potentiel d'agir et accordant une signification propre à ses expériences, ses valeurs et ses choix (Pepin J, La pensée infirmière, p.77) (107).

Cette vision nous apparaît, en regard de nos résultats, être en parfaite adéquation avec la dimension personnelle du rétablissement, qui se définit comme « un processus profondément individuel et unique de transformation des attitudes, basée sur les valeurs principales de la personne, ses sentiments, ses aspirations et ses compétences ».

Ce processus, visant à (re)construire une vie satisfaisante, porteuse d'espoir et de sens, malgré la maladie, appartient exclusivement à la personne concernée et s'articule, comme nous l'avons vu, autour de facteurs clés, tels que la Connectivité, l'Espoir, l'Identité, le Sens et l'Empowerment (CHIME).

L'analyse croisée issue de notre étude confirme que la reconnaissance de la personne comme experte de son propre vécu, constitue un pilier fondamental, pour que le soignant puisse s'approprier une posture orientée rétablissement. Les répondants soulignant que les infirmiers adoptant une telle posture, reconnaissent plus facilement la personne comme étant actrice de ses soins et de ses choix, favorisant ainsi son empowerment.

Selon eux, cette démarche doit également être en phase avec les valeurs personnelles du soignant.

Enfin, ils estiment que le vécu personnel de ce dernier, lorsqu'il fait l'objet d'une réflexion approfondie, peut accroître son empathie et sa compréhension. Une telle approche permet de soutenir plus efficacement l'espoir chez la personne accompagnée et l'aider à retrouver, si besoin, son identité de personne.

b) Corrélations entre le concept « environnement » dans le métaparadigme en science infirmière et les dimensions sociales et fonctionnelles du rétablissement

Le concept d'environnement dans le métaparadigme infirmier (englobant tous les aspects matériels, sociaux et culturels en interaction avec la personne), est directement lié à la dimension sociale du rétablissement (réinsertion, lutte contre la stigmatisation, relations) et sa dimension fonctionnelle (autonomie, rôles sociaux).

Ce domaine en science infirmière, considère que cet environnement peut influencer positivement ou négativement la santé et le parcours de la personne.

Le concept d'environnement en sciences infirmières va au-delà du cadre physique immédiat. Il reconnaît l'interconnexion de multiples facteurs qui façonnent l'expérience de la personne.

Il est donc important de comprendre et d'agir sur les différentes facettes de l'environnement du professionnel pour favoriser l'acquisition d'une posture dirigée vers le rétablissement (celui de la personne accompagnée, mais aussi leur propre environnement de travail et l'environnement social au sens large). Notre étude montrant que lorsque les infirmiers bénéficient eux-mêmes, d'un environnement professionnel soutenant, basé sur la confiance et la reconnaissance de leur champ de compétences, ils sont mieux à même d'encourager un rétablissement social et fonctionnel significatif des personnes qu'elles accompagnent.

c) *Corrélation entre le concept de « Santé » dans le métaparadigme en science infirmière et la dimension « fonctionnelle » du rétablissement*

Dans le métaparadigme en science infirmière, le concept de « Santé » (107), est décrit comme une expérience multidimensionnelle autour des facteurs influençant la qualité de vie et le bien-être, en allant bien au-delà de la présence d'une pathologie ou non. La dimension fonctionnelle du rétablissement vise les mêmes facteurs, en ciblant l'ensemble des sources possible pouvant altérer la qualité de vie et le bien-être des personnes dans leur fonctionnement quotidien.

Pour le soignant, les résultats de notre étude indiquent que l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement, implique pour lui, de dépasser la seule considération des symptômes (rétablissement clinique), afin de réussir à appréhender la personne dans sa globalité, en fonction des besoins qu'elle identifie comme prioritaires, de ses projets et des obstacles qu'elle identifie pour arriver à la qualité de vie et au bien-être auxquels elle aspire (rétablissement personnel).

Ces trois éléments convergent donc vers une compréhension commune de la santé et du soin, qui va au-delà de la maladie, de ses symptômes et des traitements. Pour qu'un soignant s'approprie une posture orientée rétablissement, il doit intégrer cette vision large de la santé, en accord avec les fondements des sciences infirmières et des principes du rétablissement.

d) *Corrélations entre le concept de « soin » dans le métaparadigme en science infirmière et l'intégration des différentes dimensions du rétablissement*

Dans le métaparadigme en science infirmière, le concept de « Soin » (Nursing) est l'accompagnement de la personne d'une façon humaine, relationnelle et transformatrice, en misant sur ses ressources personnelles, son potentiel de rétablissement, en renforçant son pouvoir d'agir et en cohérence avec un environnement favorable à sa santé.

Cela implique un positionnement d'accompagnement, de soutien et de facilitation vis à vis de situation engageant la santé. Le soin est centré sur la relation avec la personne, sa famille ou des communautés, qui vivent des expériences de santé.

Dans le concept de rétablissement, les premiers modèles se focalisaient principalement autour de critères associés à la maladie, aux symptômes, aux traitements et aux rechutes (180).

La dimension « clinique » du rétablissement, telle qu'elle est entendue à aujourd'hui, se réfère principalement au fait d'avoir du contrôle sur les symptômes, d'être le moins possible gêné par ceux-ci et par les possibles effets iatrogènes des traitements médicamenteux, car ils restent souvent source de mal être, de souffrance et être des obstacles au bien-être, à la qualité de vie et à l'inclusion sociale des personnes concernées.

Cette gestion symptomatique, visant à restaurer une capacité d'agir vis-à-vis de la maladie, s'inscrit donc pleinement au cœur de la conception du soin en sciences infirmières et rentre donc tout à fait en concordance avec la conception de « soin » telle qu'elle est entendue en science infirmière.

Notre étude rejoint à nouveau ces deux concepts, en soulignant qu'aider une personne à se rétablir, c'est l'aider à faire face plus efficacement à ses symptômes et à leurs répercussions, même si leur diminution ou leur disparition, ne sont pas des objectifs suffisants, pour accompagner une personne dans son processus de rétablissement.

Les résultats de notre étude indiquent ainsi que l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement, implique pour l'infirmier de dépasser la seule considération des symptômes (rétablissement clinique), en appréhendant la personne dans sa globalité et sa quête de sens (rétablissement personnel), rejoignant la définition de « soin » en science infirmière. Il ne s'agit pas d'ignorer la maladie mais de ne plus la positionner au centre dans les objectifs d'accompagnement de la personne.

La correspondance entre le métaparadigme des sciences infirmières (personne, environnement, santé, soin) et les dimensions du rétablissement (personnelle, sociale, fonctionnelle, clinique) semblent être le reflet d'objectifs intrinsèquement en phase.

Les résultats de l'étude sur les facteurs favorisant l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement, vient confirmer que cette posture professionnelle des soignants, est l'application concrète et cohérente, de ces deux grands cadres conceptuels.

La posture de soin orientée rétablissement permet ainsi aux infirmiers d'agir en accord avec les fondements de leur discipline, tout en favorisant le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique.

Adopter une posture orientée rétablissement, revient donc à exercer dans le respect, à la fois des fondements des sciences infirmières et des principes du rétablissement, tout en respectant la singularité de chaque professionnel, en évitant toute démarche normative.

D) L'acquisition d'une posture orientée rétablissement : un « processus » pour le soignant

Notre étude a mis en évidence que s'approprier une posture de soin orientée vers le rétablissement, implique pour le soignant, un processus de transformation à la fois professionnel et personnel.

Ce processus est apparu en filigrane, au cours des entretiens, comme étant une démarche individuelle qui, bien que sensible aux influences extérieures, relève une démarche intime et personnelle, qui ne peut appartenir qu'au soignant lui-même.

Ce cheminement, souvent décrit comme non linéaire, jalonné de doutes, de prises de conscience, d'apprentissages et parfois de reconstruction de l'identité professionnelle, fait écho au processus de rétablissement vécu par les personnes accompagnées, tel qu'il a été décrit par Andresen (181).

Le sens de nos propos ne vise évidemment pas, à minimiser le vécu des personnes concernées par un trouble psychique, mais plutôt à « normaliser » un processus qui apparaît finalement comme fondamentalement humain.

Notre étude suggère que cette dynamique, dans ce processus d'appropriation par le professionnel, pourrait être transposable à d'autres contextes et à d'autres personnes, à d'autres vécus, qu'ils soient soignants ou non.

Nous aborderons plus en détail cette possible mise en relation, dans la partie sur les implications théoriques et pratiques, des résultats de l'étude (partie 4.4.3).

E) Les facteurs d'appropriation pour les soignants, d'une posture de soin orientée rétablissement : un miroir des facteurs du rétablissement (CHIME) des personnes concernées par un trouble psychique

L'analyse des entretiens suggère que les facteurs favorisant le processus d'appropriation d'une posture de soin orientée vers le rétablissement, pour les soignants, fait écho aux facteurs reconnus comme pouvant favoriser le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique (CHIME) :

- **Connectivité** (réseaux professionnels, formations)
- **Hope** (croire dans le potentiel de rétablissement de chaque personne)
- **Identité** (identité professionnelle forte)
- **Meaning** (donner du sens à sa pratique)
- **Empowerment** (environnement de travail, engagement/compétences)

Cette mise en parallèle de ces deux processus, offre un cadre de compréhension qui apparaît comme nouveau pour appréhender les facteurs d'appropriations d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement :

→ Connectivité (**Connectedness**) du soignant :

L'importance de se sentir connecté à une communauté professionnelle partageant des valeurs et des objectifs similaires est un levier puissant. La participation à des colloques, des congrès, des formations et des réseaux professionnels, permet de limiter le risque d'isolement professionnel, de valider ses pratiques et de s'inspirer d'autres expériences, afin de maintenir la motivation. Cette connexion permet d'entretenir un sentiment d'appartenance à une dynamique en cours dans le milieu de la psychiatrie. Elle permet de valider et parfois de rassurer le professionnel dans son positionnement, qui peut encore parfois être perçue comme minoritaire ou innovant au sein d'institutions encore ancrée dans des orientations et des pratiques plus anciennes.

→ Espoir (**Hope**) insufflé et entretenu pour le soignant :

La posture orientée rétablissement est intrinsèquement porteuse d'espoir, tant pour la personne accompagnée que pour le soignant qui l'incarne. Être convaincu du potentiel de rétablissement de chaque personne accompagnée, est un thème qui a été récurrent au cours de nos entretiens. Pour le professionnel, maintenir cet espoir, même face aux difficultés, aux rechutes et à un contexte de crise, permet à la fois de maintenir un regard positif sur le potentiel de rétablissement de la personne, mais aussi de limiter le risque d'épuisement professionnel. Dans ce cadre-là, pouvoir, pour le soignant, s'appuyer sur des soins fondés sur des données probantes (EBP), dont l'efficacité sur le rétablissement

et l'inclusion sociale est démontrée et d'en constater par lui-même les bénéfices, constitue en soi un puissant vecteur d'espoir et d'encouragement.

→ Identité (*Identity*) professionnelle en transformation :

Réussir à se détacher de modèles de soins antérieurs, parfois descendants, organo et médico-centrés, pour une démarche intégrative, collaborative auprès de la personne, dans une communication horizontale, en reconnaissant et en s'appuyant sur son savoir expérientiel, implique souvent pour l'infirmier une redéfinition de son identité professionnelle. Ce processus nécessite en tant qu'infirmier de passer d'une identité de « technicien du soin », exécutant des prescriptions, à celle de « thérapeute partenaire », co-architecte, dans une équipe de soins et avec la personne concernée, d'un parcours de réhabilitation psychosociale dirigé vers le rétablissement. Redéfinir, si besoin, son identité professionnelle d'infirmier, en s'appuyant sur l'identification de ses forces, de ses ressources, mais aussi sur l'ensemble de son champ de compétences, apparaît ainsi comme une étape essentielle à l'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.

→ Sens (*Meaning*) dans la pratique soignante :

Pour s'approprier durablement une posture orientée rétablissement, il est apparu essentiel, dans l'étude, que le professionnel doit y trouver un sens profond, aligné avec des valeurs communes, à la fois professionnelles et personnelles.

L'engagement, a été identifié par les répondants comme étant essentiel et incompatible avec toute forme de pratique infirmière qui n'aurait qu'une motivation « alimentaire ».

Ce sens donné à la pratique est maintenu par la conviction d'être en phase avec ces mêmes valeurs et de contribuer positivement au parcours de rétablissement de la personne concernée. Avoir une pratique en phase avec ses valeurs principales, nourrit la motivation et la satisfaction, à la fois professionnelle et personnelle.

→ **E**mpowerment (pouvoir d'agir et de décider par soi-même) du soignant :

Cette dimension se traduit par la nécessité, qui a été fortement exprimée lors des entretiens, que le professionnel doit pouvoir sentir qu'il peut agir et prendre des décisions autonomes et éclairées dans sa pratique infirmière quotidienne. Fortement associée à l'identité professionnelle, cette capacité implique une reconnaissance institutionnelle, de l'expertise, des compétences propres et de la légitimité du rôle, en tant qu'infirmier. Un environnement de travail qui accorde confiance et autonomie, est ainsi nécessaire pour que le soignant puisse développer ce sentiment de pouvoir d'agir et de dépasser la notion d'impuissance acquise, encore parfois historiquement ancrée.

En résumé, l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement par les professionnels infirmiers, partage les mêmes facteurs que ceux du rétablissement tels qu'ils sont définis par le concept du CHIME.

Pour le soignant, cela se traduit par la recherche d'un réel pouvoir d'agir (*Empowerment*) dans sa pratique, une connexion (*Connectivity*) essentielle avec les réseaux, l'engagement dans une pratique porteuse de sens (*Meaning*) alignée sur ses valeurs, le maintien de l'espoir (*Hope*) dans le potentiel de rétablissement de chaque personne, et enfin, une transformation de son identité (*Identity*) professionnelle.

Cette redéfinition de l'Identité est particulièrement prégnante. Elle implique pour l'infirmier de se détacher de modèles de postures parfois ancrés dans le passé, pour reconnaître la pleine valeur de ses compétences et de ses ressources personnelles. Ce faisant, il ne s'agit pas seulement de reconstruire une identité professionnelle en phase avec les principes du rétablissement, mais aussi de développer un véritable empowerment.

Ce nouveau parallèle entre les facteurs favorisant le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique et les facteurs qui favorisent le processus d'acquisition par les soignants d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement, met en avant, si besoin était, notre humanité et notre fonctionnement profondément commun.

Dans les soins, cette approche commune de notre fonctionnement, peut ainsi être envisagé, comme un levier supplémentaire de normalisation du vécu de la personne, afin de lutter contre l'internalisation de la stigmatisation.

F) Empowerment de l'infirmier(e) : lutter contre la notion d'impuissance acquise « le mythe infirmier »

Nous avons vu l'importance de l'identité infirmière et de l'importance du développement de son empowerment dans l'adoption d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement. Les témoignages des professionnels soulignant qu'un environnement qui reconnaît et valorise leurs compétences étant essentiel, afin qu'ils puissent s'investir pleinement et sereinement dans leur rôle.

Cependant, l'analyse des entretiens menés dans le cadre de cette étude révèle vis-à-vis de l'empowerment professionnel, une dynamique plus complexe :

« Parce qu'ils (les infirmiers) ont du mal à prendre des initiatives. Ils ne sont pas habitués à prendre des décisions en fait dans les accompagnements. » (...) « Tu vois faut que ça soit validé par le médecin, parce que tout au long de leur carrière, ils ont connu ça. », (...)

« Donc tu vois, à aujourd'hui ces professionnels ben ils n'osent plus, ne semble plus vraiment réfléchir et parfois même ça semble leur être confortable maintenant d'être comme ça. », (E12, L.409-415).

Avoir un cadre et un environnement d'exercice qui soutient l'approche orientée vers le rétablissement assurent, comme nous l'avons vu, un rôle important (mais non suffisant) dans l'adoption et le maintien d'une posture de soin elle-même orientée vers le rétablissement. De nombreux témoignages, lors des entretiens, mettent en avant la nécessité d'attendre de la hiérarchie et du corps médical une reconnaissance des compétences infirmières, ainsi que l'octroi d'une autonomie.

Ces attentes, bien que légitimes, semblent traduire une vision de l'empowerment et d'une prise d'initiative chez le soignant, dépendante d'une appropriation préalable, une permission ou une validation, émanant obligatoirement d'une instance hiérarchique ou perçue comme supérieure.

Il nous semble qu'un lien assez évident peut être fait, entre ce positionnement retrouvé dans l'étude et l'histoire même du métier socle d'infirmier.

La profession infirmière, historiquement, a toujours évolué dans un cadre où son autonomie était limitée et ses décisions soumises à l'approbation de l'autorité hiérarchique, médicale ou même parfois ecclésiastique.

Cette exposition répétée à des situations où l'initiative personnelle était perçue comme non valorisée et entravée, a pu manifestement favoriser au cours de l'histoire, le développement d'une forme « d'impuissance acquise » chez les soignants.

Ce concept d'impuissance acquise, développé initialement par Martin Seligman (182), décrit un état psychologique où un individu, ayant développé la croyance que ses actions n'ont pas d'effet sur les événements qu'il subit, finit par adopter un comportement passif (déficit motivationnel, cognitif et émotionnel), même lorsque des opportunités d'agir se présentent.

Ainsi, la tendance exprimée dans l'étude, de la présence de freins liés à une attente de validation descendante, pourrait être une manifestation de ce sentiment d'impuissance, où les professionnels ont intériorisé l'idée que leur pouvoir d'agir, ne peut dépendre que d'une permission externe.

Le peu d'écoute des instances décisionnelles et de résultats obtenus, suite aux différentes revendications des infirmières, depuis des décennies (183) (184), a pu venir renforcer ce sentiment d'impuissance. Mais l'histoire de la discipline infirmière peut

donner une compréhension supplémentaire des limites qui ont pu être posée à la construction d'une identité forte et autonome de la profession infirmière.

Des écrits passés sur le rôle infirmier, principalement du corps médical, peut être source d'éclaircissements sur cette posture, où du XIXe et début du XXe siècle, la formation des infirmières visait encore à former des assistants pour les médecins :

« En toute occasion, la garde doit savoir rester à sa place, et ce n'est pas toujours facile. Cette place est entre le médecin qui dirige et le patient qui doit être dirigé, conduit et traité d'autant plus comme un enfant, qu'il est de plus malade. La garde malade sera donc l'instrument du médecin, instrument intelligent mais docile. » (De Marval, 1923, p.22)

Ou (Dalloni, 1942, p. 3-4) :

« Dans l'exécution des traitements, l'infirmière joue le rôle d'un agent de liaison. Pour le malade elle est, si l'on peut dire, un prolongement du cerveau et de la main du médecin. (...) elle doit faire abstraction de ses préférences, de ces idées personnelles, et n'être plus qu'un instrument précis et bien adapté »

Avec, un peu plus récemment, des barrages importants à l'autonomie de la profession, comme ce que prônaient Knibiehler et Fouquet (1983, p.190-191) :

« L'infirmière doit seconder le médecin, mais ne doit jamais se substituer à lui, et le meilleur moyen de l'en empêcher, est de limiter son instruction aux choses de son état. Pur et simple exécutante, toute initiative lui demeure interdite. Formée par et pour le médecin, elle reste à son service. Sa fonction ne comporte aucune spécificité »

Les recherches historiques et les travaux sur le métier d'infirmier, de Michel Nadot, dans son livre « le mythe infirmier, ou le pavé dans la marre ! » (1985), donne des éléments d'éclaircissements sur ce point.

Nadot, en analysant la construction identitaire de la profession, met en avant les tensions et les paradoxes inhérents à ce « mythe infirmier ». Son travail suggère comment les représentations collectives et l'histoire de la profession, ont pu façonner une culture où, malgré l'évolution des compétences et des aspirations des infirmiers, persiste chez eux une forme d'attente de validation.

Cette dynamique, où les infirmiers « ont du mal à prendre des initiatives » car « tout au long de leur carrière, ils ont connu ça », et où certains « n'osent plus, ne semble plus vraiment réfléchir et parfois même ça semble leur être confortable maintenant d'être comme ça » (E12, 411-420), résonne fortement avec ces possibles explications historiques, de cette notion d'impuissance acquise pour les soignants.

Le passivité décrite, dans les entretiens, comme étant parfois « confortables », pourrait alors s'interpréter comme étant, en partie, la conséquence de cette internalisation de l'inutilité, sans une validation hiérarchique, d'une démarche d'empowerment, même pour ce qui relève du rôle thérapeutique autonome (rôle propre) de l'infirmier(e) (186), (187).

L'intégration des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans les services de psychiatrie, peut constituer en ce sens, un levier de renforcement dans l'appropriation de l'empowerment infirmier.

Par leur domaine de compétence autour du leadership clinique, leur autonomie augmentée et leur expertise, les IPA peuvent incarner un modèle, démontrant activement la spécificité du savoir infirmier et élargir cette voie, vers une plus grande prise d'initiatives des infirmiers.

Ce rôle de catalyseurs, sur les pratiques et l'initiation à une dynamique de changement, peut participer à déconstruire les attentes descendantes et promouvoir une profession infirmière plus affirmée et autonome.

4.4.2 Les limites identifiées de la recherche

Au-delà des biais possibles que nous avons déjà identifié (partie 4.1.3) et bien que la méthodologie qualitative et la stratégie d'échantillonnage intentionnel, aient permis de recueillir des données nombreuses et pertinentes, afin de répondre à la question de recherche, certaines limites inhérentes au cadre initial donnée à la recherche, sont à considérer.

A) La focalisation sur les professionnels déjà engagés

Notre étude s'est concentrée sur des professionnels de santé, de métier socle infirmier, ayant déjà une pratique orientée vers le rétablissement et une expérience en réhabilitation psychosociale (RPS).

En nous focalisant sur les facteurs de réussite à l'adoption d'une posture orientée rétablissement chez des professionnels déjà engagés dans cette démarche, nous avons pu mettre en lumière principalement des éléments facilitateurs. Toutefois, le fait de ne pas avoir inclus les personnes non formées, peut-être moins convaincues ou sceptiques, peut limiter notre compréhension des freins et des obstacles possibles à cette appropriation.

B) L'exploration du vécu personnel

Notre étude reconnaît l'influence du vécu personnel sur l'adoption de la posture. Cependant, la nature et la profondeur de cette exploration ont pu être limitées dans notre étude.

Malgré la vigilance apportée à l'instauration d'un climat de confiance durant les entretiens, renforcée par la garantie d'anonymisation des propos et de la destruction des enregistrements audio après retranscription, il est possible que la nature intime du lien entre le vécu personnel et la posture de soin, ait pu amener certains répondants à modérer l'étendue de leurs confidences autour de ce domaine.

C) La portée de certains facteurs environnementaux et systémiques passés

Notre étude a abordé l'influence de la formation initiale, des moyens et de l'environnement de travail, sur la posture infirmière.

Cependant, l'analyse des récits d'expériences n'a pas permis d'explorer en profondeur l'incidence de freins encore possibles, sur la posture de soin, tels que les orientations thérapeutiques passées et les diverses obédiences historiques en France en psychiatrie et en santé mentale, qui pourraient avoir encore une incidence à ce jour sur la posture d'accompagnement.

En ce sens, l'étude a aussi peu exploré les freins vis-à-vis de la posture, pouvant être associés à une culture dans la société (cinéma, médias), porteuse encore trop souvent de fausses représentations, de stigmatisation et de discrimination vis-à-vis des personnes concernées par un trouble psychique.

D) Le manque de littérature qualitative comparative sur notre thème de recherche

Le manque d'études qualitatives antérieures retrouvé spécifiquement sur ce sujet de recherche auprès de professionnels de santé, a été à la base de notre motivation sur notre question de recherche.

Ce manque a en revanche limité les possibilités de comparaisons, d'enrichissements et de nuances mutuelles, pouvant approfondir, confirmer ou relativiser certains de nos résultats.

4.4.3 Discussion des implications théoriques et pratiques des résultats

A) Implications théoriques de l'étude

a) L'aspect multifactoriel, interdépendant, non linéaire et singulier, de l'appropriation d'une posture professionnelle dirigée vers le rétablissement, par les infirmiers en psychiatrie et en santé mentale

Notre étude confirme que l'adoption d'une posture orientée rétablissement ne relève pas d'un simple apprentissage théorique et technique, mais d'une transformation profonde, influencée par une interaction de facteurs (formation, expérience, environnement de

travail, interactions sociales, vécu personnel et prise en compte facteurs personnels du professionnel).

Ceci conforte l'idée d'un besoin d'enrichissement du développement de la posture professionnelle chez les infirmiers, notamment par la formation, afin de les aider à s'approprier plus facilement, les facteurs pouvant la façonner.

Cependant l'émergence de l'importance de facteurs individuels, propres au soignant, mais aussi l'importance du cadre et de l'environnement de travail, implique une approche personnalisée dans cet accompagnement. Pour cela, les résultats de notre étude, nous invite, à explorer où le professionnel se situe dans l'appropriation de sa posture orientée vers rétablissement, en lien avec ses valeurs, le sens qu'il donne à sa pratique, tout en tenant compte de son lieu d'exercice. Ces éléments apparaissant comme des préalables qui seraient intéressant à prendre en compte, avant toute formation orientée vers le rétablissement.

b) Le potentiel de la force de la science infirmière, comme ligne directrice de la posture de soin pour les soignants

En explorant les correspondances entre le métaparadigme infirmier et les différentes dimensions du rétablissement (clinique, fonctionnel, sociale, personnel), nous voyons comment le cadre conceptuel en science infirmière, soutient intrinsèquement cette approche.

Ceci confirme que la profession infirmière, a en sa possession, depuis de nombreuses années, les principes de base, nécessaires à une posture de soin pouvant faciliter le processus de rétablissement des personnes qu'elles accompagnent, mais que malgré la richesse de ce savoir disponible, il reste peu mobilisé au cours de la formation (initiale et continue) et parfois peu reconnu par les soignants eux-mêmes.

B) Implications pratiques de l'étude

Dans cette partie, notre propos, ne sera évidemment pas faire des propositions afin de classer, catégoriser, ou imposer une forme de posture de soin, mais au contraire de pouvoir proposer des approches, pour le professionnel de santé, s'il le souhaite, vers un accompagnement plus adapté à ses attentes, à ses valeurs et à ses besoins, en fonction de là où il se situe dans son appropriation de sa posture de soin.

a) Le cadre de la formation initiale des infirmiers (IFSI)

Afin de favoriser une posture orientée rétablissement, l'étude souligne un besoin prégnant d'enrichir la formation initiale et continue des infirmier(e)s :

- Proposer aux étudiants, une acculturation transversale, précoce et sur les trois années d'études infirmière (l'appropriation de la posture nécessite du temps), basée sur un renforcement autour du concept de rétablissement et aux grands principes de la réhabilitation psychosociale (RPS), appuyée par la richesse des sciences infirmières, comme socle de notre profession infirmière (modèles de Peplau, McGill, ASFF, etc.).
- Lutter contre les fausses croyances fréquentes que les étudiants infirmiers peuvent avoir et encore trop souvent véhiculées dans la société (188) : Pour cela, il apparaît qu'il serait bénéfique d'intégrer des modules d'enseignements spécifiques autour de ces fausses croyances et de leur impact possible sur la posture soignante (stigmatisation, internalisation par les patients et in fine de discriminations), afin de déconstruire les croyances erronées, les clichés sur la psychiatrie et les personnes concernées par un trouble psychique. Dans cet objectif, faire intervenir des personnes rétablies pour témoigner de la possibilité du rétablissement face à un trouble psychique sévère, a été identifié dans notre étude et dans la littérature, comme étant un puissant levier de changement dans les pratiques professionnelles (189), (190), (191).
- Renforcer l'apport des sciences infirmières autour de la posture et de la pratique orientée rétablissement : L'objectif étant de mobiliser la science infirmière afin de limiter le risque de l'adoption par le soignant d'une posture d'expert vis-à-vis de la personne concernée (posture soignante du « sachant », communication descendante, posture paternaliste, etc.). C'est en valorisant le patient comme étant expert de sa propre maladie, que nous pouvons valoriser la plus-value de l'expertise infirmière autour de la question de la « santé ». Le terme santé étant entendu dans le sens donné par l'OMS (dans sa constitution de 1946) : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. » (192)
- Intégrer systématiquement aux études d'infirmier, les 40 heures de formation obligatoires à l'intervention en ETP : En tant qu'infirmiers, l'éducation thérapeutique du patient est une compétence essentielle et transversale pour aider les patients et leurs proches, à acquérir et maintenir les compétences dont ils ont besoin pour que la maladie ait le moins d'impact possible sur leur qualité de vie et leurs projets de vie. Face au développement des maladies chroniques, la nécessité de disposer d'un grand nombre de soignants déjà formés à l'ETP apparaît comme étant de plus en plus

prégnante. Il apparaît en toute logique qu'un infirmier diplômé soit prêt à intervenir en ETP dès sa mise en fonction. Au-delà de ce bénéfice majeur, cette formation viendrait renforcer de manière concrète, les notions abordées durant les différentes Unités d'Enseignement (UE), autour de la posture de soins, vers un travail collaboratif, basé sur le savoir expérientiel, l'empowerment et finalement sur le rétablissement de la personne concernée par une maladie et ses proches.

b) *Dans le cadre de la formation continue*

- Prendre en compte de la réceptivité du professionnel, afin de limiter, voir contourner certaines résistances : évaluer sa motivation et son intérêt pour la thématique avant de l'engager dans une formation autour de la notion de rétablissement personnel. Adapter le contenu à sa réceptivité, à son contexte d'exercice (lieu d'exercice) et si possible à là où il se situe dans son propre processus d'appropriation d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement.
- Aborder la philosophie, les principes et les valeurs, avant les outils : S'assurer que les formations continues abordent solidement les fondements (philosophie du rétablissement, valeurs de la RPS) avant ou en parallèle de la formation aux outils spécifiques, pour favoriser l'efficacité de ces mêmes outils, en étant vigilant à ne pas rentrer en conflit avec les croyances initiales des professionnels formés (d'où le besoin de prise en compte de sa réceptivité en amont de la formation).
- Temporalité et progressivité de la formation : privilégier un format de formations étalées dans le temps, permettant aux professionnels de tester, d'intégrer et d'échanger sur cette posture et la pratique orientée rétablissement.
- Intégrer des expériences concrètes : assurer un accompagnement pendant ou après la formation, lors de temps de stages, auprès d'équipes déjà sensibilisées à la posture dirigée vers le rétablissement.
- Favoriser l'apprentissage expérientiel par des pairs, en proposant de manière systématique à tous professionnels intervenant en intrahospitalier et en extrahospitalier, des temps d'immersion espacés, auprès d'équipes pluriprofessionnelles, déjà engagées dans une démarche de réhabilitation psychosociale dirigées vers le rétablissement (ex : centres de réhabilitation psychosociale labélisés par l'ARS).

- Tutorat : Mettre en place un programme de tutorat destiné aux nouveaux infirmiers. Ce dispositif s'appuiera sur l'expertise de professionnels du secteur principalement extrahospitalier, de pairs-aidants et de Médiateurs de Santé Pairs (MSP). Ces tuteurs, issus de structures de Réhabilitation Psychosociale (RPS) labélisées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), auraient pour mission d'accompagner les nouveaux infirmiers afin qu'ils puissent :
- Développer une posture d'accompagnement personnalisé,
 - Découvrir des outils concrets et validés (notamment les pratiques fondées sur les données probantes (Evidence - Based Practice - EBP),
 - Identifier des leviers d'action spécifiques pour soutenir activement le processus de rétablissement des personnes accompagnées,
 - Intégrer une vision porteuse d'un réel espoir vis-à-vis de la possibilité du rétablissement en santé mentale et en psychiatrie.

c) Renforcer, soutenir dans l'environnement de travail, l'identité et l'empowerment des infirmiers

Les entretiens réalisés révèlent que l'empowerment des infirmiers et leur identité professionnelle forte, sont des facteurs essentiels à leur engagement en faveur d'une posture orientée vers le rétablissement et que l'environnement d'exercice y participer de manière importante.

A la suite de notre étude, des actions concrètes dans ce sens peuvent être envisagées, dans l'objectif de favoriser l'identité et l'empowerment du professionnel de santé :

- Mettre en place un accompagnement adapté en fonction de là où se trouve le professionnel dans son processus d'appropriation d'une posture orientée rétablissement. Les soignants pouvant se situer à différentes étapes dans ce « parcours d'appropriation » (de la non-reconnaissance du besoin de changer à un engagement actif et maintenu). Les interventions de soutien et de formation pourraient être adaptées et personnalisées en fonction de là où se situe le professionnel dans son propre cheminement (tutorat, formation, immersion).
- Faciliter la « Connectivité » du soignant, en facilitant sa participation à des réseaux professionnels, colloques et congrès, tout en cultivant les échanges (formels et informels) en équipe. Ceci vise à réduire le risque de sentiment d'isolement dans sa pratique professionnelle, d'encourager l'autoévaluation et le renforcement des pratiques via le partage d'expériences, tout en valorisant sa propre expertise.

- Promouvoir l'autonomie, la reconnaissance et la légitimité des infirmiers, par un environnement de travail collaboratif et émancipateur. Favoriser une culture collaborative, dans un management participatif où les infirmiers, au sein d'une équipe pluridisciplinaire, sont impliqués dans les prises de décisions concernant les soins et leur organisation.
- Nourrir et entretenir la confiance du soignant dans le potentiel de rétablissement de chaque personne. Nous avons vu que le partage d'expériences positives entre professionnels, autour d'évolutions concrètes des personnes accompagnées, notamment de professionnels d'extrahospitalier vers des professionnels d'intrahospitalier, peut participer à une vision différente. Inviter des personnes rétablies à venir témoigner auprès des professionnels d'intrahospitalier peut aussi participer à faire émerger ou à renforcer, la conviction d'un potentiel de rétablissement présent pour chaque personne concernée par un trouble psychique.
- Continuer à inclure et renforcer la présence dans les équipes, de pairs-aidants et de MSP. Leur présence a, comme nous l'avons vu, un fort pouvoir de changement auprès des professionnels de santé, vis-à-vis du langage et de la déstigmatisation. Ils apportent une vision et une expertise complémentaire essentielle, tout en facilitant une prise de conscience et un ajustement des pratiques
- Mettre en avant l'efficacité des approches orientées rétablissement (EBM, EBP et EBN : *Evidences-Based Nursing*) pour renforcer la conviction et la motivation des professionnels de santé. Faciliter la participation et la co-animation à des outils de la RPS (ETP, RC, EHS : Entraînement des Habiletés Sociales, TCC, etc.), en diffusant les expériences et les évolutions positives des participants vers le rétablissement, tout en soulignant l'enrichissement mutuel et l'impact positif sur le soignant lui-même.
- Prendre conscience du poids de l'histoire professionnelle infirmière qui a pu favoriser une « impuissance acquise » et une attente de validation descendante : encourager activement la prise d'initiative et la réflexion autonome, même si cela peut parfois bousculer des habitudes pouvant sembler « confortables » et rassurantes.
- Former et sensibiliser à la « normalisation » du vécu des troubles psychiques afin de favoriser une perception différente des soignants : pouvoir, si besoin, faire référence à l'analogie entre le processus d'acquisition d'une posture orientée rétablissement par le soignant et le processus de rétablissement de la personne accompagnée. Cette

approche pouvant, en fonction de là où se situe le professionnel dans sa posture soignante, l'aider à mieux comprendre la complexité et l'aspect non-linéaire du rétablissement, en l'appliquant à leurs propres expériences professionnelles et personnelles.

d) Adapter le leadership de l'IPA auprès des équipes pour participer à une dynamique de changement dans la posture de soins

La présence d'IPA spécialisés au sein des équipes en psychiatrie et en santé mentale, peut être considérée comme des « modèles positifs » dans la capacité d'agir et de décider par soi-même, tout en restant dans une pratique coordonnée. Ce qui peut faciliter l'engagement, au sein des équipes soignantes, l'appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement.

En incarnant eux-mêmes les valeurs et la posture du rétablissement, et forts de leur expertise ainsi que de leur leadership clinique exercé sans liens hiérarchique, les IPA peuvent participer à faciliter l'appropriation de cette approche par les autres professionnels de santé.

De part cette expertise clinique, les IPA peuvent aider les soignants à se détacher de modèles conceptuels passés, à reconnaître la plus-value de leurs propres compétences, de leurs forces et de leurs ressources personnelles, en valorisant ainsi l'importance de leur rôle et de leur expertise.

En se reposant sur la confiance et la valorisation des compétences professionnelles des infirmiers, l'IPA peut ainsi faciliter chez les infirmiers, la reconnaissance et la mobilisation de leur rôle thérapeutique autonome (rôle propre) (187).

Cependant, l'importance de cet accompagnement des équipes par l'IPA vers une posture de soin orientée rétablissement, en regard des résultats de notre étude, ne peut se prescrire aux professionnels de santé. Comme le rétablissement ne peut et ne doit pas être imposé aux personnes concernées par un trouble psychique, la posture de soins dirigée vers le rétablissement ne peut et ne doit pas non plus, de ce fait, devenir pour eux une pression ou une nouvelle injonction : « vous devez avoir une posture de soin dirigée vers le rétablissement ! ».

Il nous apparaît évident que les soignants partagent tous les mêmes valeurs fondamentales, mais nous pouvons avoir des croyances différentes, notamment autour de ce qui peut constituer une posture adaptée auprès d'une personne concernée par un trouble psychique. Il est ainsi impératif, en tant qu'IPA, de respecter ces croyances, afin d'éviter de créer encore plus de résistances, mais surtout afin de respecter l'individualité de chaque professionnel. Il lui sera donc important, notamment dans ses missions de

leadership, d'en tenir compte, dans l'accompagnement d'une dynamique de changement vers une posture de soin qui vise à faciliter le processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique.

e) *Résumé des implications pratiques de l'étude*

Les implications pratiques de notre étude, révèlent des possibilités d'orientations pour la formation continue : celle-ci doit d'abord viser à ancrer la philosophie et les valeurs du rétablissement, la maîtrise des outils techniques apparaissant comme étant un objectif secondaire. Cette formation doit également être progressive, s'adapter à la réceptivité individuelle de chaque professionnel et s'étaler dans le temps, afin de permettre leur meilleure intégration.

Enfin, l'enrichissement par des expériences pratiques, telles que des stages, et par un tutorat mené par des pairs expérimentés dans leur posture, incluant les pairs-aidant et les médiateurs de santé pairs, permettent de faciliter une appropriation durable de cette posture orientée rétablissement par les équipes.

En s'appuyant sur ses domaines de compétences (annexe 6), décrits par Hamric (51), l'IPA, peut ainsi participer à favoriser une conscientisation par les infirmiers, de l'étendue de leur propre champ de compétences.

En étant renforcé dans leur expertise clinique, leur leadership et leur positionnement éthique, l'arrivée des Infirmiers en Pratique Avancée (IPA), apparaît comme pouvant être précieuse pour la valorisation de la posture dirigée vers le rétablissement.

Mais, comme le souligne de nombreux auteurs (193) cela ne pourra se faire que par l'ancrage des IPA dans la discipline infirmière, qui est constitutive de l'identité professionnelle.

L'« objectif central et unificateur » de la pratique infirmière avancée (annexe 7) est de « promouvoir l'humanisation, la signifiante, le choix, la qualité de vie et le rétablissement, tout au long de la vie jusqu'à la mort ». Cette définition a été formulée par Willis et al. (2008) à la suite d'une synthèse des travaux de théoriciennes influentes du domaine, notamment Leininger, Newman, Nightingale, Patterson et Zderad, Peplau, Rogers, Roy et Watson (194).

La discipline infirmière se distingue des autres professions de santé par une perspective unique, issue de son « objectif central et unificateur ». C'est en étant forte de ce principe,

que l'infirmier en pratique avancée (IPA) peut encourager le développement d'une posture soignante authentique et collaborative au sein de l'équipe, démarche essentielle dans le soutien d'une personne dans son parcours de rétablissement.

4.5 Ouverture et perspectives

Notre étude, en explorant les facteurs favorisant l'appropriation d'une posture de soin orientée rétablissement chez les infirmiers, ouvre la voie à plusieurs perspectives de recherches et soulève des questions pouvant faire l'objet d'approfondissements.

4.5.1 Pistes pour de futures recherches

A) Recherches complémentaires sur les freins et auprès de professionnels « résistants » ou « non-engagés » vis-à-vis des principes du rétablissement

Comme nous l'avons abordé dans les limites de notre étude, nous nous sommes concentrés sur des professionnels déjà engagés dans une démarche orientée rétablissement.

Une des perspectives complémentaires, serait d'étudier les facteurs agissant auprès d'infirmiers en cours d'appropriation de cette posture. Il serait alors intéressant d'aborder plus spécifiquement les freins, en élargissant l'échantillon des répondants, en y incluant notamment des personnes qui y sont potentiellement réfractaires. Il s'agirait alors de répondre à plusieurs questions :

- Quels sont spécifiquement les freins majeurs qu'ils identifient à l'appropriation d'une posture orientée vers le rétablissement ?
- Comment perçoivent-ils les formations ou les initiatives orientées rétablissement ?
- Leur vécu personnel et certaines de leurs caractéristiques individuelles, diffèrent-ils significativement de ceux des professionnels déjà engagés dans cette démarche ?

Une recherche complémentaire orientée vers ces questions, pourrait participer à avoir une vision plus affinée autour des possibles obstacles persistants, afin d'en tenir compte pour adapter les stratégies de formation et d'accompagnement des professionnels de santé.

B) Les étapes du processus d'appropriation par les soignants (d'une posture de soin dirigée vers le rétablissement), suivent-elles une trajectoire similaire aux étapes du processus de rétablissement ?

Il est apparu au cours de cette étude (partie 4.4.1-D ; p.160), qu'il se dessinait un parallèle entre le processus par lequel les soignants s'approprient une posture de soin orientée rétablissement et les étapes du processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique.

Les facteurs facilitant l'adoption d'une approche de soin orientée vers le rétablissement par les professionnels de santé semblent en effet correspondre aux facteurs CHIME (qui facilitent le rétablissement des patients).

Comme nous l'avons vu aussi, les quatre domaines du métaparadigme infirmier sont tout à fait en phase avec les quatre domaines du rétablissement (clinique, social, fonctionnel, personnel).

Nous pouvons nous demander, en toute logique, si les étapes du processus d'appropriation de cette approche par les soignants, suit également une trajectoire similaire aux étapes du processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique, tels que définis par Andresen (60) .

En effet, selon Andresen, les personnes concernées par un trouble psychique, suivraient, dans leur processus de rétablissement, différentes étapes (moratoire, conscience, préparation, reconstruction, croissance). Ce processus est défini comme étant non linéaire et se réalisant, comme pour le professionnel, dans une démarche qui n'appartient qu'à la personne elle-même concernée par un trouble psychique.

Si l'approche d'Andresen accuse aujourd'hui un certain âge (2003), elle constitue toujours un point de référence, notamment pour situer le stade principal d'une personne dans son processus de rétablissement, via l'échelle de la STORI (*Stage of Recovery Instrument*). Explorer la possible validité d'une comparaison entre ces dynamiques nous apparaît intéressante.

Si cette hypothèse venait à être validé, il serait alors pertinent de s'interroger sur la concordance de ces travaux avec ceux de Favrod (195) (tableau 2), qui a associé des interventions ajustées auprès des personnes, en fonction de leur stade principal de rétablissement.

Tableau 2 :



Stades du rétablissement (selon Andresen, 2003)	Caractéristiques	Interventions (selon Favrod et Marie, 2012)
Moratoire	Faible espoir dans la possibilité d'un rétablissement	Engagement dans le soin Normalisation des symptômes Suivi intensif dans le milieu
Conscience	Espoir dans amélioration. Acceptation de la maladie	Psychoéducation - ETP TCC des S. psychotiques
Préparation	Apprentissage de stratégies pour faire face Reconnaissance de ses forces et faiblesses	TCC S. psychotiques Remédiation cognitive EHS
Reconstruction	Découverte de nouveaux aspects de soi. Volonté de prendre des risques	Soutien emploi ou formation Engagement dans son projet.
Croissance	Bien être. Acquisition de nouvelles valeurs	X

Interventions selon le stade principal de rétablissement selon Favrod et Marie, 2012

En suivant cette approche, ne pourrait-on pas envisager des interventions plus en respect de là où se situe le professionnel de santé, en fonction de son degré d'avancée vers une pratique orientée rétablissement comme base d'évaluation ?

Ainsi, une perspective pourrait apparaître, selon laquelle favoriser une pratique orientée rétablissement chez les personnes soignées, pourrait nécessiter que nous comprenions d'abord, nous même, en tant que soignant, où nous nous situons dans notre propre parcours d'appropriation de cette posture.

Au-delà de la formation, cette perspective pourrait participer, pour le soignant, à renforcer une vision « normalisée » du vécu d'un trouble psychique, en les associant, lorsque c'est possible, à certaines de leurs propres expériences de vie. Ceci pourrait d'autant plus encourager le professionnel, à utiliser, à bon escient, le dévoilement de soi, dans une approche thérapeutique collaborative avec la personne qu'il accompagne.

Des travaux ont déjà été réalisés dans ce sens, notamment par Jérôme Favrod (196), (197), (198), (151). Un des objectifs de ces outils était de par leur utilisation, de participer à la normalisation du vécu lié à des troubles psychiques sévères, avec un double bénéfice dans cette appropriation : sur les participants et sur les soignants.

Cependant, en dehors du champ de la RPS, ils restent encore peu connus et relativement peu diffusés auprès des professionnels de santé exerçant en psychiatrie (199).

C) Pistes de recherches autour d'interventions complémentaires en IFSI

Quels pourraient être les éléments pouvant être intégrés ou renforcés, dans le programme de formation en IFSI, susceptibles de faciliter l'intégration et l'application de la notion de rétablissement dans une posture naissante de soignant ?

Des pistes à explorer semblent apparaître à la suite de notre étude :

- Renforcer le positionnement de la science infirmière comme le socle de notre pratique soignante.
- Renforcer les apports de la réhabilitation psychosociale (pour la psychiatrie et la santé mentale), en partant de sa philosophie et de ses valeurs de base, avant d'aborder ses outils de soins.
- Faire intervenir régulièrement des pairs-aidants, des médiateurs de santé pairs, des patients experts, des proches de personnes concernées, afin de lutter contre les fausses représentations, de concrétiser la notion de rétablissement et d'aider à la prise de conscience de l'importance de l'intégration du savoir expérientiel.

4.5.2 Questions restantes à la suite de l'étude

Les soins de réhabilitation psychosociale, dont les principes comme nous l'avons vu, sont en parfaite adéquation avec ceux du rétablissement, mobilisent en revanche, en début de la prise en soin, un temps et une expertise soignante plus importante que dans des structures de psychiatrie « classiques ».

Si des directives ont bien été prises ces dernières années, pour faciliter le déploiement et la mise en place de dispositifs qui visent à favoriser les pratiques orientées rétablissement (121), il n'existe pas, à notre connaissance, à ce jour, de valorisation différentes pour les actes de réhabilitation psychosociale.

Nous pouvons ainsi nous demander si une insuffisance de moyens (en matière de financement, d'organisation des soins, d'attractivité des métiers), peut avoir une incidence (effectifs insuffisants, locaux inappropriés, manque de budget de formation, etc.) sur l'adoption de postures orientées rétablissement par les professionnels de santé ?

La formation des professionnels de santé est, nous l'avons vu, un levier essentiel dans l'acquisition d'une posture de soin en phase avec les principes du rétablissement, mais elle l'est aussi pour répondre aux évolutions du système de santé. Le corps infirmier, qui en constitue la part de professionnels de santé la plus importante, se trouve en première ligne de ces enjeux.

Dans cette perspective, certains apports dans notre étude, identifient l'ETP comme pouvant apporter les bases d'une pratique respectueuse des principes du rétablissement et

l'éducation thérapeutique étant un des outils faisant partie du quotidien de la pratique infirmière, une question s'impose :

L'intégration dès la formation initiale des infirmiers en IFSI (Instituts de formation en soins infirmiers) d'une formation d'au moins 40 heures à l'éducation thérapeutique du patient (ETP) pourrait-elle favoriser l'appropriation rapide d'une posture de soin orientée vers le rétablissement et ainsi répondre plus efficacement aux enjeux actuels et futurs liés à l'augmentation des pathologies chroniques ?

Vis-à-vis des sciences infirmières, quelles stratégies pédagogiques concrètes permettraient une meilleure intégration de leurs modèles conceptuels dans la formation initiale et continue, afin de favoriser une dynamique de changement de posture chez les infirmiers ? Et comment rendre ces concepts plus « parlants » et directement applicables pour les infirmiers sur le terrain, afin qu'ils perçoivent la plus-value d'une posture et d'une pratique orientée rétablissement ?

Notre étude ne s'étant intéressée qu'uniquement au corps infirmier exerçant en réhabilitation psychosociale, il serait intéressant, afin d'enrichir la compréhension de certains facteurs d'appropriation, d'envisager des études comparatives auprès d'autres corps de métiers de la santé :

- Comparer la possible variabilité des facteurs que nous avons identifiés auprès de différents types de professionnels exerçant en santé mentale (psychologues, travailleurs sociaux, ergothérapeutes, etc.) ou suivant différents contextes de soins (par exemple, psychiatrie adulte versus pédopsychiatrie, milieu urbain versus milieu rural).
- Mener des comparaisons avec des contextes internationaux où la culture du rétablissement est implantée depuis plus longtemps (Angleterre, Canada, Nouvelle-Zélande, Etats-Unis, etc.), afin d'identifier des stratégies transférables, tout en tenant compte des différences culturelles pouvant influencer sur l'appropriation de cette posture.

Les propositions qui nous apparaissent à la suite de l'étude, autour d'éventuelles perspectives de recherches, sont nombreuses et variées.

Elles convergent toutes vers un objectif commun de mieux comprendre et soutenir le professionnel de santé dans son cheminement, tout en tenant compte de la complexité de son propre parcours de vie et de son environnement, en tant que personnes soignantes.

Nous postulons ainsi que l'amélioration des conditions d'exercice des professionnels de santé, notamment leur satisfaction, leur empowerment et le sens qu'ils posent à leur

pratique, constitue un levier fondamental pour assurer aux personnes concernées par un trouble psychique l'accès à des soins de qualité, au plus près de leurs attentes, de leurs besoins et dans le plein respect de leurs droits.

5 Conclusion

L'ambition de cette recherche était d'identifier les facteurs favorisant, l'appropriation d'une posture d'accompagnement propice au processus de rétablissement des personnes concernées par un trouble psychique, en nous appuyant sur l'expérience des professionnels de santé ayant le métier socle d'infirmier(e)s et exerçant en réhabilitation psychosociale.

Il ressort de manière manifeste que l'adoption de cette posture ne se réduit pas à une simple acquisition technique ou à l'application d'un ensemble de savoirs et qu'elle s'apparente bien davantage, pour le soignant, à un parcours de transformation aussi bien professionnel, que personnel. Ce cheminement est apparu singulier, non linéaire, jalonné de doutes, de prises de conscience, d'apprentissages et parfois d'une reconstruction de l'identité de soignant, pouvant faire écho au processus de rétablissement vécu par les personnes accompagnées. Cette appropriation apparaît ainsi comme étant le fruit d'une interaction complexe et dynamique de multiples facteurs.

L'environnement de travail et la dynamique institutionnelle, jouent un rôle déterminant dans cette appropriation. Un leadership médical et managérial engagé dans une culture de la collaboration, de l'autonomie et de la confiance accordées aux professionnels, a été identifié comme essentielle.

L'intégration de pairs-aidants, de Médiateurs de Santé Pairs (MSP), ainsi que la disponibilité de ressources, notamment de disposer de temps dans les suivis, sont identifiés comme étant essentiels à l'acquisition d'une posture orientée vers le rétablissement.

De plus, les expériences professionnelles et les interactions entre pairs, en particulier l'observation de modèles, le partage d'expériences et l'impact transformateur des MSP, constituent de puissants leviers, dans la transmission et le renforcement de cette posture. Le vécu personnel du professionnel, incluant ses épreuves et ses parcours de vie, peut également nourrir l'empathie, la résilience et l'espoir, à condition toutefois d'être intégré par le professionnel dans une démarche volontaire d'auto-évaluation sur sa pratique et sa posture.

Certaines caractéristiques individuelles du soignant, telles que l'authenticité, la curiosité, l'engagement, ainsi que la capacité d'auto-évaluation, dans un alignement de ses valeurs personnelles avec celles de la RPS et du rétablissement, apparaissent comme des éléments favorisant l'appropriation d'une posture dirigée vers le rétablissement : « on soigne avec ce que l'on est ».

Enfin, la formation a été reconnue comme une condition nécessaire mais non suffisante, devant dépasser la transmission d'outils pour instiller la philosophie et les valeurs du rétablissement comme étant au cœur de notre pratique infirmière. Il semble alors plus favorable qu'elle soit dispensée de manière progressive et adaptée à la réceptivité individuelle du professionnel déjà en exercice, afin de limiter le risque de créer des résistances.

En formation initiale, au sein des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), la posture orientée vers le rétablissement, trouverait toute sa place en étant fortement associée aux sciences infirmières, comme étant une déclinaison opérationnelle du socle théorique de la pratique infirmière.

Les travaux de Slade (2014) (200), soulignent que l'implémentation de pratiques orientées vers le rétablissement au sein des systèmes de santé mentale est cruciale, mais qu'il y a un risque d'une récupération superficielle de ce concept. Il y est souligné, qu'il existe un danger que le concept de « rétablissement » soit adopté de manière purement rhétorique ou cosmétique par les institutions, sans que cela ne se traduise par des changements réels et significatifs dans l'organisation et les pratiques de soins.

Face à ce risque, le riche héritage des sciences infirmières, issu de ses grandes théoriciennes infirmières, donne à notre profession un levier puissant pour faire du rétablissement un concept central et inhérent à notre rôle thérapeutique autonome, afin de pouvoir devenir les garants du respect de ses grands principes. Mais serons-nous en mesure de nous en saisir ?

En effet, un paradoxe nous est apparu au fur et à mesure de cette étude. Alors que les sciences infirmières offrent depuis des décennies une base riche et solide, en adéquation avec les principes du rétablissement, ces fondements apparaissent insuffisamment intégrés en formation initiale et souvent peu défendus par les infirmiers eux-mêmes.

Notre ancrage dans la science infirmière et ses concepts fondateurs, nous confère une légitimité intrinsèque pour promouvoir et être les dépositaires d'une pratique de soins axée sur le rétablissement. Cependant l'histoire de notre profession, marquée par une autonomie limitée, voire parfois contrôlée, a pu participer à une forme d'impuissance

acquise (185) pour les soignants, dont il semble encore difficile de nous en libérer totalement.

L'association des écoles de pensée en science infirmière, à la notion de rétablissement, notamment en formation initiale, apparaît donc comme essentielle pour doter les futurs infirmiers d'une posture de soin solide et réfléchie, entièrement tournée vers cette notion de rétablissement, qui nécessite la mise en œuvre de toutes les valeurs et les principes de base de notre discipline.

Il s'agit là d'une démarche fondamentale. La posture dirigée vers le rétablissement apparaissant, en regard de notre étude, comme étant la déclinaison pratique du socle conceptuel de notre profession, en visant le cœur de nos missions de soignants.

Comme le souligne Maela Paul : « c'est désormais l'accompagné qui fixe le but et le chemin et c'est à l'accompagnateur de le suivre » (143).

Il est ainsi du rôle de l'IPA, dans une démarche éthique, de défendre ce droit absolu pour les usagers, à pouvoir accéder en santé mentale et en psychiatrie, à des soins de qualité, basés le plus possible sur des données probantes et ceci dans une dynamique propice au processus de rétablissement.

En 1997, Nadine Rousseau affirmait qu'à « l'approche du XXIème siècle, la profession infirmière est en crise et ne semble pas pouvoir s'appuyer sur les théoriciennes pour s'en sortir. (...) Ni l'accès au statut de profession, ni l'accès à la formation universitaire, n'ont encore réussi à redonner au soignants leur indépendance perdue au fil des siècles. (...) Les infirmières auraient avantage à prendre conscience des racines historiques de leur profession et à s'en inspirer pour mieux définir le type de service qu'elles peuvent rendre à la société. » (185).

L'adoption de la proposition de loi n°2025-581 sur l'élargissement des compétences infirmières, le 25 juin 2025 (201), marque une étape supplémentaire dans cet « empowerment » de la profession. Répondant aux enjeux du vieillissement de la population et de l'augmentation des pathologies chroniques, ce texte fait évoluer la considération du rôle et des compétences des infirmières.

En visant l'amélioration de l'accès aux soins, il renforce la profession en consacrant dans la loi sa dimension intellectuelle et analytique.

Cette évolution est un pas supplémentaire vers une plus grande reconnaissance des compétences cliniques de la pratique infirmière, la positionnant bien au-delà de la seule exécution technique d'actes.

Alors que la profession infirmière semble ainsi se trouver à un tournant de son histoire, avec l'élargissement de ses compétences, il nous apparaît que l'enjeu dépasse la simple acquisition de nouveaux champs de compétences. Il s'agit pour la profession infirmière, d'une opportunité unique de s'approprier son identité, de valoriser son corpus de savoirs et d'affirmer l'importance de sa contribution spécifique au système de santé, qu'elle a elle-même trop souvent ignorée.

En tant qu'IPA, notre rôle est de contribuer à cette évolution. En renforçant l'expertise et l'engagement du corps infirmier sur ses bases conceptuelles, nous pouvons traduire et transmettre les principes du rétablissement dans les soins.

La profession détient en elle, par ses fondements théoriques et son savoir expérientiel, les clés pour être un moteur d'évolutions vers un système de santé plus intégratif et moins médico-centré. Elle peut ainsi être la garante de la co-construction, avec et pour les personnes, d'un parcours de vie qui restaure le sens et ravive l'espoir. C'est finalement, en cherchant à faciliter le processus de rétablissement des personnes que nous accompagnons, que nous consolidons le nôtre.

Ce travail a fait usage de l'outil d'intelligence artificielle Gemini, pour certaines reformulations de textes, pour la génération de certains graphiques, ainsi que pour l'écriture en format APA de certains liens bibliographiques.

Toute analyse et interprétation des données restent sous la responsabilité exclusive de l'auteur.

Bibliographie

1. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021, 6 octobre). Les problèmes de santé mentale, en augmentation en 2020, impactent fortement l'activité des généralistes. Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/les-problemes-de-sante-mentale-en-augmentation-en-2020-impactent-fortement>.
2. Haut Conseil de la Santé Publique. (2021, 6 juillet). Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20210706_impacducovidsurasantmenta.pdf.
3. Cour des comptes. (2024, novembre). L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital. Cour des comptes. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/laccueil-et-le-traitement-des-urgences-lhopital>
4. Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2024). Rapport sur les charges et produits pour l'année 2025. <https://www.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications/rapports-et-chiffres-cles/rapport-charges-et-produits>.
5. Coldefy, M., & Le Guen, N. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé, 237. IRDES. <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/237-personnes-suivies-pour-des-troubles-psychiques-severes-une-esperance-de-vie-fortement-reduite-et-une-mortalite-prematuree-quadruplee.pdf>.
6. Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry, 13(2), 153–160. <https://doi.org/10.1002/wps.20128>.
7. Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C.-C., Degenhardt, L., Lim, C., sprintf, M., ... & Laursen, T. M. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. The Lancet Psychiatry, 6(9), 748-759. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(19\)30278-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(19)30278-8).
8. Fondation FondaMental Disponible sur: <https://www.fondation-fondamental.org/en-2023-nous-estimons-le-cout-direct-et-indirect-des-maladies-psychiatriques-en-france-163-milliards>
9. Baromètre FHP-IPSOS: L'accès aux soins de plus en plus difficile en France Disponible sur: <https://www.ipsos.com/fr-fr/barometre-fhp-ipsos-laces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>
10. IRDES - 50 ans de sectorisation psychiatrique.pdf Disponible sur: https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf
11. L'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins Disponible sur: https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/dossiers/orga_systeme_sante

12. Santé mentale et psychiatrie : des difficultés d'accès aux soins persistantes et un recours aux soins hospitaliers très préoccupant Disponible sur: <https://www.fhf.fr/actualites/communiques-de-presse/sante-mentale-et-psychiatrie-des-difficultes-dacces-aux-soins-persistantes-et-un-recours-aux-soins>

13. Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale : La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes. Disponible sur: <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Reduction-nombre-lits-hopital.pdf>

14. Rapport du sénat, 2024 : Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r24-167/r24-1671.pdf>

15. ECN 2023 : la répartition du nombre de postes en internat de médecine par spécialité officialisé - L'Etudiant Disponible sur: <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/ecn-2023-la-repartition-du-nombre-de-postes-en-internat-de-medecine-par-specialite-officialise.html>

16. « Enquête Bien-Être des étudiant-e-s infirmier-ère s », FNESI Disponible sur: https://www.fnesi.org/site/kw1S19v5RsW1uatqu18iQQ/api-website-feature/files/download/35775/dp_enquete_bien-etre_2025__presse__dp__20250201.pdf?file_type=media_files

17. Contrôleur général des lieux de privation de liberté. (2016). Avis du 14 juin 2016 relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale. Journal Officiel de la République Française. Disponible sur: <https://www.cgpl.fr/2016/avis-du-14-juin-2016-relatif-a-lisolement-et-a-la-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale/>

18. Franck N. Traité de réhabilitation psychosociale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018.

19. SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE Synthèse du bilan de la feuille de route Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf

20. Prouteau, A., & Valery, K.-M. (2021). Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés: Revue de littérature. Laboratoire de Psychologie EA 4139 de l'Université de Bordeaux.

21. Santé publique France. (2021). Santé mentale : perceptions et connaissances des Français Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-mentale-perceptions-et-connaissances-des-francais>

22. DP Baromètre Unafam 2023 BD.pdf Disponible sur: <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/12-2024/DP%20Barom%C3%A8tre%20Unafam%202023%20BD.pdf>

23. Synthese Etude rapports CDSP par Unafam.pdf Disponible sur: <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-2021/Synthese%20Etude%20rapports%20CDSP%20par%20Unafam.pdf>

24. cgpl_rapport-annuel-2024_dossier-de-presse.pdf Disponible sur: https://www.cgpl.fr/app/uploads/2025/05/cgpl_rapport-annuel-2024_dossier-de-presse.pdf

25. Barber ME. Recovery as the New Medical Model for Psychiatry. *Psychiatr Serv.* mars 2012;63(3):277-9.
26. Lafont-Rapnouil S. La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *Inf Psychiatr.* 2013;89(5):371-7.
27. Greacen T, Jouet E. Le rétablissement : contexte international et situation en France. In: *Santé mentale et processus de rétablissement* [Internet]. Nîmes: Champ social; 2017. p. 15-30. (Collectif psychiatrie). Disponible sur: <https://www.cairn.info/sante-mentale-et-processus-de-retablissement--9791034600403-p-15.htm>
28. Durand B. Le rétablissement. *Raison Présente.* 2019;209(1):19-31.
29. Farkas M. L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». *Vie Soc.* 2018;23-24(3-4):53-74.
30. Chamberlin, J. (1978). *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System.* Hawthorn Books.
31. Slade, M. (2009). What is recovery? In *Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals* (pp. 35–44). chapter, Cambridge: Cambridge University Press.
32. Pachoud B. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Cah Cent Georges Canguilhem.* 2018;7(1):165-80.
33. Kraepelin E. *Dementia praecox and paraphrenia.* Facsim. ed. Bristol: Thoemmes press; 2002. (Lifetime editions of Kraepelin in English).
34. Van Der Meer et Wunderink - 2019 - Contemporary approaches in mental health rehabilit.pdf Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6998946/pdf/S2045796018000343a.pdf>
35. Donskoy AL. La saisie de la voix des usagers et des survivants de la psychiatrie dans le domaine de la recherche: *Vie Soc.* 26 mars 2018;n° 20(4):179-96.
36. Marty, L., & Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit ». Dans *Pratiques en Santé Mentale* 2014/2 (60e année), pages 47 à 53. (Corresponds to *Processus de rétablissement perso B.Martin.pdf*).
37. Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - Jeudi 28 juin 2018 Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
38. Rapport LAFORCADE Mission santé mentale oct 2016. Disponible sur: https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_laforcade_mission_sante_mentale_oct_2016.pdf
39. Piel et Roelandt - De la Psychiatrie vers la Santé Mentale.pdf Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000522.pdf>
40. Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf Disponible sur: https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport_donnees_preuves_ameliorer_parcours_soins_vie_handicap_psychique_201509.pdf

41. Rapport : Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter Disponible sur: https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2011-071p_analyse_d_accidents_en_psychiatrie_et_propositions_pour_les_eviter_-_rapport_tome_2_-_annexes.pdf
42. Les priorités du Projet territorial de santé mentale. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/les-priorites-des-projets-de-territoire-en-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
43. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. 2017-1200 juill 27, 2017.
44. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
45. Franck N. Réhabilitation psychosociale. Elsevier Masson [Internet]. 2020; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/1389046/rehabilitation-psychosociale>.
46. Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024 Disponible sur: <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/294422.pdf>
47. Franck N. Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2021;179(10):953-8.
48. Pachoud B, Le Roy-Hatala C, des Moutis C, Cavroy JP. Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? Inf Psychiatr. 2019;95(7):520-8.
49. Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement. f. Disponible sur: https://www.commissionsantementale.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-06/MHCC_RecoveryGuidelines_FRE_0.pdf
50. Quelles compétences professionnelles et pratiques utiles devrait-on retrouver chez les soignants en santé mentale une étude en méthode mixte dirigée par des us.pdf.
51. Tracy, M. F., O'Grady, E. T., & Hamric, A. B. (Eds.). (2023). Hamric & Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach (7th ed.). Elsevier.
52. Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.
53. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: a review. Int Rev Psychiatry. 2010;22(2):114-29. doi: 10.3109/09540261003730372. PMID: 20504052.
54. Deegan, P. E. (1988). Recovery: The lived experience of rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal, 11(4), 11-19.
55. Deegan, P. E. (1996). Recovery as a journey of the heart. Psychiatric Rehabilitation Journal, 19(3), 91–97. <https://doi.org/10.1037/h0095954>.
56. Kraepelin, E. (1919). Dementia Praecox and Paraphrenia. E. & S. Livingstone.
57. Yu Y, Shen M, Niu L, Liu YE, Xiao S, Tebes JK. The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: A serial mediation model and the role of disability and quality of life. Schizophr Res. 2022

Jan;239:168-175. doi: 10.1016/j.schres.2021.11.043. Epub 2021 Dec 10. PMID: 34896871.

58. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 2014;48(7):644-653. doi:10.1177/0004867413520046.
59. Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953-958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>.
60. Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2003). The stages of recovery instrument: Development of a measure of personal recovery. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(6), 586–594. <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2003.01282.x>.
61. Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Jones-Irwin.
62. Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change* (3rd ed.). The Guilford Press.
63. Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.110.083733>.
64. Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 25-42. <https://doi.org/10.3917/nresi.094.0025>.
65. Formation Initiation à la philosophie du rétablissement et aux outils de réhabilitation psychosociale Disponible sur: <https://www.crehpsy-hdf.fr/8-formation-initiation-philosophie-retablissement-aux-outils-rehabilitation-psychosociale.html>
66. ALPHAPSY Le processus de rétablissement, concepts et déclinaisons Disponible sur: <https://www.alfapsy.fr/processus-de-retablissement>
67. DU de remédiation cognitive Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-remediation-cognitive-87-631>
68. DU de Psychoéducation Disponible sur: <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-psychoeducation-88-634>
69. DIU Réhabilitation Psychosociale : parcours de soins orientés vers le rétablissement Disponible sur: <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences-technologies-sante-STS/diu-rehabilitation-psychosociale-parcours-de-soins-orientes-vers-le-retablissement-L5SG8C2Z.html>
70. Franck, N. (dir.). (2018, p. 1). *Traité de réhabilitation psychosociale*. Elsevier Masson.
71. Cnaan, Ram A., Laura E. Blankertz, Karlyn W. Messinger and Jerome R. Gardner. "Psychosocial rehabilitation: Toward a definition." *Psychosocial rehabilitation journal* 11 (1988): 61-77.

72. Masson, D., & Franck, N. (2021). Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie. Avelines.(p. 18-19).
73. Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., Turola, M., Deste, G., Valsecchi, P., & Wykes, T. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848–858. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0378>.
74. Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Hony, A., Omori, I. M., Marshall, M., Bond, G. R., & Huxley, P. (2013). Supported employment for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(9), CD008297. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008297.pub2>.
75. Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 523–538. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13081159>.
76. Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472–485. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10060855>.
77. Paillard, C. (2005). Dossier 23 : La posture professionnelle. *Soins Cadres*, n°55, pp. 23-43.
78. Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin dans une perspective soignante. Masson.
79. Larousse.fr. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62875>.
80. Collectif, Gottlieb B. Les soins infirmiers fondés sur les forces: La santé et la guérison de la personne et de la famille. 1er édition. Louvain-la-Neuve Paris: DE BOECK SUP; 2014. 600 p.
81. Gottlieb, L. N. (2014). Tableau 1.4 : Comparaison entre l'approche de soins fondée sur les déficits et l'approche de soins fondée sur les forces. Dans *Les soins infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille* (1re éd., p. 28-29). De Boeck Supérieur.
82. Marty L, Martin B. Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit ». *Prat En Santé Ment*. 2014;60e année(2):47-53.
83. 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*. 18 mars 2015;S1(HS):41-50.
84. Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient. Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS) de l'Université de Montréal. Disponible sur: https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Guide-implantation_Parteneriat-de-soins-et-de-services_2013.pdf

85. Shepherd, G. (2007). Specification for a comprehensive rehabilitation and recovery service in Herefordshire. Herefordshire Primary Care Trust Mental Health Services.
86. Davidson, L. (2003). Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York University Press.
87. O'Connell M, Tondora J, Croog G, Evans A, Davidson L. From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatr Rehabil J*. 2005;28(4):378-86.
88. 2021-08-09_rapport_final_observatoire_du_retablissement_fdf_-_version_crr_v2.pdf
Disponible sur: https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/2021-08-09_rapport_final_observatoire_du_retablissement_fdf_-_version_crr_v2.pdf
89. Slade, M., Bird, V., Chandler, R., Clarke, E., Craig, T., Larsen, J., Lawrence, V., Le Boutillier, C., Macpherson, R., McCrone, P., Pesola, F., Riley, G., Shepherd, G., Tew, J., Thornicroft, G., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2017). REFOCUS: Developing a recovery focus in mental health services in England. Institute of Mental Health.
90. REFOCUS-Manual-2nd-edition-French.pdf
Disponible sur: <https://www.researchintorecovery.com/wp-content/uploads/2023/05/REFOCUS-Manual-2nd-edition-French.pdf>
91. Moeller SB, Larsen PV, Austin S, Slade M, Arendt IMTP, Andersen MS, et al. Scalability, test–retest reliability and validity of the Brief INSPIRE-O measure of personal recovery in psychiatric services. *Front Psychiatry*. 14 mai 2024;15:1327020.
92. Slade, M., Bird, V., Clarke, E., Le Boutillier, C., McCrone, P., Macpherson, R., Pesola, F., Wallace, G., Williams, J., & Leamy, M. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multi-site cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503–514. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00086-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00086-3).
93. Williams J, Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, Norton S, Pesola F, Slade M. Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2015 May;50(5):777-86. doi: 10.1007/s00127-014-0983-0. Epub 2014 Nov 20. PMID: 25409867.
94. L'entretien
Disponible sur: <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien>
95. Kaufmann JC. L'entretien compréhensif. 2e édition. Nathan; 1996. 127 p.
96. Blanchet A, Gotman A, Singly F de. L'entretien. 2e éd. refondue, avec une nouvelle présentation. Paris: A. Colin; 2010. (L'enquête et ses méthodes).
97. Abric JC. Psychologie de la communication. Théories et méthodes. 2019 Disponible sur: <https://shs.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937>
98. Lumivero. NVivo [programme informatique]. Version 15. Denver, CO: Lumivero; 2024.
99. Présentation de Nvivo, logiciel d'analyse de données qualitatives
Disponible sur: <https://hal.inrae.fr/hal-04058889v1/file/23404-Pr%C3%A9sentation%20courte%20Nvivo%20-%20format%20h.pdf>

100. King, J., Brosseau, L., Guitard, P., Laroche, C., Barette, J. A., Cardinal, D., Cavallo, S., Laferrière, L., Toupin-April, K., Bérubé, M. È., O'Neil, J., Castro, J., Kidjo, C., Fakhry, S., Sutton, A., Galipeau, R., Tourigny, J., Lagacé, J., Demers, C., Paquet, N., ... Sauvé-Schenk, K. (2019). Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 71(3), 222–230. <https://doi.org/10.3138/ptc.2018-44.f>.
101. Tong et al. - Consolidated criteria for reporting qualitative re.PDF.
102. Rogers, C. R. (1968). *Le développement de la personne*. (J. M. Priels, Trad.). Dunod. (Ouvrage original publié en 1961).
103. Thomas-Antérion C, Borg C, Vioux H, Laurent B. En quoi la recherche de souvenirs flash peut-elle nous renseigner sur la mémoire épisodique et la mémoire sémantique ? : *Rev Neuropsychol*. 1 mars 2010;Volume 2(1):55-60.
104. Lecouveyetal.2020-
le_souvenir_flash_un_souvenir_special_au_croisement_de_la_memoire_individuelle_et_de_la_memoire_collective-.pdf.
105. Biais cognitifs Disponible sur: <https://biais-cognitif.com/>
106. Anthony WA. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehabil J*. avr 1993;16(4):11-23.
107. Pepin J, Ducharme F, Bourbonnais A. *La pensée infirmière*, 5e édition. 5e édition. Montréal (Québec) Canada: CHENELIERE; 2024. 232 p.
108. Clark, C. C. (Multiples éditions, par ex. 2003, 2009). *Wellness coaching: A whole-person approach*. New York: Springer Publishing Company. In.
109. Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. New York: G.P. Putnam's Sons.
110. Parse, R. R. (1981). *Man-Living-Health: A Theory of Nursing*. New York: Wiley. In.
111. King, I. M. (1981). *A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process*. New York: John Wiley & Sons. In.
112. Roy, C., & Andrews, H. A. (par ex., éditions de 1991, 1999, 2008). *The Roy adaptation model*. In.
113. Rogers, M. E. (1970). *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company. In.
114. prise-de-position-developper-la-recherche-infirmiere-en-France-vf.pdf.
115. Freud, S. (2015). *La technique psychanalytique*. Presses Universitaires de France.
116. Jourard, S. M. (1971). *Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self*. Wiley-Interscience.
117. Peplau, H. E. (1952). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. G.P. Putnam's Sons.

118. Unhjem, A., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse–patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e798–e807. <https://doi.org/10.1111/jocn.14191>.
119. Linder, A. (2020). Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : Une perspective sociologique. Dans N. Franck & C. Cellard (dir.), *Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée*. Elsevier-Masson.
120. Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
121. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires - Légifrance Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44293>
122. Guide ANAP « mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires » [Internet]. [cité 15 mai 2025]. Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
123. PM9_Plan de formation généralisé.pdf.
124. PM8 Rôle et positionnement du psychiatre Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
125. P03 Fonctionnement en réseau.pdf Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
126. PM2_IDE_Vdef.pdf Disponible sur: <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
127. Quality rights Flyer 2022 Disponible sur: <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QRFlyer-2022-for-Web.pdf>
128. Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH). Disponible sur: <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
129. Quality Rights: un programme pour améliorer la qualité des soins en santé mentale. ARS Hauts de France Disponible sur: <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/quality-rights-un-programme-pour-ameliorer-la-qualite-des-soins-en-sante-mentale>
130. Toolkit Disponible sur: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-tool-kit>
131. Quality right 3 minutes 30 pour comprendre le programme Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2024/09/3-minutes-30-pour-comprendre-le-programme-qualityrights/>
132. REFOCUS Rapport final 2017 Disponible sur: <https://www.researchintorecovery.com/refocus-final-report/>
133. Goffman, E. (1975). *Stigmate, les usages sociaux des handicaps* (A. Kihm, Trad.). Les Éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963).
134. Schulze et Angermeyer - 2003 - Subjective experiences of stigma. A focus group st.pdf.

135. Valéry - DOCTEUR DE L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX.pdf.
136. Roelandt JL, Caria A. Stigma ! Vaincre les discriminations en santé mentale. *Inf Psychiatr.* 2007;83(8):645-8.
137. STIGMAPRO des pistes pour des pratiques en santé mentale moins stigmatisantes.pdf.
138. Loubières, C., Caria, A., & Arfeuillère, S. (2018). Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques : Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale. *L'Information psychiatrique*, 94(10), 809-816. <https://shs.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2018-10-page-809?lang=fr>.
139. STIGMA - Laboratoire de psychologie de l'université de Bordeaux.pdf.
140. Brohan E, Slade M, Clement S, Thornicroft G. Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. *BMC Health Serv Res.* 2010 Mar 25;10:80. doi: 10.1186/1472-6963-10-80. PMID: 20338040; PMCID: PMC2851715.
141. Cohen P, Cohen J. The clinician's illusion. *Arch Gen Psychiatry.* 1984 Dec;41(12):1178-82. doi: 10.1001/archpsyc.1984.01790230064010. PMID: 6334503.
142. 2009 - 100 ways to support recovery - A guide for mental .pdf Disponible sur: https://healthsciences.unimelb.edu.au/__data/assets/pdf_file/0003/3391716/100-Ways-to-Support-Recovery-Rethink-Slade.pdf
143. Paul, M. (2017). L'accompagnement : Une posture professionnelle spécifique. De Boeck Supérieur
144. Santé mentale, 249 - juin 2020 - Le dévoilement de soi du clinicien, Jérôme Favrod ; Alexandra Nguyen.
145. Nguyen et al. - 2022 - Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-m.pdf.
146. Nicolas Rainteau, soyez réhab, guide pratique de réhabilitation psychosociale, p : 7. In.
147. Ricœur, P. (1955). Histoire et vérités. Éditions du Seuil. p.218.
148. Donskoy - 2018 - La saisie de la voix des usagers et des survivants.pdf.
149. Deegan, P. E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. In C. Brown (Ed.), *Recovery and wellness: Models of hope and empowerment for people with mental illness* (pp. 5–21). Haworth Press. In.
150. Concerto et al. - 2023 - Exploring Personal Recovery in Schizophrenia The .pdf Disponible sur: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10299717/pdf/jcm-12-04090.pdf>
151. Favrod, J. (2013). Se rétablir de la schizophrénie : Un guide pour les proches et les professionnels. Elsevier Masson.
152. Minkowski, E. (1927). La schizophrénie: Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Payot.

153. Ciompi et al. - 2010 - Deep Concern.pdf.
154. Koenig M. Le rétablissement dans la schizophrénie: un parcours de reconnaissance. [Paris]: PUF; 2016. (Partage du savoir).
155. Zhang S, Liu Y, Song S, Peng S, Xiong M. The Psychological Nursing Interventions Based on Pygmalion Effect Could Alleviate Negative Emotions of Patients with Suspected COVID-19 Patients: a Retrospective Analysis. Int J Gen Med. janv 2022;Volume 15:513-22.
156. Shen et al. - 2024 - Do people only believe what they want to believe .pdf.
157. Pepin J, Ducharme F, Bourbonnais A. La pensée infirmière, 5e édition. 5e édition. 2024. p.4.
158. Dubar, C. (2015). La socialisation: Construction des identités sociales et professionnelles (7e éd.). Armand Colin.
159. Hughes, E. (1997). Le regard sociologique. Paris : Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
160. Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice Hall. In.
161. Demailly L. Significations plurielles de la norme de « bonne distance » dans le travail d'accompagnement: Vie Soc. 22 nov 2022;n° 39(3):19-31.
162. Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée. Seuil. In.
163. Ballé, C. (2021). Sociologie des organisations (10e éd.). Presses Universitaires de France.
164. Légifrance - Droit national en vigueur - Circulaires et instructions - INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=44293>
165. Fleury, M.-J., Grenier, G., & Bamvita, J.-M. (2017). A comparative study of job satisfaction among nurses, psychologists/psychotherapists and social workers working in Quebec mental health teams. BMC Nursing, 16(62). (Consulté via Une étude comparative de la satisfaction au travail...pdf).
166. Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. Journal of Managerial Psychology, 22(3), 309–328. <https://doi.org/10.1108/02683940710733115>.
167. Kelman, H. C. (1958). Compliance, Identification, and Internalization: Three Processes of Attitude Change. Journal of Conflict Resolution, 2(1), 51-60.
168. Lewin, K. (1951). Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers (D. Cartwright, Ed.). Harper & Row.
169. Demailly, L. (2016). Effets et sens des exigences d'« horizontalité » dans le champ de la santé mentale. In J. P. Payet & A. Purenne (Eds.), Tous égaux? Les institutions à l'heure de la symétrie (pp. 235-260). L'harmattan. In.

170. Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Prentice-Hall.
171. Moon, J. A. (2004). *A handbook of reflective and experiential learning: Theory and practice*. RoutledgeFalmer.
172. Festinger, L. (1957). *A Theory of Cognitive Dissonance*. Stanford University Press.
173. Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140. In.
174. Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. Dover Publications. (Ouvrage original publié en 1860).
175. *Notes on Nursing: What It Is, and What It Is Not de Florence Nightingale* (7ème édition). In.
176. Roy, C. (1976). *Introduction to nursing: An adaptation model*. Prentice-Hall.
177. Bird V, Leamy M, Tew J, Le Boutillier C, Williams J, Slade M. Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with current mental health consumers. *Aust N Z J Psychiatry*. 10 janv 2014;48.
178. Franck, N. (2017). Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. *Rhizome*, 65-66(3), 10-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.173.0010>.
179. Engel, George L. « The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. » *Science*, vol. 196, no. 4286, 1977, pp. 129-136.
180. Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Recovery from schizophrenia: A concept in search of measurements. *Psychiatric Services*, 53(6), 735-742.
181. Andresen R, Oades L, Caputi P. The experience of recovery from schizophrenia: towards an empirically validated stage model. *Aust N Z J Psychiatry*. 2003 Oct;37(5):586-94. doi: 10.1046/j.1440-1614.2003.01234.x. PMID: 14511087.
182. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. San Francisco: W. H. Freeman.
183. Institut Français d'Opinion Publique (IFOP) pour le Syndicat National des Professionnels Infirmiers (SNPI). (2023, mai). *Le vécu des infirmières et infirmiers au travail et leurs attentes sur le devenir de leur métier*. IFOP.
184. Ordre National des Infirmiers. (2021, 8 mai). *Communication sur les perspectives d'évolution du métier d'infirmier et le besoin de reconnaissance post-crise sanitaire*. Ordre National des Infirmiers.
185. Nadot M. *Le mythe infirmier, ou, Le pavé dans la mare!* Paris: L'Harmattan; 2012. 250 p. (Ethique et pratique médicales).
186. Article R4311-3: Cet article établit le principe du rôle propre, où l'infirmier a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires
Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833

187. Article R4311-5 : Cet article liste les actes et soins que l'infirmier accomplit dans le cadre de son rôle propre. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893
188. Llorca, P. M., et al. (2022). La stigmatisation en psychiatrie : une revue systématique d'études publiées en France. *L'Encéphale*, 48(1), 55-64.
189. Camacho, A., Launay, C., Le Bihan, G., Le Roy, V., Potier, M., & Prieto, N. (2019). Pair-aidance en santé mentale : représentations des professionnels et enjeux pour les équipes. *L'Information psychiatrique*, 95(4), 271-278.
190. Organisation mondiale de la Santé. (2021). Consignes sur les services de santé mentale communautaires : Promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits humains. Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240025707>.
191. Jouet, E., & Greacen, T. (2015). Les médiateurs de santé pairs en France. *Santé mentale*, (196), 20-23.
192. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>.
193. Bryant-Lukosius D, Dicenso A, Browne G, Pinelli J. Advanced practice nursing roles: development, implementation and evaluation. *J Adv Nurs*. 2004 Dec;48(5):519-29. doi: 10.1111/j.1365-2648.2004.03234.x. PMID: 15533090.
194. Willis DG, Grace PJ, Roy C. A central unifying focus for the discipline: facilitating humanization, meaning, choice, quality of life, and healing in living and dying. *ANS Adv Nurs Sci*. 2008 Jan-Mar;31(1):E28-40. doi: 10.1097/01.ANS.0000311534.04059.d9. PMID: 20531259.
195. Favrod, J., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2012). Le processus du rétablissement. *Santé Mentale*, 166, 32-37.
196. Favrod J, Maire A, Bardy S, Pernier S, Bonsack C. Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. *J Adv Nurs* 2011;67:401–407.
197. Favrod, J., Scheder, D., Trolliet, S., & Duffour, B. (2003). Voix au chapitre [Audio CD]. Association Arbres.
198. Khazaal Y, Favrod J, Azoulay S, Finot SC, Bernabotto M, Raffard S, Libbrecht J, Dieben K, Levoyer D, Pomini V. "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Educ Couns* 2010.
199. Franck, N. (2020). La réhabilitation psychosociale : où en sommes-nous en France ? *L'information psychiatrique*, 96(7), 489-495.
200. Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S., & Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20. <https://doi.org/10.1002/wps.20084>.
201. Loi n° 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier. (2025, 28 juin). Journal Officiel de la République Française. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051806032>

Ouvrages de référence

- Abric, J.-C. (2019). Psychologie de la communication. Théories et méthodes. [en ligne]. Cairn.info. Disponible sur: <https://shs.cairn.info/psychologie-de-la-communication--9782100790937>
- Ballé, C. (2021). Sociologie des organisations (10e éd.). Presses Universitaires de France.
- Bandura, A. (1977). Social learning theory. Prentice Hall.
- Blanchet, A., Gotman, A., & de Singly, F. (2010). L'entretien (2e éd. refondue). A. Colin.
- Chamberlin, J. (1978). On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System. Hawthorn Books.
- Clark, C. C. (Multiples éditions). Wellness coaching: A whole-person approach. Springer Publishing Company.
- Collectif, & Gottlieb, B. (2014). Les soins infirmiers fondés sur les forces: La santé et la guérison de la personne et de la famille (1ère éd.). DE BOECK SUP.
- Davidson, L. (2003). Living outside mental illness: Qualitative studies of recovery in schizophrenia. New York University Press.
- Deegan, P. E. (2001). Recovery as a self-directed process of healing and transformation. Dans C. Brown (dir.), Recovery and wellness: Models of hope and empowerment for people with mental illness (p. 5-21). Haworth Press.
- Demailly, L. (2016). Effets et sens des exigences d'« horizontalité » dans le champ de la santé mentale. Dans J. P. Payet & A. Purenne (dir.), Tous égaux? Les institutions à l'heure de la symétrie (p. 235-260). L'harmattan.
- Dubar, C. (2015). La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles (7e éd.). Armand Colin.
- Favrod, J. (2013). Se rétablir de la schizophrénie : Un guide pour les proches et les professionnels. Elsevier Masson.
- Festinger, L. (1957). A Theory of Cognitive Dissonance. Stanford University Press.
- Franck, N. (dir.). (2018). Traité de réhabilitation psychosociale. Elsevier Masson.
- Freud, S. (2015). La technique psychanalytique. Presses Universitaires de France.
- Friedberg, E. (1993). Le pouvoir et la règle : Dynamiques de l'action organisée. Seuil.
- Goffman, E. (1975). Stigmate, les usages sociaux des handicaps (A. Kihm, Trad.). Les éditions de Minuit. (Ouvrage original publié en 1963).
- Gottlieb, L. N. (2014). Tableau 1.4 : Comparaison entre l'approche de soins fondée sur les déficits et l'approche de soins fondée sur les forces. Dans Les soins

infirmiers fondés sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille (1^{re} éd., p. 28-29). De Boeck Supérieur.

- Greacen, T., & Jouet, E. (2017). Le rétablissement : contexte international et situation en France. Dans Santé mentale et processus de rétablissement (p. 15-30). Champ social.
- Hesbeen, W. (1997). Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin dans une perspective soignante. Masson.
- Hughes, E. (1997). Le regard sociologique. Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.
- Jourard, S. M. (1971). Self-disclosure: An experimental analysis of the transparent self. Wiley-Interscience.
- Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif (2^e éd.). Nathan.
- King, I. M. (1981). A Theory for Nursing: Systems, Concepts, Process. John Wiley & Sons.
- Kolb, D. A. (1984). Experiential learning: Experience as the source of learning and development. Prentice-Hall.
- Kraepelin, E. (1919). Dementia Praecox and Paraphrenia. E. & S. Livingstone.
- Kraepelin, E. (2002). Dementia praecox and paraphrenia (Facsim. ed.). Thoemmes press.
- Lewin, K. (1951). Field Theory in Social Science: Selected Theoretical Papers (D. Cartwright, Ed.). Harper & Row.
- Linder, A. (2020). Les savoirs expérientiels des pairs-aidants en santé mentale : Une perspective sociologique. Dans N. Franck & C. Cellard (dir.), Pair-aidance en santé mentale : une entraide professionnalisée. Elsevier-Masson.
- Masson, D., & Franck, N. (2021). Des soins porteurs d'espoir en psychiatrie. Avelines.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). Motivational interviewing: Helping people change (3rd ed.). The Guilford Press.
- Minkowski, E. (1927). La schizophrénie: Psychopathologie des schizoïdes et des schizophrènes. Payot.
- Moon, J. A. (2004). A handbook of reflective and experiential learning: Theory and practice. RoutledgeFalmer.
- Nadot, M. (2012). Le mythe infirmier, ou, Le pavé dans la mare!. L'Harmattan.
- Nightingale, F. (1969). Notes on nursing: What it is, and what it is not. Dover Publications. (Ouvrage original publié en 1860).
- Parse, R. R. (1981). Man-Living-Health: A Theory of Nursing. Wiley.

- Pepin, J., Ducharme, F., & Bourbonnais, A. (2024). La pensée infirmière (5e éd.). CHENELIERE.
- Peplau, H. E. (1952). Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing. G.P. Putnam's Sons.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy. Dow Jones-Irwin.
- Rainteau, N. (2022). Soyez réhab, guide pratique de réhabilitation psychosociale.
- Ricœur, P. (1955). Histoire et vérités. Éditions du Seuil.
- Rogers, C. R. (1968). Le développement de la personne (J. M. Priels, Trad.). Dunod. (Ouvrage original publié en 1961).
- Rogers, M. E. (1970). An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. F.A. Davis Company.
- Roy, C. (1976). Introduction to nursing: An adaptation model. Prentice-Hall.
- Roy, C., & Andrews, H. A. (Multiples éditions). The Roy adaptation model.
- Seligman, M. E. P. (1975). Helplessness: On Depression, Development, and Death. W. H. Freeman.
- Slade, M. (2009). What is recovery? Dans Personal Recovery and Mental Illness: A Guide for Mental Health Professionals (p. 35-44). Cambridge University Press.
- Tracy, M. F., O'Grady, E. T., & Hamric, A. B. (Eds.). (2023). Hamric & Hanson's advanced practice nursing: An integrative approach (7th ed.). Elsevier.

Articles de revues spécialisées :

- Andresen, R., Oades, L. G., & Caputi, P. (2003). The stages of recovery instrument: Development of a measure of personal recovery. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 37(5), 586–594.
- Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosocial Rehabilitation Journal, 16(4), 11-23.
- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The Job Demands-Resources model: state of the art. Journal of Managerial Psychology, 22(3), 309-328.
- Barber, M. E. (2012). Recovery as the New Medical Model for Psychiatry. Psychiatric Services, 63(3), 277-279.
- Bird, V., Leamy, M., Tew, J., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2014). Fit for purpose? Validation of a conceptual framework for personal recovery with

current mental health consumers. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 48(7), 644-653.

- Brohan, E., Slade, M., Clement, S., & Thornicroft, G. (2010). Experiences of mental illness stigma, prejudice and discrimination: a review of measures. BMC Health Services Research, 10(80).
- Camacho, A., Launay, C., Le Bihan, G., Le Roy, V., Potier, M., & Prieto, N. (2019). Pair-aidance en santé mentale : représentations des professionnels et enjeux pour les équipes. L'Information psychiatrique, 95(4), 271-278.
- Chesney, E., Goodwin, G. M., & Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. World Psychiatry, 13(2), 153-160.
- Cnaan, R. A., Blankertz, L. E., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation: Toward a definition. Psychosocial rehabilitation journal, 11, 61-77.
- Cohen, P., & Cohen, J. (1984). The clinician's illusion. Archives of General Psychiatry, 41(12), 1178-1182.
- Coldefy, M., & Le Guen, N. (2018). Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé, 237.
- Commission de la santé mentale du Canada. (2015). Guide de référence pour des pratiques axées sur le rétablissement.
- Demailly, L. (2022). Significations plurielles de la norme de « bonne distance » dans le travail d'accompagnement. Vie sociale, 39(3), 19-31.
- Donskoy, A.-L. (2018). La saisie de la voix des usagers et des survivants de la psychiatrie dans le domaine de la recherche. Vie sociale, 20(4), 179-196.
- Durand, B. (2019). Le rétablissement. Raison Présente, 209(1), 19-31.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. Science, 196(4286), 129-136.
- Farkas, M. (2018). L'émergence du rétablissement aux États-Unis : du combat avec la maladie au « bien vivre ». Vie sociale, 23-24(3-4), 53-74.
- Farkas, M., & Anthony, W. A. (2010). Psychiatric rehabilitation interventions: a review. International Review of Psychiatry, 22(2), 114-129.
- Favrod, J., Maire, A., Bardy, S., Pernier, S., & Bonsack, C. (2011). Improving insight into delusions: a pilot study of metacognitive training for patients with schizophrenia. Journal of Advanced Nursing, 67, 401-407.
- Favrod, J., Rexhaj, S., & Bonsack, C. (2012). Le processus du rétablissement. Santé Mentale, 166, 32-37.

- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Fleury, M.-J., Grenier, G., & Bamvita, J.-M. (2017). A comparative study of job satisfaction among nurses, psychologists/psychotherapists and social workers working in Quebec mental health teams. *BMC Nursing*, 16(62).
- Franck, N. (2017). Remédiation cognitive et rétablissement dans les troubles psychiques sévères. *Rhizome*, 65-66(3), 10-11.
- Franck, N. (2020). La réhabilitation psychosociale : où en sommes-nous en France ? *L'information psychiatrique*, 96(7), 489-495.
- Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-Psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953-958.
- Hungerford, C., Blanchard, D., Mulvogue, J., & Bradshaw, J. (2025). Self-Disclosure as a Therapeutic Tool. *Issues in Mental Health Nursing*, 15.
- Jouet, E., & Greacen, T. (2015). Les médiateurs de santé pairs en France. *Santé mentale*, (196), 20-23.
- Kelman, H. C. (1958). Compliance, Identification, and Internalization: Three Processes of Attitude Change. *Journal of Conflict Resolution*, 2(1), 51-60.
- Khazaal, Y., Favrod, J., Azoulay, S., et al. (2010). "Michael's Game," a card game for the treatment of psychotic symptoms. *Patient Education and Counseling*.
- King, J., Brosseau, L., Guitard, P., et al. (2019). Validation transculturelle de contenu de la version franco-canadienne de l'échelle COREQ. *Physiotherapy Canada. Physiothérapie Canada*, 71(3), 222-230.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., et al. (2013). Supported employment for people with severe mental illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2013(9), CD008297.
- Lachapelle, Y., Fontana-Lana, B., Petitpierre, G., Geurts, H., & Haelewyck, M.-C. (2022). Autodétermination : historique, définitions et modèles conceptuels. *La nouvelle revue - Éducation et société inclusives*, 94(2), 25-42.
- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), 371-377.
- Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Williams, J., & Slade, M. (2011). Conceptual framework for personal recovery in mental health: Systematic review and narrative synthesis. *The British Journal of Psychiatry*, 199(6), 445-452.
- Liberman, R. P., Kopelowicz, A., Ventura, J., & Gutkind, D. (2002). Recovery from schizophrenia: A concept in search of measurements. *Psychiatric Services*, 53(6), 735-742.

- Llorca, P. M., et al. (2022). La stigmatisation en psychiatrie : une revue systématique d'études publiées en France. *L'Encéphale*, 48(1), 55-64.
- Loubières, C., Caria, A., & Arfeuillère, S. (2018). Prendre la parole pour déconstruire les idées reçues sur les troubles psychiques : Le savoir d'expérience pour agir contre la stigmatisation en santé mentale. *L'Information psychiatrique*, 94(10), 809-816.
- Marty, L., & Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit ». *Pratiques en Santé Mentale*, 60(2), 47-53.
- Moeller, S. B., Larsen, P. V., Austin, S., et al. (2024). Scalability, test-retest reliability and validity of the Brief INSPIRE-O measure of personal recovery in psychiatric services. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1327020.
- Nguyen, A., et al. (2022). Qu'est-ce que les professionnels dévoilent d'eux-mêmes ?.
- O'Connell, M., Tondora, J., Croog, G., Evans, A., & Davidson, L. (2005). From Rhetoric to Routine: Assessing Perceptions of Recovery-Oriented Practices in a State Mental Health and Addiction System. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(4), 378-386.
- Pachoud, B. (2018). La perspective du rétablissement: un tournant paradigmatique en santé mentale. *Les Cahiers du Centre Georges Canguilhem*, 7(1), 165-180.
- Pachoud, B., Le Roy-Hatala, C., des Moutis, C., & Cavroy, J.-P. (2019). Pratiques orientées vers le rétablissement : a-t-on pris la mesure des transformations requises ? *L'information psychiatrique*, 95(7), 520-528.
- Paillard, C. (2005). Dossier 23 : La posture professionnelle. *Soins Cadres*, 55, 23-43.
- Plana-Ripoll, O., Pedersen, C. B., Holtz, Y., et al. (2019). Exploring comorbidity within mental disorders among a Danish national population. *The Lancet Psychiatry*, 6(9), 748-759.
- Pomey, M.-P., Flora, L., Karazivan, P., et al. (2015). Le « Montreal model » : enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique*, S1(HS), 41-50.
- Roelandt, J.-L., & Caria, A. (2007). Stigma! Vaincre les discriminations en santé mentale. *L'information psychiatrique*, 83(8), 645-648.
- Santé mentale. (2020). Le dévoilement de soi du clinicien, Jérôme Favrod ; Alexandra Nguyen. *Santé mentale*, 249.
- Schulze, B., & Angermeyer, M. C. (2003). Subjective experiences of stigma. A focus group study.

- Slade, M., Amering, M., Farkas, M., et al. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.
- Slade, M., Bird, V., Clarke, E., et al. (2015). Supporting recovery in patients with psychosis through care by community-based adult mental health teams (REFOCUS): a multi-site cluster randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 2(6), 503-514.
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ). *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349-357.
- Turner, D. T., van der Gaag, M., Karyotaki, E., & Cuijpers, P. (2014). Psychological interventions for psychosis: A meta-analysis of comparative outcome studies. *American Journal of Psychiatry*, 171(5), 523-538.
- Unhjem, A., Vatne, S., & Hem, M. H. (2018). Transforming nurse–patient relationships—A qualitative study of nurse self-disclosure in mental health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e798–e807.
- Van Der Meer, L., & Wunderink, L. (2019). Contemporary approaches in mental health rehabilitation.
- Vita, A., Barlati, S., Ceraso, A., et al. (2021). Effectiveness, core elements, and moderators of response of cognitive remediation for schizophrenia: A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *JAMA Psychiatry*, 78(8), 848-858.
- Williams, J., Leamy, M., Bird, V., et al. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(5), 777-86.
- Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., McGurk, S. R., & Czobor, P. (2011). A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: Methodology and effect sizes. *American Journal of Psychiatry*, 168(5), 472-485.
- Yu, Y., Shen, M., Niu, L., et al. (2022). The relationship between clinical recovery and personal recovery among people living with schizophrenia: A serial mediation model and the role of disability and quality of life. *Schizophrenia Research*, 239, 168-175.

Mémoires

- Koenig, M. (2016). *Le rétablissement dans la schizophrénie : un parcours de reconnaissance*. (Thèse de doctorat). PUF.
- Valéry, K.-M. (2021). *Stigmatisation chez les professionnels de la santé mentale et facteurs associés*. (Thèse de doctorat). Université de Bordeaux.

Sites Internet

- ALPHAPSY. (s. d.). *Le processus de rétablissement, concepts et déclinaisons*. Consulté le 31 juillet 2025, sur <https://www.alfapsy.fr/processus-de-retablissement>
- ANAP. (s. d.). *Mettre en place la réhabilitation psychosociale dans les territoires*. Consulté le 23 août 2024, sur <https://www.anap.fr/s/article/parcours-publication-2510>
- ARS Hauts de France. (s. d.). *Quality Rights : un programme pour améliorer la qualité des soins en santé mentale*. Consulté le 14 juillet 2025, sur <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/quality-rights-un-programme-pour-ameliorer-la-qualite-des-soins-en-sante-mentale>
- Assemblée Nationale. (s. d.). *L'organisation du système de santé et les difficultés d'accès aux soins*. Consulté le 7 juin 2025, sur https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/17/dossiers/orga_systeme_sante
- Biais cognitifs. (s. d.). Consulté le 18 juillet 2025, sur <https://biais-cognitif.com/>
- Caisse nationale de l'Assurance Maladie. (2024). *Rapport sur les charges et produits pour l'année 2025*. <https://www.ameli.fr/qui-sommes-nous/publications/rapports-et-chiffres-cles/rapport-charges-et-produits>
- Centre Ressource Réhabilitation. (s. d.). *2021-08-09_rapport_final_observatoire_du_retablissement_fdf_-_version_crr_v2.pdf*. Consulté le 2 avril 2025, sur https://centre-ressource-rehabilitation.org/IMG/pdf/2021-08-09_rapport_final_observatoire_du_retablissement_fdf_-_version_crr_v2.pdf
- Centre Ressource Réhabilitation. (s. d.). *DIU Réhabilitation Psychosociale : parcours de soins orientés vers le rétablissement*. Consulté le 31 juillet 2025, sur <https://odf.u-paris.fr/fr/offre-de-formation/diplome-d-universite-du-diu-1/sciences->

technologies-sante-STS/diu-rehabilitation-psychosociale-parcours-de-soins-orientes-vers-le-retablissement-L5SG8C2Z.html

- Centre Ressource Réhabilitation. (s. d.). *DU de psychéducation*. Consulté le 31 juillet 2025, sur <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-psychoeducation-88-634>
- Centre Ressource Réhabilitation. (s. d.). *DU de remédiation cognitive*. Consulté le 31 juillet 2025, sur <https://centre-ressource-rehabilitation.org/du-de-remediation-cognitive-87-631>
- CGLPL. (2016). *Avis du 14 juin 2016 relatif à l'isolement et à la contention dans les établissements de santé mentale*. Journal Officiel de la République Française. <https://www.cglpl.fr/2016/avis-du-14-juin-2016-relatif-a-lisolement-et-a-la-contention-dans-les-etablissements-de-sante-mentale/>
- CGLPL. (2025). *cglpl_rapport-annuel-2024_dossier-de-presse.pdf*. Consulté le 7 juin 2025, sur https://www.cglpl.fr/app/uploads/2025/05/cglpl_rapport-annuel-2024_dossier-de-presse.pdf
- Collectif Schizophrénies. (2015). *Rapport donnees preuves ameliorer parcours soins vie handicap psychique 201509.pdf*. Consulté le 26 août 2024, sur <https://www.collectif-schizophrenies.com/images/pdf/Rapport donnees preuves ameliorer parcours soins vie handicap psychique 201509.pdf>
- Comité sur les pratiques collaboratives et la formation interprofessionnelle. (2014). *Guide d'implantation du partenariat de soins et de services : Vers une pratique collaborative optimale entre intervenants et avec le patient*. Réseau Universitaire Intégré de Santé (RUIS) de l'Université de Montréal. https://medfam.umontreal.ca/wp-content/uploads/sites/16/2018/05/Guide-implantation Partenariat-de-soins-et-de-services_2013.pdf
- Cour des comptes. (2024). *Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale : La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes*. Consulté le 29 juin 2025, sur <https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2024-05/20240529-Ralfss-2024-Reduction-nombre-lits-hopital.pdf>
- Cour des comptes. (2024, novembre). *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/laccueil-et-le-traitement-des-urgences-lhopital>
- CREHPSY HDF. (s. d.). *Formation Initiation à la philosophie du rétablissement et aux outils de réhabilitation psychosociale*. Consulté le 31 juillet 2025, sur

<https://www.crehpsy-hdf.fr/8-formation-initiation-philosophie-retablissement-aux-outils-rehabilitation-psychosociale.html>

- Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. (2021, 6 octobre). *Les problèmes de santé mentale, en augmentation en 2020, impactent fortement l'activité des généralistes*. Drees. <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communiquede-presse/les-problemes-de-sante-mentale-en-augmentation-en-2020-impactent-fortement>
- Dunod. (2025). *L'entretien*. Consulté le 20 mars 2025, sur <https://www.dunod.com/sciences-humaines-et-sociales/entretien>
- Fédération Hospitalière de France. (s. d.). *Santé mentale et psychiatrie : des difficultés d'accès aux soins persistantes et un recours aux soins hospitaliers très préoccupant*. Consulté le 7 juin 2025, sur <https://www.fhf.fr/actualites/communiqués-de-presse/sante-mentale-et-psychiatrie-des-difficultes-dacces-aux-soins-persistantes-et-un-recours-aux-soins>
- FNEI. (2025). « *Enquête Bien-Être des étudiant-e-s infirmier-ère s* ». Consulté le 2 juin 2025, sur https://www.fnesi.org/site/kw1S19v5RsW1uatqu18iQQ/api-website-feature/files/download/35775/dp_enquete_bien-etre_2025_presse_dp_20250201.pdf?file_type=media_files
- Fondation FondaMental. (s. d.). Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.fondation-fondamental.org/en-2023-nous-estimons-le-cout-direct-et-indirect-des-maladies-psychiatriques-en-france-163-milliards>
- Gouvernement.fr. (2018). *Feuille de route - Santé mentale et psychiatrie - Jeudi 28 juin 2018*. Consulté le 8 juin 2025, sur <https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018>
- Gouvernement.fr. (2019). *INSTRUCTION N DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires*. <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/44293>
- Gouvernement.fr. (s. d.). *Les priorités du Projet territorial de santé mentale*. Consulté le 8 juin 2025, sur <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/des-enjeux-de-proximite-pour-la-politique-de-sante-mentale/les-priorites-des-projets-de-territoire-en-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale>
- Gouvernement.fr. (2023). *SANTÉ MENTALE ET PSYCHIATRIE Synthèse du bilan de la feuille de route*. Consulté le 7 juin 2025, sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/dp_sante_mentale_et_psychiatrie_-_3_mars_2023.pdf

- Haut Conseil de la Santé Publique. (2021, 6 juillet). *Avis relatif à l'impact du Covid-19 sur la santé mentale*. https://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hcsp20210706_impact_ucovidsurlasantmenta.pdf
- IGAS. (2011). *Rapport : Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter*. Consulté le 8 juin 2025, sur https://igas.gouv.fr/sites/igas/files/files-spip/pdf/rm2011-071p_analyse_d_accidents_en_psychiatrie_et_propositions_pour_les_eviter_-_rapport_tome_2-_annexes.pdf
- INRAE. (s. d.). *Présentation de Nvivo, logiciel d'analyse de données qualitatives*. Consulté le 30 juillet 2025, sur <https://hal.inrae.fr/hal-04058889v1/file/23404-Pr%C3%A9sentation%20courte%20Nvivo%20-%20format%20h.pdf>
- Institut Français d'Opinion Publique (IFOP). (2023, mai). *Le vécu des infirmières et infirmiers au travail et leurs attentes sur le devenir de leur métier*. <https://www.ifop.com/publication/le-vecu-des-infirmieres-et-infirmiers-au-travail-et-leurs-attentes-sur-le-devenir-de-leur-metier/>
- IRDES. (2023). *IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf*. Consulté le 26 février 2025, sur https://solidarites.gouv.fr/sites/solidarite/files/2023-07/IRDES_-_50_ans_de_sectorisation_psychiatrique.pdf
- Ipsos. (s. d.). *Baromètre FHP-IPSOS : L'accès aux soins de plus en plus difficile en France*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.ipsos.com/fr-fr/sante-un-acces-aux-soins-de-plus-en-plus-difficile-en-france>
- Larousse. (s. d.). *Posture*. Consulté le 9 juin 2025, sur <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/posture/62875>
- Légifrance. (2016). *LOI n 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. Consulté le 8 juin 2025, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641>
- Légifrance. (2017). *Décret n 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale*. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000035315389>
- Légifrance. (2025). *Article R4311-3*. Consulté le 26 mai 2025, sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000019416833
- Légifrance. (2025). *Article R4311-5*. Consulté le 26 mai 2025, sur https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000043856893
- Légifrance. (2025). *Loi n 2025-581 du 27 juin 2025 sur la profession d'infirmier*. Journal Officiel de la République Française. Consulté le 21 juillet 2025, sur <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000051806032>

- L'Etudiant. (2023). *ECN 2023 : la répartition du nombre de postes en internat de médecine par spécialité officialisé*. Consulté le 21 novembre 2024, sur <https://www.letudiant.fr/etudes/medecine-sante/ecn-2023-la-repartition-du-nombre-de-postes-en-internat-de-medecine-par-specialite-officialise.html>
- OHCHR. (s. d.). *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH)*. Consulté le 14 juillet 2025, sur <https://www.ohchr.org/fr/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>
- Ordre National des Infirmiers. (2021, 8 mai). *Communication sur les perspectives d'évolution du métier d'infirmier et le besoin de reconnaissance post-crise sanitaire*. <https://www.ordre-infirmiers.fr/les-infirmiers-s-interrogent-sur-leur-avenir-et-souhaitent-des-evolutions-profondes-de-leur-metier>
- Rapport Laforcade. (2016). *Mission santé mentale*. Consulté le 8 juin 2025, sur https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_laforcade_mission_sante_mentale_oct_2016.pdf
- Research into Recovery. (2017). *REFOCUS Rapport final 2017*. Consulté le 14 juillet 2025, sur <https://www.researchintorecovery.com/refocus-final-report/>
- Research into Recovery. (s. d.). *REFOCUS-Manual-2nd-edition-French.pdf*. Consulté le 23 août 2024, sur <https://www.researchintorecovery.com/wp-content/uploads/2023/05/REFOCUS-Manual-2nd-edition-French.pdf>
- Rethink. (2009). *100 ways to support recovery - A guide for mental health professionals*. Consulté le 3 avril 2025, sur https://healthsciences.unimelb.edu.au/_data/assets/pdf_file/0003/3391716/100-Ways-to-Support-Recovery-Rethink-Slade.pdf
- Santé Mentale. (2024). *Quality right 3 minutes 30 pour comprendre le programme*. Consulté le 14 juillet 2025, sur <https://www.santementale.fr/2024/09/3-minutes-30-pour-comprendre-le-programme-qualityrights/>
- Santé publique France. (2021). *Santé mentale : perceptions et connaissances des Français*. Consulté le 7 juin 2025, sur <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2021/sante-mentale-perceptions-et-connaissances-des-francais>
- Sénat. (2024). *Rapport du sénat, 2024 : Inégalités territoriales d'accès aux soins : aux grands maux, les grands remèdes*. Consulté le 2 juin 2025, sur <https://www.senat.fr/rap/r24-167/r24-1671.pdf>
- Unafam. (2021). *Synthese Etude rapports CDSP par Unafam.pdf*. Consulté le 7 juin 2025, sur <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-2021/Synthese%20Etude%20rapports%20CDSP%20par%20Unafam.pdf>

- Unafam. (2024). *DP Baromètre Unafam 2023 BD.pdf*. Consulté le 7 juin 2025, sur <https://www.unafam.org/sites/default/files/fichiers-joints/12-2024/DP%20Barom%C3%A8tre%20Unafam%202023%20BD.pdf>
- Université de Bordeaux. (s. d.). *STIGMA - Laboratoire de psychologie de l'université de Bordeaux.pdf*. <https://labpsy.u-bordeaux.fr/travaux-de-recherche/stigma>
- Vie Publique. (2024). *Rapport sur l'application des lois de finances de la sécurité sociale 2024*. Consulté le 8 juin 2025, sur <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/294422.pdf>
- Vie Publique. (s. d.). *Piel et Roelandt - De la Psychiatrie vers la Santé Mentale.pdf*. Consulté le 1 novembre 2024, sur <https://www.vie-publique.fr/files/rapport/pdf/014000522.pdf>
- WHO. (s. d.). *Constitution*. <https://www.who.int/fr/about/governance/constitution>
- WHO. (2021). *Consignes sur les services de santé mentale communautaires : Promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits humains*. <https://www.who.int/fr/publications/i/item/9789240025707>
- WHO. (2022). *Quality rights Flyer 2022*. Consulté le 14 juillet 2025, sur <https://qualityrights.org/wp-content/uploads/QRFlyer-2022-for-Web.pdf>
- WHO. (s. d.). *Toolkit*. Consulté le 15 mai 2025, sur <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-tool-kit>

Liste des annexes

<i>Annexe 1 : Guide d'entretien.....</i>	<i>p.42</i>
<i>Annexe 2 : Lettre d'information concernant l'étude.....</i>	<i>p.45</i>
<i>Annexe 3 : Accord de participation à l'étude.....</i>	<i>p.45</i>
<i>Annexe 4 : Grille COREQ, complétée pour l'étude.....</i>	<i>p.50</i>
<i>Annexe 5 : Tableau récapitulatif de l'ensemble des données sociodémographiques.....</i>	<i>p.51</i>
<i>Annexe 6 : Les compétences de l'IPA selon Ann Hamric.....</i>	<i>p.173</i>
<i>Annexe 7 : Métaparadigme et objectif central et unificateur de la discipline infirmière.....</i>	<i>p.173</i>

Guide de l'entretien

Texte introductif :

J'aimerais pouvoir échanger avec vous, lors de cet entretien, sur ce qui a pu participer à la construction de la posture de soin que vous avez aujourd'hui autour du rétablissement.

Dans cette optique, j'aimerais commencer en vous demandant, de bien vouloir me donner les 3 mots qui représentent le plus pour vous, par ordre de priorité, le rétablissement :

-

-

-

« Diriez-vous, à aujourd'hui, que dans vos suivis, accompagner les personnes dans leur processus de rétablissement est votre principal objectif ? »

« Pouvez-vous me dire en quelques mots, de manière spontanée, ce qui vous semble avoir participé le plus à la construction de la posture professionnelle qu'est la vôtre à aujourd'hui ? »

Thème 1 : le rôle de la formation

Texte introductif sur le thème abordé :

Au cours de notre carrière nous sommes souvent amenés à suivre diverses formations.

Question principale :

Pouvez-vous me parler du rôle de la **formations** dans la construction de votre posture professionnelle actuelle ?

QUESTIONS DE RELANCES SI BESOIN :

- Est-ce que cela vous a aidé à partir des souhaits et des demandes des personnes accompagnées ? (**Empowerment**)
- Cela t'a-t-il, aussi, aidé à vous centrer sur ce qui est perçu comme le plus important pour la personne accompagnée ? Si oui, en quoi ? (**Sens**)
- On entend dire parfois qu'il n'est pas toujours facile de garder l'espoir en santé mentale : Est-ce que d'avoir assisté ou participé à certaines conférences a participé à garder de l'espoir dans votre pratique ? (**Espoir**)
- Cela vous a-t-il aidé à avoir un regard plus positif sur la possibilité de rétablissement des personnes que vous accompagnez ? (**Espoir – identité positive**)
- La formation a-t-elle joué un rôle dans l'inclusion des proches dans votre pratique ? (**Ressources externes**) Et /ou à vous appuyer plus sur les dispositifs extérieurs (**associations, etc.**)
- Au final, avez-vous l'impression que certaines formations ont contribué à changer votre regard sur les personnes concernées par un trouble psychique ? » (**Identité positive**)

Thème 2 : L'influence de l'expérience professionnelle

Texte introductif sur le thème abordé :

Notre parcours et nos expériences professionnels, peut parfois influencer notre positionnement de soignant.

Question principale :

« Pouvez-vous me parler de votre **parcours professionnel**, en lien avec votre posture d'accompagnement actuelle ? »

QUESTIONS DE RELANCES SI BESOIN :

- Certaines de vos expériences professionnelles, ont-elles participé à voir l'importance de partir des attentes et des besoins identifiés par les personnes ? (**Empowerment + Sens**)
- Y a-t-il dans vos expériences professionnelles, des choses qui vous ont aidé à moins vous focaliser sur la clinique, les diagnostics et à plus prendre en compte la personne dans sa globalité, avec ses forces, ses ressources et ses valeurs ? » (**Identité positive**)
- Certaines de vos expériences vous ont-elles incité à travailler plus en collaboration avec des structures sociales et associatives (**ex : GEM**) (**Ressources extérieurs**)
- Certains aspects de votre parcours vous ont-ils aidé à vous intéresser encore plus aux besoins exprimés par les personnes, autour des interactions sociales, des aspects fonctionnelles dans son quotidien ? (**Sens**)

Thème 3 : L'influence du cadre de travail et de la dynamique institutionnelle

Texte introductif sur le thème abordé :

Il est plutôt communément accepté que notre **environnement de travail** peut exercer une certaine influence sur notre manière d'accompagner les personnes.

Question principale :

Selon vous, quel rôle votre environnement de travail (actuel ou passé) a pu avoir ou non, sur la construction de votre posture professionnelle actuelle ?

QUESTIONS DE RELANCES SI BESOIN :

- Certaines organisations de travail ont-elles facilités le développement d'une relation de confiance et de collaboration avec les personnes accompagnées ?
(Empowerment)

- « Est-ce que certaines dynamiques d'équipe (actuelle ou passée), mais aussi le positionnement de certains psychiatres, ont pu vous aider à avoir une vision plus optimiste sur les capacités des personnes que vous accompagnez ? »
(Espoir)

- Certaines ambiances de travail, vous ont-elles aussi incité à vous intéresser plus aux attentes personnelles de la personne ? **(Sens)**

- « Certains fonctionnement / organisations vous ont t'ils aidé à orienter plus facilement les personnes vers le milieu ordinaire ? (GEM, associations, travail, formations, etc. » **(Ressources externes)**

- « Si oui : cela vous a-t-il aidé à penser à orienter plus facilement des personnes vers le milieu ordinaire, en dehors des lieux de soins (ex : GEM, associations) ? »

- Diriez-vous que le type de structure où vous travaillez (ou où vous avez travaillé) vous ont aidé à changer de regard sur les personnes concernées par un problème de santé mentale ? (Identité positive / stigmatisation)

Thème 4 : Le rôle de la transmission entre professionnels et l'observation d'autres IDE

Texte introductif sur le thème abordé :

Nous pouvons aussi parfois être inspiré dans notre pratique, par l'observation et la transmission de collègue

Question principale :

Est-ce que certaines rencontres et partages avec d'autres professionnels, ont eu une influence sur votre pratique professionnelle vers le rétablissement ?

QUESTIONS DE RELANCES SI BESOIN :

- « Cela vous a-t-il aidé à avoir un positionnement collaboratif avec les personnes accompagnées ? (Capacité d'agir et de décider de la personne) » **(Empowerment et sens)**
- « Est-ce que l'observation, les échanges avec d'autres professionnels, ont participés à les orienter plus facilement les personnes vers l'extérieur (hors des lieux de soins) **(Ressources extérieurs)** et / ou à communiquer plus avec les proches ?
- Est-ce que certains personnes / certaines rencontres, ont participé à faire évoluer votre regard vis-à-vis des personnes concernées par un trouble psychique ? **(Identité positive)** échanges avec des professionnels ou des personnes concernée (suivies)
- « Travaillez-vous avec des **pairs-aidants** ou des médiateurs de santé pairs ?

Si oui, avez-vous l'impression que cela vous a permis d'être plus sensibilisé à la notion de rétablissement et à ce qui le favorise ? » **(Espoir)** Avez-vous l'impression que cela a fait évoluer votre pratique ?

Thème 5 : L'incidence de l'expérience et du vécu personnel

Texte introductif sur le thème abordé :

Une dernière question. J'aimerais aborder avec vous l'expérience personnelle. Dans la limite bien sûr de ce que vous souhaitez aborder :

Question principale :

Que pensez-vous du vécu personnel et du lien possible avec la posture d'accompagnement dirigée vers le rétablissement ?

QUESTIONS DE RELANCES SI BESOIN :

- En quoi les adversités de la vie (petites ou grandes) vous ont-elles, peut-être, amené à encourager plus régulièrement les personnes que vous accompagnez et à être parfois vous-même porteur d'espoir pour la personne ? **(Espoir)**
- Est-ce que vous avez l'impression que ces expériences personnelles, vous ont aidé à plus construire les accompagnements principalement autour des souhaits et des attentes des personnes accompagnées ? **(Empowerment)**
- Vous arrive-t-il évoquer certaines situations personnelles vécues afin de normaliser le vécu de la personne concernée ? Si oui, pourriez-vous me dire ce qui vous a incité à le faire avec le temps ? **(Identité positive)**
- Cela a-t-il pu vous aider à identifier l'importance d'aider la personne à favoriser le milieu ordinaire autant que possible et à inclure au maximum les proches ? » **(Ressources extérieures)**
- Ces expériences vous ont-elles incité à d'aider les personnes à identifier sur ce qui est important pour eux et ce qui donne, selon elles, un sens à leur vie ? **(Sens)**

Questions de fin d'entretien :

« S'il n'y avait **qu'une seule chose à retenir** sur ce qui vous a surtout aidé à développer une posture de soin dirigée vers le rétablissement, laquelle serait-elle ? »

« Il y a-t-il d'autres choses que vous souhaiteriez rajouter ? »

Recueil des données socio-démographiques des répondants :

- Age :
- Fonctions : IDE / IPA / Cadre de santé
- Type de formations spécifiques en santé mentale :
- Nombre d'années de diplôme d'état d'infirmier :
- Nombre d'années de pratique dans le milieu de la réhabilitation psychosociale :
- Outils de soins en RPS utilisés dans la pratique actuelle et passée :
- Exerce en structure de réhabilitation psychosociale labélisée par l'ARS :

OUI / NON

Si oui, de quel type : Centre ressource / Centre support / Centre de Proximité

Annexe 2 : Lettre d'information concernant l'étude

LETTRE D'INFORMATION DESTINEE AUX PARTICIPANTS A L'ETUDE QUALITATIVE
--

Titre de la recherche : la transition vers un modèle collaboratif en santé mentale autour du rétablissement

Madame, Monsieur,

Nous vous proposons de participer à une étude de recherche qui concerne la posture d'accompagnement des personnes concernées par un trouble psychique.

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

Justification de l'étude :

La compréhension des enjeux de la transition vers un modèle collaboratif en santé mentale reste peu étudiée

Objectifs de l'étude :

Identifier ce qui contribue à l'appropriation d'une pratique professionnelle collaborative en santé mentale

Déroulement de l'étude :

Réalisation d'un entretien individuel d'une durée d'environ une heure.

Cet entretien sera enregistré afin de faciliter sa retranscription et d'en analyser ensuite les données.

Bénéfices de l'étude :

Nous espérons que cette étude permettra de contribuer à une meilleure compréhension des enjeux de la transition vers un modèle collaboratif en santé mentale.

Résultats :

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

Confidentialité – Aspects éthiques et réglementaires :

Si vous le souhaitez, vous pouvez poser toutes les questions et avoir toutes les explications nécessaires auprès de la personne responsable :

Morgand Michael

Mail : michaelmorgand@gmail.com

Tel : 06.49.35.63.08

Votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à votre participation.

Dans le cadre de cette recherche, un traitement de vos données obtenues sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de l'étude. Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles seront anonymisées et ne seront transmises qu'aux personnes impliquées dans la recherche.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, et au règlement européen sur la protection des données personnelles (2016/679), vous disposez d'un droit d'accès et de rectification. Vous disposez également d'un droit de suppression, de limitation et de portabilité de vos données utilisées et traitées dans le cadre de cette recherche. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous a proposé de participer à cette étude ou auprès du responsable du traitement, le promoteur de la recherche : Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy) 211 rue du Général Leclerc, 59350 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE (contact@f2rsmpsy.fr)

L'absence de réponse à cette étude de votre part sera considérée comme une opposition, et le fait d'y répondre fera quant à lui office de non-opposition de votre part et acte de consentement.

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

Lettre de consentement à participer à un programme de recherche

Titre de l'étude : La transition vers un modèle collaboratif en santé mentale autour du rétablissement

Nous vous sollicitons aujourd'hui pour participer à une étude de recherche qualitative portant sur les facteurs favorisant l'appropriation d'une posture de soins orientée vers le rétablissement personnel. Cette étude est menée par Michael Morgand, étudiant en Master 2 d'Infirmier en Pratique Avancée.

Objectif de l'étude :

Cette recherche vise à mieux comprendre les facteurs qui influencent l'adoption d'une pratique centrée sur le rétablissement par les professionnels de la santé mentale. Votre participation nous aidera à identifier les éléments clés qui facilitent ou entravent ce processus.

Nature de votre participation :

Votre participation consistera en un entretien semi-directif d'une durée approximative de 45 minutes à 1 heure, au cours duquel vous serez invité(e) à partager vos expériences, vos perceptions et vos opinions sur le sujet de l'étude. L'entretien sera enregistré, pour l'utilisation de l'enregistreur audio d'un téléphone portable, lors des entretiens en présentiel, et par l'intermédiaire de la plateforme Zoom, pour les entretiens menés à distance (audio et vidéo). L'ensemble de ces supports seront détruits dès la retranscription écrite de l'entretien.

Confidentialité :

Toutes les informations recueillies dans le cadre de cette étude seront traitées de manière strictement confidentielle. Votre identité et le lieu de votre exercice professionnel, seront protégés et aucun renseignement personnel identifiable ne sera divulgué dans les rapports de recherche ou les publications. Les données enregistrées (audio et/ou vidéo) seront conservées de manière sécurisée le temps de la retranscription écrite des entretiens et seront ensuite détruites, conformément aux réglementations en vigueur.

Avantages et inconvénients :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire. Il n'y a aucun avantage direct à participer, mais votre contribution permettra d'approfondir les connaissances sur l'appropriation d'une posture de soins orientée vers le rétablissement et pourrait ainsi contribuer à améliorer les pratiques professionnelles.

Il n'y a pas d'inconvénients connus à participer à cette étude, en dehors du temps nécessaire à la conduite de l'entretien.

Droit de retrait :

Vous êtes libre de refuser de participer à cette étude ou de vous retirer en tout temps sans avoir à fournir de justification et sans que cela n'ait de conséquences pour vous.

Questions et informations supplémentaires :

Si vous avez des questions concernant cette étude ou si vous souhaitez obtenir des informations supplémentaires, n'hésitez pas à contacter Michael Morgand, à l'adresse électronique suivante : michaelmorgand@gmail.com ou au 06.49.35.63.08.

Consentement :

En signant ce formulaire, je confirme avoir lu et compris les informations ci-dessus.

Je consens librement à participer à cette recherche.

Nom du chercheur : Michael Morgand

Date : le 13 novembre 2024

Signature :



Nom du participant :

Date :

Signature

Annexe 4 : Grille COREQ, complétée pour l'étude

Grille COREQ (Consolidated criteria for REporting Qualitative research) : Traduction française originale de la liste de contrôle qualité des études qualitatives

Domaine 1 : Équipe de recherche et réflexion

1) Enquêteur/animateur : L'auteur du mémoire, Michael Morgand, a mené l'ensemble des entretiens individuels.

2) Titres académiques : Le chercheur est infirmier diplômé d'État (IDE) et étudiant en Master 2 en pratique avancée (IPA).

3) Activité : Au moment de l'étude, il était infirmier de coordination en réhabilitation psychosociale et étudiant en Master 2 IPA.

4) Genre : Le chercheur est un homme.

5) Expérience et formation : Le chercheur est infirmier diplômé d'État (IDE) depuis 1998. Il exerce en psychiatrie santé mentale depuis 2000. Il a une activité de formation depuis 2017. Il a suivi une formation de deux ans en réhabilitation psychosociale (RPS) de 2002 à 2003. Il a un Diplôme Universitaire en remédiation cognitive et en psychoéducation. Il coordonne deux programmes d'Education Thérapeutique du patient (ETP).

6) Relation antérieure : Le chercheur connaissait 3 des 12 personnes interrogées au cours de l'étude.

7) Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur : Les participants ont reçu une lettre d'information qui précisait le cadre de la recherche menée pour un Master d'IPA, leur indiquant ainsi le statut d'étudiant-chercheur pour l'enquête.

8) Caractéristiques de l'enquêteur : Les participants ont été informés des objectifs généraux de la recherche, notamment de "mieux comprendre comment proposer un accompagnement optimal aux équipes de soins" dans le cadre des futures missions d'un Infirmier en Pratique Avancée.

Domaine 2 : Conception de l'étude

9) Orientation méthodologique et théorique : L'étude a adopté une approche qualitative, avec une démarche hypothético-déductive. La méthode d'analyse était de type thématique, et les entretiens ont suivi une approche compréhensive inspirée de Jean-Claude Kaufmann. Le cadre théorique s'appuie sur le concept de rétablissement (W.Anthony, P.Deegan), les facteurs de rétablissement (selon le CHIME, M.Slade), les principes de la réhabilitation psychosociale (N.Franck), l'Approche des Soins Infirmiers Fondée sur les Forces (L.N.Gottlieb) et le Modèle de Montréal.

10) Échantillonnage : Les participants ont été sélectionnés par un échantillonnage intentionnel et

raisonné. Le recrutement était sélectif pour interroger des professionnels ayant déjà développé une pratique orientée rétablissement.

11) Prise de contact : Les participants ont été contactés par courrier électronique ou via le réseau social LinkedIn ou par mail.

12) Taille de l'échantillon : 12 professionnels ont participé à l'étude.

13) Non-participation : Aucune personne ayant été sollicité, n'a refusé de participer à l'étude.

14) Cadre de la collecte des données : Dix entretiens ont été réalisés en présentiel ou par visioconférence (via la plateforme Zoom), deux ont été réalisés en présentiel.

15) Présence de non-participants : Les entretiens ont été réalisés dans un cadre individuel, n'impliquant que le chercheur et le participant.

16) Description de l'échantillon : L'échantillon était composé de 12 professionnels (6 hommes, 6 femmes), avec un âge moyen de 46,8 ans (ET de 9,7 ans).

Il comprenait 4 cadres de santé, 4 IPA, 3 IDE et 1 ISP, avec une ancienneté moyenne depuis l'obtention du diplôme d'état infirmier de 20,67 ans (ET = 7,98 années) et d'une ancienneté en RPS de 9,7 ans, avec un écart-type (ET) de 4,5 années.

Ils exerçaient principalement en Hauts-de-France (pour 9 répondants) et Île-de-France (pour 3 répondants) dans divers types de structures de RPS (6 répondants en centres supports, 3 en centre de proximité et 3 en structure de RPS sans labélisation).

Domaine 3 : Analyse et résultats

17) Guide d'entretien : Un guide d'entretien thématique a été élaboré pour structurer les échanges. Ce guide a été préalablement testé lors d'un entretien pilote qui a permis de le valider.

18) Entretiens répétés : Aucun entretien n'a été répété auprès d'un même participant. L'ensemble des répondants n'ont été interviewé qu'à une seule reprise.

19) Enregistrement audio-visuel : Les entretiens ont fait l'objet d'un double enregistrement audio (dictaphone, logiciel sur téléphone, enregistreur Zoom).

20) Cahier de terrain : Des notes de terrains ont été prise au fur et à mesure des entretiens, à l'aide d'un journal de bord.

21) Durée : La durée moyenne des entretiens était de 1 heure et 10 minutes, avec des durées allant de 44 minutes à 1 heure et 35 minutes.

22) Seuil de saturation : La saturation théorique des données a été utilisée comme critère pour arrêter la collecte. Cette saturation a été obtenue à partir du 9ème entretien, où il n'a plus été obtenu de nouvelles unités de sens.

Trois autres entretiens ont ensuite été réalisés, sans apporter de nouveaux éléments, confirmant

l'absence de nouvelles unités de sens supplémentaires.

Au total 12 personnes ont participé à l'étude.

23) Retour des retranscriptions : Les participants ont été informés de la possibilité de relire et de valider la retranscription de leur entretien sur simple demande.

24) Nombre de personnes codant les données : Seul le chercheur a codé les données. L'étude n'a pas fait l'objet d'un double encodage.

25) Description de l'arbre de codage : l'arbre de codage a été développé selon une démarche hypothético-déductive. Le contenu des entretiens a été segmenté en unités de sens (codes), puis regroupé en sous-thèmes et en thèmes. Cinq thèmes principaux ont été définis en lien avec les hypothèses de recherche, et un sixième thème a émergé spontanément et de manière constante des données.

Le logiciel Nvivo a été utilisé pour faciliter le processus de codage.

26) Détermination des thèmes : L'étude a utilisé une approche mixte. Des thèmes ont été définis à l'avance à partir des hypothèses, mais la démarche a conservé une ouverture qui a permis l'émergence d'éventuels nouveaux thèmes, directement issus des données, comme celui sur l'influence des caractéristiques individuelles.

27) Logiciel : Le logiciel d'analyse qualitative NVivo a été utilisé pour gérer et coder les données issues des 12 retranscriptions d'entretiens de l'étude.

28) Vérification par les participants : Un droit de relecture et de vérification des entretiens a été mis à la connaissance de l'ensemble des participants (lettre d'information et accord de participation à l'étude). Aucun des 12 participants n'a demandé une relecture de la retranscription de leur entretien.

29) Citations présentées : Des citations des participants ont été utilisées pour illustrer et soutenir les thèmes. Chaque citation est identifiée par un code alphanumérique comprenant le numéro de l'entretien et la ligne où apparaît la citation ou l'unité de sens, dont il est fait référence. (Ex : E1, l. 125-132)

30) Cohérence des données et des résultats : Cohérence claire entre les données (citations) et les résultats (thèmes). Chaque point d'analyse est systématiquement illustré par des extraits d'entretiens en liens avec l'analyse.

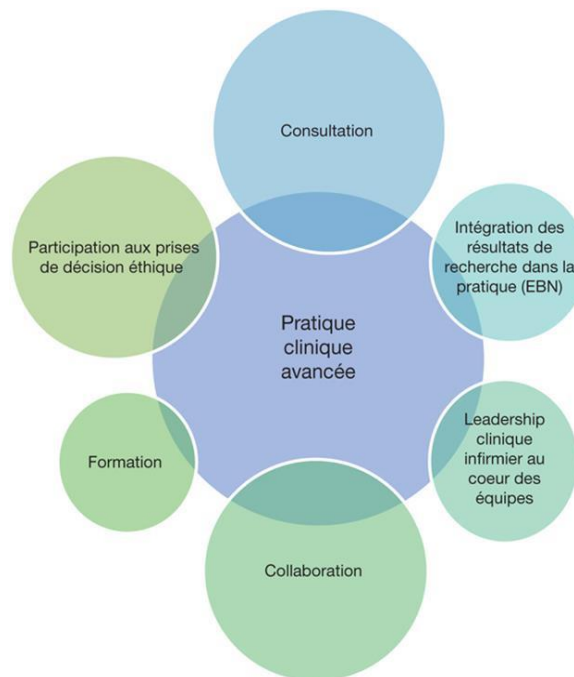
31) Clarté des thèmes principaux : Les thèmes principaux sont présentés de manière claire et structurée à l'aide de titres distincts dans la section des résultats.

32) Clarté des thèmes secondaires : Au sein de chaque thème principal, des thèmes secondaires (sous-thèmes) sont clairement identifiés par des intertitres, permettant une description détaillée et nuancée des résultats.

Annexe 5 : Tableau récapitulatif de l'ensemble des données sociodémographiques

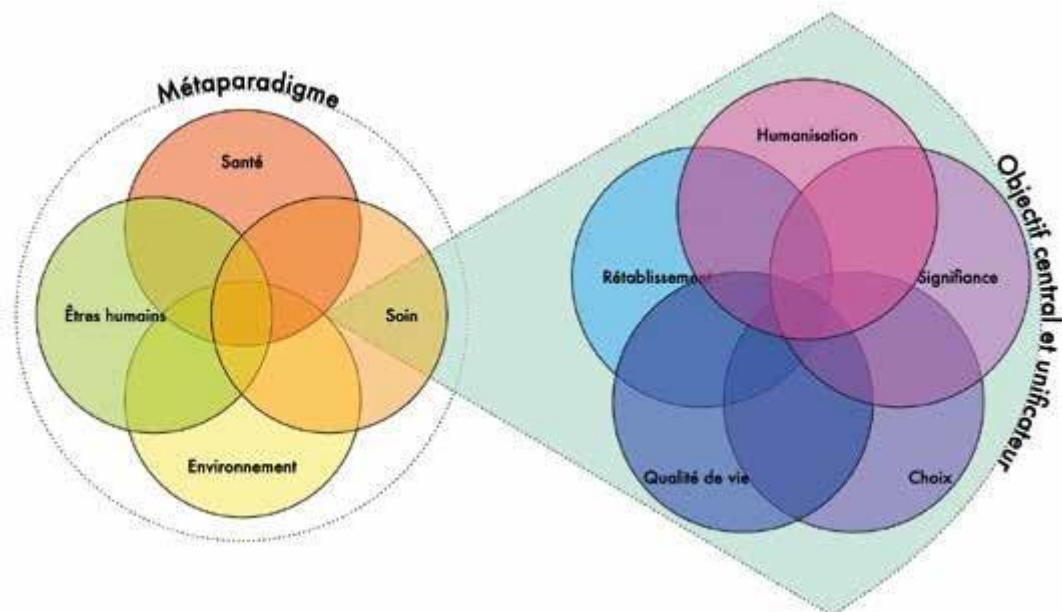
Personnes	Genre	Groupe d'âge	Fonction	Ancienneté diplôme IDE	Experience en RPS	Type de structure	Formation	Département d'exercice	Date de l'entretien	Durée
E1	Homme	31 ans	Cadre de santé	10 ans	10 ans	Structure RPSnon labélisée	Formation 40h ETP	Nord (59)	19/09/2024	44 min
E2	Homme	43 ans	IDE	20 ans	12 ans	Centre support en RPS	DU de psychoéducation	Nord (59)	28/11/2024	55 mn
E3	Femme	59 ans	ISP	38 ans	10 ans	Centre support en RPS	DU de remédiation cognitive	Oise (60)	29/11/2024	93 min
E4	Homme	38 ans	IPA	12 ans	7 ans	Structure RPSnon labélisée	DU de remédiation cognitive	Pas de Calais (62)	02/12/2024	80 min
E5	Femme	59 ans	IPA	17 ans	17 ans	Centre support en RPS	DU de remédiation cognitive	Val de Marne (94)	02/12/2024	76 min
E6	Femme	56 ans	IDE	20 ans	9 ans	Centre de proximité en RPS	DU de remédiation cognitive	Nord (59)	09/12/2024	80 min
E7	Femme	49 ans	IDE	25 ans	7 ans	Centre support en RPS	Formation 40h ETP	Nord (59)	13/12/2024	68 min
E8	Femme	54 ans	Cadre de santé	27 ans	12 ans	Centre support en RPS	Formation type TCC	Nord (59)	16/12/2024	67 min
E9	Homme	46 ans	IPA	25 ans	5 ans	Centre de proximité en RPS	Formation 40h ETP	Paris (75)	09/01/2025	74 Min
E10	Homme	48 ans	IPA	23 ans	5 ans	Centre support en RPS	Formation 40h ETP	Seine-et-Marne (77)	29/01/2025	88 min
E11	Homme	31 ans	Cadre de santé	10 ans	5 ans	Centre de proximité en RPS	Formation 40h ETP	Nord (59)	05/02/2025	45 min
E12	Femme	47 ans	Cadre de santé	21 ans	17 ans	Structure RPSnon labélisée	Formation 40h ETP	Nord (59)	05/03/2025	93 min

Annexe 6 : Les compétences de l'IPA selon Ann Hamric



Hamric, A. B., Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2009). *Advanced practice nursing: An integrative approach* (4e éd.). Saunders Elsevier.

Annexe 7 : Métaparadigme et objectif central et unificateur de la discipline infirmière (traduction libre d'après Willis et al., 2008)



MORGAND	Michael	Sept 2025
Master Infirmier en Pratique Avancée IPA		
Posture de soin orientée rétablissement : Une enquête qualitative auprès d'infirmiers exerçant en réhabilitation psychosociale		
Abstract : <i>This research, born of the observation that nurses' appropriation of the recovery-oriented posture of care varies, aims to identify the factors influencing this process. The central issue is: What fosters the acquisition of this posture? The study is based on the concepts of personal recovery (CHIME), psychosocial rehabilitation (PSR), the Strengths-Based Nursing Approach and the Montreal Model. A qualitative methodology was employed, via semi-structured interviews with 12 professionals experienced in PSR, with the core profession of nurse (Registered Nurse (RN), Mental Health Nursing (MHN), Advanced Practice Nurse (APN) and health manager), followed by a thematic analysis. The results indicated that appropriation was a multifactorial process, influenced by training (content and receptivity), a supportive work environment (leadership, autonomy), professional interactions (role models and Peer Support Specialists) and the caregiver's individual experience and traits (values, reflexivity). In conclusion, adopting this posture is a transformative journey for the caregiver, which can be mirrored in the recovery process. This research opens up new prospects for providing appropriate support to carers, highlighting the major role that the Advanced Practice Nurse can play in bringing hope, empowerment and a more positive identity to the nursing profession.</i> Résumé : Cette recherche, née du constat d'une appropriation variable de la posture de soin orientée rétablissement chez les infirmiers, vise à identifier les facteurs influençant ce processus. La question centrale est : Qu'est-ce qui favorise l'acquisition de cette posture ? L'étude s'appuie sur les concepts de rétablissement personnel (CHIME), de réhabilitation psychosociale, sur l'Approche de Soins Infirmiers Fondés sur les Forces, ainsi que le modèle de Montréal. Une méthodologie qualitative a été employée, via des entretiens semi-directifs auprès de 12 professionnels expérimentés en RPS, ayant le métier socle d'infirmier (Infirmier Diplômé d'Etat (IDE), Infirmière Spécialisée en Psychiatrie (ISP), Infirmier en Pratique Avancée (IPA) et Cadre de santé), suivis d'une analyse thématique. Les résultats indiquent que l'appropriation est un processus multifactoriel, influencé par la formation (contenu et réceptivité), un environnement de travail soutenant (leadership, autonomie), les interactions professionnelles (modèles et pairs-aidants) ainsi que par le vécu et les traits individuels du soignant (valeurs, réflexivité). En conclusion, l'adoption de cette posture est un parcours de transformation pour le soignant, pouvant être mis en miroir avec le processus de rétablissement. Cette recherche ouvre des perspectives pour un accompagnement ajusté des soignants, soulignant le rôle majeur que peut jouer l'Infirmier en Pratique Avancée, comme porteur d'espoir, d'empowerment et d'identité plus positive dans la profession infirmière.		
Mots clés : Rétablissement, empowerment, posture de soins, réhabilitation psychosociale		
Direction de mémoire : Docteur Claire Rascle - Psychiatre		
L'UPJV n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans ce mémoire : ces opinions doivent être considérées comme propres à leur auteur.		