

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉS DE MÉDECINE

ANNÉE 2020

2020 TOU3 1691

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Clément PRIOL

le 2 Novembre 2020

TITRE DE LA THÈSE

**Étude qualitative du vécu des patients de la réhabilitation
psychosociale**

Directeur de thèse : Dr Rémy KLEIN

JURY

Monsieur le Professeur Christophe ARBUS

Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT

Monsieur le Professeur Antoine YRONDI

Monsieur le Docteur Tudi GOZE

Monsieur le Docteur Rémy KLEIN

Président

Assesseur

Assesseur

Assesseur

Suppléant

TABLEAU du PERSONNEL HOSPITALO-UNIVERSITAIRE
des Facultés de Médecine de l'Université Toulouse III - Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2019

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LARENG Louis
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Frank	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. TKACZUK Jean
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis	Professeur JOFFRE Francis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur ARBUS Louis	Professeur LARENG Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur LAURENT Guy
Professeur BOCCALON Henri	Professeur LAZORTHES Yves
Professeur BONEU Bernard	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur CARATERO Claude	Professeur MANELFE Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard	Professeur MASSIP Patrice
Professeur CHAP Hugues	Professeur MAZIERES Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur COSTAGLIOLA Michel	Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur DABERNAT Henri	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur SALVAYRE Robert
Professeur DELISLE Marie-Bernadette	Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31000 TOULOUSE

Doyen : Didier CARRIE

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E.)	Hématologie, transfusion	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne	M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. BRASSAT David	Neurologie	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro	M. PAGES Jean-Christophe	Biologie Cellulaire et Cytologie
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	Mme TREMOLIERES Florence	Biologie du développement
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque		
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.		
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie		
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	P.U. Médecine générale	
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MESTHÉ Pierre	
M. FOURNIÉ Pierre	Ophtalmologie	M. OUSTRIC Stéphane (C.E)	
M. GAME Xavier	Urologie		
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	Professeur Associé Médecine générale	
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. ABITTEBOUL Yves	
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. POUTRAIN Jean-Christophe	
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale		
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition	Professeur Associé en Neurologie	
M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie	Mme PAVY-LE TRAON Anne	
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'urgence	Professeur Associé en Bactériologie - Virologie ; Hygiène Hospitalière	
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	Mme MALAVALD Sandra	
M. MALAVALD Bernard	Urologie		
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique		
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MAZIERES Julien	Pneumologie		
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie		
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie		
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie		
M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie		

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : Elie SERRANO

P.U. - P.H.

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1^{ère} classe

2^{ème} classe

M. ARBUS Christophe Psychiatrie
M. ACAR Philippe Pédiatrie
M. ACCADBLE Franck Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent (C.E) Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine Epidémiologie
M. ARNAL Jean-François Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E) Biophysique
M. BONNEVILLE Fabrice Radiologie
M. BUJAN Louis (C. E) Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis (C.E) Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E) Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E) Endocrinologie
M. CHAUFOUR Xavier Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick Anatomie
M. CHIRON Philippe (C.E) Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud Rhumatologie
M. COURBON Frédéric Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric Hématologie
M. DELOBEL Pierre Maladies Infectieuses
M. DELORD Jean-Pierre Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E) Pneumologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E) Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer Cardiologie
M. GALINIER Michel (C.E) Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E) Chirurgie Cardio-Vasculaire
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel Anatomie Pathologique
M. GOURDY Pierre Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E) Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prév.
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E) Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E) Endocrinologie
M. HUYGHE Eric Urologie
M. KAMAR Nassim (C.E) Néphrologie
M. LARRUE Vincent Neurologie
M. LEVADE Thierry (C.E) Biochimie
M. MALECAZE François (C.E) Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe Médecine Physique et Réadaptation
M. MAURY Jean-Philippe Cardiologie
Mme MAZEREEUW Juliette Dermatologie
M. MINVILLE Vincent Anesthésiologie Réanimation
M. OTAL Philippe Radiologie
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E) Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick (C.E) Nutrition
M. ROLLAND Yves (C.E) Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E) Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E) Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E) Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E) Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E) Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E) Urologie
M. SUC Bertrand Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E) Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E) Gériatrie

M. AUSSEIL Jérôme Biochimie et biologie moléculaire
M. BERRY Antoine Parasitologie
M. BOUNES Vincent Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara Gastro-entérologie
M. CHAPUT Benoit Chirurgie plastique et des brûlés
Mme DALENC Florence Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane Pédiatrie
Mme FARUCH-BILFELD Marie Radiologie et Imagerie Médicale
M. FAGUER Stanislas Néphrologie
M. FRANCHITTO Nicolas Addictologie
M. GARRIDO-STÔWHAS Ignacio Chirurgie Plastique
M. GATIMEL Nicolas Médecine de la reproduction
Mme LAPRIE Anne Radiothérapie
M. LAURENT Camille Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric Génétique
M. MARCHEIX Bertrand Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MEYER Nicolas Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice Chirurgie Digestive
M. REINA Nicolas Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. SILVA SIFONTES Stein Réanimation
M. SOLER Vincent Ophtalmologie
Mme SOMMET Agnès Pharmacologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan Physiologie
M. VERGEZ Sébastien Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeur Associé de Médecine Générale

M. BOYER Pierre

M. STILLMUNKES André

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN
37, allées Jules Guesde – 31000 Toulouse

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex

M.C.U. - P.H.		M.C.U. - P.H	
M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile	Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie et Biologie Moléculaire	M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme BELLIERE-FABRE Julie	Néphrologie	Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophtalmologie	M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie	Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme CORRE Jill	Hématologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	M. DEDOUT Fabrice	Médecine Légale
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
Mme DE MAS Véronique	Hématologie	M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
M. GANTET Pierre	Biophysique	Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie	Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie; Hygiène Hospit.
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GALINIER Anne	Nutrition
M. HAMDJ Safouane	Biochimie	Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme HITZEL Anne	Biophysique	Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie	M. GASQ David	Physiologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire	M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie	M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie ; Addictologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie	M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie	M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
Mme PERROT Aurore	Hématologie ; Transfusion	M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. PILLARD Fabien	Physiologie	M. LEPAGE Benoît	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène	M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
M. TREINER Emmanuel	Immunologie	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie	M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique	Mme VALLET Marion	Physiologie
		M. VERGEZ François	Hématologie
		M. YRONDI Antoine	Psychiatrie d'Adultes ; Addictologie
M.C.U. Médecine générale		M.C.U. Médecine générale	
M. BRILLAC Thierry		M. BISMUTH Michel	
Mme DUPOUY Julie		Mme ESCOURROU Brigitte	

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr CHICOUAA Bruno
Dr FREYENS Anne
Dr PUECH Marielle

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Leila
Dr. BOUSSIER Nathalie

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Christophe Arbus,

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. Merci de votre implication et de votre disponibilité durant notre formation. Je vous prie de recevoir mes sincères remerciements pour avoir accepté de juger mon travail. Veuillez croire en l'expression de ma profonde considération.

A Monsieur le Professeur Laurent Schmitt,

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de porter un jugement sur mon travail. J'ai été très touché de pouvoir bénéficier durant mon parcours de votre enseignement au lit du malade. Veuillez accepter l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Antoine Yrondi,

Vous avez accepté sans hésitation de faire partie du jury de cette thèse. Je vous remercie de la richesse de votre enseignement dans le cadre des cours. Je tiens à vous présenter ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Docteur Tudi Gozé,

Merci pour la sensibilité que tu m'as apportée et qui me permet d'aborder différemment la psychiatrie. Ton engagement m'a permis également de développer la compréhension de notre métier. Tu peux être assuré de ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Docteur Rémy Klein,

C'est grâce à toi que ce projet a pu avoir lieu. Merci pour ton implication, ta patience et ta bienveillance sans limite. Au-delà de la thèse, ta volonté de transmettre et ta générosité me font imaginer le médecin que je souhaite devenir. Sois assuré de ma profonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Raphaël Carré,

C'est grâce à ton aide que j'ai pu élaborer la méthodologie de ma thèse. Merci de ton accompagnement et de ton soutien. Je tiens à t'adresser mes sincères remerciements.

A la FERREPSY, et notamment à Madame Alexandrine Salis et au Docteur François Olivier pour avoir supporté mon projet. Je tiens à vous adresser mes sincères remerciements.

REMERCIEMENTS PERSONNELS

A Maman,

Merci pour ce partage permanent et l'amour que tu nous donnes à mon frère et à moi. L'intérêt que tu nous as toujours porté est ce qui m'a permis de devenir curieux du monde qui nous entoure. C'est grâce à toi et à papa que chaque jour je deviens qui je suis.

A Papa,

Tu m'as toujours accompagné et laissé faire mes choix et mes erreurs. Merci de ton support et de ton amour qui me permettent d'avancer sereinement et d'être là où j'en suis aujourd'hui.

A Romain,

Je ne serais probablement pas en train de soutenir cette thèse si tu n'avais pas ouvert le chemin. Je sais que tu continueras à me faire partager ce qui compte pour toi. Merci de toujours être là.

A Mamie,

Merci de l'amour que tu m'apportes et du temps passé avec nous. Ton regard attentif continu de m'appuyer au quotidien. Merci de continuer à rire avec moi.

A Yoann,

C'est parce que tu m'accompagnes que ce chemin a du sens. La complicité que nous tissons au fil de ces années me permet d'envisager l'avenir. Il me tarde de continuer avec toi.

A Sophie, William-Rodin et Bruno,

Merci de votre accueil et de tous ces excellents moments, souvent épicuriens. Le futur n'en manquera sûrement pas, et je les attends avec impatience.

A Yvan, Raphaël et Valentin,

Vous êtes là depuis toujours, et je n'envisage l'avenir que ponctué par nos retrouvailles régulières. Merci d'avoir toujours cru en moi et pour ces moments partagés et à venir.

A Elodie,

Tu me connais sûrement comme peu d'autres personnes. Si je devais commencer quelque part, c'est de chez toi que je referais le monde. Merci de ta patience sans bornes avec moi.

A Cécile,

Le temps passe rarement aussi vite que dans les moments partagés ensemble, et ma jeunesse est remplie de notre amitié. Merci d'avoir toujours cru en moi. Quelque soit la distance qui nous sépare, mon amitié pour toi reste sans limite.

A Déborah,

Je n'ai jamais autant voyagé qu'en discutant avec toi. Chaque moment passé avec toi m'est précieux. Merci pour toutes ces images, idées et impressions que tu as su m'offrir.

A Guilhem,

Je ne sais pas comment envisager le quotidien sans les repas gargantuesques, les douloureuses séances de sport ou les moments de connivence télévisuelle. Je ne me lasse pas de partager quelques minutes d'échange sur un riff, ou des heures devant un concert. Mais au-delà de tous ces moments, merci de ton soutien infailible et de ta générosité sans bornes, j'ai hâte de vivre ces aventures qui nous attendent.

A Thomas,

L'internat ne serait pas le même sans ta bonne humeur permanente. Merci de toujours être d'accord pour que l'on ne soit pas d'accord, de ne jamais t'en vexer, et de toujours être là pour continuer à échanger. Ta motivation et ta gentillesse infinie sont un véritable exemple. Je ne doute pas de tout ce que nous vivons encore.

A Lucie,

Nous aurons partagé tant de choses au cours de ces années. Merci de m'offrir ta vision du monde et de toujours rire aux éclats. Je ne compte plus les sujets passionnants ni les parfums de thés. La sincérité de ton amitié compte énormément pour moi.

A Pauline,

Le temps des premiers QCM commence à être loin. Quel chemin nous avons parcouru ! Il a été semé d'incroyables moments et je n'aurais aucun mal à me souvenir des meilleurs. Merci de continuer à m'accompagner et de tout ce qui reste à venir.

A Marie-Charlotte,

Quel travail nous avons accompli ensemble ! Je ne regrette aucune de ces centaines d'heures partagées, parfois pourtant dans la souffrance. Merci de ta motivation et de ta joie perpétuelle, j'aurais énormément appris à tes côtés. Il nous reste tellement de choses à partager.

A Gaël, Benjamin, Jacques, Agathe et Antoine,

Pour m'avoir montré que l'internat est un plaisir quand on est bien accompagné. Je ne peux pas regretter Toulouse quand je pense à tous les moments passés ensemble. Je sais qu'il nous reste énormément de choses à vivre en commun, et sûrement beaucoup de fous rires.

A Hélène,

Je ne fais qu'attendre nos prochaines conversations. Ces heures de connivence que nous avons partagé font partie de mes meilleurs souvenirs toulousains. Merci de cette belle amitié.

A tous mes co-internes qui ont rendu le chemin si plaisant à parcourir, à leur soutien dans les beaux, et les rudes moments de la vie de service.

A l'ensemble du personnel médical et paramédical que j'ai croisé au fil des semestres, pour leur soutien et leur implication.

A l'équipe des urgences psychiatriques de Purpan, pour son incroyable bienveillance et son accueil.

Au service de pédopsychiatrie du Dr Vaillant, pour sa bonne humeur et son soutien.

Au CMP et à l'équipe de psychiatrie de Carcassonne, pour leur envie de transmettre et leur générosité.

A l'UF3, pour son ambiance légendaire et son humanité.

A Lou Camin, pour son accueil hors du commun, sa transmission et sa réflexion permanente.

A l'UF2, pour m'avoir accompagné sur ces derniers mois.

A Martin pour ses imitations aussi justes qu'hilarantes.

A Cécile pour sa bienveillance et sa grande auto-dérision.

A tous les autres, avec qui j'ai parcouru un bout de chemin. Merci de m'avoir accompagné, c'est grâce à chacun de vous que je peux apposer un point final à cette thèse.

LISTE DES ABREVIATIONS

RPS : Réhabilitation Psychosociale

C2RA : Centre de Réhabilitation Psychosociale de l'Aude

RÉSUMÉ	1
INTRODUCTION.....	2
MATÉRIEL ET MÉTHODES.....	5
1. Design de l'étude.....	5
2. Population de l'étude	5
3. Données recueillies et méthodes de mesure	6
4. Analyse	7
RÉSULTATS	8
1. Population incluse.....	8
2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens	9
2.1. La représentation de la réhabilitation psychosociale	9
2.2. Les objectifs des patients pris en charge en RPS.....	11
2.3. L'effet de la RPS et son attribution.....	12
2.4. Les éléments pouvant favoriser ou entraver les soins	15
2.5. Vécu des relations au centre de réhabilitation	17
2.6. Le parcours conduisant à une prise en charge en RPS	19
DISCUSSION	20
1. Discussion des principaux résultats	20
1.1. Le rapport entre les objectifs et les effets	20
1.2. La motivation aux soins par le cadre.....	22
1.3. Définition et représentation de la RPS	24
2. Limitation de l'étude	24
3. Comparaison avec les autres études	25
4. Implications de l'étude.....	25
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	27
ANNEXES.....	31
1. Guide d'entretien : Version 1 du 25/11/2019	31
2. Guide d'entretien : version finale	32

RÉSUMÉ

Introduction : La réhabilitation psychosociale est en plein développement sur le territoire français. Les effets des soins et les éléments essentiels selon les patients ne sont pas bien connus. Le but de cette étude est d'explorer le vécu par les patients des soins de réhabilitation psychosociale.

Méthode : Une méthodologie qualitative d'analyse thématique a été utilisée à partir de 15 entretiens semi-structurés.

Résultats : Les patients se représentent la réhabilitation psychosociale à partir de sa fonction, qui serait d'atteindre des objectifs définis au regard des difficultés exprimées. Ces objectifs vont être principalement de retrouver une expérience de vie positive et de changer ses activités dans et en dehors du centre. La réhabilitation psychosociale va avoir pour effet de permettre aux patients de changer leur point de vue sur eux-mêmes, de développer des capacités, de favoriser leur socialisation et leur rythme de vie et de se sentir mieux. Ces effets sont principalement attribués aux ateliers thérapeutiques. Ils sont favorisés par la motivation à poursuivre les soins, les relations bienveillantes avec les professionnels et les autres patients et le cadre facilitant l'autonomie. Le manque d'intérêt dans les prises en charge ou les conflits vont entraver les soins.

Conclusion : Ces résultats mettent en relief l'importance d'un cadre de soin soutenant et autonomisant, qui donne la priorité aux objectifs des patients plutôt qu'à la correction des déficiences afin de favoriser le processus de soin.

INTRODUCTION

La réhabilitation psychosociale (RPS) s'est développée afin de permettre la réduction du handicap et le rétablissement des patients atteints de pathologies psychiatriques dites sévères, là où la psychiatrie de secteur est tournée principalement vers la prise en charge symptomatique de ces pathologies. (1-3)

Ces pathologies psychiatriques sont fréquentes, avec une prévalence vie entière étant estimée dans la population générale à environ 1% pour la schizophrénie et 0,25% pour le trouble bipolaire de type 1 (4). Elles sont responsables d'un handicap important résultant de l'altération persistante de nombreux domaines, telles que les fonctions cognitives, l'autonomie ou encore l'insertion sociale et professionnelle (5) et ont un impact économique majeur, lié aux coûts directs des soins, et aux coûts indirects sur les conséquences professionnelles et sociales (6). Au-delà du handicap, ces pathologies peuvent être vécues comme l'effondrement de soi et de son monde (7), et les soins dans une optique de rétablissement doivent permettre de surmonter ces conséquences.

On peut ainsi définir le rétablissement comme la possibilité d'atteindre une vie épanouissante, un sentiment de l'identité positif et de nouveaux objectifs en surmontant les conséquences psychologiques que représente la pathologie. Ce changement se fait en fonction de l'évolution au cours du temps de ses valeurs, de ses objectifs et de ses compétences (7-9).

Les besoins des patients excèdent largement le traitement des symptômes et la prévention des rechutes (10), et l'offre de soin doit fournir des outils permettant de prendre en charge le handicap et soutenir le rétablissement (11). Cela est assuré en France par le développement de la RPS, en complément des soins traditionnels, appuyé en 2017 par le décret relatif au projet territorial de santé mentale et le cadre légal récent (12-13).

Ce décret définit l'organisation du parcours de soins de réhabilitation en soulignant que la réponse de proximité doit comporter impérativement des outils de remédiation cognitive et de cognition sociale, des entretiens motivationnels, des outils de psychoéducation, et un programme d'entraînement aux habilités sociales.

Ces pratiques s'implantent progressivement sur le territoire français (14), et de nombreuses recherches ont été réalisées concernant leur efficacité dans différents domaines (15).

Pour autant, la RPS ne se résume pas à ces outils, et s'appuie sur des valeurs et une philosophie qui à travers des pratiques et une posture va chercher à favoriser le rétablissement (9).

Alors que le rétablissement est considéré comme l'un des objectifs centraux de la RPS, et s'est fondé à partir de l'expérience vécue de personnes atteintes de pathologies psychiatriques sévères (7), une seule étude a été publiée jusqu'à présent sur l'expérience des soins de réhabilitation (16). Cette étude visait uniquement les patients pris en charge depuis au moins 24 mois en RPS et explorait principalement le processus de réhabilitation, les résultats atteints, le fonctionnement dans la vie de tous les jours, la confiance dans le personnel, les compétences du personnel, l'autodétermination et la fixation d'objectifs des patients. D'autres aspects comme les éléments favorisant ou entravant les soins, l'effet perçu et son attribution ou encore les attentes des patients dans les soins n'étaient pas explorés directement. A notre connaissance, il n'existe pas d'études réalisées en France concernant le vécu des soins de RPS.

Une meilleure compréhension du vécu de la RPS est essentielle afin de mieux saisir les liens existant entre les effets des soins et les mécanismes qui les étayent et appréhender les rapports entretenus entre RPS et rétablissement. Il est nécessaire de réinjecter ces connaissances dans les soins pour redéfinir le positionnement des équipes et la structure des soins, directement à partir de la perception des patients.

Le centre de réhabilitation psychosociale de l'Aude (C2RA) est ouvert depuis Avril 2018. Il prend en charge les patients atteints de troubles bipolaires et de troubles psychotiques. Tout le personnel du centre de réhabilitation a bénéficié des formations proposées par le centre de réhabilitation de Lyon. Des visites sur d'autres centres de réhabilitation de France sont régulièrement organisées. Le projet s'est construit sur une période d'un an avant son ouverture afin de développer avec les équipes une organisation en accord avec le projet de réhabilitation.

Les patients rejoignant le centre sont accompagnés par un infirmier référent dans une démarche de case management. Ils réalisent un bilan infirmier,

neuropsychologique et social afin de créer un support pour définir de potentiels objectifs de soins, ainsi que les moyens permettant de viser ces objectifs, c'est-à-dire les prises en charge en ateliers ou individuelles. Le projet de soin est ensuite réévalué tous les 6 mois.

A travers l'analyse thématique de transcriptions d'entretiens, l'objectif de ce travail est d'étudier le vécu par les patients de la RPS.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

1. Design de l'étude

Nous avons réalisé une étude qualitative prospective, utilisant une méthodologie d'analyse thématique à partir d'entretiens semi-structurés.

L'étude est monocentrique et tous les patients ont été recrutés au C2RA.

2. Population de l'étude

15 patients ont été inclus dans cette étude. Les critères d'inclusion étaient : avoir entre 18 à 65 ans, avoir un diagnostic de trouble psychotique ou bipolaire à l'évaluation initiale réalisée à l'inscription au C2RA, avoir débuté au moins une prise en charge au C2RA.

Les critères d'exclusion étaient : décompensation psychotique ou thymique au moment du recrutement, refus de participation.

La méthodologie qualitative tend à recruter des échantillons de petite taille et favorise la qualité et la richesse du processus de recherche (17). Dans ce contexte, le recrutement s'est fait de manière dirigée, l'échantillonnage aléatoire étant à haut risque de biais sur les échantillons de petite taille (18).

Certaines caractéristiques ont été recueillies pour tous les patients du C2RA par les membres de l'équipe du centre en amont de l'inclusion : l'âge, le sexe, la situation professionnelle et familiale, la durée de suivi au C2RA, les ateliers suivis au C2RA, la date de début des troubles, les prises en charge psychiatriques extérieures au centre, l'observance selon l'équipe soignante, le diagnostic initial retenu à l'admission par un des psychiatres du centre, l'échelle d'Evaluation Globale du Fonctionnement et les comorbidités psychiatriques connues.

Le recrutement a ensuite été réalisé à partir de ces caractéristiques en concertation avec l'équipe du C2RA, avec pour objectif d'obtenir une variabilité maximale et ainsi de permettre de faire émerger le plus grand nombre de thématiques possibles.

Le nombre de participants a été déterminé à partir de la saturation théorique, c'est-à-dire que le recrutement s'est arrêté lorsqu'une redondance dans les sujets a été

repérée et que peu de thèmes émergeaient à nouveau, conformément à ce qu'exige la méthodologie employée.

Après avoir été sélectionnés, les participants étaient contactés par un professionnel du centre afin d'être informés de la recherche en cours et de leur proposer de participer. Un document permettant de résumer les conditions de recherche était fourni aux professionnels afin de faciliter l'information des patients.

Une notice d'information et de non-opposition conformément à la réglementation en vigueur était fournie aux patients de manière à recueillir leur consentement et les informait de l'anonymat des données recueillies, de l'absence d'incidence sur leur prise en charge, et de l'absence de participation du chercheur à leur prise en charge et à leur suivi. Les patients pouvaient décider de signer la notice à cette occasion, et étaient informés qu'ils seraient recontactés par le chercheur afin de pouvoir poser des questions à propos de la recherche, de confirmer leur participation, et de prévoir un rendez-vous pour réaliser l'entretien.

Conformément à la loi n°2012-300 du 5 mars 2012 relative aux recherches impliquant la personne humaine, cette recherche a obtenu un avis favorable le 14/01/2020 du Comité de Protection des Personnes Ile de France 1 et l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de Santé a été informée de la mise en oeuvre de cette recherche.

3. Données recueillies et méthodes de mesure

Les 15 entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre Mars et Juin 2020 par l'auteur principal. Avant chaque entretien, il était rappelé aux patients les conditions de la recherche et l'absence d'impact sur leur prise en charge, et un temps était laissé pour permettre aux patients de poser des questions sur la recherche.

Les entretiens étaient ensuite enregistrés sur dictaphone et s'appuyaient sur un guide d'entretien élaboré en amont à partir des objectifs de la recherche. Les axes principaux explorés étaient initialement l'effet perçu de la RPS, l'attribution de l'effet, le parcours ayant conduit à débiter une prise en charge en RPS, les éléments favorisant les soins, les éléments entravant les soins, les relations avec les équipes et les attentes concernant la prise en charge (cf. Annexe 1 : Guide d'entretien initial).

Les questions avaient pour objectif de faciliter l'élaboration des patients, et de laisser un maximum de liberté dans les réponses afin de découvrir des axes qui n'auraient pas été prévus initialement et permettre ainsi d'enrichir la compréhension du

phénomène étudié. L'analyse thématique permet une analyse des données parallèles à leur recueil, ce qui augmente considérablement sa validité (19).

En cohérence avec la méthodologie utilisée, les axes d'entretiens initialement prévus ont été revus et enrichis au cours des entretiens réalisés afin de permettre l'analyse la plus riche possible. (cf. Annexe 2 : Guide d'entretien final)

Les enregistrements étaient ensuite retranscrits par écrit sur un logiciel de traitement de texte afin de réaliser l'analyse des données.

4. Analyse

Les données obtenues ont été traitées selon une méthodologie d'analyse thématique.

Cette méthode correspond à la transposition d'un corpus en un certain nombre de thèmes représentatifs du contenu analysé à partir de la problématique de la recherche (19).

Les verbatims vont tout d'abord être lus une première fois afin de se familiariser avec leur contenu. A la deuxième lecture, le travail de thématisation débute. Cela correspond à l'attribution progressive de thèmes au matériel analysé. Ces thèmes vont correspondre à de courtes expressions qui vont cerner l'essentiel d'un propos et sont déterminés en fonction des paramètres de l'étude et de la question de recherche. (20)

Durant la démarche de thématisation, ces thèmes vont subir différentes opérations de regroupement, fusion, ou encore de hiérarchisation. La thématisation n'est pas un processus linéaire mais récursif avec des révisions fréquentes, permettant une analyse plus fine du contenu.

A partir de cette analyse, on construit progressivement un arbre thématique, c'est à dire un panorama des grandes tendances du phénomène à l'étude, qui permet de réexaminer les thèmes et la cohérence globale du travail. (21)

RÉSULTATS

1. Population incluse

Les principales caractéristiques démographiques et cliniques de la population incluse sont présentées dans le tableau 1.

Caractéristiques des patients	Population totale (n=15)
Age, moyenne (Ecart Type (ET)) (n=15)	39,1 (11)
Sexe	
Homme % (n)	66,7% (10)
Femme % (n)	33,3% (5)
Situation familiale	
Célibataire % (n)	66,7% (10)
Couple % (n)	33,3% (5)
Situation professionnelle	
Sans emploi % (n)	86,7% (13)
Travail en milieu protégé % (n)	6,7% (1)
Travail en milieu ordinaire % (n)	6,7% (1)
Logement	
Autonome % (n)	53,3% (8)
Domicile familial % (n)	33,3% (5)
Structure médico-sociale % (n)	13,3% (2)
Diagnostic initial	
Trouble psychotique % (n)	60% (9)
Trouble bipolaire % (n)	40% (6)
Durée de suivi mois (ET) (n=15)	20,5 (5,4)
Observance selon l'équipe du centre :	
Bonne % (n)	93,3% (14)
Mauvaise % (n)	6,7% (1)
EGF, moyenne (ET) (n=4)	55 (4)

Tableau 1 : Caractéristiques de la population à l'inclusion

2. Résultats de l'analyse thématique des entretiens

Un premier niveau de catégorisation permet de séparer différents aspects de l'expérience de la RPS : la représentation de la RPS, les objectifs des patients, l'effet de la RPS et son attribution, les éléments favorisant et entravant les soins et les raisons conduisant à débiter une prise en charge.

2.1. La représentation de la réhabilitation psychosociale

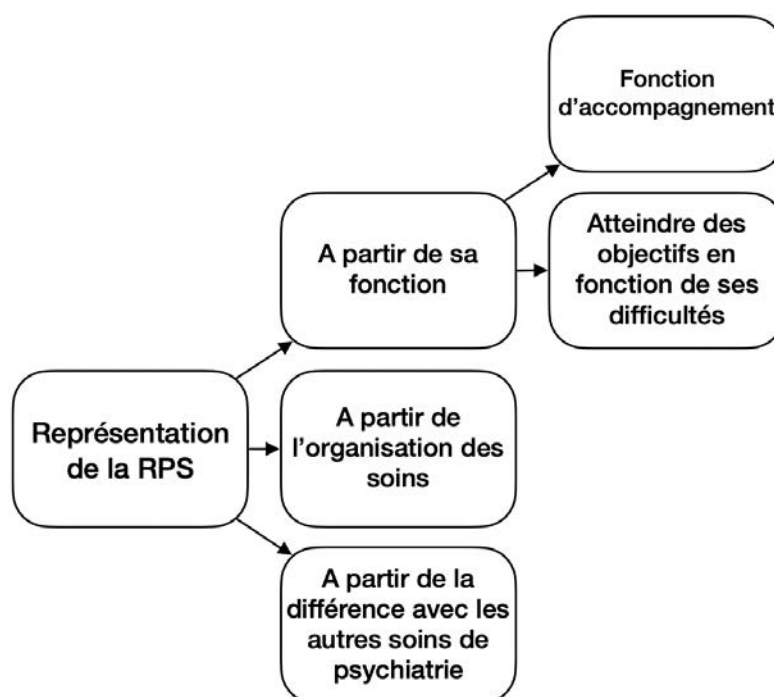


Figure 1 : Représentation de la réhabilitation psychosociale

Tous les patients se représentent la RPS à partir des fonctions qu'ils lui attribuent, qui sont avant tout d'atteindre des objectifs fixés en fonction des difficultés de chacun.

« Ben... ça peut désigner... fréquenter des gens, quand on les fréquente plus, ça peut désigner gérer un budget pour les personnes qui... qui... finissent difficilement le mois et... qui savent pas de quelle façon elles peuvent utiliser ce qu'elles ont. »

La RPS permettrait ainsi de favoriser l'intégration dans la société et les changements personnels.

« ce sont des gens qui ont des difficultés à s'insérer dans la société et ils vont dans un centre comme ici pour qu'on leur apprenne à se réinsérer socialement, avoir des activités à... travailler par exemple. »

Ces objectifs peuvent être généraux comme de permettre aux patients d'aller mieux et de pouvoir évoluer, ou plus spécifiques avec la reprise du travail.

« Réhabilitation, c'est vraiment comprendre que s'il y a le malade comme une personne qui peut évoluer, qui a un potentiel et qui peut l'exploiter en travaillant dessus. »

Pour 5 patients la RPS a une fonction générale d'accompagnement.

« En fait je pense que c'est un accompagnement dans la vie de tous les jours. Voilà c'est surtout un accompagnement dans la vie de tous les jours et ça permet de progresser, ce que je recherche, je pense que c'est le... c'est un peu le rôle de la réhabilitation. Voilà. Une progression. »

14 patients se représentent la RPS par rapport à l'organisation des soins. 3 éléments principaux émergent de cette organisation : la RPS passe par des ateliers, les soins sont en groupe et laissent un degré de liberté important.

« Ah c'est important parce que ça... ça... ben ça prouve qu'on est libre de mener notre vie comme on l'entend. On nous dirige pas comme des... je sais pas comment dire. On nous dirige pas quoi. »

Un usager évoque que cette liberté permet de responsabiliser les patients *« ça nous responsabilise et... si c'était imposé ça serait comme si on était des petits enfants, allez il faut faire ça, il faut aller à tel atelier, ceci cela, ça serait pas top »*.

Pour 11 patients la RPS est différente des autres soins psychiatriques, notamment parce qu'elle ne concerne pas le traitement médicamenteux pour 4 patients ou parce qu'elle en est complémentaire selon 2 patients. D'autres différences sont évoquées sur la personnalisation plus importante des soins, ou le positionnement du personnel qui est décrit comme plus impliqué et moins moralisateur.

2.2. Les objectifs des patients pris en charge en RPS

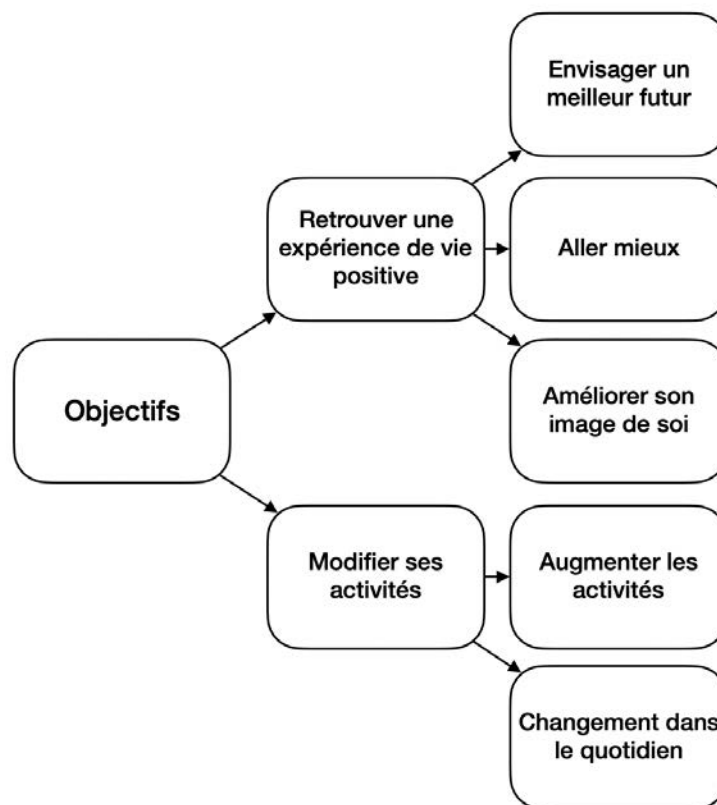


Figure 2 : Objectifs des patients

Les objectifs que les patients se fixent consistent principalement à retrouver une expérience de vie positive et modifier leurs activités.

Onze patients verbalisent des objectifs en rapport avec la possibilité de retrouver une expérience de vie positive, ce qui pour 7 patients passe par l'objectif d'aller mieux. Un seul patient évoque la diminution des symptômes de la maladie.

3 patients souhaitent améliorer leur image d'eux-mêmes, et 3 autres veulent parvenir à envisager un meilleur avenir.

« Le but c'est d'avancer, pour pouvoir évoluer et après dans le futur être mieux, pouvoir ceux qui veulent, qui font la réhabilitation pour le... pour le travail tout ça. »

Tous les patients ont pour objectif de changer leurs activités, ce qui passe par deux types d'objectifs : les objectifs visés comme résultat de la prise en charge en RPS, par exemple pouvoir retravailler pour 10 patients ou gagner en autonomie, et les

objectifs de la venue au centre de RPS, comme faire des ateliers pour 7 patients, poursuivre les soins ou encore sortir de chez soi.

2.3. L'effet de la RPS et son attribution

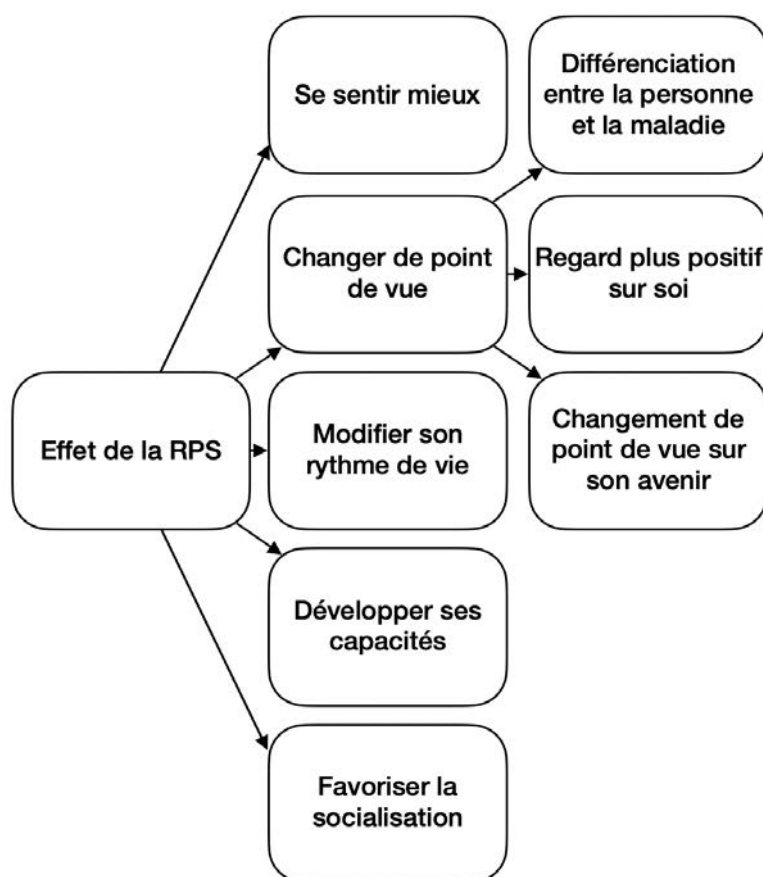


Figure 3 : Effet de la réhabilitation psychosociale

Cinq types d'effets sont principalement rapportés, correspondant aux différents domaines affectés par la RPS.

Un des effets principaux correspond à la possibilité de développer un point de vue plus positif sur soi selon 13 patients, notamment en permettant une meilleure confiance en soi et une prise de conscience sur ses capacités.

« Il y a une fierté à ce qu'il y ait une progression et... Le fait de me donner des objectifs, et le fait d'arriver à une progression sur n'importe quoi ben... Ça me donne une fierté et je suis content de ça ».

Ce changement de point de vue peut également concerner le rapport entretenu avec la pathologie ou permettre d'envisager de nouvelles possibilités d'avenir.

« La réhabilitation c'est quand même d'augmenter les possibilités qu'on a et que ça soit des possibles tout bêtes, tout normaux. »

Un autre effet est de permettre chez 9 patients de développer leurs capacités en apprenant des techniques ou en développant des connaissances générales et concernant leur pathologie.

« Parce que ça revient toujours au même, il y a une technique pour affronter sa colère, faire une demande, essayer un refus. Il y a des techniques donc il faut essayer de les suivre. »

10 patients décrivent une modification de leur rythme par la prise en charge au centre de RPS.

« Du coup ben on reprend contact, parce que déjà rien que téléphoner ici et venir ça crée une certaine dynamique parce que quand on est sans emploi on se lève pas le matin, on fait rien quoi, alors que là ça permet de... »

Cette modification du rythme de vie a permis de rencontrer de nouvelles personnes pour 9 patients, et 5 patients expliquent se sentir plus sociables.

Un patient signale avoir retrouvé un travail en milieu ordinaire grâce au C2RA.

11 patients expliquent que la RPS leur permet de se sentir mieux. Cela passe par une diminution des symptômes de la maladie pour 2 patients.

2.3.1. Attribution de l'effet de la réhabilitation psychosociale

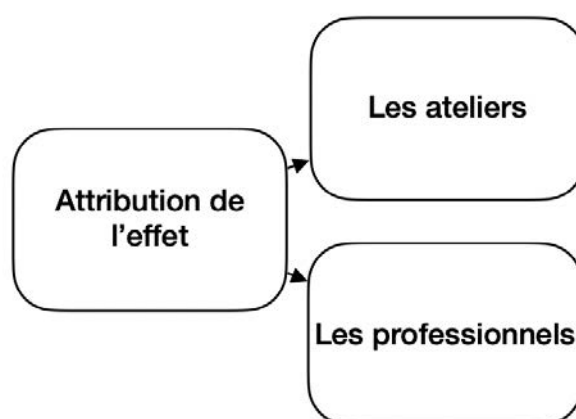


Figure 4 : Attribution de l'effet de la réhabilitation psychosociale

L'effet de la RPS est principalement attribué aux ateliers, pour 11 patients et au travail des professionnels pour 7 patients. Certaines caractéristiques sont précisées avec pour 2 patients les mises en situation durant les ateliers ou encore le fait que les ateliers soient tournés vers l'extérieur.

Le fait de pouvoir échanger autour de ses problèmes est exprimé par 2 patients.

« une fois que c'est exprimé, en plus dans des locaux adaptés, ben.. il y a... c'est... ça agit comme un tuteur pour les pensées. Il faut exprimer les choses. »

2.4. Les éléments pouvant favoriser ou entraver les soins

2.4.1. **Eléments favorisant les soins**

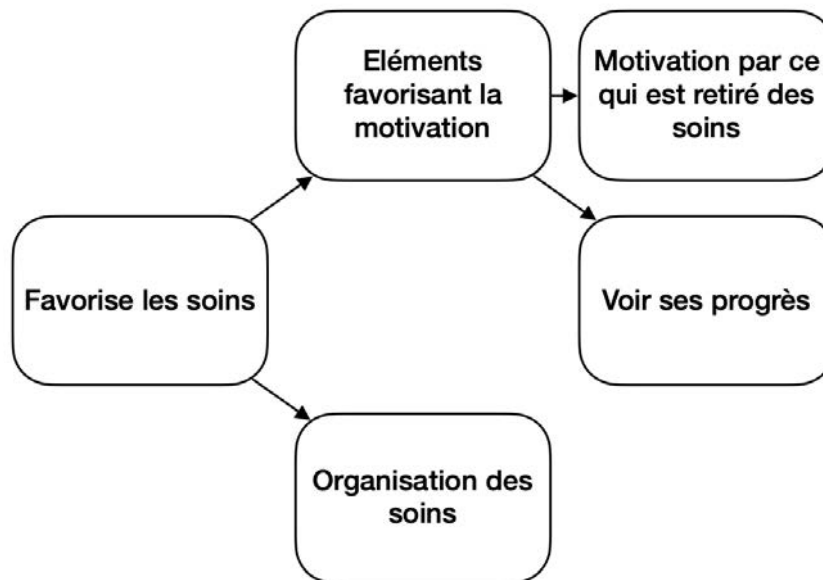


Figure 5 : Eléments favorisant les soins

2 catégories principales rendent compte des éléments favorisant les soins : les éléments permettant de maintenir la motivation aux soins, et leur organisation.

11 patients expliquent que les soins sont favorisés par ce qui leur permet de maintenir leur motivation à poursuivre la prise en charge au centre de réhabilitation. Parmi eux, 8 patients se sentent motivés par l'expérience qu'ils retirent des soins, notamment par le plaisir d'aller au centre de réhabilitation, par la motivation d'apprendre de nouvelles choses ou par l'intérêt qu'ils portent aux soins proposés au centre de réhabilitation et aux progrès qu'ils se voient faire.

12 patients parlent de la manière dont l'organisation des soins permet de les favoriser, grâce au suivi régulier, à la liberté dans les soins, ou encore le côté scolaire ou les locaux.

2.4.2. Éléments entravant les soins

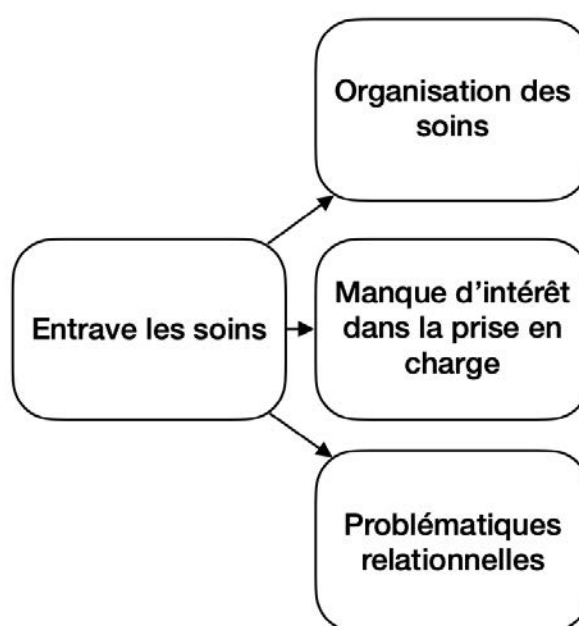


Figure 6 : Éléments entravant les soins

Les éléments principaux entravant les soins sont d'ordre relationnel pour 7 patients, notamment les désaccords avec les professionnels ou le sentiment d'être jugés, les conflits avec les autres patients, ou encore la difficulté à se confier en début de prise en charge.

« Les jugements (...) Ça fait qu'on se remet en cause, et on se dit est-ce que j'ai bien fait de faire, d'avoir cette idée. Alors que le fait, déjà le fait d'avoir une idée c'est déjà très bien. »

4 patients pointent des difficultés d'accessibilité du centre.

« Bon ben c'est la route, parce que c'est pas à côté. Un atelier ça prend une matinée hein... C'est sûr. »

Le manque d'intérêt dans les prises en charge est également pointé par 6 patients.

« les ateliers jeux vidéo par exemple, ça j'aimais pas (...) j'étais vraiment en souffrance de devoir faire cet atelier quoi »

2.5. Vécu des relations au centre de réhabilitation

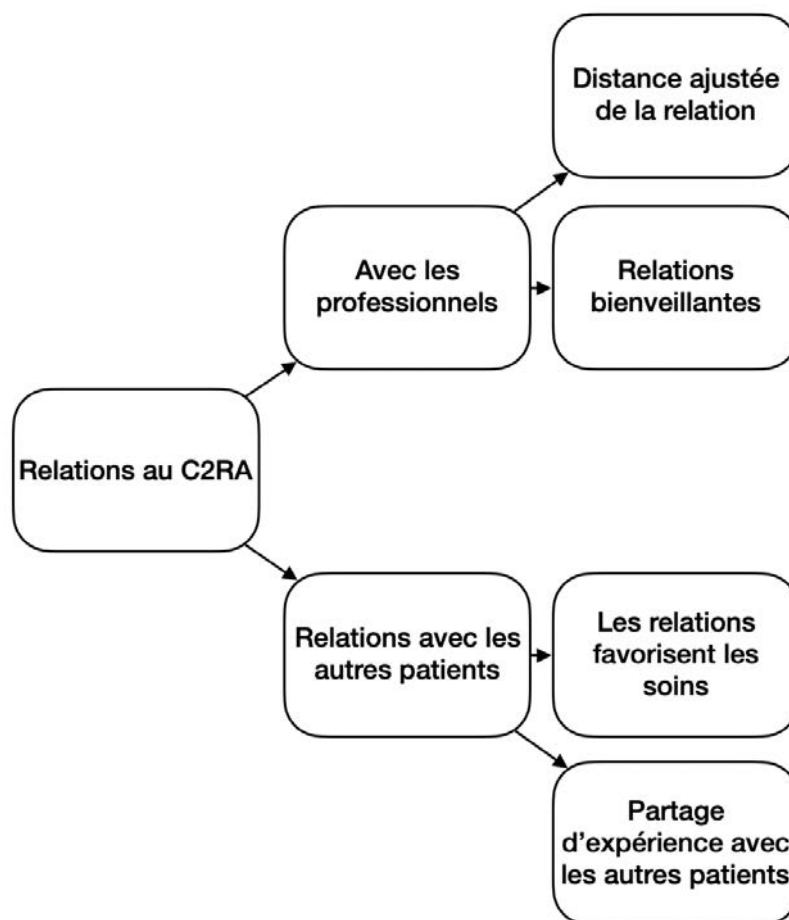


Figure 7 : Vécu des relations

2.5.1. Les relations avec les professionnels

Deux éléments majeurs émergent des relations avec les professionnels, leur bienveillance et la distance ajustée dans la relation. 14 patients parlent ainsi de la bienveillance des professionnels qui peut passer par le fait d'être écouté et de ne pas être jugé, ou par le sentiment d'être soutenu par les équipes pour 8 patients.

« Ils nous aident à avancer mais sans... sans avancer pour nous en fait, je sais pas comment expliquer »

Un patient fait remarquer que le lien avec les professionnels se constitue au fil du temps. *« on commence à créer un lien donc du coup le fait de créer un lien ça nous permet de nous sentir à l'aise, de pouvoir discuter après en toute liberté et de dire ce qui va, ce qui va pas, tandis que quelqu'un de nouveau moi j'arrive pas à être à l'aise. »*

2.5.2. Relations avec les autres patients

13 patients abordent des thèmes appuyant l'idée que les relations avec les autres patients favorisent les soins, notamment grâce au partage d'expérience.

« On partage des expériences même si elles peuvent être différentes, toujours quelque chose en commun, ça permet d'être en confiance vis à vis des autres, de partager le vécu... et donc même si on ne se connaît pas forcément très bien... » ou encore *« bon je suis pas tout seul, c'est pas un complot contre moi, il y en a d'autres qui sont pareils et si... c'est pas... on m'en veut pas spécialement déjà. »*

Deux patients précisent que ce partage d'expérience permet de diminuer la souffrance et expliquent que les relations faites dans le contexte du centre de réhabilitation peuvent être poursuivies en dehors des soins.

2.6. Le parcours conduisant à une prise en charge en RPS

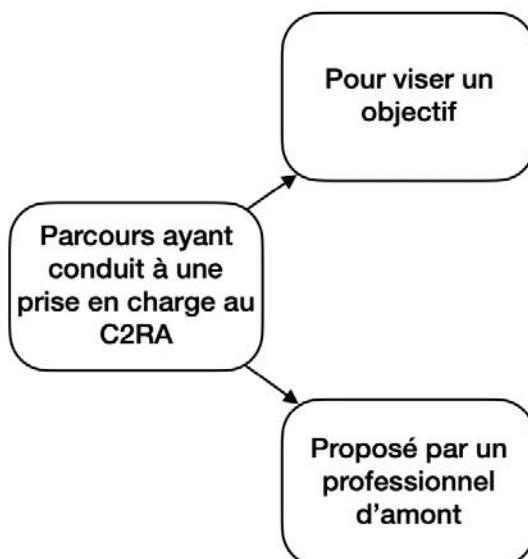


Figure 8 : Parcours ayant conduit à la prise en charge

11 patients évoquent l'inscription au C2RA avant tout pour atteindre des objectifs précis.

6 patients disent être au centre de réhabilitation parce qu'on leur a proposé.

«Il m'a dit ça serait bien pour vous, et... moi sans savoir ce que c'était j'ai dit ben oui pourquoi pas, parce que je lui fais confiance et il m'a dit que ça serait bien. »

DISCUSSION

1. Discussion des principaux résultats

On dégage trois hypothèses principales des résultats de notre étude.

- 1) La définition des objectifs de réhabilitation est un outil central de la RPS, mais l'effet des soins ne dépend pas de l'atteinte des objectifs.
- 2) Les soins de RPS ne sont pas réductibles à la relation ou à la technique, mais s'appuient sur la dialectique entre les deux. L'effet des soins, principalement attribué aux ateliers, est sous-tendu par un cadre soutenant et favorisant l'autonomie qui permet de maintenir la motivation aux soins.
- 3) Les patients se représentent la RPS à partir des éléments concrets de leur prise en charge.

1.1. Le rapport entre les objectifs et les effets

Les résultats obtenus dans notre étude montrent que deux types d'objectifs sont principalement visés par les patients.

En premier : modifier leur vie quotidienne, notamment en tendant vers une activité professionnelle ou occupationnelle, une plus grande autonomie ou une meilleure sociabilité.

En second : obtenir une expérience de vie positive qui passe par la recherche d'un mieux-être, la possibilité d'envisager un meilleur futur ou encore améliorer son image de soi.

Plusieurs études confirment les objectifs en relation avec la vie quotidienne, par exemple, Swildens et al. en 2011 retrouve 3 types d'objectifs de RPS principalement retenus : professionnels et éducatifs, en relation avec les contacts sociaux ou avec le logement (22), tandis que l'étude de Svedberg et al. en 2014 retrouve 53% d'objectifs centrés sur le travail ou l'occupation, 5,6% sur les loisirs, 4,2% sur l'éducation (23).

Le premier type d'objectif est souvent explicitement visé par les patients dans le cadre de la réhabilitation, contrairement au second type d'objectif, proche des composantes du rétablissement selon Andresen et al. (8).

On remarque par ailleurs les parallèles importants existant entre les objectifs explicites et les effets décrits suite à la prise en charge en RPS.

En effet, dans notre étude, les patients expliquent que les soins de RPS ont pour effet de leur permettre d'acquérir de nouvelles capacités et connaissances, de modifier leur rythme de vie, de développer un nouveau point de vue sur eux-mêmes et d'améliorer leur état psychique.

Ces changements sont de deux ordres qui se recoupent partiellement et qui illustrent la définition que donne Farkas en 1996 de la réhabilitation comme processus que les praticiens utilisent pour faciliter le rétablissement (9).

En premier on retrouve les changements tournés vers la réinsertion et la réadaptation face au handicap psychique, en second, on repère les effets qui surviennent dans le soin et qui concordent avec le processus de rétablissement.

Ces effets sont notamment représentés par les modifications de point de vue résultant des autres effets. Les patients décrivent ainsi un regard plus positif sur eux-même, une reprise de confiance en eux ou encore envisagent de nouvelles possibilités d'avenir.

Une étude de Slade et al. propose 5 composantes majeures du processus de rétablissement qui se rapprochent de ces effets : la connexion avec les autres, l'espoir, l'optimisme à propos du futur, un sens de l'identité positif, trouver un sens à sa vie et gagner en « empowerment ». (24)

Par ailleurs une étude de Sanches et al. en 2018 (25), retrouve qu'après 24 mois de prise en charge de RPS, tous les patients rapportent une amélioration significative de leur qualité de vie, que les objectifs fixés par les patients eux-mêmes soient atteints ou non. Selon notre étude, l'effet de la RPS n'est attribué par aucun patient à l'atteinte des objectifs.

Les objectifs fixés au début de la prise en charge sont des outils de travail communs à l'utilisateur et à l'équipe. Leur place dans l'organisation des soins est centrale, mais le bénéfice qui en est principalement retiré ne semble pas lié à leur réalisation mais à leur poursuite.

1.2. La motivation aux soins par le cadre

Pour que les soins puissent être efficaces, notre étude suggère qu'ils doivent avant tout être attractifs et permettre aux patients de maintenir leur motivation à poursuivre la prise en charge.

Cette motivation est favorisée par deux aspects avec d'une part le sentiment de progresser et d'acquérir des connaissances et des compétences, et d'autre part le plaisir ressenti à participer aux soins et l'intérêt perçu dans la prise en charge.

Cet aspect motivationnel fait écho à deux niveaux en interrelation de l'organisation des soins qui semblent tous deux nécessaires : une médiatisation des soins à travers des ateliers et un cadre permettant de transmettre aux patients le sentiment d'être accompagnés, tout en favorisant leur autonomie.

De manière univoque, l'effet des soins est directement attribué aux ateliers, qui permettent de viser des objectifs concrets et supportent la motivation par ce que les patients en retirent.

On constate des différences importantes entre les critères de jugement classiquement retrouvés dans la littérature et les éléments favorisant la motivation à s'inscrire dans les soins. Une revue systématique de la littérature de Morin et Frank en 2017 à propos de différentes interventions de réhabilitation conclut par exemple à l'efficacité de la remédiation cognitive sur les troubles cognitifs, à l'efficacité de la psychoéducation sur la compliance aux soins et sur le risque de rechute, ou encore à l'efficacité de l'entraînement aux habilités sociales sur les symptômes négatifs (15). Dans notre étude les éléments permettant de maintenir la motivation, et donc l'adhésion et l'observance sont fortement dissociés de ces critères, et montrent le décalage pouvant exister entre les attentes des professionnels et des patients. Un soin tourné uniquement vers la prise en charge des déficiences ou du handicap risque de conduire à des refus ou à des arrêts de participation.

Au delà des ateliers, plusieurs éléments du cadre sont clairement désignés comme favorisant les soins et responsables d'une partie des effets selon les patients, notamment les rapports entretenus avec les professionnels. L'importance des éléments relationnels comme responsables d'une partie de l'efficacité des soins psychiatriques est solidement décrite dans la littérature (26).

Une étude de Ljunberg et al. en 2015 (27) décrit les éléments considérés comme aidant dans la relation avec les professionnels chez les personnes atteintes de troubles mentaux sévères. Elle retrouve des thématiques semblables à celles décrites comme favorisant les soins dans notre étude et appuie l'importance de la connaissance et de la confiance mutuelle, de la disponibilité, du soutien au patient, de la relation d'humain à humain, les connaissances et compétences liées à la position professionnelle et l'importance d'un travail coopératif centré sur les objectifs des usagers.

Il est intéressant de constater que cette étude ne se limite pas aux services de RPS, mais retrouve des résultats comparables aux nôtres.

On remarque par ailleurs qu'une partie non négligeable des patients a débuté les soins sur proposition d'un professionnel référent. On peut imaginer que la confiance dans les équipes d'amont est un facteur important pour se rendre dans un lieu inconnu.

Au contraire, les relations conflictuelles, jugeantes ou discontinues entravent les soins, ce qui est concordant avec une revue de la littérature de 2016 de Ljunberg et al. où les relations non aidantes sont décrites comme sans compréhension, pessimistes, paternalistes, avec des professionnels peu intéressés par les patients (28). D'autres facteurs organisationnels entravant les soins sont retrouvés dans notre étude et rapportés par Ljunberg avec des changements réguliers de professionnels et des méthodes coercitives.

En parallèle des relations avec les professionnels, les rapports entretenus avec les autres patients sont décrits comme favorisant le processus de soin, notamment par le partage d'expérience. Cette importance du partage d'expérience se retrouve dans la littérature consacrée au rétablissement comme chez Deegan (7) ou encore sur une étude de Drake et Whitley (29).

1.3. Définition et représentation de la RPS

D'après notre étude, les patients se représentent la RPS à partir des éléments saillants de leur expérience des soins, dont on retrouve deux aspects centraux.

Tout d'abord, la représentation de la RPS est marquée par sa fonction, qui est d'après les usagers de leur permettre d'atteindre des objectifs concrets, personnels ou sociaux. Ensuite à partir de l'organisation des soins, notamment la médiatisation par des ateliers, la liberté dans les soins et les différences avec les autres soins psychiatriques, par exemple l'absence de prise en charge médicamenteuse ou le caractère plus personnalisé des soins.

Ainsi la représentation par les patients de la RPS est définie principalement par les aspects pratiques de réalisation et d'organisation des soins, qui ne mentionnent pas d'aspects plus conceptuels de la RPS, contrairement à certaines définitions que l'on retrouve classiquement dans la littérature.

Par exemple et en opposition à cette représentation, la RPS selon Farkas (9), ne renvoie pas à des interventions spécifiques, mais à un champ de connaissances avec un ensemble de valeurs, des principes et une approche ayant pour but d'aider les usagers. Même si, comme le rappelle Frank (1), la RPS ne présente pas de définition univoque parce qu'il n'existe pas de théorie exclusive qui fonde son approche, la plupart de la littérature appuie l'idée qu'elle n'est pas réductible à une technique et que les soins proposés vont avoir pour finalité de soutenir le rétablissement des patients (30).

Pour autant, malgré l'absence de références aux conceptions théoriques qui sous-tendent la réhabilitation dans les représentations exprimées des patients, on retrouve dans l'ensemble des résultats, et notamment à travers les facteurs décrits comme favorisant les soins, des éléments proches des valeurs qui fondent la RPS (1).

2. Limitation de l'étude

L'étude Lived Rehab est une étude monocentrique, ce qui limite sa généralisation. Comme le rappelle Farkas (9), qu'un lieu de soin s'appelle centre de réhabilitation n'est pas une preuve en soi qu'il s'organise selon les valeurs et les principes de la RPS.

Trois patients ont refusé de participer à l'étude, dont deux patients avec une mauvaise observance des soins, générateur d'un biais de recrutement.

Un seul auteur a participé à l'analyse des données, ce qui ne permet pas de limiter le biais lié à la subjectivité, même si cette subjectivité est une composante obligatoire et essentielle de la méthodologie qualitative.

3. Comparaison avec les autres études

A notre connaissance, il n'existe qu'une seule autre étude explorant l'expérience de la RPS par Jormfeldt et al. en 2014 en Suède (16), selon l'approche de Boston de la RPS.

Selon cette étude, le thème central de l'expérience des usagés est « le sentiment d'être en communion avec soi et avec les autres », et ce thème se divise en 3 catégories principales : « une meilleure compréhension de soi », « découvrir de nouvelles perspectives » et « être dans une relation de confiance ». Ces catégories sont en cohérence avec les résultats obtenus dans la présente étude. Par ailleurs, certains thèmes non explicités dans notre étude sont mis en valeur, avec par exemple le fait de « connaître l'origine de l'information » ou encore « d'avoir de l'aide à verbaliser ses objectifs individuels »

Ces différences peuvent s'expliquer aux niveaux des pratiques ou par la méthodologie qualitative qui fait émerger un nombre important de thèmes.

4. Implications de l'étude

Notre étude permet d'améliorer la compréhension globale du vécu de la RPS à travers l'expérience qu'en font les patients.

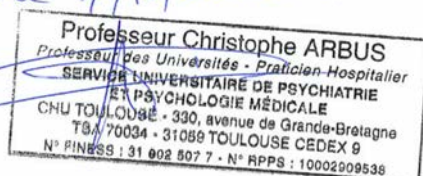
Les données récoltées tendent en faveur d'une posture professionnelle cherchant avant tout à maintenir la motivation des patients. Pour cela, il convient de laisser les patients libres de s'inscrire dans les soins en fonction de ce qu'ils souhaitent et pas de ce que les soignants considèrent essentiel, notamment si cela risque de nuire à l'engagement dans les soins. Il est également important que les professionnels gardent à l'esprit les objectifs et éléments qui permettent au patient de maintenir sa motivation, sans pousser vers l'accomplissement des objectifs au détriment de l'autonomie.

Notre étude met en relief des éléments pouvant faciliter l'accès au soin de potentiels usagers. On doit pouvoir leur proposer une vision qui insiste sur le projet de la RPS de viser des objectifs concrets au travers d'activités variées et choisies par les patients, tout en proposant un accompagnement personnalisé en fonction des besoins et des demandes.

Pour finir, notre étude met en valeur l'importance et le rôle des relations entre patients qui favorisent le processus de soin à travers le partage d'expérience.

La Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale d'Occitanie a été promotrice de cette étude.

*Vu le président du jury.
le 7/10/2020*



Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
De Médecine Rangueil

E. SERRANO

19.10.2020



RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Morin, L. and Frank, N. Valeurs de la réhabilitation psychosociale. In: N. Frank, Traité de réhabilitation psychosociale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. p.16-25.
2. Morin, L. and Frank, N. Historique et fondamentaux. In: Frank, Outils de la réhabilitation psychosociale. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2016. p. 1-15.
3. Henckes N. La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ?. Esprit. 2015;Mars-avril (3):28.
4. Perälä J, Suvisaari J, Saarni SI, Kuoppasalmi K, Isometsä E, Pirkola S, et al. Lifetime Prevalence of Psychotic and Bipolar I Disorders in a General Population. Archives of General Psychiatry. 1 janv 2007;64(1):19.
5. Franck N, Bon L, Dekerle M, Plasse J, Massoubre C, Pommier R, et al. Satisfaction and Needs in Serious Mental Illness and Autism Spectrum Disorder: The REHABase Psychosocial Rehabilitation Project. Psychiatric Services. avr 2019;70(4):316–23.
6. Bousquet F. Panorama des dépenses de psychiatrie en France. Revue française des affaires sociales. 2016;(2):31–4.
7. Deegan PE. Recovery: The Lived Experience of Rehabilitation. Psychosocial Rehabilitation Journal. 1988;9.
8. Andresen R, Oades L, Caputi P. The Experience of Recovery from Schizophrenia: Towards an Empirically Validated Stage Model. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. oct 2003;37(5):586–94.
9. Farkas M. Recovery, rehabilitation, reintegration: words vs. meaning. World Association of Psychosocial Rehabilitation Bulletin. 1996;8:6–8.

10. Farkas M. The vision of recovery today: what it is and what it means for services. World Psychiatry. 2007;7.
11. Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. British Journal of Psychiatry. oct 2004;185(04):283–90.
12. Décret n° 2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. JORF n°0176 du 29 juillet 2017
13. INSTRUCTION N° DGOS/R4/2019/10 du 16 janvier 2019 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires
14. Amado I, Sederer LI. Implementing Cognitive Remediation Programs in France: The “Secret Sauce”. Psychiatric Services. juill 2016;67(7):707–9.
15. Morin L, Franck N. Rehabilitation Interventions to Promote Recovery from Schizophrenia: A Systematic Review. Frontiers in Psychiatry [Internet]. 12 juin 2017 [cité 23 juill 2019];8. Disponible sur: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyt.2017.00100/full>
16. Jormfeldt H, Svensson B, Hansson L, Svedberg P. Clients’ experiences of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach: A qualitative study. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. janv 2014;9(1):22916.
17. Taylor, B, Francis, K. Qualitative Research in the Health Sciences. London: Routledge; 2013.
18. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. International Journal for Quality in Health Care. 1 déc 2007;19(6):349–57.
19. Paillé, P, Mucchielli, A. L’analyse qualitative en sciences humaines et sociales. (4th ed.). Paris: Armand Colin; 2016.

20. Castleberry A, Nolen A. Thematic analysis of qualitative research data: Is it as easy as it sounds? *Currents in Pharmacy Teaching and Learning*. juin 2018;10(6):807–15.
21. Vaismoradi M, Turunen H, Bondas T. Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study: Qualitative descriptive study. *Nursing & Health Sciences*. sept 2013;15(3):398–405.
22. Swildens W, van Busschbach JT, Michon H, Kroon H, Koeter MWJ, Wiersma D, et al. Effectively Working on Rehabilitation Goals: 24-Month Outcome of a Randomized Controlled Trial of the Boston Psychiatric Rehabilitation Approach. *The Canadian Journal of Psychiatry*. déc 2011;56(12):751–60.
23. Svedberg P, Svensson B, Hansson L, Jormfeldt H. A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nordic Journal of Psychiatry*. août 2014;68(6):401–8.
24. Slade M, Leamy M, Bacon F, Janosik M, Le Boutillier C, Williams J, et al. International differences in understanding recovery: systematic review. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. déc 2012;21(04):353–64.
25. Sanches SA, van Busschbach JT, Michon HWC, van Weeghel J, Swildens WE. The Role of Working Alliance in Attainment of Personal Goals and Improvement in Quality of Life During Psychiatric Rehabilitation. *Psychiatric Services*. août 2018;69(8):903–9.
26. Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D. Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy*. 2011;48(1):9–16.
27. Ljungberg A, Denhov A, Topor A. The Art of Helpful Relationships with Professionals: A Meta-ethnography of the Perspective of Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatric Quarterly*. déc 2015;86(4):471–95.

28. Ljungberg A, Denhov A, Topor A. Non-helpful relationships with professionals – a literature review of the perspective of persons with severe mental illness. *Journal of Mental Health*. 3 mai 2016;25(3):267–77.
29. Drake RE, Whitley R. Recovery and Severe Mental Illness: Description and Analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*. mai 2014;59(5):236–42.
30. Farkas M, Anthony WA. Psychiatric rehabilitation interventions: A review. *International Review of Psychiatry*. janv 2010;22(2):114–29.

ANNEXES

1. Guide d'entretien : Version 1 du 25/11/2019

Thématiques générales	Thématiques spécifiques	Questions
L'expérience de la réhabilitation psychosociale (RPS) : L'objectif est d'obtenir une première impression de l'expérience du patient concernant la RPS et laisser émerger les thèmes que le sujet attribue spontanément à son expérience de la RPS	- L'expérience de la RPS	- Pouvez-vous me parler de votre expérience de la réhabilitation psychosociale ?
Effet perçu de la réhabilitation psychosociale : Comprendre l'effet de la RPS selon le sujet, et ce à quoi il attribue cet effet.	- L'effet de la RPS - L'attribution de l'effet de la RPS	- Que pensez-vous de l'effet sur vous de la RPS ? - Quels sont les changements que vous avez constatés pour vous depuis le début de la RPS ? - Pour vous, quels sont les éléments qui ont conduit à ces différents changements ?
L'environnement dans la réhabilitation psychosociale : Identifier l'influence de l'environnement sur la prise en charge en RPS.	- Les éléments facilitant les soins - Les éléments entravant les soins - La relation avec les équipes	- Pour vous, qu'est ce qui peut favoriser les soins ? Les entraver ? - Pour vous, quels éléments vous font poursuivre les soins ? - Pour vous, quels éléments entravent les soins ? - Comment décririez-vous vos relations avec les équipes du C2RA ?
Le parcours : Comprendre ce qui a conduit le patient à démarrer une prise en charge en RPS.	- Le cheminement personnel - Le parcours de soins	- Qui vous a donné l'idée de débiter une prise en charge en RPS ? - Qu'est ce qui vous a conduit à démarrer une prise en charge en réhabilitation psychosociale ?
Les attentes : Comprendre ce que le patient attend de la réhabilitation psychosociale, et ce qu'il souhaiterait changer.	- Les objectifs de la réhabilitation psychosociale - Les modifications éventuelles	- Qu'attendez-vous de la prise en charge en réhabilitation psychosociale ? - Quels sont les objectifs que vous souhaiteriez atteindre ? - Quelles améliorations imagineriez-vous dans votre prise en charge ?

2. Guide d'entretien : version finale

Représentation de la réhabilitation psychosociale :

- C'est quoi selon vous la réhabilitation psychosociale ?
- Si vous deviez me donner une définition de la réhabilitation psychosociale, que me diriez-vous ?
- Si vous deviez présenter la réhabilitation psychosociale à quelqu'un, que lui diriez-vous ?
- Quels sont les éléments qui composent la réhabilitation psychosociale ?
- Existe-t-il des différences entre la réhabilitation psychosociale et les autres prises en charge psychiatriques que vous connaissez ?
- C'est quoi le but général de la réhabilitation psychosociale ?
- Qui devrait être pris en charge en réhabilitation psychosociale ?

Effet perçu de la réhabilitation psychosociale :

- Effet :
 - Parlez-moi de l'effet qu'a sur vous la réhabilitation psychosociale.
 - Y'a-t-il eu des changements depuis que vous allez au C2RA ? Chez vous ? Dans votre quotidien ?
- Attribution de l'effet :
 - A quoi sont dus ces changements ?
 - Comment avez-vous fait pour vous rendre compte de cela ?

Les ateliers :

- Quel est le rôle des ateliers dans la réhabilitation psychosociale ?
- Quel est l'effet des ateliers dans la réhabilitation psychosociale ?
- Des changements ont-ils eu lieu grâce aux ateliers ?

L'environnement dans la réhabilitation psychosociale :

- Quels sont les éléments dans votre prise en charge qui favorisent/entravent les soins ?
- Quels sont les éléments dans votre prise en charge qui favorisent/entravent leur poursuite ?

- C'est quoi le mieux/pire au C2RA ? Qu'est-ce qui vous aide/entrave le plus dans la réhabilitation psychosociale ?
- Souhaitez-vous continuer votre prise en charge au C2RA ?
- Qu'est-ce qui fait que vous souhaitez continuer/arrêter ?
- Avec les équipes :
 - Comment décririez-vous vos relations avec les équipes du C2RA ?
- Avec les autres patients :
 - Quelles sont vos relations avec les autres patients ?

Le parcours :

- Qu'est ce qui vous a conduit à démarrer une prise en charge en réhabilitation psychosociale ?
- Y'a-t-il des pré-requis pour pouvoir être pris en charge au C2RA ?

Les attentes :

- Qu'attendez vous de la prise en charge en réhabilitation psychosociale ?
- Quels sont les objectifs que vous souhaiteriez atteindre ?
- Quels changements imagineriez-vous au C2RA ?
- Quels changements souhaiteriez-vous dans votre prise en charge ?

ÉTUDE QUALITATIVE DU VÉCU DES PATIENTS DE LA RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE

RESUME EN FRANÇAIS :

La réhabilitation psychosociale est en plein développement sur le territoire français. Les effets des soins et les éléments essentiels selon les patients ne sont pas bien connus. Le but de cette étude est d'explorer le vécu par les patients des soins de réhabilitation psychosociale. Une méthodologie qualitative d'analyse thématique a été utilisée à partir de 15 entretiens semi-structurés. Les patients se représentent la réhabilitation psychosociale à partir de sa fonction, qui serait d'atteindre des objectifs définis au regard des difficultés exprimées. Ces objectifs vont être principalement de retrouver une expérience de vie positive et de changer ses activités dans et en dehors du centre. La réhabilitation psychosociale va avoir pour effet de permettre aux patients de changer leur point de vue sur eux-mêmes, de développer des capacités, de favoriser leur socialisation et leur rythme de vie et de se sentir mieux. Ces effets sont principalement attribués aux ateliers thérapeutiques. Ils sont favorisés par la motivation à poursuivre les soins, les relations bienveillantes avec les professionnels et les autres patients et le cadre facilitant l'autonomie. Le manque d'intérêt dans les prises en charge ou les conflits vont entraver les soins. Ces résultats mettent en relief l'importance d'un cadre de soin soutenant et autonomisant, qui donne la priorité aux objectifs des patients plutôt qu'à la correction des déficiences afin de favoriser le processus de soin.

PATIENT'S EXPERIENCE OF PSYCHOSOCIAL REHABILITATION

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Réhabilitation psychosociale, Psychiatrie adulte, étude qualitative, analyse thématique, vécu des patients, rétablissement, handicap psychique

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de médecine Toulouse-Purpan,
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Dr KLEIN Rémy
