

## Formations aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale : étude lexicale des perceptions d'un dispositif participatif de formation

### *Recovery-oriented training in mental health: a lexical study of perceptions of a participatory training pathway*

Emmanuelle JOUET\* 

Laboratoire de recherche en santé mentale et sciences humaines et sociales (Labo SM-SHS), Groupe hospitalier universitaire (GHU) psychiatrie & neurosciences, Paris, France

Manuscrit reçu le 8 avril 2021 ; commentaires éditoriaux formulés aux auteurs le 16 mai et le 27 septembre 2021 ; accepté pour publication le 30 septembre 2021

**Résumé- Contexte :** Les formations des professionnels de santé et de l'accompagnement social aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale se développent depuis une dizaine d'année en France. Peu d'entre elles bénéficient d'une description de leurs effets sur les participants. **Objectifs :** Quels sont les effets d'un dispositif de formation à l'attention des professionnels de santé visant : 1) l'acculturation des professionnels à la notion de rétablissement en santé mentale ; 2) la transmission des caractéristiques de ce processus et 3) le changement de pratiques afférent. **Échantillon :** Pendant cinq années (2013–2017), 363 professionnels ont bénéficié de 25 sessions de formations sur le thème de l'accompagnement au rétablissement des personnes dans le champ de la santé, du social et de celui des personnes en situation de handicap. **Méthode :** Le verbatim, recueilli au moyen de questionnaires ouverts, a fait l'objet d'une analyse lexicale à l'aide du logiciel Iramuteq. **Résultats :** Les analyses lexicales montrent que, selon les participants, un tel dispositif de formation permettrait d'atteindre les objectifs : 1) d'acculturation (sensibiliser) ; 2) de transmission des caractéristiques de ce processus singulier (faire comprendre) et 3) d'accompagnement au changement des pratiques professionnelles induites dans l'approche orientée sur le rétablissement (pratiquer). **Conclusion :** La formation des professionnels de santé aux approches orientées sur le rétablissement doit faire l'objet, en France, de davantage de recherche en pédagogie médicale, et sciences humaines et sociales, afin d'accompagner le déploiement et l'évaluation des pratiques en santé mentale et psychiatrie.

**Mots clés :** formation continue, rétablissement, santé mentale, psychiatrie, partenariat-patient

**Abstract. Context:** Training of health and social support professionals in recovery-oriented approaches to mental health has been developing in France for about ten years. Few of them have been described in terms of their effects on participants. **Aim:** What are the effects of a training pathway for health professionals aimed at 1) the acculturation of professionals to the notion of recovery in mental health; 2) the transmission of the characteristics of this process and 3) the related change in practices. **Participants:** For five years (2013–2017), 363 professionals benefited from 25 training sessions on the theme of supporting people's recovery in the health, social and disability fields. **Method:** The verbatim, collected by means of open-ended questionnaires, was subjected to lexical analysis using Iramuteq software. **Results:** The lexical analyses show that according to the participants, such a training system would make it possible to achieve the objectives of (1) acculturation (raising awareness), (2) transmission of the characteristics of this personal process (making people understand) and (3) support for change in practices induced in the recovery-oriented approach (practising). **Conclusion:** The training of health professionals in recovery-oriented approaches must be the subject of more research in medical pedagogy and social sciences in France, in order to facilitate the deployment and evaluation of practices in mental health and psychiatry.

**Keywords:** continuing education, health professionals, recovery, mental health, psychiatry, patient partnership

\*Correspondance et offprints : Emmanuelle JOUET, 258, Rue Marcadet. Bât. N, 2<sup>e</sup> étage, 75018 Paris, France.  
Mailto : [emmanuelle.jouet@ghu-paris.fr](mailto:emmanuelle.jouet@ghu-paris.fr).

## Contexte

Depuis une trentaine d'années se déploient, dans de nombreux États, en tant qu'indicateurs de la qualité des soins, des politiques de soins en santé mentale fondées sur le rétablissement des personnes [1–4].

Pelletier *et al.* [5] définissent le rétablissement comme l'avènement d'un paradigme nouveau qui « consiste à vivre une vie satisfaisante, pleine d'espoir et contributive, même si une personne continue à ressentir des symptômes. Les principes du rétablissement, notamment l'espoir, la dignité, l'autodétermination et la responsabilité, peuvent être adaptés à toute la gamme des troubles psychiatriques et aux réalités des différents états de la vie. » [traduction libre de: [...] *refers to living a satisfying, hopeful, and contributing life, even when a person may still be experiencing ongoing symptoms. Recovery principles, including hope, dignity, self-determination, and responsibility, can be adapted to the full range of psychiatric disorders, and to the realities of different life stages* (p. 450)].

Si des variabilités dans la mise en œuvre des pratiques apparaissent selon les pays, voire selon les régions à l'intérieur d'un même pays [1], en ce qui concerne la formation continue des professionnels, les récentes études de la littérature montrent une évolution dans la qualité de la conception des formations par rapport aux études antérieures [6,7]. Y sont décrits positivement des dispositifs mixant des méthodes classiques d'apprentissage à de l'apprentissage expérientiel et des activités de réflexivité, incluant, pour certains, des personnes concernées par la maladie, c'est-à-dire des patients, malades, proches, aidants, bénéficiaires de services d'accompagnement. Cependant, ces études révèlent aussi des programmes de formation très hétérogènes par exemple, selon les thématiques, la durée, le design, l'adaptation des modèles, les terrains d'implantation, ... Malgré des effets positifs sur les croyances, connaissances et attitudes – essentiellement chez des participants déjà sensibilisés –, les effets de transferts dans les pratiques restent peu visibles – demeurant au niveau individuel –, ainsi que les résultats concluant sur les bénéficiaires des services et sur l'organisation des services. Un défaut d'études quantitatives associé à des évaluations peu significatives est identifié. En termes de contenu, les formations sont davantage centrées sur le rétablissement médical, clinique, objectif, plutôt qu'expérientiel, personnel et social (valeurs portées, à l'origine, par les associations et les milieux communautaires en santé mentale). Enfin, les recommandations vont dans le sens d'une orientation des programmes de formation vers des changements organisationnels afin d'avoir des impacts sur les pratiques, dépasser les obstacles spécifiés et assumer l'innovation et la transformation culturelle dans les pratiques soignantes et d'accompagnement.

En France, les approches d'accompagnement fondées sur le rétablissement, l'*empowerment* et l'inclusion sociale font leur apparition au cours des années 2000 et se développent progressivement dans les pratiques des

professionnels des secteurs sanitaire et médicosocial [8,3,9,10]. Les dispositifs de formation professionnelle en santé mentale et psychiatrie commencent à se doter de programmes portant sur ce concept, même si cependant, à notre connaissance, il n'existe pas de formation certifiante universitaire spécifique à l'intention des professionnels de santé fondée uniquement sur le modèle de rétablissement, comme il peut y en avoir à l'étranger.

À noter que dans le champ de l'action sociale, une dynamique importante se diffuse au sujet des pratiques de pair-aidance et vise à instrumenter les personnes concernées et les professionnels en faveur d'un renforcement des compétences. À l'intérieur de ces dispositifs issus des secteurs social, sanitaire et médico-social, est plus ou moins abordée en creux la notion de rétablissement. Ils sont de nature formelle et en cours d'institutionnalisation dans les champs de l'accompagnement et de la formation.

Enfin pour affiner cette synthèse, notons que l'auto-formation et la formation dite « sur le tas » sont également des voies utilisées quand il est question du processus de rétablissement en santé mentale [11].

La présence des usagers et de leurs familles dans ces interventions éducatives est recommandée dès la première étude de revue internationale sur la formation des professionnels au rétablissement [12]. En France, la majorité des programmes et des dispositifs incluent des personnes concernées. Cependant, peu de formations dédiées au rétablissement, voire aucune, n'est initiée uniquement par les associations et les personnes concernées.

## Objectifs

L'étude rapportée dans la présente contribution cherche à décrire les effets d'un dispositif de formations réalisées entre 2013 et 2017 visant : 1) l'acculturation des professionnels à la notion de rétablissement, 2) la transmission des caractéristiques de ce processus et 3) le changement de pratiques afférent.

## Méthodes

### Terrain étudié

Le Groupement hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie & neurosciences accueille le Laboratoire de recherche en santé mentale – sciences humaines et sociales (SM-SHS). Ce dernier s'est doté, depuis 2012, d'un outil d'évaluation et de formation, Formation et recherche en santé mentale (FER), dont l'objectif est d'accompagner l'innovation en santé mentale en répondant aux demandes d'équipes de professionnels des champs de la santé et du travail social qui souhaitent se former à des approches telles que le rétablissement, l'*empowerment*, l'inclusion sociale, la psychiatrie citoyenne et la promotion de la santé mentale. C'est à la suite de projets européens inscrits dans la logique de l'apprentissage tout au long de la vie des citoyens et des usagers de la psychiatrie (EMILIA) [3] et de la formation continue des professionnels en santé et du médico-social (PROMISE) [13] qu'a été créé FER.

## Stratégies de formation

Les stratégies déployées dans la construction des programmes de formation sont fondées sur les approches pragmatistes et leur extension dans le champ de la formation en santé et de la pédagogie médicale, notamment avec l'émergence de « l'agir adéquatement en santé » [14,15]. Sont également favorisées les épistémologies constructivistes en éducation privilégiant l'interactionnisme et le socio-constructivisme, qui permettent de considérer le trouble psychique non pas uniquement comme une maladie mais comme un problème de santé auquel peuvent répondre les professionnels par un processus de construction de sens partagé afin, de façon dialogique, interprétative et dialectique, d'accompagner les personnes concernées dans la production de solutions raisonnables et possibles [16].

Dans ce cadre, le partage dont il est question ne se fait alors plus uniquement entre professionnels qui mettraient le patient « au centre de leur accompagnement » mais bien dans un mouvement de partenariat où l'expérience sert de support à la construction de savoirs sensibles et situés [17–20]. Il s'agit bien d'inciter la coopération réflexive en santé [21] en s'appuyant sur les effets documentés du développement récent, à l'étranger et en France, de la présence d'usagers formateurs/enseignants/éducateurs pour les cursus de formation des professionnels en santé [22–26]. Selon l'échelle d'engagement des patients dans la formation professionnelle de Towles *et al.* [27], le dispositif atteint les niveaux 4 (avec des patients enseignants et co-formateurs) et 5 (avec des patients parties prenantes de la conception des programmes pédagogiques) car, non seulement, des personnes concernées sont engagées pour concevoir de nouveaux programmes ou co-animer des sessions mais, de surcroît, le public final des équipes d'accompagnement est sollicité pour venir partager leur vécu avec la maladie et leur vie, au sein des dispositifs dans lesquels sont inclus les professionnels qui participent aux formations.

Cependant, même si l'intention éthique de participation était bien réelle dès les premières sessions, la présence d'usagers formateurs n'était pas toujours possible, dans la mesure où peu de personnes étaient alors en capacité et volonté de devenir formateur, tant les dispositifs étaient innovants. Enfin, en termes de temporalité éducative, il a été choisi de moduler un dispositif de formation alternant des périodes de sessions formelles et des retours sur le terrain, afin de permettre de l'apprentissage en situation et en contexte pour les professionnels stagiaires, en s'assurant de l'acquisition progressive de compétences nouvelles [28]. De là, les principes d'une approche intégrative et interventionnelle ont été adoptés, dans le sens où les formateurs ne délivrent pas une formation clés en main mais procèdent avec l'ensemble des parties-prenantes à l'élaboration de nouveaux outils dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet de service. Il s'agit de mettre en place un cercle vertueux de formation, d'action et d'évaluation empirique de l'utilisation dans la pratique, des savoirs et des savoir-faire acquis pendant la formation. Le principe fondateur de cette approche formative et

émancipatrice s'appuie sur des méthodes d'éducation interactive, expérientielle, didactique et entre pairs, visant l'acquisition de compétences et de savoirs nouveaux, ainsi que le changement de méthodes et de pratiques.

## Les activités de formation

L'ingénierie de formation inclut des activités diverses et complémentaires, sous-tendues par les principes énoncés plus haut, comme des présentations formelles abordant des notions et des théories, s'appuyant sur des échanges et jeux de rôles, tout en ayant recours à des ressources numériques variées sur le sujet du rétablissement en santé mentale. De plus, les points culminants de la formation sont le récit de son expérience de vie de la part d'un usager formateur avec des troubles psychiques et les échanges à partir de cette posture avec les professionnels sur leurs pratiques d'accompagnement et son vécu [18]. Des interventions de différents participants extérieurs, comme des membres de collectifs de pairs, tels les Entendeurs de voix, des patients éducateurs en éducation thérapeutique du patient en santé mentale, des médiateurs de santé pairs ou des membres d'association de représentants d'utilisateurs complètent le design de formation.

## Les styles d'enseignement et d'apprentissage

Les participants à la formation sont sollicités à s'engager dans des dispositifs de réflexivité individuelle et collective (« *qu'est-ce que j'ai appris de la maladie?* »), des tests d'outils d'accompagnement afin d'en apporter une critique constructive, des temps d'activité en petits groupes pour réfléchir à des projets à mettre en place et à tester pendant les trois mois entre les temps de formation principales et les retours d'expérience. Sont également proposés des travaux intersessions (où le participant sollicite des personnes dont il/elle est proche.), des retours d'expérience, de l'écoute, partage et échange, notamment avec les usagers formateurs. Le formateur agit dans le groupe tel un facilitateur de construction de savoirs, un passeur d'expérience, favorisant l'ouverture aux échanges et à l'apprentissage.

## Présentation des sessions retenues pour la production de données

La présente analyse a été réalisée à partir de l'ensemble des sessions effectuées au sein du dispositif FER Santé mentale entre 2013 et 2017 inclus, pour une période de cinq ans. C'est en 2017 que les politiques publiques de santé mentale ont intégré les approches fondées sur le rétablissement en santé mentale, notamment par le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au projet territorial de santé mentale. La période précédente s'inscrivait ainsi davantage dans un temps d'émergence de la notion de rétablissement dans la culture et dans les pratiques professionnelles, précédant l'institutionnalisation actuelle, d'où le choix de l'intervalle retenu

**Tableau I.** Récapitulatif des variables utilisées et de leurs modalités.

Codage des variables	Signification	Modalités étudiées des variables
S	Session	F1, F2, F3... F25
A	Année	2013, 2014, 2015, 2016, 2017
G	Genre de l'institution d'accueil	Sanitaire ; médico-social
P	Nature des propos des répondants	Améliorations ; satisfactions
C	Nature expérimentale ou non du dispositif	Expérimental ; développement des pratiques
U	Présence des usagers en tant que formateurs	Oui ; Non

pour notre étude. Par la suite, les thématiques des formations ont évolué en fonction de ce mouvement de normalisation. Les dispositifs de formation recouvrent, jusqu'en 2018, cinq thématiques de formation : les approches fondées sur le rétablissement, la santé mentale et le logement, la santé mentale et les addictions, les formations de formateurs et les analyses de pratiques. Ne sont retenues ici que les formations dédiées à la thématique sur le rétablissement en santé mentale. Les sessions qui n'ont pu être complètement achevées sont exclues de l'étude.

Ainsi, sont incluses 25 sessions de formations aux approches fondées sur le rétablissement dans la période de 2013 à 2017 compris. Leur durée va d'un à six jours de formation (consécutifs ou pas) avec une journée ou une demi-journée de retour d'expérience à distance. Au total, 112 jours de formation, en incluant les journées et demi-journées de retour d'expérience, font l'objet de l'analyse au cours de ce travail.

### Processus de recueil des données

L'approche adoptée pour l'évaluation de ces actions s'inscrit dans le cadre d'une formation-action-recherche (FAR) [28] ; plus spécifiquement, il s'agit d'une forme de recherche-action-participative (RAP) dont l'objet de recherche est d'évaluer l'utilisation des savoirs acquis pendant une formation lors du retour sur le terrain et dans les mois suivants la formation [29,30]. La formation est amendée en fonction des retours des participants après leur retour sur le terrain et de leurs apports réflexifs. Cet aspect n'est pas abordé dans cet article mais pourra faire l'objet d'une publication ultérieure.

Dès le démarrage du dispositif, un questionnaire ouvert comportant quatre types de questions (concernant la mémorisation, la motivation, la satisfaction, les recommandations au sujet de la formation en vue de son amélioration pour les sessions suivantes) a été préféré à l'administration d'un questionnaire avant/après évaluant l'acquisition de connaissances et de compétences. (voir l'Annexe A).

Chacun des participants présents à la fin des sessions de formation a ainsi fourni des avis qualifiant leurs perceptions et leurs recommandations. Il s'agissait de recueillir des données non seulement sur leur satisfaction mais aussi de leurs transformations (pratiques) au sein d'un dispositif pédagogique. Quand il y avait des retours

d'expérience, ont été abordées leurs actions effectuées entre les deux temps (corps de formation/retours d'expérience). Cette partie n'est pas abordée dans cet article.

Les feuilles d'évaluation étaient anonymisées et la rédaction volontaire.

### Méthode d'analyse des réponses

Compte tenu du volume des données, de la diversité des variables à prendre en compte et de la multiplicité des croisements possibles, le choix a été fait d'exploiter les possibilités offertes par des logiciels d'analyse textuelle comme le logiciel libre Iramuteq [31], fondé sur l'algorithme de Reinert [32]. Comme dans une analyse thématique faite sans ordinateur (se référant par exemple à l'analyse de contenu de Bardin [33] ou à l'analyse en catégories conceptualisantes de Paillé et Muchielli [34]), il s'agit de repérer des familles de thèmes et/ou de constats qui se répètent dans les réponses afin d'en formaliser des catégories ayant des propriétés communes. Pour cela, cette analyse lexicale automatique dont l'usage se développe aujourd'hui en sciences humaines et sociales et dans les champs de la santé et médecine, met en évidence des différences et des similitudes entre les mots utilisés ensemble dans les réponses. Plus précisément, l'algorithme de Reinert permet d'identifier des groupes de mots souvent réunis dans certains segments des verbatim énoncés par les participants mais peu présents dans les autres, et de construire ainsi les catégories thématiques.

De plus, comme dans les analyses manuelles, des variables prenant plusieurs modalités peuvent être prises en compte pour explorer si la répétition de certaines thématiques est caractéristique de telle ou telle sous-population.

Comme on le voit sur le tableau I, chacune des sessions de formation est codée par cinq variables : son nom (équivalent du nom de l'institution) (S), l'année au cours de laquelle elle a eu lieu (A), le type d'institution qui la caractérise (P), la nature du dispositif dans lequel elle se réalise (C) et la présence d'usagers en tant que formateurs (U).

Les mots employés sont ensuite lemmatisés pour les analyses, c'est-à-dire mis à l'infinitif ou au masculin singulier.

## Résultats

Au total, 363 personnes ont participé aux sessions de formation entre 2013 et 2017. Les participants des formations sont membres d'équipes pluri professionnelles. Selon les cas, ils peuvent appartenir : à la même structure (hôpital, par exemple) ou au même pôle au sein d'un même établissement ; à des services différents au sein d'une seule institution ; à des structures différentes au sein d'une unique direction régionale ; à différents établissements au sein d'une association. Ils peuvent également faire partie d'un dispositif national et appartenir aux différentes institutions qui mettent en place ce programme localement. Ils proviennent alors de régions de France différentes. Et enfin, les institutions dont ils sont issus appartiennent soit au champ sanitaire (hôpitaux), soit au champ médico-social (associations ou programmes) soit encore à celui de l'économie sociale solidaire (entreprise). Ces institutions ont des périmètres d'intervention multiples, comme la psychiatrie, la précarité, le logement et les addictions, le handicap, parfois distincts mais pas toujours. N'est retenue pour notre étude que la discrimination entre les champs sanitaire et médico-social.

Les participants aux 25 sessions (soit un échantillon de convenance), toutes coconstruites et parmi lesquelles 17 séances ont été également co-animées avec un usager à partir de 2016 (à l'exception d'une session en 2014), ont été interrogés sur la période retenue. Pour 15 sessions, des bénéficiaires des services d'accompagnement ont participé avec les professionnels (Tab. II).

L'ensemble des 363 questionnaires a été étudié et pris en compte. Cependant, même si certains participants n'ont apporté que des réponses lapidaires et peu développées (type « pas assez » ; « oui sans commentaire »), elles ont pu être gardées dans le corpus de référence analysé par le logiciel Iramuteq car il est en mesure de prendre en considération de telles réponses.

Ci-après sont développés les résultats de la recherche, s'attachant aux effets de la formation sur les connaissances concernant : 1) l'acculturation de la notion de rétablissement auprès des professionnels de la santé et du social, et les pratiques ; 2) la transmission des caractéristiques de ce processus et 3) le changement de pratiques.

### Trois univers lexicaux selon les caractéristiques des sessions

L'algorithme Reinert utilisé par le logiciel Iramuteq montre que le lexique utilisé dans le corpus peut se découper en trois classes de mots souvent utilisés ensemble et spécifiques de certaines sessions. Le tableau III montre ces trois séries : la première série (classe 1) est centrée sur les mots « mettre », « pratique », « apport », associés à la notion de « professionnel » ; la deuxième (classe 2) est centrée sur le thème « processus de rétablissement » : « venir », « intervenant », « riche », « parcours » ; enfin la troisième (classe 3), avec « jeu », « rôle », « présence », « session » est liée, elle à « animation de formation ».

Le calcul a été appliqué aux occurrences des substantifs, des mots non reconnus (noms propres en particulier), des adverbess et verbes, en découpant au préalable chaque verbatim en segments de texte (ou phrases) selon la ponctuation. Cela signifie que chaque verbatim peut contenir des phrases reconnues comme appartenant à différentes classes et que les phénomènes décrits dans la suite le sont à partir d'effets dominants et non exclusifs. Dire par exemple que la classe 1 est liée à telle cohorte ou à telle session signifie que la majorité de ces phrases emploie le lexique de classe 1.

En plus de fournir cette arborescence, le logiciel Iramuteq permet de rendre plus lisible la structure et les relations de ces classes en les projetant graphiquement sur un plan selon une analyse factorielle des correspondances (AFC) [35].

Cette visualisation fournit des paires d'images duales, construites chacune par projection sur le même plan factoriel. Ces deux figures sont donc proposées, selon les principes fondamentaux de l'AFC, pour être superposables, représentant pour l'une (Fig. 1a) les proximités relatives des mots autour des centres de ces classes et, pour l'autre (Fig. 1b), les positions des caractéristiques des verbatim et sessions *via* les variables prédéfinies (voir le Tab. IV). Les mots les plus au centre de la figure sont les plus communs tandis que la distance à ce centre de la figure (origine des axes) indique la spécificité de tel ou tel mot.

Comme dans toute AFC, le choix de ces axes horizontaux et verticaux est fait pour maximiser mathématiquement la visibilité des spécificités de l'emploi des mots, sachant que leur orientation sur la page (haut/bas et droite/gauche) est arbitraire. C'est ainsi que la figure 1a visualise une projection des trois classes de mots spécifiées plus haut.

En superposant les deux figures et en regardant la localisation des modalités des variables, cette analyse lexicale apporte un premier résultat : comme il est résumé sur le tableau IV, la classe 2 (« venir », « intervenant » « riche », « parcours ») est fortement corrélée avec la présence des usagers formateurs (variable U modalité OUI). Sur le même champ, les variables de la classe 1 sont, elles, corrélées avec l'absence d'usagers formateurs.

### Séquençage des univers lexicaux selon les périodes

Un second résultat visible à ce stade est le séquençage chronologique dans la répartition des classes de mots. Il existe ainsi une progression des thématiques entre les sessions de formation s'étant déroulées en 2013 et 2014, qui sont en lien avec certaines modalités des variables caractéristiques de la classe 1 (expérimentale, sans usager formateur), puis, essentiellement, les sessions de 2015, liées à certaines modalités des variables caractéristiques de la classe 3 (expérimentale, médico-social, améliorations), puis celles de 2016 et 2017 en relation avec certaines modalités des variables caractéristiques de la classe 2 (développement des pratiques, avec usagers formateurs, sanitaire, améliorations) (Tab. IV).

**Tableau II.** Présence d'usagers formateurs et de bénéficiaires des services d'accompagnement dans les formations.

Année	Code	Nombre de participants	Présence d'usagers formateurs	Présence de bénéficiaires des services d'accompagnement comme participants à la formation
<b>2013</b>	F1	25	Non	Oui
	F2	5	Non	Oui
	F3	18	Non	Oui
	F4	14	Non	Oui
	F5	16	Non	Oui
<b>2014</b>	F6	8	Oui	Oui
<b>2015</b>	F7	18	Non	Oui
	F8	30	Non	Oui
	F9	18	Non	Oui
<b>2016</b>	F10	12	Oui	Non
	F11	10	Oui	Non
	F12	12	Oui	Non
	F13	25	Oui	Oui
	F14	9	Oui	Non
	F15	7	Oui	Non
	F16	8	Oui	Non
<b>2017</b>	F17	11	Oui	Oui
	F18	10	Oui	Non
	F19	26	Oui	Non
	F20	8	Oui	Oui
	F21	21	Oui	Oui
	F22	11	Oui	Non
	F23	13	Oui	Oui
	F24	16	Oui	Non
	F25	12	Oui	Oui
		363	17/25	15/25

L'ensemble des programmes ont été produits avec la participation de personnes concernées. Pour leur présence en tant que formateurs usagers dans les sessions de formation, il a fallu attendre 2016 (à l'exception d'une session en 2014), c'est-à-dire que des personnes volontaires se soient formées à intervenir pour que leur présence soit systématique.

Ci-dessous, ont été sélectionnés quelques exemples de verbatim significatifs de ces classes et de ces périodes, parmi ceux mis en évidence par le logiciel Iramuteq.

En 2013-2014, les participants s'intéressent aux caractéristiques du dispositif de formation ainsi qu'aux outils :

Classe 3, « jeu, rôle » : les participants à la formation sont marqués par le dispositif pédagogique du jeu de rôles, qu'ils soient respectivement professionnels des secteurs sanitaire ou médico-social. Ils en parlent de façon positive et négative. Cette méthode pédagogique est inédite pour eux et suscite des réactions diverses.

« *Ça fait du bien les jeux de rôles* » ; « *Une ambiance sympa les jeux de rôles* » ; « *Pas de jeux de rôles (pour les prochaines formations)* » ; « *Trop de jeux de rôles* ».

Classe 3, « session » : l'ingénierie pédagogique propose des alternances de temps de formation en présence et de retour sur le terrain, et cette caractéristique est appréciée.

« *J'ai bien aimé la session en deux fois deux jours* » ; « *Le fait de couper en deux la formation est appréciable pour cheminer* ».

Classe 3, « présence » : la présence d'un pair aidant (partenariat en santé) dans les équipes est appréciée et comprise comme positive pour l'amélioration des pratiques d'accompagnement.

« *Déconstruction des représentations de l'approche par la présence d'un médiateur santé pair* » ; « *Présence des usagers pairs permettra aux équipes de rester dans une posture bienveillante et professionnelle* ».

Par la suite, l'année 2015 montre l'expression des participants au sujet des effets sur leurs pratiques et leurs postures professionnelles de la formation :

Classe 1, « apport » : la formation répond aux attentes de mieux comprendre ce que sont le rétablissement des personnes et les approches professionnelles orientées vers ce rétablissement.

« *Ressenti positif apports théoriques rapides* » ; « *Apport enrichissant* » ; « *Bien aimé les apports théoriques* ».

Classe 1, « pratique » : le processus de formation interroge les pratiques professionnelles des participants et vient les remettre en cause, ainsi que leurs postures acquises pendant leur formation initiale et leurs cliniques.

**Tableau III.** Classification des mots des sessions de formation en trois classes regroupant ceux qui sont les plus souvent utilisés ensemble.

Classe 1 (51,1 %)	Classe 2 (24, 6 %)	Classe 3 (24, 3 %)
Mettre	Venir	Jeu
Pratique	Intervenant	Rôle
Social	Intéressant	Présence
Apport	Riche	Session
Approcher	Parcours	Médiateur
Changer	Amener	Médecin
Répondre	Satisfaire	Sentiment
Concept	Processus	Présent
Besoin	Confiance	Ambiance
Théorique	Rencontre	Accompagner
Réflexion	Nécessaire	Dynamique
Place	Apprentissage	Repartir
Passer	Jour	Emmanuelle
Façon	Présenter	Convaincre
Rendre	Internet	Communiquer
Définition	Débat	Attitude
Clair	Correspondre	Côté
Voir	Cité	Exemple
Chose	Soignant	Service
Collègue	Formation	Moment
Nouvelle	Règle	Idée
Évoluer	Ifsi	Étape
Souhaiter	Contenu	Support
Méthode	Vie	Prochain
Inclusion	Qualité	Mois
Cadre	Surprise	Forcément

« Je n'avais aucune attente, plus de la réticence, je suis encore sur la réserve non pas sur le bien-fondé de cette approche mais sur mon aptitude à transmettre ce changement de posture et de pratiques ». « Déplacement d'identité et remise en question de son métier de ses pratiques ». « Avec la formation nos pratiques vont changer nos regards aussi sur la prise en charge ».

Le lien se fait entre pratique et théorie, et entre leurs réalités de terrain.

« On a appris des choses nouvelles lien immédiat entre théorie et pratiques » ; « bon équilibre entre théorie et intégration ». « On a appris la possibilité d'incorporer des méthodes dans notre pratique mettre des mots sur ce qu'on fait déjà on théorise notre pratique ».

Classe 1, « social » : la formation axée sur le rétablissement permet de mieux saisir les contours de la notion d'inclusion sociale et de ce qu'elle représente.

« Inclusion sociale que j'ai apprise [...] » ; « Un maximum de personnel en psychiatrie devrait être formé aux approches rétablissement empowerment inclusion sociale » ; « Travailler davantage la notion d'inclusion sociale ».

Une prise de conscience de l'articulation de l'approche orientée sur le rétablissement dans l'accompagnement social s'est alors effectuée.

« Identifier d'autant les transpositions à envisager sur le secteur social » ; « Application dans les différents champs médico-sociaux ».

Enfin, en 2016–2017, les retours des participants expriment leur compréhension du processus de rétablissement, notamment du fait que les personnes concernées peuvent changer, évoluer et aller mieux :

Classe 2, « intervenants » : les participants apprécient la diversité et la complémentarité des formateurs.

« L'apprentissage que j'ai eu par l'ensemble des intervenants m'ont permis ou me permettront de penser et actualiser et améliorer ma pratique soignante » ; « Le contenu de formation est très intéressant le sujet est maîtrisé et bien amené par les différents intervenants ».

La présence d'un formateur ayant une expérience personnelle de rétablissement est considérée comme un ingrédient majeur de la formation, car cela permet de transmettre la réalité de ce processus, de l'incarner.

« Intervention de A. très pertinente et qui donne une bonne leçon de vie » ; « Le témoignage de A. nous a permis de voir qu'il y a de l'espoir et un rétablissement » ; « La découverte de A. comme intervenante et non plus comme une patiente ».

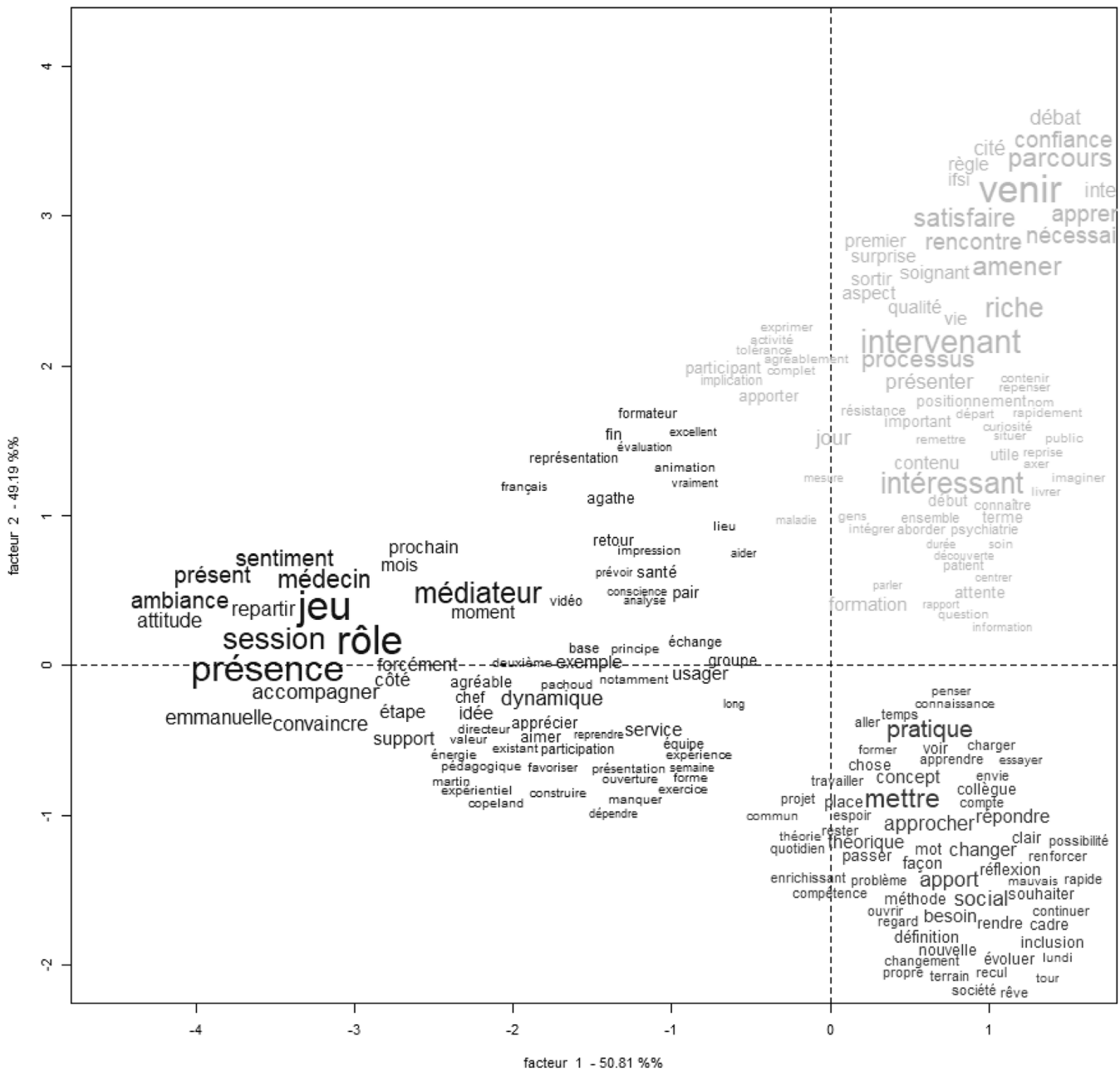
Classe 2, « riche » : la formation est qualifiée de riche pour les participants au sens où la pédagogie est variée, le contenu intéressant, les échanges entre participants contradictoires et fructueux mais aussi où les parcours qui ont été présentés par les récits des formateurs ayant une expérience de rétablissement sont vus comme emplies d'expérience et d'expertise de vie.

« Les sujets et thèmes abordés étaient très intéressants le contenu est riche » ; « Animation très riche » ; « Formation intéressante riche et utile » ; « Ce que je trouve riche c'est le débat que cela suscite entre nous » ; « J'ai trouvé ce parcours très riche d'échanges et intéressants ».

Ainsi, l'analyse lexicale met en évidence un séquençage chronologique dans le processus d'apprentissage. Celui-ci montre une progression des intérêts des participants qui s'attachent, au début de la période (2013–2014), aux dispositifs et outils de formation en eux-mêmes, ainsi qu'à l'approche participative de la formation. Dans un deuxième temps (2015), les avis des participants valident les effets de la formation sur leurs pratiques et leurs postures professionnelles ; enfin ils adhèrent aux approches fondées sur le processus de rétablissement en dernière période (2016–2017).

## Discussion

On observe que les intérêts relatés par les différentes vagues de participants aux formations connaissent globalement une progression qui se focalise d'abord sur ce qui se passe pour eux en formation, puis sur la remise en question de leurs pratiques professionnelles et enfin vers la compréhension des notions (rétablissement, inclusion sociale, *empowerment*).



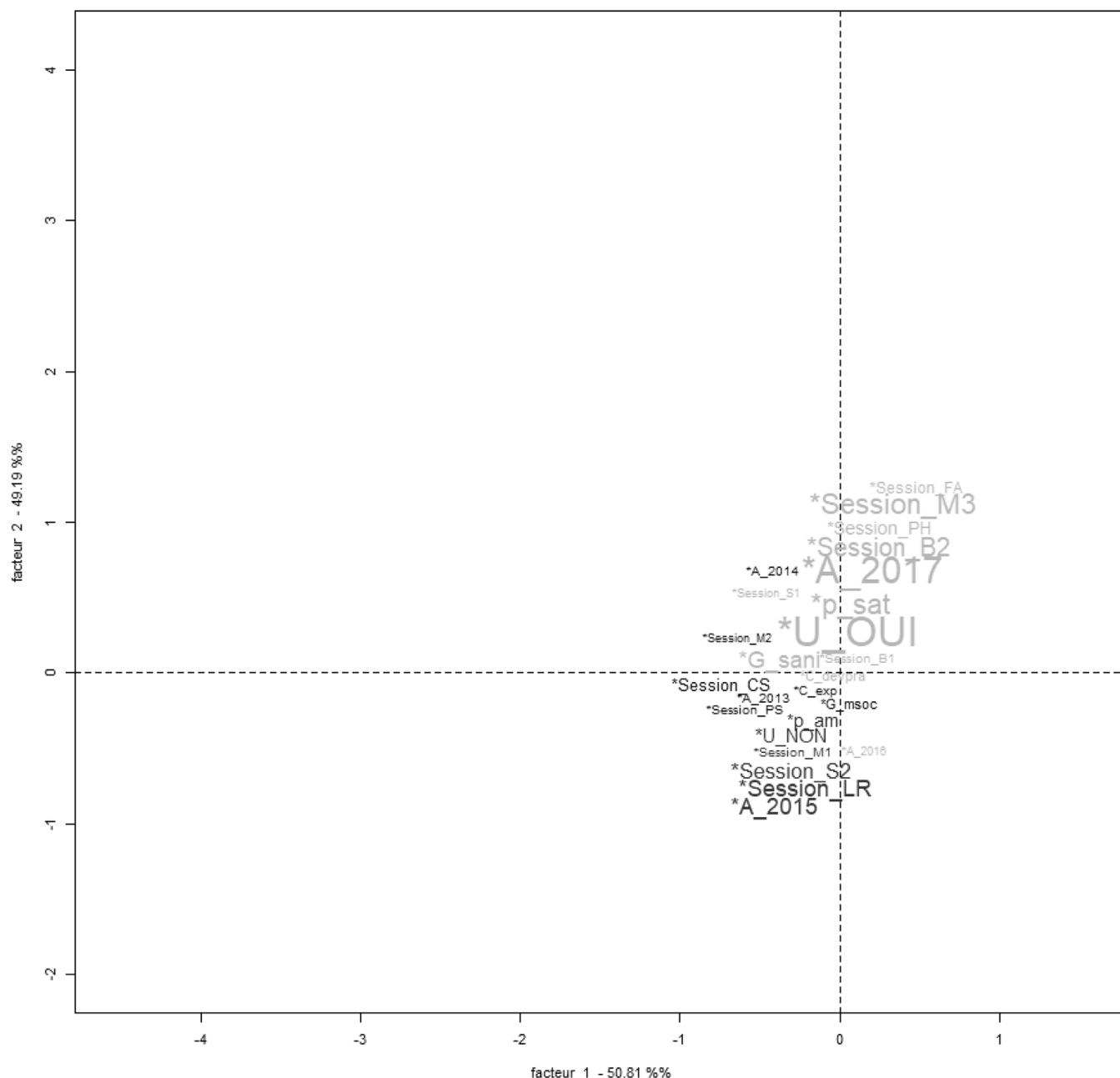
**Figure 1a.** Positionnement relatif des classes de mots que les participants des sessions de formations utilisent le plus (après analyse Reinert *via* Iramuteq), destiné à être superposée à la figure 1b.

Cette saisie du sens du concept correspond sans doute à une transformation progressive de la conscientisation de l'ensemble des professionnels aux logiques du rétablissement, qui rend plus réceptifs les nouvelles générations de formés aux objets de la formation : on peut supposer en effet, comme le montrent les revues de littérature internationale [6,7], que les groupes de participants se trouvent progressivement acculturés à ces notions et saisissent les impacts sur leurs pratiques professionnelles, comme la transformation des ingrédients de la nature de

leur pratique d'accompagnement ou bien comme la transformation de la composition de leurs équipes pluri professionnelles avec la nécessaire intégration de pair-aidants [6].

Ainsi, le dispositif de formation étudié voit progressivement son efficacité s'améliorer, ce qui fait qu'il répond de mieux en mieux à l'un des objectifs principaux des formations proposées, c'est-à-dire l'acculturation des professionnels à ces nouvelles notions, en résonance avec la conscientisation générale.





**Figure 1b.** Positionnement des modalités des variables caractéristiques des participants des sessions de formation qui les utilisent le plus, sur le même plan que celui de la [figure 1a](#). (les deux figures sont faites pour se superposer afin de visualiser les corrélations).

Concernant la présence des usagers comme formateurs, l'année 2016 marque une rupture claire. À partir de cette date, ils sont systématiquement présents dans les sessions de formation et l'analyse lexicale montre que leur intervention permet aux participants de comprendre le processus singulier du rétablissement et d'appréhender la transformation de leurs pratiques. Ils saisissent ainsi le sens de ce qu'est ce processus mais également de comment doivent/peuvent être leurs pratiques s'ils veulent mettre en place des accompagnements orientés vers le rétablissement, et ce notamment par la présence nécessaire d'un pair-aidant dans leur équipe.

Ainsi, notre étude montre que l'analyse lexicale du dispositif de FAR en santé mentale permet de caractériser l'efficacité et la pertinence de cette méthode de RAP. La systématisation d'une évaluation raisonnée des formations, telle que la permet la méthode FAR, et de l'étude des données produites par l'analyse lexicale apporte une approche complémentaire des protocoles d'évaluation repérés dans les 17 études citées par Jackson *et al.* [7].

Cependant, la situation française en termes de formation des professionnels à ces approches souffre des mêmes limites que celles repérées à l'étranger. En l'occurrence, et c'est valable pour notre étude, si des effets

**Tableau IV.** Caractéristiques spécifiques aux verbatim dans lesquels on retrouve majoritairement les trois classes de mots.

Classe de mots	Thématique dominante de la classe	Modalités des variables (voir Fig. 1b)
3. « jeu », « rôle », « présence », « session »	Animation de formation	Années : 2013 et 2014 Sessions : CS ; PS ; M2 Expérimentale Sans usagers formateurs Pas de mention pour Nature des verbatims et type d'institutions d'accueil
1. « mettre », « pratique », « apport », « social »	Acquisition des notions et effets de la formation sur les pratiques professionnelles	Année : 2015 (principalement) Sessions : S2 ; LR ; M1 Sans usagers formateurs Médico-social Verbatim : Améliorations Pas de mention pour Nature expérimentale du dispositif
2. « venir », « intervenant », « riche », « parcours »	Processus de rétablissement	Années : 2016 et 2017 Sessions B1 ; PH Avec usagers formateurs Sanitaire Verbatim : satisfaction Développement des pratiques

Les numéros attribués aux classes sont arbitraires.

positifs au niveau individuel des générations de participants sont remarquables, les effets de transfert dans les pratiques restent peu visibles. De fait, si la méthode FAR utilisée ici a permis de visibiliser l'acculturation des professionnels au fur et à mesure de la transformation des programmes, elle n'a pu rendre compte de la transformation effective des pratiques.

## Conclusion

Les études récentes sur la formation des professionnels aux approches fondées sur le rétablissement insistent sur la nécessité de cibler le niveau organisationnel afin d'avoir des effets réels sur les pratiques et de consolider les changements effectués au niveau individuel. Pour ce faire, il serait judicieux de s'appuyer, dans de futurs travaux, sur le développement des partenariats en santé [36], ainsi que sur la variété des formes de dispositifs d'apprentissage en déploiement comme les *Clubhouse*, les formes françaises des *Recovery College* ou autres programmes de pédagogie médicale ou sociale, visant la formation aux approches fondées sur le rétablissement dès la formation initiale. En termes de recherche, il existe d'ores et déjà des modèles d'évaluation de l'efficacité des dispositifs de formation et d'intervention (*Connectedness, Hope, Identity, Meaning, Empowerment framework – CHIME framework–, Redirecting and Empowering Families through Culturally Unique Services – REFOCUS–, ...*), et surtout des dispositifs d'intervention empiriquement validés qu'il serait pertinent de mobiliser dans le futur. Comme l'indiquaient dès 2014 Slade *et al.* [37], les systèmes de santé et de soins ne se transforment pas facilement à l'unique son volontariste des politiques publiques.

## Autre valorisation scientifique du travail

Une partie du travail rapporté dans l'article a fait l'objet d'une communication dans le cadre du Colloque Expairs : L'accompagnement par les pairs. Une approche transversale aux champs de la santé, de la santé mentale et du handicap. Rennes, Maison des sciences de l'homme en Bretagne, 14 et 15 novembre 2019 : Jouet E, McCluskey I, Gibey L. Intervention des pairs dans les dispositifs de formation en santé mentale : une comparaison Suisse-France. ([https://expairsenjeux.sciencesconf.org/data/pages/Programme\\_EXPairs.pdf](https://expairsenjeux.sciencesconf.org/data/pages/Programme_EXPairs.pdf)).

## Liens d'intérêts

L'auteure ne déclare aucun conflit d'intérêts en lien avec le contenu de cet article.

## Approbation éthique

Non sollicitée.

## Remerciements

Sont remerciés pour leur soutien et contribution :

- Tim Greacen, GHU Paris psychiatrie & neurosciences, Directeur de recherche, en tant que membre de l'équipe de formateurs du dispositif présenté ;
- Olivier Las Vergnas, Professeur Université Paris-Nanterre, Laboratoire CREF (UR 1589) en tant qu'appui à l'analyse lexicale ;
- L'ensemble des formateurs pairs qui sont intervenus dans les dispositifs de formation mentionnés.

## Annexe A: Exemple de questionnaire utilisé

### Évaluation de la formation

#### « Le concept de rétablissement dans les pratiques d'inclusion sociale »

Vous venez de participer aux cinq journées de formation à l'approche rétablissement. Comme nous vous l'avons indiqué en début de formation, ces dispositifs sont nouveaux en France et en voie de co-construction avec les participants des différentes sessions. C'est la raison pour laquelle, il est important de recueillir votre avis et vos commentaires sur ce que nous venons de vivre ensemble.

Nous vous remercions sincèrement de votre contribution!

**Dans ces cinq jours, quels sont les trois éléments les plus importants pour vous, pour votre pratique? Ce dont vous vous rappelez spontanément!**

**Sur la formation en général** (merci de mettre une note de 1 à 5 – moins bon score-meilleur score).

Durée :

Lieu :

Horaires :

Formateurs :

**Commentaires sur la formation:** (merci de répondre à la question en argumentant: le contenu des cinq jours répond-il à vos attentes?)

**Ce qui vous a plu le plus?**

**Ce qu'il faut améliorer pour les prochaines sessions de formation?**

**Ce que vous aimeriez aborder lors du retour d'expérience?**

Le présent article ne s'intéresse qu'à certaines de ces questions. Les autres ont fait l'objet d'un travail d'évaluation interne à l'organisme de formation.

Des versions légèrement différentes ont pu être utilisées lors des 5 années retenues pour notre étude.

## Références

1. Pincus HA, Spaeth-Rublee B, Grant S, Goldner EM, Prince PN, Ramanuj P, *et al.* A review of mental health recovery programs in selected industrialized countries. *Int J Ment Health Syst* 2016;10:73.
2. Le Cardinal P, Roelandt J-L. Le pair-aidant, l'espoir du rétablissement. *Santé Mentale* 2008;133:69-73.
3. Greacen T, Jouet E (eds.). Pour des usagers de la psychiatrie, acteurs de leur propre vie. Rétablissement, inclusion sociale, empowerment. Toulouse: Erès, 2012 (réed. 2019).
4. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques: un changement de regard sur le devenir des personnes. *Information Psychiatrique* 2012;88:257-66.
5. Pelletier JF, Davidson L, Gaulin D, Bordet J. Recovery mentors as continuing professional development trainers for better recognition of the epistemic value of the experiential knowledge and improved access to recovery-oriented practices. *AIMS Public Health* 2019;6:447-60.
6. Eiroa-Orosa FJ, García-Mieres H. A systematic review and meta-analysis of recovery educational interventions for Mental Health Professionals. *Adm Policy Ment Health* 2019;46:724-52.
7. Jackson-Blott K, Harea D, Davies B, Morgan S. Recovery-oriented training programmes for mental health professionals: A narrative literature review. *Mental Health & Prevention* 2019;13:113-127.
8. Rhenter P. Vers un chez-soi: L'accompagnement de personnes sans abri ayant des troubles psychiques. *Le sociographe* 2013;42:59-66.
9. Jouet E, Greacen T, Fischer R, Morel A. Usagers, parcours et rétablissement. In: Morel A, Couteron J-P (dir.). *Aide-mémoire addictologie* (3<sup>e</sup> éd.). Paris: Dunod, 2019:383-98.
10. Troisoeufs A. Patients intervenants, médiateurs de santé-pairs: quelles figures de la pair-aidance en santé? *Rhizome* 2020;75-76:27-36.
11. Jouet E. L'approche fondée sur le rétablissement: éducation diffuse et santé mentale. *Le Télémaque* 2016;49:11-124.
12. Campbell J, Gallagher R. NHS Education for Scotland/ Scottish Recovery Network Mental Health Recovery Project. A literature review and documentary analysis on recovery training in mental health practice. Glasgow: AskClyde, 2007.
13. Greacen T, Jouet E, Ryan P, Cserhati Z, Grebenc V, Griffiths C, *et al.* Developing European guidelines for training care professionals in mental health promotion. *BMC Public Health* 2012;12:11-4.
14. Parent F, De Ketele J-M, Goos F, Reynaerts M. Taxonomie de l'approche par compétences intégrée au regard de la complexité. *Contribution critique à la santé publique*. Tréma 2020;54 [On-line]. Disponible sur: <https://doi.org/10.4000/trema.5907>.
15. Parent F, Aiguier G, Berkesse A, Reynaerts M, Rolland F, Wardavoir H, *et al.* Penser l'éthique des curriculums de formation professionnelle en santé au regard d'une perspective épistémologique de « l'agir-en-santé ». *Pédagogie Médicale* 2019;19:127-35.
16. Jouquan J, Parent F, Audétat M-C. Des analogies entre le raisonnement médical et l'évaluation formative. *Revue Française de Linguistique Appliquée* 2013;18:93-106.
17. Jodelet D. Le savoir expérientiel des patients, son statut épistémologique et social. In: Silva A-O, Camargo B-V (dir.). *Representações sociais do envelhecimento e da saúde*. Universidade Federal do Rio Grande do Norte: Edufrn, Editorada UFRN, 2017;11:270-94.
18. Jouet E. Récits de soi des personnes en rétablissement: entre information clinique, expérience et co-construction de savoirs. *Education permanente* 2020;222:121-31.
19. Deschênes B, Jean-Baptiste A, Matthieu É, Mercier A-M, Roberge C, St-Onge M, *et al.* Guide d'implantation du partenariat de soins et de services. Montréal: Réseau universitaire intégré de santé de l'Université de Montréal, 2014. [On-line] Disponible sur: [http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide\\_implantation1.1.pdf](http://ena.ruis.umontreal.ca/pluginfile.php/256/coursecat/description/Guide_implantation1.1.pdf).
20. Direction collaboration et partenariat patient (DCPP) et Comité interfacultaire opérationnel de formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal (CIO-UdeM) (Collectif). *Terminologie de la Pratique Collaborative et du Partenariat patient en santé et services sociaux*. Montréal, Québec: Université de Montréal, 2016.

21. Jouet E, Las Vergnas O. Contribution bibliographique et bibliométrique à l'étude de la place de l'engagement des patients dans le système de recherche en santé. In: Hervé C, Stanton-Jean M, Mamzer M-F (dir.). La participation des patients. Paris: Dalloz, 2017:203-8.
22. Gross O, Gagnayre R. Caractéristiques des savoirs des patients et liens avec leurs pouvoirs d'action: implication pour la formation médicale. *Revue française de pédagogie* 2017;201:71-82.
23. Flora L. Le patient formateur: élaboration théorique et pratique d'un nouveau métier de la santé. Thèse de doctorat de sciences sociales, spécialité Sciences de l'éducation. Saint-Denis: Université Vincennes Saint-Denis-Paris 8, 2012.
24. Casagrande A. Associons nos savoirs: pour une démocratie des expériences. *Vie sociale* 2019;25-26:61-70.
25. Pomey M, Flora L, Karazivan P, Dumez V, Lebel P, Vanier M-C, *et al.* Le « Montreal model »: enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé. *Santé Publique* 2015;HS:41-50.
26. Towle A, Godolphin W, Grams G, Lamarre A. Putting informed and shared decision making into practice. *Health Expectations* 2006;9:321-32.
27. Towle A, Bainbridge L, Godolphin W, Katz A, Kline C, Lown B, *et al.* Active patient involvement in the education of health professionals. *Med Educ* 2010;44: 64-74.
28. Greacen T, Jouet E. Psychologie communautaire et recherche: l'exemple du projet Emilia. *Pratiques psychologiques* 2008;15:77-88.
29. Stake RE. Program evaluation, particularly responsive evaluation. In: *Evaluation models. Evaluation in Education and Human Services*, vol 6. Dordrecht: Springer, 1983.
30. Jouet E. Le projet Emilia: inclusion sociale par la formation des personnes vivant avec un trouble psychique. *Savoirs* 2013;31:69-80.
31. Ratinaud P, Dejean S. IRaMuteQ: implémentation de la méthode Alceste d'analyse de texte dans un logiciel libre. Modélisation appliquée aux sciences humaines et sociales. Toulouse: Toulouse-Le Mirail, 2009 [On-line]. Disponible sur: [http://repere.no-ip.org/repere/Members/pratinaud/mes-documents/articles-et-presentations/presentation\\_mashs2009.pdf.1](http://repere.no-ip.org/repere/Members/pratinaud/mes-documents/articles-et-presentations/presentation_mashs2009.pdf.1).
32. Reinert M. Un logiciel d'analyse lexicale. *Les cahiers de l'analyse des données* 1986;11:471-81 [On-line]. Disponible sur: [http://www.numdam.org/article/CAD\\_1986\\_\\_11\\_4\\_471\\_0.pdf](http://www.numdam.org/article/CAD_1986__11_4_471_0.pdf).
33. Bardin L. L'analyse de contenu. Paris: Presses universitaires de France, 1977.
34. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. Paris: Armand Colin, 2012.
35. Benzecri JP. La pratique de l'analyse des données. Tome I: Analyse des correspondances, exposé élémentaire. Paris: Dunod, 1983.
36. Pomey M-P, Denis J-L, Dumez V (eds.). Patient engagement: How patient-provider partnerships transform healthcare organizations. Cham: Palgrave Macmillan, 2020.
37. Slade M, Amering M, Farkas M, Hamilton B, O'Hagan M, Panther G, *et al.* Uses and abuses of recovery: Implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry* 2014;13:12-20.

**Citation de l'article:** Jouet E. Formations aux approches orientées sur le rétablissement en santé mentale: étude lexicale des perceptions d'un dispositif participatif de formation. *Pédagogie Médicale* 2021;22:177-188