

**ÉCOLE DE PSYCHOLOGUES PRATICIENS
INSTITUT CATHOLIQUE DE PARIS**

**23, rue du Montparnasse
75006 PARIS**

**71, rue Molière
69003 LYON**

MÉMOIRE DE RECHERCHE
en vue de l'obtention du
DIPLÔME DE PSYCHOLOGUE

- LE RÉTABLISSEMENT AU FÉMININ -

**Penser le parcours de réhabilitation psychosociale des femmes concernées par des
troubles psychiques : les spécificités liées à leur rétablissement.**

Effectué sous la direction de : Elodie (Gilliot) Picolet

Par : Anne Szwaja

Promotion : 2024

Option : Vulnérabilité - Clinique des situations limites

Date de naissance : 27/11/2001

Lieu de naissance : Besançon

Mots clés : Rétablissement – Réhabilitation Psychosociale – Identité (Femmes) – Vécu –
Troubles – Santé mentale

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES MATIÈRES.....	1
INTRODUCTION	4
PARTIE THÉORIQUE.....	6
I. LE RETABLISSEMENT EN SANTE MENTALE	7
1. Le rétablissement	7
1.1. Le concept de rétablissement et sa révolution dans le champ de la santé mentale	7
1.2. Les concepts associés au rétablissement : déstigmatisation, santé mentale et empowerment	10
1.3. L'évolution de la considération du handicap psychique et développement de nouvelles approches.....	12
2. La réhabilitation psychosociale : modèle de soin dédié au soutien du rétablissement en psychiatrie	14
2.1. Définition	14
2.2. Description des pratiques et du parcours de soin.....	16
3. Le développement de la réhabilitation psychosociale en France	21
3.1. Une mise en place controversée dans les institutions	21
3.2. Une évolution positive pour la prise en charge des troubles psychiques sévères	22
3.3. Etat des lieux de 2019 sur les caractéristiques des usagers dans les centres de réhabilitation français.....	23
II. LES ENJEUX FÉMININS EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE.....	24
1. La santé mentale des femmes	24
1.1. L'utilisation de <i>l'Empowerment</i> par les femmes à partir des années 70.....	24
1.2. Quelques données sur la santé mentale des femmes.....	25
2. Vers une reconnaissance progressive des spécificités liées aux femmes dans le secteur de la santé	28
2.1. Prise en compte émergente des différences hommes – femmes dans le secteur de la santé	28

2.2.	Enjeux féminins en psychiatrie	30
III.	PENSER LE RETABLISSEMENT DES FEMMES CONCERNEES PAR DES TROUBLES PSYCHIQUES : LECTURE INTERSECTIONNELLE.....	37
1.	L'intersectionnalité.....	37
1.1.	La théorie de l'intersectionnalité	37
1.2.	L'intersectionnalité comme outil d'analyse.....	37
2.	Les différences de genre dans le vécu du trouble psychique et du rétablissement.....	38
2.1.	Les discriminations sociales.....	38
2.2.	Des inégalités de genre dans le rétablissement.....	40
	ÉTUDE PRATIQUE : MÉTHODOLOGIE.....	41
I.	PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE	42
II.	PRESENTATION GENERALE DES ETAPES DE LA RECHERCHE.....	44
III.	PRESENTATION DES ECHANTILLONS.....	44
1.	Critères d'inclusion et d'exclusion des échantillons	44
1.1.	Critères d'inclusion de l'échantillon 1	44
1.2.	Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon 2	45
2.	Recrutement des échantillons	46
2.1.	Processus de recrutement de l'échantillon 1	46
2.2.	Processus de recrutement de l'échantillon 2	46
IV.	OUTILS METHODOLOGIQUES	47
1.	L'entretien semi-directif	47
1.1.	Choix de l'entretien semi-directif.....	47
1.2.	Contenu du guide d'entretien semi-directif.....	48
1.3.	Déroulé de la passation.....	49
2.	Questionnaire.....	49
2.1.	Choix du questionnaire	49
2.2.	Contenu du questionnaire.....	50
2.3.	Déroulé de la passation.....	50
V.	CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES	51

VI.	ANALYSE DES DONNEES.....	53
1.	Analyse qualitative des données : l’analyse thématique réflexive.....	53
2.	Justification de l’analyse qualitative du questionnaire.....	54
	RÉSULTATS ET ANALYSE.....	56
I.	CARACTÉRISATION DES ECHANTILLONS.....	57
1.	Echantillon 1 : Professionnels (N = 10).....	57
2.	Echantillon 2 : (Ex)Usagères (N =28).....	57
II.	CONFRONTATION OBJECTIFS – RÉSULTATS.....	59
1.	Objectif 1 : Identifier les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique susceptibles d’intervenir dans leur rétablissement	59
1.1.	Résultats communs aux deux échantillons.....	59
1.2.	Résultats supplémentaires obtenus auprès des professionnels	68
1.3.	Résultats supplémentaires obtenus auprès des (ex)usagères	71
2.	Objectif 2 : Investiguer la prise en compte des spécificités liées au vécu des femmes dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale.....	75
2.1.	Résultats communs aux deux échantillons.....	75
2.2.	Résultats supplémentaires obtenus auprès des (ex)usagères	78
2.3.	Résultats supplémentaires obtenus auprès des professionnels	82
III.	DISCUSSION : INTERPRETATION ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE ..	91
1.	Rappel des objectifs de la recherche	91
2.	Synthèse et discussion des résultats	91
2.1.	Objectif 1	91
2.2.	Objectif 2	97
3.	Utilité de la recherche.....	100
4.	Limites et perspectives	100
	CONCLUSION.....	103
	MÉDIAGRAPHIE.....	105

INTRODUCTION

Depuis 1987, chaque 28 mai est consacré à la journée internationale d'action pour la santé des femmes. Créée au Costa Rica et reprise dans de nombreux pays, cette journée est l'occasion d'attirer l'attention sur les enjeux de santé auxquels les femmes sont confrontées à travers le monde (Radio Nova, 2024). Elle constitue ainsi l'occasion de sensibiliser aux problématiques spécifiques aux femmes et, de fait, de promouvoir une meilleure égalité des genres dans le secteur de la santé et des recherches qui y sont associées (Inserm, 2019).

Notre intérêt pour cette thématique, notamment celle de la santé mentale des femmes, s'est développé à travers diverses expériences de stages réalisées dans ce domaine durant notre formation. En effet, la compréhension progressive des enjeux propres à cette population, notamment sa plus grande vulnérabilité sur de nombreux plans, permet aujourd'hui le déploiement de structures associatives et médico-sociales, d'actions ou de recherches destinées aux femmes. Dans le secteur de la psychiatrie, nous le verrons, des recherches émergent toujours sur les spécificités liées aux diagnostics et au vécu des femmes concernées par un trouble psychique. La présente étude s'intéressera donc à cette population, à travers un concept toutefois peu exploré et pourtant d'actualité en psychiatrie : celui du rétablissement. Soutenu en France par des approches comme celle de la réhabilitation psychosociale (Franck, 2020), le principe de rétablissement met en avant l'importance de favoriser le bien-être individuel et social des personnes concernées par un trouble psychique dans les accompagnements. Il insiste, entre autres, sur l'importance de déstigmatiser les troubles psychiques, de soutenir l'insertion socio-professionnelle des personnes, et de favoriser le pouvoir d'agir (*empowerment*) de chacun.

À une époque où la reconnaissance des différences de genre progresse dans notre société et dans le domaine clinique, nous nous pencherons sur les dimensions liées au genre dans le rétablissement, en particulier chez les femmes. Nous chercherons à comprendre, plus précisément, l'intérêt de prendre en compte les spécificités liées aux femmes dans l'accompagnement du rétablissement, en s'intéressant à leur parcours en réhabilitation psychosociale. Nos questionnements initiaux sont donc les suivants : Qu'en est-il des spécificités liées aux femmes lorsque nous parlons de santé mentale et de rétablissement ? Où en est la compréhension que nous avons des troubles psychiques chez les femmes en psychiatrie ? Les approches innovantes dans ce domaine, telle que la réhabilitation

psychosociale, sont-elles de bons moyens d'inclure davantage la considération de ces particularités dans le soin ?

Il est ainsi important de préciser que si notre étude aborde les spécificités liées aux femmes, par souci de centrer notre sujet, elle n'omet pas l'existence d'autres minorités de genre aujourd'hui, dont les spécificités sont également méconnues. De même, nous noterons qu'il existe une distinction entre le sexe et le genre. Pour ne les définir que brièvement, le sexe se réfère aux caractéristiques biologiques différenciant les hommes et les femmes de façon binaire, tandis que le genre, plus fluide, est issu d'une dimension socio-culturelle et se construit dans l'environnement. Cette distinction bouscule donc l'idée que le sexe biologique est à l'origine des comportements et des différences psychologiques et sociales ; elle met en avant la construction sociale du genre. Notre recherche s'intéressera ainsi à la clinique des femmes en considérant cette distinction (Douki Dedieu, 2011).

PARTIE THÉORIQUE

I. LE RETABLISSEMENT EN SANTE MENTALE

« *Je ne suis pas un diagnostic, je suis un être humain avec une histoire de vie, de bonnes et de mauvaises expériences, des sentiments, des forces et des vulnérabilités.* »

- Alison Faulkner (Faulkner, 2010, p.15)

1. Le rétablissement

1.1. Le concept de rétablissement et sa révolution dans le champ de la santé mentale

1.1.1. Années 1960-1970 : voix militantes, antipsychiatrie et désinstitutionalisation

Intéressons-nous, dans un premier temps, au rétablissement, traduction du terme anglais *recovery* et concept central dans notre recherche. Utilisé pour la première fois au XIX^e siècle, dans le cadre des groupes d'anciens consommateurs d'alcool, ce terme faisait référence au soutien de l'abstinence des consommateurs. Les membres se disaient alors *en rétablissement*, c'est-à-dire dans la démarche de fournir des efforts pour maintenir leur sobriété et retrouver un sens positif à leur vie (Le Cardinal et al., 2013). Plus tard, d'autres mouvements d'entraides sont apparus, notamment *We Are Not Alone (WANA)*¹, fondé en 1940 par un groupe de patients du même hôpital à New York, ayant pour objectif de fournir soutien et conseils à leurs pairs pendant la transition de l'hôpital à la communauté. Durant la seconde moitié du XX^e siècle, période de scientification de la psychiatrie avec l'apparition des premiers neuroleptiques (1952), le concept de rétablissement est repris aux Etats-Unis par le mouvement des *Psychiatric Survivors*² (*ibid.*), à partir des années 60. Ce mouvement d'(ex)usagers ayant vécu l'expérience d'un trouble psychique et d'une hospitalisation, dénonce le manque de considération du bien-être et de l'individualité des personnes dans le modèle de soin traditionnel. Ces faits ont été repris dans le célèbre slogan, apparu dans les années 90, « *Nothing about us without us* »³ (Pachoud, 2012). L'ensemble de ces revendications s'inscrit dans un mouvement, plus général, étant celui l'*antipsychiatrie*, amené par Thomas Szasz puis par David Cooper (1967) dans son ouvrage « *Psychiatry and Antipsychiatry* » (Feys, 2017). Ce mouvement général, s'opposant à la psychiatrie traditionnelle, a permis de rappeler l'importance des voix des usagers pour penser les soins et considérer leur *savoir expérientiel*. L'occasion, donc, de rappeler que le rétablissement appartient avant tout aux concernés (Pachoud, 2012). D. Cooper, dans son ouvrage traduit en français, « *Psychiatrie et Antipsychiatrie* » par M. Braudeau (1970), s'intéresse au vécu intrinsèque des patients atteints de schizophrénie. Il y constate le rapport de

¹ « *Nous ne sommes pas seuls* »

² « *Les survivants de la psychiatrie* »

³ « *Rien à propos de nous, sans nous* »

force de la société sur les personnes ayant des troubles psychiques, stigmatisées et par conséquent marginalisées (Cooper et Braudeau, 1970).

La résultante du mouvement de l'antipsychiatrie s'illustre par la *désinstitutionnalisation* dans les pays occidentaux, mouvement inspiré des travaux du philosophe Michel Foucault. Il correspond, là aussi, à la remise en cause de l'institution hospitalière dans le soin des personnes concernées par des troubles psychiques (Lenzi, 2015). La désinstitutionnalisation incite aux trois changements suivants : la prévention des hospitalisations avec des soins « alternatifs » accessibles dans la communauté ; rendre plus durable le maintien dans la communauté des personnes non institutionnalisées ; diminuer le régime d'hospitalisation, par le biais d'un logement pour les personnes anciennement institutionnalisées (Lecardeur, 2022). En France, cela s'illustre à travers la politique de sectorisation, mise en place après la *Circulaire du 15 mars 1960*⁴. Celle-ci a permis de développer, sur le territoire, des prises en charge extrahospitalières, avec la création de structures diverses tels que les centres d'accueils thérapeutique, hôpitaux de jour, centres médico-psychologiques, etc., s'accompagnant de nouvelles équipes médico-soignantes (*ibid.*). Si la diminution significative du nombre de malades hospitalisés se remarque à partir des années 70 et a permis d'orienter les soins vers l'intégration des usagers dans la communauté, la France fait tout de même le constat de l'échec de la sectorisation. L'objectif de réinsertion sociale se retrouve, en effet, entravé par un cloisonnement encore trop important entre le secteur psychiatrique et la société (*ibid.*).

Les différents mouvements cités se rejoignent donc sur leur dimension politique, étant celle de la revendication des droits et de l'exercice des personnes vivant avec un trouble psychique. Les années 60-70 vont permettre de penser autrement les conditions de ces personnes, en considérant davantage leur vécu, leur intégrité et plus largement leur place dans le soin et au sein la société. Cette période marque ainsi l'utilisation progressive de la notion rétablissement, terme devenu fondamental pour penser la prise en charge des personnes concernées par des troubles psychiques.

1.1.2. Définition du rétablissement en santé mentale

Patricia Deegan, militante américaine des mouvements d'(ex)usagers de la psychiatrie, docteure en psychologie et femme ayant reçu un diagnostic de schizophrénie à l'âge de 17 ans, est l'une des figures du rétablissement, qu'elle a tenté de définir à travers le récit de son expérience dans les années 90. Selon elle, le rétablissement est un processus non linéaire,

⁴ Emise par le ministère de la Santé publique en France, la circulaire du 15 mars 1960 avait pour but de répondre aux critiques des systèmes de soins psychiatriques en réformant son organisation.

différent de la guérison, correspondant à l'acceptation progressive des limites imposées par la maladie et, de fait, à la reconnaissance de ses capacités et des possibilités à venir. Ce processus est marqué par différentes étapes décrites par l'auteurice : le déni suite à l'annonce de la maladie, le désespoir et l'angoisse dans un second temps, puis l'apparition de l'espoir, suivi de la volonté d'agir et, ainsi, le recours à des actes responsables (Deegan, 1988). Le rétablissement, selon Patricia Deegan, reflète donc le vécu des personnes concernées qui acceptent leur maladie, parviennent à relever les défis de la vie quotidienne et aspirent à vivre pleinement au sein de la communauté, sans avoir besoin d'être considérées comme guéries. Ce concept nécessite également de délaisser les préjugés scientifiques et théoriques, rendant la nature du sujet objective, afin de mieux pouvoir se saisir de son vécu subjectif. En 2003, Andresen propose de définir le processus de rétablissement sous la forme de succession de stades, par lesquels passent les personnes en parcours de rétablissement (Martin et Franck, 2017), rejoignant les étapes décrites par Patricia Deegan. Le premier stade est le stade *moratoire*, période où l'individu se situe dans la confusion, le déni et le désespoir vis-à-vis de son diagnostic. Le second stade, celui de la *conscience*, se définit par l'acceptation de la maladie et l'espoir en une possible amélioration. Le stade de *préparation* survient lorsque l'individu acquiert des connaissances sur sa maladie, reconnaît ses forces et ses faiblesses, et apprend des stratégies pour y faire face. Le stade de la *reconstruction* correspond à la découverte de nouveaux aspects de soi et à la volonté de prendre des risques, permettant de réviser et de mettre en place des objectifs. A ce stade, le sujet se responsabilise et se familiarise avec la gestion de son trouble. Le cinquième et dernier stade, celui de la *croissance*, implique un état de bien-être ne correspondant pas à l'élimination totale des symptômes, mais plutôt à la capacité qu'a l'individu de les maîtriser afin qu'ils n'altèrent pas son fonctionnement. Ce stade permet aussi l'acquisition de nouvelles valeurs, le maintien de l'espoir et d'une identité positive, et la perception d'une vie dotée de sens (*ibid.*).

Depuis la définition de Patricia Deegan, le rétablissement a également été divisé en différentes dimensions, mises en avant dans le modèle du rétablissement de Van Der Stel, élaboré en 2012 (Bon, 2018) : le rétablissement clinique, fonctionnel, social et personnel. Le *rétablissement clinique* se définit comme la rémission symptomatique de la maladie, ce qui permet la réduction de la souffrance mentale. Il implique toutefois l'acceptation des soins appropriés à la maladie et personnalisés, participant au rétablissement personnel. Le *rétablissement fonctionnel* regroupe quant à lui la capacité à affronter les exigences de la vie quotidienne et à faire des choix de façon autonome. Il nécessite l'appropriation de ses capacités,

de ses limites, mais aussi la connaissance de ses troubles et de ses traitements. Le *rétablissement social* implique la qualité des relations sociales, l'accès à l'emploi, au logement ou encore aux loisirs. Il implique la désinstitutionalisation de la personne et son accompagnement au sein de structures médicosociales ou associatives dans la communauté. Enfin, le *rétablissement personnel* est celui dépendant de la subjectivité de chacun. L'atteinte du rétablissement personnel nécessite donc une approche individualisée, permettant d'écouter l'expérience de la personne. Il correspond, de manière générale, au renforcement de son pouvoir d'agir (*empowerment*), à la mise en sens de son existence, au bien-être mental, à l'espoir, ainsi qu'au dépassement de la stigmatisation et de l'auto-stigmatisation (Franck, 2020).

1.2. Les concepts associés au rétablissement : déstigmatisation, santé mentale et empowerment

Nous l'avons évoqué, différentes notions sont donc associées au concept de rétablissement et permettent de le déterminer. Il implique l'accès et la persistance d'un sentiment d'espoir, le contrôle des symptômes pathologiques, l'*empowerment* et la redéfinition de soi, mais aussi la déstigmatisation des troubles psychiques (Marty et Martin, 2014). Nous nous intéresserons ici à la définition des termes de *déstigmatisation*, *santé mentale* et *empowerment*, nécessaires pour comprendre les enjeux du rétablissement et de notre recherche.

1.2.1. La déstigmatisation

Afin de favoriser le rétablissement et de permettre aux personnes concernées d'avoir une place au sein de la société, il est nécessaire de lutter contre la stigmatisation des personnes souffrant de troubles psychiques. En effet, cette stigmatisation engendre la marginalisation des personnes concernées et accentue l'isolement et l'impact négatif de ces facteurs sur la santé mentale (Pluss, 2014). Les normes sociétales ont donc un impact considérable sur le bien-être des personnes. Comme le précise Michel Pluss, s'adapter à la société dans les années 70 signifiait devoir se « normaliser » à des normes sociales très rigides. Les voix des personnes usagers et des autres mouvements militants des années 1970 ont permis de mettre en avant la dimension oppressive de la normalité, responsable de l'étiquetage de toute personne qui en sort, les réduisant ainsi à un seul trait de leur personnalité, tel que la maladie. Le réseau social et l'environnement ayant un impact considérable sur le développement des troubles psychiques ; le rétablissement est donc favorisé lorsqu'il est soutenu par des approches visant à renforcer la dignité, la place dans la société et la mise en avant du potentiel des personnes, agissant aussi sur les facteurs environnementaux afin de favoriser leur intégration.

1.2.2. *La santé mentale*

Définie par l’OMS comme un droit fondamental pour tous les individus (OMS, 2023), la santé mentale est un concept intrinsèquement lié au rétablissement. Si, autrefois, la santé mentale signifiait l’absence de trouble psychique, elle est aujourd’hui perçue comme un terme à part entière (Doré et Caron, 2017). Nous pouvons retenir la définition suivante issue des travaux de Jean Furtos (2011) et publiée dans la revue *Rhizome* (Ravon et al., 2022). Une « santé mentale suffisamment bonne » serait :

- « La capacité de vivre avec soi-même et avec autrui, dans la recherche du plaisir, du bonheur et du sens de la vie ;
- Dans un environnement donné mais non immuable, transformable par l’activité des hommes et des groupes humains,
- Sans destructivité mais non sans révolte, soit la capacité de dire « NON » à ce qui s’oppose aux besoins et au respect de la vie individuelle et collective, ce qui permet le « OUI » ;
- Ce qui implique la capacité à souffrir en restant vivant, connecté avec soi-même et autrui. » (*ibid.*, p.10)

Cette définition nous invite à ne pas penser la santé mentale comme quelque chose d’individuel et dépendant de nous-mêmes, et insiste sur ses dimensions environnementale et politique. De plus, la santé mentale est liée au rétablissement dans la mesure où elle signifie un état d’équilibre, où l’individu est en capacité de vivre avec soi-même, de fonctionner efficacement socialement tout en étant capable de subvenir à ses propres besoins fondamentaux et à des besoins supérieurs (Bhugra et al., 2013).

1.2.3. *L’Empowerment*

Apparu au XVII^e siècle, l’*empowerment*, issu du verbe *to empower* (Olano, 2015) est un terme anglo-saxon désignant l’action de déléguer un pouvoir, ou d’acquérir un pouvoir accordé par une puissance supérieure (Bacqué et Biewener, 2013). Il articule deux dimensions : celle du *pouvoir*, et celle du *processus* pour y accéder. L’emploi de ce terme a été nettement répandu, notamment dans la littérature française, qui peine toutefois à lui attribuer une traduction exacte : le pouvoir d’agir ou l’autodétermination sont les deux termes les plus souvent employés pour désigner *l’empowerment*.

Si ce concept a été repris dans de nombreux domaines, nous nous intéressons ici à sa définition en santé mentale. Développé dans ce champ par des grandes figures dont Patricia Deegan, l'*empowerment* en santé mentale fait référence au processus visant à augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir des personnes souffrant de troubles psychiques (Olano, 2015). Là aussi, l'*empowerment* en santé mentale a une dimension politique, puisque la parole et la considération des usagers passent par les droits qui leurs sont attribués. Nous observons ainsi l'importance de la transmission d'expérience et de l'identification entre pairs dans le processus d'*empowerment* : cela s'observe notamment avec le développement de la pair-aidance⁵ en santé mentale, et, initialement, avec la psychologie communautaire développée dans les années 60-70⁶ (Martin, 2017). Nous le verrons, les approches contemporaines du soin axées sur le rétablissement, notamment la réhabilitation psychosociale, insistent sur l'importance de cette autonomisation des usagers, en les encourageant à prendre des décisions personnelles et à s'engager activement dans la prise en charge de leur santé mentale (*ibid.*) . L'*empowerment* intervient donc comme un élément favorisant le rétablissement, en aidant les usagers à s'approprier leur parcours et ainsi se projeter au-delà du domaine psychiatrique. L'OMS a également défini l'*empowerment* en santé mentale, comme le « niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie » (Laforcade, 2017).

Avant de clôturer cette première partie dédiée à la compréhension de la notion de rétablissement, concentrons-nous sur l'évolution de la considération du handicap psychique en France, ayant permis l'amélioration des droits des personnes concernées et le développement d'approches orientées rétablissement.

1.3. L'évolution de la considération du handicap psychique et développement de nouvelles approches

1.3.1. Définition et reconnaissance du handicap psychique en France

Le handicap psychique résulte de divers troubles d'origine psychique, préservant toutefois les capacités intellectuelles des sujets, bien que leur mobilisation puisse être impactée (Unafam, 2023). Parmi les principaux troubles psychiques sévères constituant une forme de handicap,

⁵ Terme défini dans la partie suivante

⁶ Cette discipline promeut la justice sociale, en s'intéressant au développement social ainsi qu'à la santé des individus au sein de leur environnement. Son objectif consiste donc à améliorer la santé mentale des communautés et s'inscrit ainsi dans le champ de la recherche-action. L'*empowerment* et la participation des usagers font partie des composantes essentielles à cette approche (Uqam, 2019).

nous retrouvons les troubles de l'humeur dont la bipolarité, les troubles de la personnalité sévères comme le trouble borderline, et les troubles psychotiques, incluant notamment les troubles du spectre de la schizophrénie. De même, les troubles neurodéveloppementaux, dont les troubles du spectre autistique (TSA) ou le trouble de l'attention et de l'hyperactivité (TDAH) sont considérés comme entraînant un handicap psychique⁷. Nous parlons ainsi de « handicap » pour inclure les troubles associés qu'ils entraînent, ces derniers conduisant à une limitation des activités et des capacités. Quatre principaux domaines de troubles associés, quels que soient les troubles psychiques initiaux, ont été identifiés : des troubles cognitifs (mémoire, fonctions exécutives, etc.) ; des troubles de l'insight, c'est-à-dire les difficultés à comprendre sa maladie, ses symptômes et les effets de ses traitements ; une perte d'autonomie ; ou encore des troubles de la cognition sociale (interactions avec les autres, affirmation de soi, etc.) (Bon, 2023). Ces éléments complexifient la vie sociale et professionnelle des personnes concernées, mais aussi, en second plan, de leur entourage.

Pourtant, la reconnaissance des troubles psychiques comme source de handicap est récente. Jusque dans les années 80, le handicap en santé mentale était abordé uniquement du point de vue diagnostique et psychiatrique (Isaac et al., 2021). Ce n'est que le 11 février 2005, jour d'adoption de la loi française n°2005-102 pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » que l'impact des troubles psychiatriques sur l'inclusion sociale a été reconnue (Lieberman, 2015). Cette loi a alors permis la reconnaissance du handicap psychique en tant que tel, défini de la façon suivante : « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison de l'altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant. » (Légifrance, 2005). Si cela marque une véritable avancée pour la cause grâce aux droits qu'elle a permis aux personnes concernées (Isaac et al., 2021), la loi peine encore à être appliquée hors de la théorie, selon plusieurs professionnels (Gilliot et al., 2021).

1.3.2. L'apparition de nouvelles approches basées sur le concept de rétablissement

Comme nous l'avons évoqué, de nouvelles visions sur la notion du handicap psychique apparaissent de nos jours et permettent de penser différemment les vécus et le devenir des

⁷ Définitions des troubles mentionnés en Annexe A

personnes concernées. Différents modèles, expliquant les facteurs influençant l'apparition des troubles mais aussi leur retentissement sur le fonctionnement des individus, ont permis de penser de nouveaux modèles d'accompagnement. Nous pouvons citer l'apparition du concept de *retentissement fonctionnel*, exploré dans le cadre des psychoses par Pachoud (Pachoud, 2009), permettant de penser les conséquences d'une pathologie sur un sujet selon ses ressources, son contexte et sa maladie. De même, le modèle *stress-vulnérabilité* a mis en évidence l'interaction complexe entre les facteurs biologiques, environnementaux et comportementaux sur le risque de rechutes dans la schizophrénie, et donc de la vulnérabilité des personnes concernées (Rey et d'Amato, 2019). Les structures de soin abordent donc, de plus en plus, la santé des individus dans une perspective *bio-psycho-sociale*, et non pas uniquement biologique. Ce type d'approche accorde une place aux spécificités de l'utilisateur et à son pouvoir de décision et d'action, mais aussi aux dimensions au-delà du trouble permettant de considérer son bien-être au-delà de la rémission de ses symptômes (Isaac et al., 2021). Cela entraîne, par conséquent, de meilleurs chiffres en terme de résultats d'accompagnement. Ces différentes théories constituent le socle de modèles de soins dédiés au rétablissement, tel que nous l'avons défini. Le principal, auquel nous nous intéresserons ici, est celui de la Réhabilitation Psychosociale, à laquelle nous consacrerons la partie suivante de notre revue de littérature, traitant entre autres les capacités fonctionnelles impactées par le trouble psychique, évoquées précédemment. Cette approche se montre efficace pour le pronostic à long terme des usagers atteints de troubles psychiques sévères, et tend donc à se généraliser (Goyet et al., 2013).

La suite de notre travail se penchera, à présent, sur la définition de la réhabilitation psychosociale. Nous décrirons brièvement cette approche d'un point de vue théorique, et nous intéresserons ensuite à la description des pratiques, ainsi qu'au parcours de soin des usagers.

2. La réhabilitation psychosociale : modèle de soin dédié au soutien du rétablissement en psychiatrie

2.1. Définition

2.1.1. Historique

Pendant de nombreuses années, l'idée qu'une personne atteinte d'un trouble psychique puisse se rétablir, de sorte à être autonome, était absente en psychiatrie et dans la société. Pourtant, nous l'avons évoqué, cela tend à évoluer de nos jours, grâce à la revendication du concept de rétablissement et au développement d'approches s'inscrivant dans cette philosophie,

notamment la réhabilitation psychosociale (Giraud-Baro, 2007). Cette discipline s'est construite suite aux revendications militantes des années 60-70 et revisite la place de l'utilisateur dans le soin, en renforçant son *empowerment* et en visant, non pas sa guérison, mais son rétablissement. En 1996, l'Association Mondiale de la Réhabilitation Psychosociale (WAPR) et l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) énoncent les principaux objectifs de la réhabilitation : « réduire les symptômes de la maladie mentale et les possibles effets secondaires des traitements ; développer les compétences sociales ; effectuer un travail d'information et de lutte contre la discrimination dont sont victimes les usagers de la psychiatrie ; organiser des actions autour de la place centrale de l'utilisateur dans le soin ; accompagner les familles et les proches » (Duprez, 2008). Depuis les années 90, la réhabilitation psychosociale est une discipline qui ne cesse de se développer. En France plus particulièrement, nous observons une multiplication des centres de réhabilitation psychosociale à partir 2013, sous l'impulsion, notamment, des travaux du Pr. Nicolas Franck.

2.1.2. Définitions et auteurs principaux

La réhabilitation psychosociale est une discipline ayant longtemps été en attente de théorie et de nombreuses définitions lui ont été attribuées au cours des dernières décennies. Tout d'abord, en 1986, Liberman définit la réhabilitation psychosociale comme « l'ensemble des stratégies permettant aux patients de récupérer leur fonctionnement social et instrumental dans la plus large mesure possible » (Anthony & Liberman, 1986). En 2006, Marianne Farkas, responsable du centre collaborateur de l'OMS en réhabilitation psychosociale, à Boston, a défini ce modèle d'accompagnement comme la « somme d'actions développées pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet » dont le but serait « d'améliorer le fonctionnement de la personne, qu'elle puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix avec le moins d'interventions professionnelles possibles » (Duprez, 2008). Ces propos mettent en avant l'importance d'adapter la prise en charge au projet de vie souhaité. Le psychiatre et formateur Guy M. Deleu définit, en 2012, la réhabilitation en l'abordant à travers trois principaux éléments : une conception particulière de la prise en charge d'une personne concernée par une maladie mentale sévère dans notre société ; un service au sein d'autres services dans un système de soutien communautaire ; un ensemble de pratiques constituant l'approche de la réadaptation psychiatrique (Melac, 2018). Enfin, selon le Congrès Français de Psychiatrie, « La réhabilitation, c'est donc, conjointement, un ensemble d'actions de soin à l'intention de la personne souffrant de troubles psychiques, et un ensemble d'action en direction de la société afin qu'elle soit plus porteuse, et plus apte, à l'accueillir » (Duprez, 2008).

Progressivement, la définition de la réhabilitation psychosociale s'élargit donc vers celle d'un modèle de pratiques riche. Elle est perçue comme un ensemble de théories et d'outils interdisciplinaires, visant à redéfinir la place d'une personne concernée par trouble psychique dans notre société. Les accompagnements proposés visent ainsi à réduire l'impact des difficultés engendrées par le trouble pour favoriser le rétablissement (Giraud-Baro, 2007). Ce travail s'effectue notamment par la mobilisation des capacités du sujet, et par conséquent l'amélioration de son autonomie et de son pouvoir d'agir. Cette approche prône, en ce sens, l'idée que toute personne possède des ressources lui permettant d'évoluer vers ses objectifs et d'obtenir un niveau d'indépendance satisfaisant (Bon, 2018). Au-delà de ces définitions théoriques, nous nous intéresserons à présent à la description des pratiques en réhabilitation psychosociale.

2.2. Description des pratiques et du parcours de soin

2.2.1. Description des pratiques en réhabilitation psychosociale

Comme évoqué, la réhabilitation psychosociale privilégie un parcours de soin différent du modèle médical classique, axé sur l'*empowerment* des usagers, leur rétablissement, l'amélioration de leurs capacités et la satisfaction de leurs besoins. Cela est, d'ailleurs, facilité par la prise en compte des objectifs propres aux personnes dans l'élaboration du projet d'accompagnement (Franck, 2020). L'*horizontalité* de la relation entre soignants et usagers, contrastant avec la verticalité traditionnelle, est donc une composante nécessaire pour l'écoute et l'atteinte de ces objectifs. Ces éléments s'accompagnent d'un changement de dialecte : nous parlons d'*usager* ou de *personne concernée*, source de savoir expérientiel, et non de patient ; ou encore d'*accompagnement* plus que de prise en charge (Melac, 2018).

De plus, les accompagnements proposés sont divers et soutenus par une équipe pluridisciplinaire composée de psychologue(s), psychiatre(s), neuropsychologue(s), infirmier(e)s, pair-aidant(e)s, et travailleurs sociaux. Cette approche combine donc soin et accompagnement socio-professionnel, ce qui suggère un travail en réseau entre soignants et travailleurs sociaux (Melac, 2018). Nous le verrons, les différents outils proposés en réhabilitation psychosociale rendent également compte de leur impact positif sur le plan fonctionnel, favorisant en conséquence le rétablissement fonctionnel et personnel. Si Cnaan et al. ont énoncé, en 1988, les treize principes structurant les pratiques en réhabilitation psychosociale (Cnaan et al., 1988), nous nous référerons ici aux dix principes des approches

centrées sur le rétablissement, fondamentaux pour leur efficacité, repris par Franck (Franck, 2020) :

TABLEAU N°1

Les dix principes d'une approche centrée sur le rétablissement selon N. Franck⁸

Principes	Description
1. Autodétermination	Ce principe souligne que toute personne ayant des troubles psychiques fait ses propres choix, y compris en terme de prise en charge.
2. Attentes positives	Le potentiel de la personne est mis en exergue et développé : l'accent est mis sur ses forces plutôt que sur ses limitations.
3. Précocité des interventions	Des soins spécifiques et un accompagnement sont préconisés le plus tôt possible.
4. Normalisation	L'aide est dispensée dans un environnement positif, en particulier pas au sein d'un hôpital psychiatrique.
5. Personnalisation	Les soins et accompagnements sont adaptés aux besoins de l'utilisateur.
6. Engagement	Les intervenants sont formés, engagés et disponibles au vecteur d'espoir.
7. Horizontalité	Les relations avec les professionnels sont simples et directes.
8. Inclusion sociale et accès à l'emploi	L'inclusion sociale et l'accès à l'emploi, lorsqu'il est formulé et pertinent, sont au centre du processus de réhabilitation.
9. Rationalisation de la durée de prise en charge	Les programmes thérapeutiques et accompagnements généraux ne sont pas limités dans leur durée, à la différence des programmes thérapeutiques spécifiques, centrés sur des objectifs, dont la durée est brève.
10. Droit commun plutôt que milieu protégé	Les débouchés en milieu ordinaire sont privilégiés.

2.2.2. Les étapes du parcours de soin

Farkas, en définissant la réhabilitation psychosociale, évoque les deux principales étapes parcours des usagers : « Une méthode [la réhabilitation psychosociale] systématique qui vise, dans un premier temps, à aider le patient à choisir le milieu de vie où il souhaite vivre, à évaluer ce qu'il peut faire et quel type de milieu est choisi. Dans un second temps, la démarche comportera l'enseignement de nouvelles aptitudes, complété par un programme d'apprentissage, et la mobilisation de ressources pour aider le patient à atteindre son objectif ». Toutefois, si le processus peut effectivement se définir en une phase d'évaluation puis une phase de soin, ces dernières sont en réalité plus nombreuses et détaillées. Citons en effet Franck, ayant décrit avec précision les étapes du soin en réhabilitation, résumées en un tableau descriptif (Franck, 2021b) :

⁸ Tableau adapté de Franck, N. (2020). *Réhabilitation psychosociale*, p.3.

TABLEAU N°2

Les étapes du parcours en réhabilitation psychosociale décrites par Franck⁹

Etapes	Description
1. Prise de contact	Création d'une relation thérapeutique positive ; Information sur la démarche de la réhabilitation ; Evaluation de la disponibilité à la réhabilitation psychosociale.
2. Évaluation multidisciplinaire	Evaluation clinique ; neuropsychologique ; psychosociale (bien-être mentale, estime de soi, insight, autonomie, auto-stigmatisation, satisfaction par rapport aux sphères de la vie quotidienne)
3. Plan de suivi individualisé	Définition d'un projet ; Identification des obstacles à sa réussite ; Planification des soins de réhabilitation psychosociale permettant de surmonter les obstacles et favoriser la réalisation du projet.
4. Soins de réhabilitation psychosociale	Psychoéducation ; Entraînement des compétences sociales ; Remédiation cognitive ; Thérapie cognitive et comportementale ; Thérapie psychocorporelle.
5. Généralisation-transfert	Tâches à domicile ; Lien avec les aidants.

Ces données mettent ainsi en évidence l'encadrement du soin, mais aussi la place donnée à l'utilisateur à toutes les étapes du processus, qui sont d'ailleurs adaptées à chacun : la durée dépend du rythme de l'utilisateur et les soins appliqués dépendent de ses besoins et difficultés. La seconde étape du parcours, succédant l'entretien de prise de contact, concerne l'évaluation multidisciplinaire de l'utilisateur. De manière générale, elle se base sur des mesures psychométriques et permet d'identifier les ressources et les limites du sujet, mais aussi ses symptômes cliniques, ses processus cognitifs et son fonctionnement psychosocial. A la fin de cette phase évaluation, l'utilisateur et soignants ont accès aux informations suivantes (*ibid.*):

- Les éventuels déficits cognitifs existant en raison du trouble psychique ;
- Les capacités de cognition sociale ;
- L'état des fonctions neurocognitives (attention, mémoire à court et long terme) et des fonctions visuospatiales ;
- Ainsi que les ressources et fonctions préservées chez le sujet.

Ces différents résultats guideront le suivi de l'utilisateur, que ce dernier complètera en élaborant ses objectifs sociaux, résidentiels, professionnels, etc., et en ayant recours aux outils thérapeutiques nécessaires pour les remplir. Dès le début de l'accompagnement, tout est donc

⁹ Tableau adapté de Franck, N. (2021). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), p. 955.

mis en place de sorte à mobiliser la motivation et le sentiment de participation du sujet (CRR et Franck, 2018). Suite à la synthèse de la phase d'évaluation, le recours aux outils thérapeutiques est alors possible. Ces derniers, sélectionnés pour leur validité scientifique, sont à la disposition de l'utilisateur, qui est libre de s'en saisir afin de réaliser ses objectifs et ainsi évoluer vers son rétablissement (Isaac et al., 2021). Avant de clôturer la première partie de notre revue de littérature, nous décrivons donc les outils principaux qui accompagnent le soin des personnes concernées.

2.2.3. Principaux outils utilisés

Afin de travailler les difficultés rencontrées et liées au trouble, différents outils utilisés en réhabilitation psychosociale permettent l'acquisition ou le renforcement de plusieurs compétences, renforçant le fonctionnement des usagers et permettant l'accès au rétablissement fonctionnel et personnel. La plupart des outils permettent l'acquisition de connaissances et l'entraînement nécessaire pour, ensuite, procéder au transfert de ces compétences acquises dans des situations de la vie quotidienne.

De manière générale, l'approche des *thérapies cognitives et comportementales* (TCC)¹⁰, modèle thérapeutique reconnu dans les champs de la psychologie et de la psychiatrie, est majoritairement utilisée dans l'accompagnement des usagers. En effet, les TCC se montrent très efficaces dans le traitement de nombreux troubles psychiques, surtout stabilisés, à travers différentes techniques. Celles-ci permettent un travail de restructuration cognitive¹¹, de restauration de l'affirmation de soi et de l'estime de soi, mais aussi un travail traitant des dimensions comportementales. Les TCC englobent, à travers les approches développées dans la troisième vague, la schémathérapie, la thérapie d'Acceptation et d'Engagement (ACT) très utilisée en réhabilitation psychosociale, ainsi que d'autres approches corporelles et émotionnelles (Bouvet, 2020).

La *remédiation cognitive*, à ne pas confondre avec la restructuration cognitive des TCC, est un outil clé proposé en réhabilitation psychosociale. Elle permet le traitement des déficits cognitifs associés aux troubles psychiques sévères, et se concentre principalement sur l'amélioration des fonctions déficientes ou sur le développement de nouvelles stratégies afin de

¹⁰ Développées à partir de 1970, les TCC visent la modification des comportements inadaptés et des pensées dysfonctionnelles (1^{ère} et 2^{ème} vagues), complétées par des approches traitant des émotions (3^{ème} vague), permettant de penser plus précisément l'interaction entre comportements, cognitions et émotions.

¹¹ Techniques développées par le psychiatre Aaron T. Beck

compenser les fonctions déficientes. Pratiqués en séances individuelles ou collectives, les programmes de remédiation cognitive s'effectuent généralement à partir de différents supports tels que des vidéos, des jeux de rôle, des logiciels, des photos, etc. (Franck, 2021a). Nous retrouvons ainsi des programmes tels que *Cognitive Remediation Therapy* (CRT)¹², *RECOS*¹³, ou *l'Integrated Psychological Treatment* (IPT)¹⁴, associant stratégies cognitives et psychosociales. Cet outil, mais aussi les évaluations neuropsychologiques nécessaires aux accompagnements, implique la présence de neuropsychologues dans la plupart des centres de réhabilitation psychosociale.

L'entraînement des compétences sociales, pratiqué en réhabilitation à travers des ateliers basés sur la cognition sociale, vise le développement des habilités sociales des usagers à travers la modification de leurs comportements verbaux et non verbaux. Bien que les personnes concernées par des troubles psychiques fassent généralement preuve d'une adaptation conséquente au quotidien, travailler la cognition sociale permet : l'accès à l'insertion sociale, le renforcement de la confiance en soi ou encore la conscience des comportements sociaux (Melac, 2018). Là aussi, différents programmes ont été conçus, dont les programmes GAÏA et RC2S. Les séances, sont individuelles ou groupales, et peuvent se baser là-aussi sur différents supports ou exercices mobilisant des interactions entre les membres du groupe .

La *psychoéducation*, proche de *l'éducation thérapeutique*¹⁵, a été définie par Koubichkine et Schoendorff en 2016 : « la psychoéducation est un processus permettant à une personne de gagner un savoir et une compréhension sur sa maladie à travers un apprentissage susceptible de modifier son comportement et/ou ses représentations » (Melac, 2018). Cet outil regroupe donc trois dimensions : pédagogique, psychologique et comportementale. Après avoir été renseigné sur sa maladie, l'usager est plus à même de développer son *insight* et de s'investir dans son accompagnement. Les séances peuvent être individuelles et collectives. Certains programmes de psychoéducation sont également destinés aux familles des usagers, ce qui a un impact positif sur la compréhension de la maladie à l'échelle de l'entourage (Franck, 2021a) et diminue considérablement le risque de rechutes chez la personne concernée.

¹² Delahunty et Morice, 1993

¹³ Vianin, 2011

¹⁴ Brenner et al., 1994

¹⁵ A la différence de la psychoéducation, l'éducation thérapeutique est labellisée par l'Autorité Régionale de Santé (ARS) et nécessite donc une formation spécifique.

La *pair-aidance* constitue également une offre de soin propulsée par la réhabilitation psychosociale et qui ne cesse de se développer depuis les années 1970. De manière générale, les pair-aidants sont des personnes rétablies de troubles psychiques et ayant fait l'expérience d'un parcours de soin. Leur exercice est rendu possible par le biais de deux types de formation professionnelle : le parcours médiateur de santé paris (MSP) au sein de la licence Sciences sanitaires et sociales de l'Université Paris 13 et le diplôme universitaire de pair-aidance en santé mentale de l'université Lyon 1 et du Centre de Réhabilitation psychosociale. La pair-aidance permet de placer le savoir expérientiel au cœur de l'accompagnement des usagers, et facilite l'instauration d'une relation de confiance entre usager et pair-aidants, mais aussi les actions psychoéducatives et le soutien au rétablissement.

En plus de ces outils, l'approche *Case Management* est utilisée pour faciliter la coordination entre soin et accompagnement. Elle permet d'établir le plan de soin suite à l'évaluation des besoins et assure la cohérence des interventions des différents professionnels. D'autres outils sont également utilisés en guise de soutien à l'insertion, tel que l'*ergothérapie*, permettant notamment de travailler l'autonomie de l'usager, ou encore le soutien à l'emploi qui constitue la principale demande des personnes atteintes de troubles psychiques. Si de nombreux efforts ont été mis en place depuis 1970 concernant la formation à l'emploi des personnes concernées, le modèle *Individual Placement and Support* (IPS) est aujourd'hui le plus reconnu (Leclerc, 2008). Il favorise une intégration rapide dans le monde du travail.

Ainsi, ces différents outils permettent l'accès au rétablissement. Leur utilisation montre, à l'issue de plusieurs analyses, des conséquences positives : ils améliorent le fonctionnement psychosocial, mais aussi la qualité de vie des personnes et leur accès à l'emploi, tout en participant à la réduction du nombre d'hospitalisations.

3. Le développement de la réhabilitation psychosociale en France

3.1. Une mise en place controversée dans les institutions

Nous pouvons conclure cette partie en résumant les apports de la réhabilitation psychosociale et ses perspectives d'évolution en France ces prochaines années. Constituant à la fois un paradigme permettant de penser la relation entre soignant-usager et une approche constituée d'outils divers, la réhabilitation psychosociale permet d'ouvrir les portes à un modèle de soin différent de celui traditionnel. En tant que modèle bio-psycho-social, elle permet d'accompagner la personne dans ces trois domaines conjoints (Franck, 2021a). Toutefois, si son

efficacité se manifeste et que cette approche est louable en théorie, sa mise en place en psychiatrie peine à se généraliser. Certains soignants n'ayant pas été formés à ce modèle vivent négativement cet appel à un changement de fonctionnement dans les pratiques, ne le comprennent pas ou n'en perçoivent pas l'intérêt. Ainsi, malgré l'existence de certains outils revendiqués par la réhabilitation psychosociale avant son développement, cette approche défend surtout l'importance de mettre au centre du soin les valeurs et outils du rétablissement. Par conséquent, une partie des professionnels en psychiatrie se sentent aujourd'hui forcés d'apprendre une nouvelle approche sans l'avoir demandé, nécessitant de changer certaines pratiques (Lecardeur, 2022). De plus, la division entre les services sanitaires, médico-sociaux et associatifs reste malgré tout difficile à effacer, ce qui freine parfois la coordination des accompagnements visée en réhabilitation psychosociale (Isaac et al., 2021).

3.2. Une évolution positive pour la prise en charge des troubles psychiques sévères

Grâce à l'apparition du concept de rétablissement et au développement d'approches comme la réhabilitation psychosociale, nous pouvons souligner le bilan positif de l'évolution des prises en charge proposées aux personnes atteintes de troubles psychiques sévères en France. Ce parcours a commencé par la description de la schizophrénie proposée par Bleuler il y a cent ans, en passant par les mouvements militants des années 1970 ayant mis en évidence le concept de rétablissement, puis par la reconnaissance du handicap psychique. Il se poursuit de nos jours avec la mise en place croissante des approches orientées rétablissement et des services de réhabilitation psychosociale (Lafont-Rapnouil, 2013). En 2017, le décret n°2017-1200 du 27 juillet, relatif au projet territorial de santé mentale (Légifrance, 2017) a permis d'inscrire l'accès aux soins de réhabilitation psychosociale dans la loi, via l'article 69 (Franck et al., 2023). Nous identifions, depuis l'instauration des accompagnements orientés rétablissement, une diminution significative de la stigmatisation, ainsi que la multiplication des actions de prévention et de sensibilisation. Les prises en charges se personnalisent et le dépistage précoce des troubles s'améliore (*ibid.*).

Cependant, le nombre de prise en charge dans ces services est encore inférieure au nombre de personnes qui pourraient en bénéficier. En effet, les ressources manquent encore en France pour diminuer le temps d'attente avant une admission dans ce type de centres, ce qui accentue les inégalités d'accès au soin pour les populations défavorisées (*ibid.*).

3.3. Etat des lieux de 2019 sur les caractéristiques des usagers dans les centres de réhabilitation français

En 2019, les profils cliniques et les besoins des usagers au sein des services de réhabilitation psychosociale ont été recensés par le biais du projet REHABase (Franck et al., 2019). Les résultats indiquent les profils cliniques suivants : la majorité des usagers présentent un diagnostic de schizophrénie (49%), suivis par les diagnostics de TSA (13%) et de troubles de la personnalité (12%). En plus faible effectif, nous retrouvons les troubles bipolaires (9%) et les troubles dépressifs majeurs (6%). Quant aux stades de rétablissement, mesurés par le biais de l'échelle STORI¹⁶, près de la moitié des participants ne se situaient pas dans les stades actifs de rétablissement, c'est-à-dire les stades 4 et 5, correspondant à ceux de reconstruction et de croissance. Ainsi, le bien-être social, psychologique et émotionnel semblent, dans ces résultats, insatisfaits pour les hommes comme pour les femmes, tout diagnostic confondu. A ce sujet, la répartition des genres au sein des centres, à l'échelle nationale, indique un effectif plus important d'hommes.

Les données théoriques communiquées au sein de cette première partie nous permettent de comprendre le contexte général de notre recherche. Nous avons abordé le concept de rétablissement, son apparition et sa définition, nous permettant de penser autrement le vécu des personnes ayant des troubles psychiques, mais aussi leur prise en charge au sein des structures soignantes. Nous avons également pu développer ce qui, aujourd'hui, définit les approches orientées rétablissement, en nous penchant sur la principale approche destinée à cela, la réhabilitation psychosociale. Désormais, nous dédions la prochaine partie de notre revue à la population sur laquelle se concentrera notre étude : les femmes. Nous aborderons les enjeux sociétaux et cliniques qui leurs sont propres, dans le champ de la santé mentale puis, plus précisément ensuite, dans celui de la santé et de la psychiatrie.

¹⁶ STORI : *Stade Of Recovery Instrument*, Andresen

II. LES ENJEUX FÉMININS EN SANTÉ MENTALE ET EN PSYCHIATRIE

1. La santé mentale des femmes

1.1. L'utilisation de l'Empowerment par les femmes à partir des années 70

1.1.1. L'Empowerment chez les femmes et les minorités sociales

Nous avons précédemment défini le concept d'*empowerment* en tant que principe associé au rétablissement. Dans le cadre de cette recherche, il est intéressant de relever que cette notion a également été utilisée par les femmes à partir des années 70, ayant elles aussi revendiqué leur pouvoir d'agir au sein de la société (Parazelli et Bourbonnais, 2017). Ce mouvement fait notamment suite à l'analyse des inégalités de genre culturellement reproduites dans les rapports sociaux. A partir des années 80, l'apparition de la théorie de l'*intersectionnalité*¹⁷ a mis en évidence la pluralité des expériences de discriminations, à travers le genre, mais aussi la race et la classe. Ce concept a donc été repris par différentes minorités sociales discriminées (Corbeil et Marchand, 2007). Nous retrouvons à ces périodes deux perspectives de l'*empowerment* : permettre la prise de conscience des rapports sociaux inégalitaires au sein de la population, et encourager le processus de réappropriation de soi des femmes et des minorités, afin de redéfinir leur place au sein de la société et trouver davantage l'espace de s'exprimer.

Ainsi, pour tout groupe social plus vulnérable, l'*empowerment* intervient comme moyen de mobiliser ses ressources, de se ressaisir de son vécu et de son destin (Bacqué et Canto-Sperber, 2013). Dans le cadre de notre étude, ces différents éléments nous seront utiles pour penser l'*empowerment* des femmes concernées par des troubles psychiques, en tant que groupe social.

1.1.2. Développement de dispositifs communautaires dédiés aux femmes et basés sur l'Empowerment

Nos lectures nous ont permis d'identifier l'apparition de Centres dédiés aux Femmes, au Canada notamment, à la même période que celle indiquée précédemment. Ce type de centre d'accueil, faisant écho au développement de la psychologie communautaire (Saïas, 2011), permet, là aussi, de se centrer sur les enjeux psychologiques et sociaux des individus, dans une perspective d'entraide et d'*Empowerment* (Poirel, 2006). Si la description de ces dispositifs

¹⁷ Terme défini en partie III

dans l'article de Poirel date de 2006, une étude plus récente, soumise par le Réseau des groupes de femmes d'une région du Québec et menée par Bédard et al. (2022), a permis d'évaluer la santé mentale des femmes fréquentant des organismes communautaires du même type que ceux évoqués (Bédard et al., 2022). Les résultats, analysés par le biais d'une approche quantitative et descriptive sur un échantillon de 171 participantes, ont permis de mettre en évidence les besoins de ces femmes en santé mentale, présentant régulièrement des signes de détresse psychique. Ces faits appuient la nécessité de penser les facteurs de risques concernant le développement de troubles psychiques chez les femmes, mais aussi de renforcer leur accès au soin. De plus, les données communiquées dans l'étude (*ibid.*) démontrent l'efficacité de ces dispositifs communautaires sur l'estime de soi, le bien-être psychologique, le sentiment de compétence, ou encore le sentiment de contribution à la société. Si peu d'études ont été réalisées sur la pertinence de dispositifs équivalents en France, nous pouvons tout de même nous questionner sur les potentielles similarités que nous pourrions observer.

Au-delà de ces premières données sociologiques introduisant cette partie, nous nous concentrerons à présent sur les données dont nous disposons concernant la santé mentale des femmes.

1.2. Quelques données sur la santé mentale des femmes

1.2.1. Le constat d'une plus grande vulnérabilité

La santé mentale, définie en première partie de cette revue, est l'un des éléments semblant refléter les différences entre les genres dans les sociétés. De manière générale, la santé mentale des femmes paraît moins bonne que chez les hommes, celles-ci étant davantage concernées par un mal-être psychosocial et émotionnel. De même, nous savons que la santé mentale se retrouve influencée par différents facteurs personnels, familiaux, sociaux et environnementaux, mais aussi par la précarité, entraînant un risque de développer des troubles liés à la santé mentale (OMS, 2023). Nous le détaillerons ici, les facteurs énoncés semblent amplifiés chez les femmes et expliqueraient en partie leur plus grande vulnérabilité dans ce domaine.

Par ailleurs, dans leur article sur le sujet, publié dans le *Journal des psychologues* (2017), les psychologues Pierre Conrath et Pierre-Marie Hourdy ont mis en avant les difficultés de notre société à aborder la santé mentale des femmes, sur laquelle nous manquons manifestement de connaissances (Conrath et Houdry, 2017). Malgré cela, les études effectuées sur le sujet relèvent toutes une prévalence de la dépression et d'autres troubles mentaux au sein de cette population, expliqués par des facteurs socioculturels, et non pas uniquement génétiques ou hormonaux.

L'OMS évoque ainsi la condition sociale des femmes comme un risque au développement de problèmes de santé mentale (*ibid.*) Nous tenterons donc, dans la partie à suivre, d'illustrer nos propos à partir des chiffres obtenus sur ce sujet (Douki Dedieu, 2011).

1.2.2. *Quelques chiffres internationaux*

En 2011, l'enseignante chercheuse en psychiatrie Saïda Douki Dedieu, travaillant entre les universités de Tunis et Lyon 2, témoigne dans l'un de ses ouvrages¹⁸ que si les deux sexes sont touchés de manière presque similaire par les maladies psychiatriques sévères, notamment par la bipolarité ou la schizophrénie, les femmes sont les principales concernées par d'autres troubles tels que les troubles anxieux ou dépressifs. En ôtant les pathologies spécifiques à ces dernières comme la dépression post-partum, la psychose puerpérale ou les troubles dysphoriques prémenstruels, l'auteurice communique un tableau comparant les prévalences, à l'échelle internationale, des troubles psychiques selon le sexe sur la vie¹⁹. Elle relève une nette surreprésentation des hommes dans deux catégories : la personnalité antisociale (1,2 contre 5,8) et les catégories de toxicomanie (24 contre 47,2). Dans les autres cas, c'est-à-dire les troubles bipolaires, schizophréniques, dépressifs, anxieux, ou encore des conduites alimentaires, les femmes étaient en 2011 davantage représentées que les hommes (Douki Dedieu, 2011). Ces données sont toutefois à nuancer, d'autres études ayant tendance à indiquer un plus grand effectif d'hommes concernés par une schizophrénie.

Nous pouvons détailler ces propos à travers l'étude de Douki Dedieu et le rapport de l'OMS sur la santé mentale des femmes, publié en 2000 (WHO, 2000). D'une part, la dépression s'avère particulièrement fréquente au XXI^e siècle ; elle est classée comme la troisième cause de comorbidité au sein de la population, tout particulièrement chez les femmes de 15 à 44 ans (Douki Dedieu, 2011). Selon l'enquête internationale de l'OMS, les femmes seraient environ deux fois plus concernées par un épisode dépressif majeur que les hommes (*op.cit.*). De plus, Douki Dedieu précise que la dépression constitue 30% du handicap lié aux troubles neuropsychiatriques chez les femmes, contre 12,6% chez les hommes (*op.cit.*). Ces différences sont expliquées, d'une part, par certains facteurs biologiques, notamment hormonaux, et l'âge. D'autre part, comme évoqué, le statut social constitue un facteur de développement des troubles, renforçant les risques de dépression et de tentatives de suicides.

¹⁸ Douki Dedieu, S. (2011). *Les Femmes et la Discrimination: Dépression, religion, société*. Odile Jacob.

¹⁹ Voir Annexe B

Parmi les facteurs propres au statut social des femmes sont alors relevés : la multiplicité des rôles (mère de famille, vie professionnelle, vie personnelle), la discrimination, la précarité plus importante et les violences davantage subies par les femmes (Douki Dedieu, 2011). Le rapport de l’OMS met en avant les preuves irréfutables concernant la plus grande vulnérabilité des femmes à tout type de violences, y compris sexuelles et intrafamiliales. Il développe donc que cette population est plus concernée par des troubles anxieux, dépressifs mais aussi des états de stress post-traumatique impactant l’apparition d’autres troubles psychologiques à l’âge adulte. L’importance du dépistage des violences chez les femmes est ainsi placée comme priorité pour les organisations de santé mentale afin d’améliorer le bien-être psychologique, ce qui peine encore à être généralisé, notamment car ce sujet constitue toujours un tabou. Les auteurs insistent donc sur l’importance de l’autonomisation des femmes pour leur santé mentale et de la réduction des inégalités sociales et économiques (WHO, 2000). Par ailleurs, Douki Dedieu alerte sur les comportements suicidaires, en hausse constante chez les jeunes filles, ce qui est toujours d’actualité aujourd’hui, si ce n’est accentué (Le Monde, 2024).

Enfin, l’étude de l’OMS recense des facteurs de risques comportementaux spécifiques aux femmes, entraînant des comorbidités physiques et psychologiques. Sont alors mentionnés les liens entre santé psychologique et santé physique, sur lesquels les études se sont trop peu penchées jusqu’à présent. Le rapport illustre ce lien à travers le tabagisme, concernant beaucoup de femmes à l’âge adulte. S’il s’apparente à un facteur de risque comportemental sur la santé physique, facilitant l’apparition de cancers, les causes de ce comportement peuvent toutefois être psychologiques. De fait, le tabagisme ou autre type d’addiction à une substance peut signifier une tentative d’évitement face aux éléments stressants ou aux affects négatifs : la majorité des femmes fumeuses auraient plus de chances d’être concernées par un historique d’agressions, un épisode dépressif ou un trouble de stress post-traumatique que les autres femmes. Le rapport suggère donc d’approfondir les recherches sur les mesures psychosociales et physiologiques spécifiques au genre (WHO, 2000). Ces travaux mettent donc en évidence un consensus international concernant la plus grande vulnérabilité des femmes dans le champ de la santé mentale. Ceci s’expliquerait par la surreprésentation de cette population dans la majorité des troubles, eux-mêmes causés par les facteurs suivants : une plus grande précarité chez ce public, une moins bonne autonomisation, une confrontation plus fréquente à des facteurs de stress dans leur vie quotidienne ainsi que la charge mentale due à leurs rôles sociaux. Si ces données ont été recensées en 2000 et 2011, et face auxquelles il est nécessaire de prendre du recul malgré leur résonance avec l’actualité, elles nous permettent tout de même d’étayer

notre recherche à travers des chiffres allant dans le sens d'inégalités des genres en terme de santé mentale.

Au vu de ces éléments, nous poursuivrons notre réflexion théorique en nous intéressant à l'évolution de l'intérêt porté aux spécificités liées aux femmes dans le secteur de la santé et, plus précisément, de la psychiatrie.

2. Vers une reconnaissance progressive des spécificités liées aux femmes dans le secteur de la santé

2.1. Prise en compte émergente des différences hommes – femmes dans le secteur de la santé

2.1.1. L'exclusion des femmes dans les recherches scientifiques

Comme nous avons pu l'évoquer, les spécificités liées à la santé des femmes, du point de vue somatique comme psychologique, ont tendance à être méconnues. Du côté scientifique d'abord, la recherche y participe, notamment car le secteur scientifique et la médecine se sont construits sur un modèle biomédical et androcentré, excluant d'emblée les questions sociétales et les spécificités de genre. Ainsi, l'inclusion des femmes dans la recherche n'a été rendue officielle qu'à partir de 1993 aux Etats-Unis. L'inclusion de la notion de sexe et de genre n'a été adoptée seulement qu'entre 2000 et 2006 dans les projets européens (Clair, 2023). De fait, le modèle masculin a longtemps été utilisé comme référence sans que l'effet de celui-ci sur les résultats obtenus ne soit systématiquement évoqué. L'invisibilisation des femmes dans les recherches en a été la conséquence pendant de nombreuses années.

Cette prise de conscience a mené à de nombreuses critiques des professionnels de santé et à la création de projets de lutte contre les discriminations sur la recherche en santé (Conrath et Houdry, 2017). Marie Mesnil, maître de conférence en droit, avance que cette indifférenciation entre hommes et femmes est encouragée par la loi sur le secteur de la santé, dont les normes sont neutres et, par conséquent, basées majoritairement sur les normes masculines. Elle précise ainsi que les passages dans lesquelles les femmes sont considérées comme à part entière ne font référence qu'à la procréation et aux risques liés à la grossesse, ce qui participe aux stéréotypes de genre concernant le féminin maternel et vulnérable (Mesnil, 2014).

2.1.2. L'inclusion progressive des questions sociétales en médecine

De nos jours, des collectifs organisent progressivement des journées dédiées aux spécificités sociétales dans le cadre de la médecine. Nous pouvons citer, par exemple, le Collectif Femmes

de Santé²⁰, ayant organisé le 07 décembre 2023 une journée de formation à Paris. Décrite par Isabel Soubelet dans la revue *Infirmier.e*, cette journée avait pour but de mettre en avant les particularités des femmes en matière de santé pour les prendre en considération dans les parcours de soin et dans le cadre du travail (Soubelet, 2024). Ce type d'évènement permet de susciter progressivement l'intérêt sur ces thématiques, mais aussi de sensibiliser et d'ouvrir le dialogue nécessaire pour faire évoluer la considération de la santé des femmes. Muriel Salle, historienne, maître de conférence et experte en études de genres et humanité médicale à l'université Claude-Bernard Lyon 1, a rappelé, lors de cette journée, l'impact de la société sur la considération de la santé féminine au fil du temps : « la femme est un animal étrange », « la femme est une éternelle malade », « la femme est un corps malade de son sexe », « l'hystérie, grande maladie des femmes du XIXème siècle » (*ibid.*, p.2, l. 16-19) avant de préciser que, finalement, « La femme s'est construite dans l'idée qu'elle était atypique et a parfois du mal à énoncer ses symptômes » (*ibid.*, p.2, l. 29-31). De surcroît, comme l'a mis en avant le Collectif Femmes et Santé et plus précisément l'intervenante cardiologue Emmanuelle Berthelot, les maladies cardio-vasculaires constituent aujourd'hui la première cause de mortalité chez les femmes, principalement due à la méconnaissances de leurs symptômes (*ibid.*). Ainsi, une prise de conscience semble débiter concernant les spécificités propres au métabolisme féminin de manière générale, qui ne soient pas uniquement traitées sous l'angle de la grossesse, de la maternité et des cancers gynécologiques ou des cancers du sein.

Les éléments décrits par Isabelle Soubelet rejoignent ceux transmis lors du Congrès Français de Psychiatrie 2023, effectué à Lyon, durant lequel une conférence était dédiée à l'intégration des questions sociétales en médecine. Carole Clair, médecin et enseignante-chercheuse à Lausanne, y a ainsi mené une conférence sur ses travaux concernant l'influence du sexe et du genre sur la santé et la prise en charge (Clair, 2023). Le constat de ses recherches va dans le sens suivant : les différences biologiques sont bien existantes selon les sexes, notamment en terme d'hormones, et fluctuent avec l'âge pour un même sexe. Toutefois, l'influence sociale impacte la façon dont les femmes sont diagnostiquées, comme le montre l'époque de Charcot, mais aussi nos représentations et la reconnaissance des symptômes. De plus, les travaux de Clair démontrent l'influence de la construction sociale sur les prises en charge. L'interaction qui se pose entre les deux individus présents lors d'une consultation médicale convoque, inévitablement, les représentations internalisées de chacun, ce qui entraîne

²⁰ Ce collectif, fondé en 2019, a pour objectif de co-construire un système de santé plus juste, plus équitable et plus égalitaire.

des biais dans l'évaluation ou l'attitude du professionnel face à son patient. Chez les professionnels de santé, il y aurait donc un intérêt à conscientiser les biais pouvant se poser dans le cadre des prises en charge, notamment causés par le genre mais aussi par d'autres éléments sociologiques. Finalement, placer le patient au centre des accompagnements et s'intéresser à son vécu subjectif permettrait, selon Clair, de changer le modèle de soin traditionnel et diminuer ces biais, grâce à une écoute plus approfondie (*op. cit.*).

Ces faits illustrent que la science et la médecine, comme toute autre discipline, sont socialement construites et, en ce sens, se doivent d'appréhender les dimensions sociétales impactant à la fois les pratiques et la façon d'évaluer et de comprendre les personnes. D'ailleurs, lorsque les inégalités hommes-femmes diminuent, les différences cliniques observées, d'origine sociale, diminuent aussi (*op. cit.*). Par exemple, la réponse des individus face au stress varie selon le genre, avec une tendance à l'internalisation chez les femmes et l'externalisation chez l'homme. En considérant la multiplication des facteurs stressants auxquels les femmes sont exposées, nous comprenons l'enjeu d'écouter davantage leur fonctionnement et de considérer l'impact de ces éléments stressants sur leur santé (*op. cit.*).

Nous comprenons donc l'existence d'enjeux spécifiques aux femmes qui se posent concernant leur vulnérabilité sur le plan de la santé mentale, mais aussi somatique. Ces éléments semblent se résumer par une méconnaissance générale de cette population et des biais induits par la société, que les études considèrent progressivement. Avant de clôturer cette seconde partie, nous nous pencherons plus précisément sur le reflet de ces enjeux dans le secteur de la psychiatrie.

2.2. Enjeux féminins en psychiatrie

2.2.1. Point historique sur la prise en charge des femmes en psychiatrie

Du point de vue sociologique, l'histoire des femmes en psychiatrie est elle aussi constituée de périodes violentes et discriminantes depuis l'apparition de la médecine moderne au XIX^e siècle. Suite à l'adoption de la « loi des aliénés » en 1838 en France, ayant amené le concept d'hospitalisation sous contrainte, plusieurs milliers de femmes se sont retrouvées internées de force par des tiers. Certains écrits indiquent des diagnostics récurrents chez cette population : les femmes étaient très facilement étiquetées hystériques ou dépressives, avant d'être, plus tard, facilement catégorisées comme bipolaires (Delcourt, 2021). Ces internements massifs et de longue durée, notamment pour les femmes célibataires ou veuves, s'accompagnaient de

remèdes violents sur leurs corps, tels que l'enfermement, des mutilations du clitoris et des ovaires, ou encore l'assignation au mariage (Chanu, 2023). Par la suite, le psychanalyste Jean-Martin Charcot et sa recherche sur l'hystérie à la Salpêtrière, ont fait de cette pathologie un véritable spectacle ; celle-ci ayant ensuite été utilisée comme principale source de stigmatisation des femmes. En vérité, de nombreuses recherches démontrent la pathologisation des femmes à cette époque, comme moyen de nier leurs souffrances, dans un contexte où la science médicale est majoritairement masculine (Lapeyrière, 2020). Cette description historique reste cependant spécifique aux pays occidentaux et particulièrement à la France. Dans d'autres pays, notamment du Sud, les femmes atteintes de troubles mentaux ou psychiques subissent encore de grandes violences sociales et physiques (Douce, 2022).

Ces premiers faits nous laissent donc comprendre que dans l'histoire, la condition sociale des femmes a été source de nombreuses violences psychiatriques, et les diagnostics répétitifs qui leur étaient posés, notamment l'hystérie, ne reposaient sur aucune source scientifique précise. Les pratiques en psychiatrie ont donc, pendant longtemps, été imprégnées par ces violences de genre. Les hommes atteints de troubles psychiques ont eux aussi vécu la période asilaire de façon violente, et ont été plus nombreux que les femmes à être internés ; leur durée d'hospitalisation était cependant plus courte, et leurs diagnostics étaient différents de ceux attribués aux femmes. Dans leur documentaire « *Les fantômes de l'hystérie* » (2023), Pauline Chanu et Annabelle Brouard retracent l'histoire de l'hystérie, longue et, selon elles, encore persistante aujourd'hui : « Elle continue de nourrir la misogynie et de hanter la médecine, la psychiatrie, la psychanalyse, la politique, la justice et nos représentations » (Chanu, 2023).

Cependant, l'intérêt porté aux spécificités liées aux femmes dans le secteur de la santé est aussi présent en psychiatrie. Si les études dans ce secteur ont jusque-là été les plus mixtes (Clair, 2023) et que les troubles psychiques sévères touchent de façon plutôt similaires les genres malgré des vulnérabilités différentes, quelques travaux nous permettent d'avancer certaines questions qui se posent dans la clinique féminine. Nous centrerons notre travail sur trois thématiques : la prise en compte du genre en addictologie, l'autisme au féminin, la schizophrénie au féminin.

2.2.2. Données émergentes concernant les spécificités liées aux femmes en psychiatrie : état des lieux à travers quelques travaux

Avertissement : Nous avons dû procéder à une sélection de certains travaux afin de limiter la longueur de notre revue théorique. Il existe toutefois d'autres travaux sur des sujets semblables, notamment sur le TDAH chez les femmes, qui auraient tout à fait pu être mentionnés ici.

2.2.2.1. La prise en compte du genre en addictologie

Entre 2017 et 2018, l'Enquête *AdFemina* a été réalisée par l'OFDT²¹ afin de dresser un tableau des dispositifs existants de soin en addictologie spécifiques aux femmes, ayant été réalisés en France durant l'année 2017 (Mutatayi, 2019). Cela correspond à un total de 80 structures lors de cette année et 137 structures au total sur les 1241 contactées. Cette étude part du constat suivant : malgré leur effectif minoritaire dans les services de prises en charge en addictologie (23% en CSAPA²² et 18% en CAARUD²³), les femmes témoignent davantage que les hommes de facteurs de vulnérabilité sociaux et sanitaires, tels que les comorbidités psychiatriques, la monoparentalité, les violences, les antécédents suicidaires etc.). Ce public rapporte également, selon l'OFDT, une plus grande crainte du stigmatisme au sein de la société. D'ailleurs, ces derniers faits rejoignent le constat de jugements plus négatifs envers les femmes consommatrices d'alcool qu'envers les hommes, ce qui contraint la majorité des consommatrices à cacher leur consommation sous peine d'être plus vite étiquetées comme alcooliques, ce trait étant plus accepté chez les hommes (Dauge et Fieulaine, 2023). En partant du même constat, les centres ayant développé des interventions spécifiques dédiés aux femmes ont, selon les résultats de l'enquête, orienté leurs interventions autour de deux axes principaux : d'une part, l'accompagnement de la maternité et de la parentalité et d'autre part, la création d'espaces d'accueil pour traiter les vulnérabilités (physiques, psychologiques, sociales) observées chez les femmes présentant des addictions. Parmi elles, la plupart des usagères sont décrites comme poly consommatrices et présentant de nombreuses comorbidités et vulnérabilités socio-familiales. Si nous ne détaillerons pas ici l'ensemble de l'étude, nous pouvons toutefois souligner son intérêt pour notre recherche vis-à-vis des résultats obtenus. De fait, les objectifs principaux des dispositifs mentionnés consistent à améliorer l'estime de soi, la socialisation, les compétences personnelles et sociales, et la résilience face aux psycho-traumatismes liés aux violences familiales ou conjugales. Toutefois, ces dispositifs, bien qu'efficaces auprès des bénéficiaires, sont impactés par le manque de soutien institutionnel ,

²¹ Observatoire Français des Drogues et Tendances addictives

²² Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

²³ Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

des ressources insuffisantes et des besoins de communications avec d'autres secteurs pour que ces dispositifs soient mieux connus. Nous pouvons ainsi retenir que, malgré la rareté de ces initiatives, certaines études soulèvent progressivement l'intérêt d'instaurer un réseau spécifique à l'accompagnement féminin, afin d'encourager les femmes à solliciter davantage les soins (Dauge et Fieulaine, 2023).

2.2.2.2. La schizophrénie au féminin

Lors du Congrès Français de Psychiatrie 2023, une conférence a été organisée par l'AFPBN²⁴ au sujet de la schizophrénie au féminin, thématique encore très méconnue (Schandrin et al., 2023). Ce sujet, innovant, fait suite à certains questionnements sur les différences entre les genres dans la schizophrénie, du point de vue clinique, des facteurs de risque ou encore des différences sur le plan cognitif. Les résultats pertinents à mentionner ici sont les suivants :

Chez les femmes, l'âge d'apparition du trouble est plus tardif et survient après deux pics, contrairement aux hommes, chez qui nous observons un seul pic à l'adolescence. Ainsi, la pose de diagnostic se situe souvent aux alentours de 45 ans. De même, les facteurs de risques au développement de la schizophrénie ne sont pas identiques selon les sexes ; la ménopause et le péri-partum constituant chacune des périodes à risques pour les femmes et n'existant pas chez les hommes. Au-delà de ces deux facteurs, le développement d'une psychose chez cette population s'explique souvent par des violences intrafamiliales subies dans l'enfance et une consommation de toxiques, représentant un risque accru malgré leur plus faible consommation que les hommes. Le vécu du trouble diffère également selon les genres. Celui des femmes s'apparente à un fonctionnement moins pré-morbide, moins d'hospitalisations et moins de symptômes négatifs. Elles ont, plus souvent que les hommes, une vie maritale et semblent donc, en un sens, disposer de caractéristiques favorisant leur fonctionnement malgré la maladie. Cependant, elles présentent davantage de troubles thymiques et troubles anxieux comorbides et plus de suicidalité malgré le plus faible taux de décès par suicide par rapport aux hommes (*ibid.*).

Ces principales différences ont été expliquées, entre autres, par *l'hypothèse des œstrogènes*, qui auraient un effet protecteur sur l'humeur, le comportement et la cognition dans plusieurs troubles psychiatriques. Elles permettraient aussi de réguler davantage les voies de signalisation du système immunitaire et de l'action anti-inflammatoire, ou encore les systèmes

²⁴ Association Française de Psychiatrie Biologique et Neuropsychopharmacologie

neurotransmetteurs et la neuroplasticité. Au-delà de ces explications, la question de l'accès au diagnostic se pose tout de même chez les femmes, notamment en considérant certains éléments proches de ceux cités par Clair (Clair, 2023). En effet, les normes sociales pourraient être une seconde source d'explication, notamment car les études montrent que les femmes ont plus tendance à être considérées comme théâtrales par des évaluateurs masculins. Leurs symptômes pourraient ainsi être sous-estimés et perçus comme une tentative d'attirer l'attention. De plus, le meilleur fonctionnement social des femmes ayant une schizophrénie, et la plus grande fréquence des symptômes thymiques chez ce public, constitue un risque d'erreur diagnostique avec ceux d'un trouble borderline ou d'un état de stress post traumatique chez les jeunes femmes, ou trouble de l'humeur chez les femmes ayant plus de 40 ans. Par conséquent, malgré leurs meilleures prédispositions initiales, le retard d'accès au diagnostic chez les femmes est plus susceptible d'entraîner un retard dans la rémission du trouble. Cela engendre donc le constat que la rémission des troubles schizophréniques est moins satisfaisante chez les femmes (Schandrin et al., 2023). Nous pouvons relier ces faits au constat que plus de la moitié des femmes concernées par une schizophrénie ont des enfants et sont souvent dans une situation de monoparentalité ou d'un partenaire vulnérable.

Pour des raisons biologiques, psychologiques et socioculturelles, les besoins en matière de soins et les risques liés au trouble semblent donc différer selon les genres, et ce même dans le cadre des troubles psychiatriques concernant autant les hommes que les femmes. Dans leur conférence, Schandrin et al. mettent en évidence l'importance de former les cliniciens au repérage de ces caractéristiques lors des différentes étapes du soin. D'ailleurs, l'approche gynécologique est conseillée par les psychiatres afin de mieux pouvoir prendre en compte les effets secondaires des traitements sur le corps des femmes (*ibid.*).

2.2.2.3. L'autisme au féminin

Enfin, nous pouvons citer la thématique de l'autisme féminin, au cœur de l'actualité dans le champ médico-social ces derniers mois. Ce sujet entre également dans le questionnement de notre étude, en démontrant les impacts conjoints du genre et du trouble psychique dans la vie des femmes. Son émergence fait suite, là aussi, au constat d'un diagnostic particulièrement tardif chez les femmes concernées par un trouble du spectre autistique (TSA), faisant écho au retard global sur la prise en charge des femmes, constituant pour plusieurs professionnels un problème de santé publique. Ainsi, Anne Vautreau, thérapeute et diagnostiquée tardive d'un TSA, s'intéresse aux biais du sexe et du genre dans la prise en charge

mentale des femmes ; et est également à l'origine de la formation PHARE²⁵ dans le but de faire avancer cette cause. Dans l'une de ses interventions sur *France inter*, elle précise que les femmes présentent des facteurs de risques spécifiques à leur genre.

Parmi ces facteurs, nous retrouvons ceux évoqués dans d'autres études, notamment la multiplicité des devoirs sociaux (gestion de leur famille, enfants, carrière, et autres injonctions). De fait, le diagnostic des femmes concernées par un TSA, survenant majoritairement lorsqu'elles sont âgées de 40 à 60 ans, survient généralement dans le cadre des consultations que les mères de famille prennent pour leur enfant, avant de s'apercevoir qu'elles sont également concernées (Vautreau et Letombe, 2023). En outre, dans le cas des TSA particulièrement, l'éducation psychosociale des femmes est alimentée d'injonctions perçues comme valorisantes (être douce, sage, bonne élève, etc.) mais encourageant en vérité le camouflage social des troubles. Cela est, chez de nombreuses femmes concernées, à l'origine d'un mal-être et d'un sentiment de culpabilité. Marie Rabatel, présidente de l'AFFA²⁶, parle de « culture de la soumission » pour décrire l'adaptation constante des femmes due au contexte socio-culturel. De plus, l'intervention d'Anne Vautreau met en évidence la minimisation des émotions traversées par les femmes et la pression constante exercée sur leur intégrité. Ces éléments sont à l'origine d'une consommation significativement supérieure d'anxiolytiques chez les femmes et une prise en charge moins rapide que les hommes. A l'heure actuelle, les femmes concernées par un TSA perdent environ dix à quinze ans d'espérance de vie due à une prise en charge impactée par les inégalités sociales et de santé subies (*ibid.*). Citons également l'article d'Anne Royneau, issue de la revue Rhizome, livrant un témoignage concernant son diagnostic tardif du TSA, à l'âge de 53 ans et dont le vécu s'apparente aux faits évoqués précédemment. Elle exprime le tournant qu'a été cette étape, ayant mis fin à des années de malaise social et personnel constant et dans tous les domaines. Elle souligne également que si son diagnostic tardif lui a évité des années de stigmatisation, elle n'a surtout pas eu accès aux aides nécessaires ; et cela a impacté négativement son parcours. En effet, l'absence de prise en charge pousse au camouflage social qui, selon Anne Royneau, « revient à s'autodétruire ». L'autrice cite ainsi les sentiments constants de frustration de culpabilité, de stress ou encore d'illégitimité qui l'ont conduite à jouer un rôle pour s'adapter, à commencer par fuir ses relations. Les raisons des difficultés rencontrées par ces femmes diagnostiquées tardivement ne peuvent aujourd'hui s'expliquer du point de vue scientifique. Cela semble toutefois relever

²⁵ Psychologie – Aidance – Recherche – Education

²⁶ Association Francophone des Femmes Autistes

d'une forme de négligence des symptômes de l'autisme féminin et d'un manque d'accès aux dispositifs (Royneau, 2023).

La seconde partie de notre revue de littérature nous a donc permis d'identifier les enjeux féminins qui se posent dans différents contextes. Nous avons pu évoquer, d'une part, quelques données sociologiques concernant l'utilisation de l'empowerment chez les femmes et les minorités sociales. En nous intéressant plus spécifiquement à la santé mentale de cette population, nous avons relevé l'existence de facteurs de risque plus importants chez les femmes, entraînant leur surreprésentation dans la plupart des troubles. Cela place ainsi la condition sociale des femmes comme facteur de risque en santé mentale. Ces éléments se complètent avec la considération progressive des particularités cliniques et sociales des femmes dans le secteur de la santé. A ce sujet, nous avons évoqué différents travaux reflétant les enjeux de la prise en compte du genre dans les sciences médicales. Les travaux en psychiatrie sur ce sujet nous permettent de souligner des points communs intéressants et spécifiques aux femmes, que nous tenterons d'investiguer davantage dans le cadre de notre recherche.

Dans la prochaine et dernière partie à suivre, nous tenterons de relier les éléments théoriques cités jusqu'à présent. Nous nous intéresserons aux données existantes concernant le rétablissement des femmes en psychiatrie, plus précisément à la façon dont nous pouvons le penser d'un point de vue clinique et sociologique.

III. PENSER LE RETABLISSEMENT DES FEMMES CONCERNEES PAR DES TROUBLES PSYCHIQUES : LECTURE INTERSECTIONNELLE

1. L'intersectionnalité

1.1. La théorie de l'intersectionnalité

En 1989, Kimberlé Crenshaw, juriste afro-américaine, a énoncé pour la première fois le terme d'*intersectionnalité*, dans la foulée du *Black Feminism*, mouvement revendiquant les voix des femmes non-blanches dans la lutte féministe (Chauvin et Jaunait, 2015). Ce terme a été mentionné par la juriste dans le contexte de l'affaire Emma DeGraffenreid, mettant en avant l'intersection des discriminations raciale et sexiste (Bello et Mancini, 2016). A ce sujet, l'intéressée précise : « Les discriminations racistes et sexistes se chevauchent non seulement dans la sphère professionnelle, mais aussi dans les autres domaines de la vie ; de même ampleur, ces deux fardeaux étaient presque entièrement absents du discours féministe d'une part, et du discours antiraciste de l'autre. L'intersectionnalité était alors ma tentative de faire en sorte que le féminisme, la lutte antiraciste et la législation contre les discriminations fassent ce dont je les pensais responsables : mettre en lumière les différents biais par lesquels les individus souffrent des oppressions racistes et sexistes, afin de faciliter la discussion et la compréhension de ces problèmes » (Crenshaw, 2015). Ce terme a donc permis de mettre en évidence, pour la première fois, les nuances se posant dans le vécu des individus selon leurs statuts sociaux.

1.2. L'intersectionnalité comme outil d'analyse

Depuis sa définition, le concept d'intersectionnalité s'est développé et élargi à l'intersection entre toutes les formes de discriminations. Encore aujourd'hui, ce terme s'emploie donc pour aborder toutes les formes d'oppressions systémiques telles que le racisme et le sexisme, mais aussi le validisme, la grossophobie, l'homophobie, la transphobie, etc. De nombreuses femmes non-blanches dénoncent cette utilisation tronquée, invisibilisant son origine et déformant sa compréhension. Toutefois, il n'existe pas encore de concept équivalent à cette théorie si ce n'est celui de « discriminations multiples », qui reste moins employé. Aujourd'hui, l'intersectionnalité est donc parfois utilisée comme un outil d'analyse, afin de mieux appréhender les spécificités liées au vécu d'un individu, susceptible de subir simultanément différentes discriminations (Carde, 2021). Cette lecture nous permet donc de nous intéresser de près à l'expérience des femmes vivant avec un trouble psychique, afin de mieux saisir ce qui peut se jouer dans leur vécu.

2. Les différences de genre dans le vécu du trouble psychique et du rétablissement

2.1. Les discriminations sociales

2.1.1. Les difficultés liées à l'inclusion sociale des personnes concernées

Nous l'avons mentionné, être concerné par un handicap psychique entraîne des défis spécifiques. Pour n'importe quel genre, cette condition s'associe souvent à une situation de précarité, et, de manière générale, ces personnes sont plus à même d'être exposées à des nombreux risques tels que la manipulation (Bouquet, 2015). Les sphères sociale, professionnelle et personnelle se retrouvent donc, dans la majorité des cas, fortement impactées. L'inclusion sociale constitue donc une perspective centrale pour lutter contre l'isolement des personnes ; elle requiert l'écoute des besoins des minorités ainsi que l'adaptation de l'environnement dans le but de permettre à chacun, quelle que soit sa condition, de trouver sa place dans les différents aspects de sa vie sociale et privée. En ce sens, il est nécessaire de prendre conscience des discriminations de la société à l'encontre de groupes d'individus rendus plus vulnérables. Œuvrer pour une meilleure inclusion est d'ailleurs l'objectif de plusieurs organismes médico-sociaux de nos jours (Hocquet, 2012).

2.1.2. Les discriminations multiples rencontrées par les femmes concernées par un trouble psychique

La notion de discriminations multiples est de plus en plus évoquée, notamment au sein des programmes d'actions communautaires. La conscience que les femmes sont susceptibles de subir davantage de discriminations que les hommes est donc un fait généralement reconnu au sein de la société (Lanquetin, 2009), qui peine toutefois à être pleinement intégré dans les pratiques, au vu des propos mentionnés précédemment.

De fait, si nous nous intéressons de plus près aux difficultés que peuvent rencontrer les femmes vivant avec un trouble psychique au sein de notre société, nous pouvons émettre l'hypothèse de discriminations supplémentaires à leur égard. Au vu des éléments cités tout au long de notre travail, nous identifions d'ores et déjà certains éléments. Leur statut social constitue un facteur de risque en santé mentale, ce qui est, en soit, un premier obstacle propre à cette population. Par ailleurs, la mise à l'écart des femmes dans les recherches a impacté leur prise en soin. Il est aujourd'hui encore nécessaire d'organiser des journées de sensibilisation sur les spécificités des femmes, ces dernières étant plus susceptibles que les hommes de recevoir des mauvais diagnostics, de ne pas avoir accès au soin ou de prendre un traitement ne

correspondant pas à leur métabolisme. Nous l'avons également évoqué, les femmes concernées par un trouble psychique semblent davantage concernées par un risque de subir des violences, dans le cadre public et intrafamilial. Lauren Bastide, journaliste et autrice, s'est penchée dans son ouvrage « *Présentes* » (2020) sur les inégalités d'accès à l'espace public entre les hommes et les femmes qui est, selon une analyse intersectionnelle, particulièrement difficile pour les personnes en situation de handicap, et d'autant plus pour les femmes (Bastide, 2020). De même, notre société est constituée de normes et de processus de stigmatisation impactant considérablement le vécu des femmes, notamment lorsqu'elles ne se situent pas dans cette norme. Certaines études comme celle de Juhel et al. (2021), nous permettent d'identifier l'impact de la stigmatisation sur la symptomatologie dépressive. Cette recherche, mettant en évidence le vécu dépressif des femmes en surpoids provoqué par la stigmatisation à leur égard (Juhel et al., 2021), nous permet de faire le lien entre la prise de poids provoquée par certains médicaments et l'impact potentiellement plus négatif que cela pourrait avoir chez une femme que chez un homme dans notre société.

En outre, comme l'explique l'étude de Trabsa et al. (2024), le contexte de migration internationale, s'accroissant d'années en années, nécessite de se pencher sur les facteurs de risques en santé mentale présents chez la population migrante. Explorer les différences de genre au sein de cette population permet d'identifier des contrastes en terme de caractéristiques sociodémographiques et cliniques, nécessaires à saisir dans les accompagnements de santé mentale. Des différences ont été observées en terme de tendance migratoire, les hommes et les femmes ne provenant pas des mêmes pays, mais aussi d'accès au soin : les femmes sont davantage diagnostiquées avec une psychose non spécifiée tandis que les hommes sont souvent diagnostiqués avec une schizophrénie. Si les femmes et les hommes immigrés sont davantage confrontés aux risques de développement de troubles psychotiques suite à leur exposition prolongée à des facteurs de stress, les diagnostics des hommes semblent plus facile d'accès. Les facteurs stressants semblent également varier selon les genres : chez les femmes, ils semblent davantage se référer à l'âge puis au statut de personne migrante dans le pays d'accueil, entraînant des défis qui leur sont spécifiques (Trabsa et al., 2024). Dans ce cas, le statut social de femme, constituant un premier facteur de risque, s'imbrique à d'autres formes d'oppressions vécues, notamment le racisme. Cette imbrication renforce le risque de précarité financière et sociale, de difficultés d'accès à l'emploi, mais aussi d'accès aux soins (Gaborean et al., 2018).

Ces faits nous encouragent donc à considérer l'importance des dimensions politique, sociale et psychosociale reliées au genre (Gilliot et Chambon, 2023), afin de pouvoir proposer des accompagnements reconnaissant ces vulnérabilités.

2.2. Des inégalités de genre dans le rétablissement

A l'issue de cette revue théorique et au regard des éléments mentionnés concernant les spécificités féminines sur les plans social et sanitaire, la question du rétablissement se pose. En effet, les multiples éléments qui semblent avoir un impact, encore aujourd'hui, sur la santé mentale et la vulnérabilité des femmes, peuvent nous questionner sur la façon dont ils pourraient également entraver le processus de rétablissement, tel que nous l'avons défini.

Ainsi, la question des différences de genre dans le rétablissement a déjà été à la base d'une seule étude à l'heure actuelle, parue en 2021, dans le *Journal of Clinical Psychiatry*. Elle y fait le constat de différences sensibles liées au genre, identifiées chez les personnes suivies en réhabilitation psychosociale et ayant un trouble du spectre de la schizophrénie (Dubreucq et al., 2021). Réalisée à partir de l'analyse des données issues de la cohorte française REHABase, évoquée précédemment, cette recherche a été effectuée sur un échantillon de 1055 usagers au total, dont 785 hommes et 270 femmes. Les marqueurs de rétablissement mesurés sur cette population incluaient à la fois le rétablissement fonctionnel et personnel, fondamentaux pour l'atteinte d'un mieux-être. Les résultats obtenus avancent l'existence de défis spécifiques rencontrés par les femmes atteintes de schizophrénie, ce qui fait écho aux propos tenus lors de la conférence tenue par l'AFPBN au Congrès Français de Psychiatrie (Schandrin et al., 2023). Parmi eux sont mentionnés la multiplicité des rôles sociaux, entraînant des difficultés particulières et amplifiées par la pression sociale et la stigmatisation les rendant plus vulnérables ; auxquels s'ajoutent une moins bonne qualité de vie et donc un plus grand mal être chez cette population. A ceci s'additionne, là aussi, un retard de prise en charge (CRR, 2021).

Bien que cette étude ne se soit penchée que sur les femmes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie, nous pouvons conclure l'ensemble de cette partie théorique sur le constat suivant : au sein même des parcours de rétablissement, il semble intéressant de considérer ce qui se joue spécifiquement pour les femmes concernées par un trouble psychique. Cette revue nous permet de constater des points communs aux femmes, notamment aux femmes ayant des troubles psychiques, relevant, entre autres, des difficultés engendrées par leur statut social.

ÉTUDE PRATIQUE : MÉTHODOLOGIE

I. PROBLEMATIQUE ET OBJECTIFS DE RECHERCHE

Nous avons précédemment pu étudier le principe de rétablissement, mis en avant dans le champ de la santé mentale grâce aux voix d’(ex)usagers de la psychiatrie, puis défini plus tard par Patricia Deegan (Deegan, 1988). L’espoir en la possibilité de relever les défis de la vie quotidienne et l’atteinte d’un état de bien-être personnel et social représentent une composante essentielle du rétablissement, jusqu’ici non inclus dans le soin. En invitant les professionnels à soutenir ce processus plutôt que la seule rémission des symptômes, ce concept ouvre donc à la prise en compte des dimensions de santé mentale au-delà du trouble psychique. Différents types de rétablissement sont alors distingués : le rétablissement clinique, fonctionnel, social et personnel (Franck, 2020). Aujourd’hui, la réhabilitation psychosociale constitue le principal modèle de soin *bio-psycho-social* soutenant le rétablissement en psychiatrie. Elle permet un accompagnement personnalisé, basé sur les objectifs des personnes, leurs ressources, leur pouvoir d’agir et propose différents outils à visée thérapeutique (*ibid.*). Cette approche œuvre également pour réduire la stigmatisation des troubles psychiques, par le biais d’actions de prévention et de sensibilisation sur la santé mentale.

La seconde thématique abordée dans notre revue de littérature est celle des défis spécifiques aux femmes dans le domaine de la santé mentale et du secteur médical. La revendication du pouvoir d’agir des femmes, à travers plusieurs prises de paroles et initiatives depuis les années 70, a permis d’appeler à redéfinir leur place au sein de la société (Parazelli & Bourbonnais, 2017). Ces enjeux sociaux se reflètent dans les études sur la santé mentale de cette population, mettant en lumière de multiples facteurs de risque susceptibles d’accentuer leur vulnérabilité (Douki Dedieu, 2011). Dans le secteur de la santé, l’inclusion progressive des questions sociétales et du genre dans les recherches nous permettent de mesurer l’importance de passer d’un regard *bio-médical* et *androcentré* à un regard *bio-psycho-social* et plus *inclusif* (Clair, 2023). De fait, au-delà des différences biologiques impliquées par le sexe, ne s’arrêtant pas à celles des organes génitaux et longtemps ignorées en médecine, les différences psychosociales entre hommes et femmes, se répercutant sur la santé, semblent constituer un aspect fondamental à penser dans les prises en charge (Soubelet, 2024). En psychiatrie, nous identifions une considération progressive de l’impact du genre sur l’accès au soin, les facteurs de risque, les diagnostics ou encore la vulnérabilité des femmes. Des chercheurs et professionnels s’attachent alors à documenter davantage le vécu des femmes dans le cadre de

certains troubles, particulièrement les troubles autistiques (Royneau, 2023), schizophréniques (Schandrin et al., 2023) ou encore dans le champ des addictions (Mutatayi, 2019).

En explorant ces enjeux féminins, nous constatons des similitudes avec ceux du rétablissement, notamment l'importance d'un modèle bio-psycho-social dans la prise en charge et l'impact des dynamiques sociétales sur la (mé)considération et la stigmatisation. De plus, des travaux mettent évidence les multiples discriminations subies par certaines personnes en raison de leur genre, leur couleur ou leur statut (Crenshaw, 2015). Cela nous a amené à nous interroger sur d'éventuelles inégalités et discriminations spécifiques aux femmes vivant avec un trouble psychique, illustrées à travers différents travaux. Ainsi, notre réflexion s'est élargie à l'impact de tels aspects dans le processus de rétablissement des femmes, vis-à-vis duquel peu de recherches ont été effectuées. Les résultats de l'étude de Dubreucq et al. (Dubreucq et al., 2021) soulignent à ce sujet un premier constat ; celui d'inégalités des genres dans le rétablissement de la schizophrénie, avec un rétablissement personnel et fonctionnel moins satisfait chez les femmes (*ibid.*). Les spécificités mentionnées dans les travaux cités, susceptibles d'impacter le rétablissement, se retrouvent-elles dans le témoignage des femmes concernées ? Sont-elles perçues par les professionnels ? Comment pourraient-elles être prises en compte dans les accompagnements ?

Afin d'explorer ces questionnements, notre recherche s'intéressera précisément à l'accompagnement des femmes en réhabilitation psychosociale. Orientés vers le soutien du rétablissement, ces services d'accompagnement s'intéressent par définition aux dimensions impactant le rétablissement des usagers : la réhabilitation psychosociale constitue ainsi un domaine propice à l'exploration de notre sujet. Par conséquent, nous pouvons préciser notre recherche à travers la problématique suivante : *Comment appréhender les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique dans le cadre des accompagnements en réhabilitation psychosociale ?*

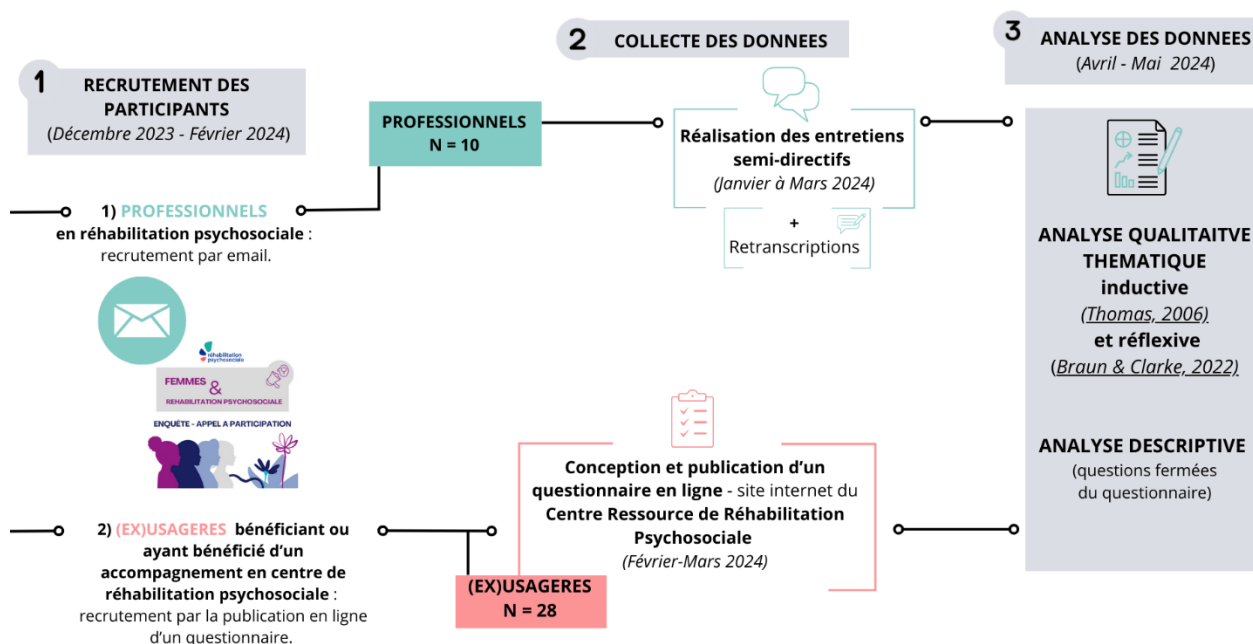
Nous tenterons d'éclairer cette problématique à travers deux objectifs. Notre objectif 1 sera d'identifier les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique, susceptibles d'intervenir dans leur rétablissement. Cet objectif nous permettra de faire le lien avec les éléments cités dans notre revue de littérature, et de discuter de leur impact sur le processus de rétablissement. De plus, l'objectif 2 de la recherche sera d'investiguer la prise en compte de ces spécificités dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale.

Ainsi, il nous permettra d'accorder un espace de réflexion sur l'utilité de considérer davantage la place du genre dans les pratiques d'accompagnement au rétablissement.

II. PRESENTATION GENERALE DES ETAPES DE LA RECHERCHE

VISUEL N°1

Présentation générale des étapes de la recherche



III. PRESENTATION DES ECHANTILLONS

1. Critères d'inclusion et d'exclusion des échantillons

Notre étude s'intéressera à deux types de population : (1) les professionnels de la réhabilitation psychosociale, et (2) les femmes concernées par un trouble psychique sévère (ayant été) accompagnées par un service de réhabilitation psychosociale.

1.1. Critères d'inclusion de l'échantillon 1

Il est important de noter que, par souci d'obtenir la plus grande diversité de profils et donc de points de vue, nos critères d'inclusion pour cet échantillon étaient expressément larges.

Critères d'inclusion :

- Être professionnel d'un service de réhabilitation psychosociale depuis au moins un an.

Nous estimons que tout type de professionnel de recherche ou de la relation d'aide travaillant dans un service de réhabilitation psychosociale était en mesure de répondre à nos interrogations concernant l'accompagnement des femmes dans de tels services. Seul un critère de durée d'exercice dans ce type de service a été indiqué afin de s'assurer que le (ou la) professionnel(le) a suffisamment d'expérience sur laquelle s'appuyer pour répondre à nos questions.

1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion de l'échantillon 2

Critères d'inclusion :

- Genre :
 - ❖ Femme.
- Age :
 - ❖ Supérieur à 18 ans.
- Diagnostic médical :
 - ❖ Avoir reçu un diagnostic de trouble psychique au cours des dernières années.
- Service d'accompagnement :
 - ❖ Être (ou avoir été) accompagnée par un service de réhabilitation psychosociale, en France métropolitaine, pendant au moins un an, au cours des quinze dernières années.

Critères d'exclusion :

- Genre :
 - ❖ Homme.
 - ❖ Personnes s'identifiant à un genre autre que celui de femme.
- Age :
 - ❖ Inférieur à 18 ans.
- Service d'accompagnement :
 - ❖ Pas d'accompagnement passé ou présent au sein d'un service de réhabilitation psychosociale.
 - ❖ Au sein d'un pays hors de la France ou en Outre-mer.

Parce que notre étude porte sur le vécu des femmes au regard de leur rétablissement et de la prise en compte de leur genre dans les soins qui leur sont proposés en réhabilitation psychosociale, notre échantillon doit nécessairement être composé uniquement de femmes s'identifiant au genre féminin. Elles doivent par ailleurs nécessairement avoir fait l'expérience d'un accompagnement en réhabilitation psychosociale ; un critère de durée d'accompagnement

en réhabilitation psychosociale a été établi afin de s'assurer qu'elles aient l'expérience suffisante de ces services pour échanger sur ceux-ci. De plus, les femmes concernées n'étaient pas obligées de communiquer leur diagnostic pour participer à l'étude ; cela pouvant entraîner des réticences à participer. Tout diagnostic était donc possible, à partir du moment où il nécessitait une prise en charge en centre de réhabilitation psychosociale. Enfin, notre recherche s'intéresse au contexte français et nous avons estimé que l'expérience d'un accompagnement hors de la France ne serait pas comparable.

2. Recrutement des échantillons

2.1. Processus de recrutement de l'échantillon 1

Les professionnels ont été contactés par le biais d'un email²⁷, dans lequel étaient présentées notre recherche et les modalités de participation. Suite à cet email, nous avons obtenu des réponses de professionnels intéressés, ayant eux-mêmes transmis la demande au sein de leurs services, ce qui a permis d'autres réponses positives. La plupart des professionnels contactés se situaient dans le secteur lyonnais. Toutefois, suite à l'évolution de notre recherche, des entretiens ont pu être effectués auprès de professionnels travaillant à Nîmes. Ces derniers ont eux-aussi été recrutés par le biais du même email, envoyé depuis la plateforme LinkedIn.

2.2. Processus de recrutement de l'échantillon 2

Le processus de recrutement de notre second échantillon s'est effectué en deux temps. Nous souhaitions, au départ, effectuer des entretiens avec les femmes concernées comme pour les professionnels. Un premier processus de recrutement a donc été lancé via la conception d'une affiche²⁸ communiquant notre appel à participation pour des entretiens. L'objectif était ainsi de pouvoir rendre visible notre demande au sein des services de réhabilitation de Lyon, afin que les usagères puissent facilement y avoir accès. Cependant, suite au lancement de cette démarche et malgré l'aide des professionnels, aucune réponse positive n'a été donnée à cette quête de participation. Nous avons ainsi fait l'hypothèse de réticences de la part des usagères à l'idée d'effectuer un entretien, susceptible de représenter une contrainte et un dévoilement particulier.

Par souci de mieux communiquer sur notre recherche et améliorer notre recueil de données, nous avons contacté le Centre Ressource de Réhabilitation Psychosociale (CRR), structure non soignante de recherche et de promotion des pratiques de réhabilitation

²⁷ Voir Annexe C

²⁸ Voir Annexe D

psychosociale en France, situé à Lyon. La prise de contact avec cette équipe, et les entrevues qui en ont découlé, nous ont permis de redéfinir les modalités de recrutement de cet échantillon. Ainsi, nous avons décidé de rédiger et publier un appel à participation depuis le site internet du CRR²⁹, menant vers un questionnaire orienté sur le vécu du rétablissement et le parcours de réhabilitation psychosociale des femmes concernées par notre étude. Cette révision de méthodologie a permis de remplacer les entretiens par ce questionnaire, de mettre en avant notre étude à une plus grande échelle, et d'obtenir des réponses d'(ex)usagères provenant de différentes villes de France.

Suite au partage de notre article sur les différentes plateformes³⁰ (Facebook, LinkedIn), nous avons pu être repartagé par un certain nombre de professionnels en réhabilitation et en psychiatrie de manière générale. Des relances régulières étaient faites chaque semaine de notre part, notamment sur des forums Facebook destinés aux usagers et professionnels en réhabilitation psychosociale.

IV. OUTILS METHODOLOGIQUES

Afin de répondre à nos objectifs, nous avons sélectionné deux outils méthodologiques de recueil des données : l'entretien de recherche semi-directif (destiné aux professionnels en réhabilitation psychosociale) et le questionnaire (destiné aux femmes concernées par un parcours en réhabilitation psychosociale).

1. L'entretien semi-directif

1.1. Choix de l'entretien semi-directif

De manière générale, l'entretien semi-directif permet l'expression libre de l'interviewé tout en guidant son discours par le biais de thèmes spécifiques, grâce à un guide d'entretien préalablement conçu et devant être maîtrisé. Les thèmes sont alors abordés de façon naturelle, en écho avec les éléments apportés par l'interviewé (Berthier, 2023a). Notre étude étant exploratoire et qualitative, nous avons sélectionné l'entretien semi-directif afin de collecter nos données auprès des professionnels. Cet outil nous a permis de pouvoir guider nos échanges, à travers les thématiques souhaitées, tout en garantissant une liberté des modalités de réponses et laissant possibles les liens avec d'autres thèmes connexes. Contrairement à des questionnaires fermés, cet outil offre la possibilité d'un meilleur accès aux ressentis et réflexions de notre

²⁹ Voir Annexe E

³⁰ Voir Annexe F

population ; ce qui sera intéressant pour nos résultats. Cependant, l'entretien semi-directif présente certains désavantages, notamment les influences inconscientes impactant le discours de l'interviewé, provoquées en partie par les interventions de l'intervieweur (Blanchet, 1989), notamment les relances. Un second facteur impactant l'analyse des entretiens est la subjectivité des informations analysées, résultant de l'interaction subjective entre intervieweur et interviewé, inscrite dans un contexte précis d'ici et maintenant. Si ces éléments ne peuvent être éliminés, il sera toutefois important d'en tenir compte lors de la passation en se référant à notre guide d'entretien. Dans notre analyse de données, nous tenterons également de prendre en compte cette subjectivité en exploitant le contenu des entretiens par le biais de thèmes précis et répondant à nos objectifs de recherche. Cela permettra la mise en lien des données collectées auprès de nos deux populations.

1.2. Contenu du guide d'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif était conçu pour répondre aux deux principaux objectifs de notre étude, c'est-à-dire (1) identifier les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique et susceptibles d'intervenir dans leur rétablissement et (2) investiguer la prise en compte des spécificités liées aux femmes dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale. Nous avons construit notre guide d'entretien de sorte à explorer les thèmes suivants :

- La présentation du professionnel et sa définition de la réhabilitation psychosociale ;
- La perception du professionnel concernant la répartition hommes-femmes dans les services de réhabilitation psychosociale ;
- Le regard du professionnel sur le rétablissement et le parcours en réhabilitation psychosociale des femmes concernées par des troubles psychiques ;
- Le regard du professionnel sur la prise en compte des problématiques perçues et évoquées en entretien dans le cadre des accompagnements en réhabilitation. Ce dernier thème nécessite un regard critique et une projection du professionnel.

Les questions conçues étaient ouvertes et orientées vers les thématiques citées. En cas de besoin, des relances étaient anticipées dans le guide d'entretien³¹.

³¹ Voir Annexe G et Gbis

1.3. Déroulé de la passation

Un test pilote n'a pas été nécessaire avant de procéder à la passation de nos entretiens auprès des professionnels. En effet, la méthode de l'entretien semi-directif permet un réajustement immédiat au cours de l'entretien, en cas d'incompréhension ou de questions de la part de l'interviewé. La durée des entretiens était d'environ 45 minutes et d'une heure maximum. Afin de faciliter nos échanges avec les professionnels et d'en faire des retranscriptions plus riches et précises, nous avons choisi d'avoir recours à l'enregistrement, sous réserve du consentement des participants. Les modalités de passation étaient généralement identiques et nécessitaient une prise de contact par email en amont, via laquelle une lettre d'information et un formulaire de consentement à signer³² étaient transmis afin de permettre leur lecture avant la rencontre. Un temps de (re)présentation et de signatures des documents était toujours mis en place au début des entretiens. Un temps de conclusion et de questions était également possible si le ou la professionnel(le) le souhaitait à la fin de l'échange. Si la majorité des entretiens se sont effectués en présentiel, trois d'entre eux se sont déroulés en visioconférence.

2. Questionnaire

2.1. Choix du questionnaire

Comme évoqué, dans le cadre de notre collecte de données auprès des femmes concernées par notre recherche, nous avons sélectionné le questionnaire. Cet outil a été choisi afin d'améliorer notre accessibilité à cette population et permettre un nombre relativement élevé de réponses, permettant ainsi des retours d'horizons variés. Cet outil est également standardisé ; il place tous les sujets dans la même situation, ce qui retire certains biais dus au contexte de l'entretien. Cependant, afin de pouvoir comparer aisément les données collectées auprès de nos deux échantillons et permettre aux participantes de préciser leurs réponses ou donner leur opinion, la majorité des questions étaient ouvertes. Ce type de question a l'avantage de donner des informations riches et diversifiées et de nous indiquer le niveau de réflexion et de compréhension des sujets (Berthier, 2023b). Toutefois, le risque de réponses vagues ou d'absence de réponse est plus probable avec ce type de question, tout comme la présence de biais de désirabilité sociale (Edwards, 1957). Nous avons donc tenté de réduire ces risques en travaillant la formulation des questions posées et en ayant recours à quelques questions plus fermées, complétant celles ouvertes. Les questions fermées de notre questionnaire ont

³² Voir Annexes I et J

l'avantage de nécessiter moins de réflexion, et donc de permettre aux participantes d'avoir un degré d'implication différent. De plus, les réponses à ces questions nous permettront de pouvoir comparer plus aisément certaines données lors de notre analyse.

2.2. Contenu du questionnaire

Le questionnaire était conçu pour répondre, là aussi, aux deux principaux objectifs de notre étude. Nous l'avons donc élaboré à partir des thèmes suivants :

- Les caractéristiques socio-démographiques de la personne participante ;
- Le vécu d'être une femme concernée par un trouble psychique. Ce thème vise principalement à collecter les données nécessaires à notre premier objectif.
- Le vécu du parcours de soin en réhabilitation psychosociale. Ce thème nous permettra de comparer les réponses des professionnels avec les ressentis des (ex)usagères.
- Les données facultatives concernant le parcours médical des participantes. Cette section offre la possibilité de communiquer son (ses) diagnostic(s) et de préciser des éléments concernant son parcours en psychiatrie, si les participantes le souhaitent. Ces éléments pourront, dans un second temps, constituer des variables intéressantes à penser dans notre analyse.

Le contenu détaillé du questionnaire est disponible en annexe³³.

2.3. Déroulé de la passation

Contrairement à l'entretien semi-directif, le questionnaire ne nous permet pas un accès direct à la population de notre échantillon, la passation se réalisant à distance. Cela nécessitait donc de nombreuses précautions préalables à la publication de notre outil. Afin d'assurer le bon déroulé de la passation, nous avons tenté de minimiser au mieux l'ensemble des facteurs susceptibles de l'impacter. Chaque participation était donc anonyme, et n'était rendue possible qu'après la lecture des modalités de notre recherche et la validation du consentement. Afin de s'assurer de l'accessibilité des questions et de leur fiabilité, deux tests pilotes ont été réalisés, auprès d'une professionnelle, afin de valider les aspects techniques, et d'une personne extérieure, afin d'assurer l'accessibilité de nos questions. Comme pour les entretiens, notre questionnaire offrait la possibilité aux participantes de rajouter des éléments non précisés (« *Avez-vous quelque chose à rajouter au sujet de cette étude ?* ») mais aussi de nous transmettre leur coordonnées en cas de souhait d'échanger plus en détails à travers un entretien.

³³ Voir Annexe H

V. CONSIDERATIONS ETHIQUES ET DEONTOLOGIQUES

Tout au long de notre recherche, nous avons pris soin de nous conformer au Code de déontologie des psychologues, établi en 1996 et actualisé en 2021, particulièrement aux articles concernant la recherche en psychologie (CERéDéPsy, 2021).

De fait, conformément à l'article 51, notre recherche garantit la confidentialité des données recueillies. Toute participation aux entretiens nécessitait la lecture d'une lettre d'information³⁴, dans laquelle le contenu et les modalités de la recherche étaient explicités de manière claire et intelligible. Afin de s'assurer du consentement de chacun, un formulaire de consentement éclairé³⁵ était envoyé en amont à chaque professionnel avec la lettre d'information, afin qu'ils puissent en prendre connaissance avant notre rencontre s'ils le souhaitaient. Ces documents étaient relus et signés au moment des entretiens. De même, c'est dans un souci de consentement libre et éclairé que notre mode de recrutement pour les usagères était basé sur une affiche plutôt que sur la proposition des professionnels aux usagères, qui auraient pu se sentir contraintes d'y répondre favorablement. Plutôt que d'insister en trouvant d'autres manières de les inciter à participer à l'entretien, nous avons préféré considérer l'absence de réponse des usagères comme un refus de participer, et avons modifié les modalités de la recherche. Ainsi, toute participation au questionnaire nécessitait la lecture d'une première page d'informations³⁶, dont le contenu était similaire à notre lettre. Une validation de la lecture et du consentement à participer était nécessaire pour accéder à la suite du questionnaire. En ce sens, notre recherche respecte la réglementation en vigueur en matière d'éthique et de protection des données, comme l'indique l'article 46.

De plus, il était précisé à tous les participants que les données seraient anonymisées, tant dans le cadre de leur collecte que de leur traitement, conformément à l'article 23, garantissant le respect absolu de l'anonymat et du secret professionnel. Dans notre lettre d'information, chaque participant était informé de sa liberté de se retirer de la recherche à tout moment et sans conséquences, ou de demander une rectification dans les données fournies, ce qui rejoint l'article 48. Dans un souci de partage, il était précisé à chacun des participants, pour les entretiens comme pour le questionnaire, le droit d'accès aux résultats de l'étude, en en

³⁴ Voir Annexe I

³⁵ Voir Annexe J

³⁶ Voir Annexe H

faisant la requête par un mail. Ces éléments rejoignent ainsi l'article 52. Conformément à l'article 54, nous avons pris soin de proposer un temps d'expression en fin de passation d'entretien ou de questionnaire, permettant aux participants d'exprimer leurs ressentis ou leurs questionnements.

Dans le cadre de cette étude, nous nous tenons également au respect de l'article 56, garantissant la confidentialité des éléments dont nous avons pris connaissance pendant la réalisation de notre travail. Nous n'en tirons en aucun cas profit et nous récuserons en cas de conflit d'intérêts. Dans l'analyse de nos données, nous nous attacherons à nuancer nos résultats et conclusions et interprétations explicitées tiendrons compte des processus évolutifs de la personne. Nous considérerons l'importance de contextualiser nos données et de ne pas être réducteurs concernant les ressources psychologiques et psychosociales des individus (Article 22).

Enfin, le cadre de notre recherche se place dans le respect des six principes du code de déontologie. La lettre d'information fournie dans le cadre de nos entretiens et du questionnaire, mais aussi la signature des formulaires de consentement éclairé, ont permis de répondre aux deux premiers principes de respect des droits fondamentaux de la personne, de la vie privée, du secret professionnel et de la confidentialité. La rigueur et le respect de notre cadre d'intervention (principe 6) était garanti par l'explication claire et raisonnée des modalités et objectifs de notre recherche, communiqués à nos interlocuteurs. Par le biais de notre posture durant cette étude, nous avons tenu compte de l'intégrité et la probité de la profession du psychologue (principe 3), garantissant de « ne pas exploiter une relation professionnelle à des fins personnelles, religieuses, sectaires, politiques ou en vue de tout autre intérêt idéologique » (CERéDéPsy, 2021, p.2). De même, nous avons tenu compte de notre compétence (principe 4) et de notre responsabilité et autonomie professionnelle (principe 5).

VI. ANALYSE DES DONNEES

1. Analyse qualitative des données : l'analyse thématique réflexive

Comme évoqué, notre recherche est basée sur une méthode qualitative et exploratoire. Nos données ont été collectées par le biais d'entretiens semi-directifs et de notre questionnaire, composé majoritairement de questions ouvertes. De plus, nos objectifs de recherche étaient expressément larges : l'un visait l'identification des spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique (objectif 1), et l'autre consistait à explorer la prise en compte des spécificités liées aux femmes dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale (objectif 2). Les réponses à nos objectifs dépendent donc ici des données recueillies par le biais de nos outils, et font appel à la subjectivité de nos participants. En ce sens, afin d'assurer la cohérence de notre recherche, nous aurons recours à une *analyse thématique*.

Cette méthode, nettement utilisée dans le champ de la psychologie et composée de diverses approches, consiste à mettre en place un processus de réduction des données à partir d'un corpus initial (Paillé et Mucchielli, 2012). Cela passe par la thématisation des données du corpus, c'est-à-dire la transposition d'un contenu initial en différents thèmes, également appelé « codage thématique » (Abrial et Louvel, 2011), reliés à la question de recherche initiale. Braun et Clarke décrivent les principales étapes de l'analyse thématique de la façon suivante (Braun et Clarke, 2006) :

1. Familiarisation avec les données du corpus, passant par la transcription des données et l'annotation des premières idées ;
2. Le codage initial, c'est-à-dire la phase d'identification des caractéristiques intéressantes ;
3. La recherche des thèmes, correspondant au regroupement des codes en thèmes potentiels, et au rassemblement des données pertinentes pour chaque thème ;
4. L'examen et le développement des thèmes, afin d'assurer leur cohérence avec le corpus ;
5. L'affinement, de la définition et la dénomination des thèmes, prenant en compte l'affinage des spécificités de chaque thème et l'élaboration de l'analyse.
6. La production du rapport, c'est-à-dire l'analyse finale des extraits sélectionnés, mis en relation avec la question de recherche.

L'analyse thématique, telle qu'elle est présentée ici, a plusieurs avantages. Au-delà de sa flexibilité théorique et de son accessibilité, les résultats obtenus avec ce type d'analyse sont généralement accessibles au grand public. Elle permet à la fois de résumer les caractéristiques clés d'un grand ensemble de données, mais aussi d'en apporter une description riche. Cette analyse nous permettra également de comparer aisément nos données. Ses inconvénients se rattachent toutefois au risque de malmener ce type d'analyse, à cause d'un manque de méthode dû au revers de sa trop grande flexibilité. Si elle n'a donc pas de prestige particulier en tant que méthode analytique malgré sa grande utilisation, nous tenterons ici d'avoir recours à l'analyse thématique de façon rigoureuse, en nous fiant aux étapes indiquées par les chercheurs (Braun et Clarke, 2006).

Parmi les différentes approches de l'analyse thématique, nous aurons plus spécifiquement recours à une *analyse thématique réflexive* (Braun et Clarke, 2021), celle-ci étant nécessairement reliée à une *approche inductive*. Cela signifie que nous penserons notre codage à partir d'un processus inductif, partant des données brutes de notre corpus, et non pas de thèmes préalablement définis. De plus, l'analyse thématique réflexive est une méthode athéorique, élaborée par les chercheurs anglosaxons Braun et Clarke (Braun & Clarke, 2021). En effet, ce type d'analyse se montre particulièrement adapté pour traiter des données riches en informations et offrant des éléments récurrents ou ambigus. Elle permet de dégager des thèmes centraux ou transversaux, tout en prenant en compte les dimensions subjectives, contextuelles et intersubjectives. Ces éléments s'apparentent au cadre de notre recherche, faisant spécifiquement appel aux dimensions citées, qui seront inévitablement liées à nos résultats. Dans le cadre de l'analyse thématique réflexive, le processus de codage est organique et reconnu comme un processus « intrinsèquement subjectif ». Cela nécessite une prise en compte constante des objectifs de notre recherche, à partir desquelles nous délimiterons notre codage. Les étapes de notre travail s'apparenteront à celles évoquées précédemment.

2. Justification de l'analyse qualitative du questionnaire

Avant de présenter les résultats obtenus, il nous semblait important de s'intéresser plus précisément aux modalités d'analyse de notre questionnaire. En effet, dans leur article « *The online survey as a qualitative research tool* » (2020), Braun, Clarke et al. s'intéressent à la méthode encore sous-utilisée de la recherche qualitative en ligne (Clarke et al., 2020). Leur travail met en avant les nombreux avantages de cette méthode, en terme d'ouverture, de

flexibilité et d'accès. Dans le cadre de notre recherche, comme le démontre cet article, le questionnaire qualitatif que nous avons conçu s'est trouvé plus approprié que les entretiens face à notre population, au départ difficile d'accès. Par ailleurs, l'analyse des réponses à ce type de questionnaire offre la possibilité d'avoir recours aux champs descriptif, interprétatif voire discursif. Dans la majorité des cas, les analyses de ce type prennent la forme de « schémas thématiquement organisés », illustrés par des extraits de réponses des participants. Elles peuvent toutefois prendre aussi la forme de comptes rendus riches et interprétatifs si les réponses le permettent. L'enjeu d'une telle approche est de ne pas fournir une analyse qualitative appauvrie par le résumé de chacune des réponses. Il est ainsi pertinent, selon les auteurs, d'appréhender les données comme un ensemble cohérent à coder par le biais de schémas analytiques, ce qui fournira du matériel plus pertinent (Clarke et al., 2020). Bien que ce modèle soit encore en développement, les travaux scientifiques des chercheurs véhiculent donc un enthousiasme à ce sujet et encouragent l'expérimentation d'outils qualitatifs en ligne, notamment auprès de sujets sensibles ou peu explorés.

Dans le cadre de l'analyse de notre questionnaire, au-delà des démarches précédemment décrites et de l'analyse thématique de la majorité des réponses, nous aurons recours à une analyse uniquement descriptive de certaines questions plus fermées. Par ailleurs, en nous appuyant sur le guide d'analyse des forums de soutien en ligne conceptualisé par le professeur Neil S. Coulson (Smedley & Coulson, 2021), nous tenterons d'approfondir notre analyse de certaines réponses courtes fournies dans le questionnaire, en incluant d'autres facteurs d'interprétation tels que la ponctuation.

RÉSULTATS ET ANALYSE

I. CARACTÉRISATION DES ECHANTILLONS

Finalement, les deux échantillons à partir desquels nous avons obtenu nos résultats possèdent les caractéristiques suivantes :

- (1) Notre premier échantillon est composé de **10** professionnels travaillant au sein de centres de réhabilitation psychosociale, soignants ou de recherche. Pour rappel, les données auprès de cette population ont été collectées par le biais d'entretiens semi-directifs.
- (2) Notre second échantillon est composé de **28** femmes (ayant été) accompagnées au sein d'un centre de réhabilitation psychosociale. Les données auprès de cette population ont été collectées par le biais d'un questionnaire visant à recueillir les témoignages concernant leur vécu, leur rétablissement et leur parcours en réhabilitation psychosociale.

1. Echantillon 1 : Professionnels (N = 10)

TABLEAU N°3

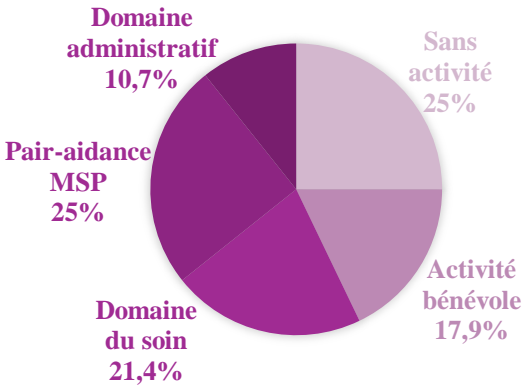
Caractérisation de l'échantillon des professionnels en réhabilitation psychosociale

PRENOM (FICTIF)	GENRE	TRANCHE D'AGE	METIER	ANNEES DE PRATIQUE EN REHABILITATION PSYCHOSOCIALE
JULIE	F	36-50	Chargée d'insertion sociale	10 ans
MARC	M	50 et plus	Assistant social, chargé d'insertion professionnelle	4 ans
LEA	F	36-50	Neuropsychologue	7 ans
PIERRE	M	36-50	Psychologue clinicien	5 ans
NATHALIE	F	25-35	Psychologue clinicienne	3 ans et demi
VINCENT	M	50 et plus	Psychiatre	20 ans environ
SARAH	F	36-50	Psychiatre	4 ans
COLINE	F	25-35	Pair-aidante	1 an
REBECCA	F	36-50	Ingénieure pédagogique	2 ans
ISABELLE	F	36-50	Cheffe de projets	4 ans

2. Echantillon 2 : (Ex)Usagères (N =28)

TABLEAU N°4

Caractérisation de l'échantillon des (ex)usagers en réhabilitation psychosociale

<i>Caractéristiques</i>	<i>Description</i>
NOMBRE DE PARTICIPANTES	Total : 30
	Réponses sélectionnées : 28
GENRE	Femme
TRANCHES D'AGES	[18 – 25] : 14,3% [26 – 35] : 14,3% [36 – 50] : 42,9% [50 ans et plus] : 28,6%
ACTIVITÉ BÉNÉVOLE OU PROFESSIONNELLE	 <p> Domaine administratif : 10,7% Pair-aidance MSP : 25% Domaine du soin : 21,4% Activité bénévole : 17,9% Sans activité : 25% </p>
DURÉE TOTALE DU PARCOURS EN PSYCHIATRIE	Durée la plus longue : 40 ans (avec ruptures)
	Durée la plus courte : 1 an
ANNEE D'ADMISSION EN CENTRE DE REHABILITATION PSYCHOSOCIALE (parmi les 15 réponses le précisant)	Année d'admission la plus ancienne : 2012
	Année d'admission la plus récente : 2023
FRÉQUENCE DES DIAGNOSTICS MENTIONNÉS (Parmi les 22 réponses le précisant)	Trouble anxieux généralisé : 21,5% Troubles dépressifs : 21,5% Troubles bipolaires : 17,9% Trouble de Stress Post Traumatique Complexe : 17,9% Trouble déficit de l'attention et hyperactivité : 17,9% Troubles du spectre de la schizophrénie : 14,3% Troubles du spectre autistique : 14,3% Trouble borderline : 10,7%
LOCALISATION GEOGRAPHIQUE	Régions Auvergne-Rhône-Alpes, Ile de France, Normandie, Hauts-de-France, Provence-Alpes-Côte d'Azur, Nouvelle-Aquitaine.

Parmi les 30 réponses obtenues à notre questionnaire, deux ne peuvent être prises en compte dans l'analyse de nos résultats. L'une des femmes ayant répondu au questionnaire résidant hors de la France métropolitaine, sa nationalité ne correspondait pas à nos critères d'inclusion. La seconde réponse ne pouvant être prise en compte dans nos résultats est celle d'une femme n'ayant pas été prise en charge au sein d'un centre de réhabilitation psychosociale. Notre analyse de données étant qualitative et non quantitative, l'effectif total (N=28) nous permet toutefois d'analyser nos résultats comme convenu. Les participantes citées dans la présentation de nos résultats seront également nommées par des prénoms fictifs.

II. CONFRONTATION OBJECTIFS – RÉSULTATS

Nous présenterons nos résultats en abordant ceux répondant à l'objectif 1 puis, dans un second temps, ceux répondant à l'objectif 2. Dans chaque cas, nous discuterons les résultats communs à nos deux échantillons avant d'aborder les résultats spécifiques aux professionnels et aux (ex)usagères.

1. Objectif 1 : Identifier les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique susceptibles d'intervenir dans leur rétablissement

Concernant cet objectif, les résultats obtenus auprès de l'échantillon 1 font suite à l'analyse des questions 8,9 et 10 de notre guide d'entretien³⁷. Celles-ci regroupent les pensées spontanées des participants face au sujet du « *rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique* », complétées par les spécificités perçues à travers l'accompagnement des usagères ou par le biais des projets de recherche effectués, selon la profession du participant. Les résultats obtenus auprès de l'échantillon 2 font, quant à eux, suite à l'analyse des réponses aux questions de la section 4 de notre questionnaire ; « *Être une femme concernée par un trouble psychique* »³⁸. Dans les deux cas, nous avons procédé à l'analyse thématique réflexive des éléments amenés par nos participants, nous permettant d'identifier de nombreux éléments communs entre les deux échantillons. Nous les développerons avant d'aborder les spécificités supplémentaires amenées par les professionnels puis par les (ex)usagères.

1.1. Résultats communs aux deux échantillons

1.1.1. Tableau thématique : Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique communes aux deux échantillons

³⁷ Voir Annexe Gbis

³⁸ Voir Annexe H

TABLEAU N°5

Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique communes aux deux échantillons

THEME 1 (1.1.2.1)	SOUS THEMES
ERRANCE THÉRAPEUTIQUE ET DIFFICULTÉS D'ACCÈS AU SOIN	Accès au soin des femmes atteintes de TSA
	Normes sociales impactant la visibilité des symptômes
	Méconnaissance des comorbidités et troubles psychiques sévères chez les femmes
THEME 2 (1.1.2.2)	SOUS-THEMES
DISCRIMINATIONS ET VIOLENCES SPÉCIFIQUES A L'ÉGARD DES FEMMES CONCERNÉES	Préjugés et stigmatisation liés à la misogynie
	Violences et agressions : sexuelles et intrafamiliales
	Traumatismes
THEME 3 (1.1.2.3)	SOUS-THEMES
FACTEURS DE VULNÉRABILITÉ SOCIALE	Injonctions sociales
	Charge mentale
	Tabous liés à la maternité, parentalité
	Précarité
THEME 4 (1.1.2.4)	SOUS-THEMES
TRAITEMENTS ET MÉTABOLISME FEMININ	Cycles menstruels et endométriose
	Spécificités des traitements
	Etudes et outils

1.1.2. Développement des thèmes

1.1.2.1. Errance thérapeutique et difficultés d'accès au soin

Si les professionnels n'ont pas tous mentionnés les mêmes spécificités impactant à leurs yeux le rétablissement des femmes, tous se rejoignent sur le constat d'inégalités d'accès au soin et au diagnostic entre hommes et femmes. De même pour les femmes ayant répondu à notre questionnaire, la plupart d'entre elles ont évoqué cette thématique. Cette problématique pose donc la question de l'accès-même au rétablissement, possiblement impacté par cet obstacle.

i. Accès au soin des femmes atteintes de TSA

D'une part, les réponses des professionnels ont souvent fait écho aux spécificités du genre dans les troubles du spectre autistique mises en avant par les recherches récentes, plus particulièrement concernant les difficultés d'accès au soin et au diagnostic des femmes

concernées. Parmi les professionnels, Vincent, Pierre et Coline ont mentionné spécifiquement cette dimension. Vincent exprime, au sujet des femmes qu'il accompagne : « *j'en ai beaucoup qui viennent me dire « j'ai un autisme, je m'en suis rendue compte à l'occasion du diagnostic de mon fils ou de ma fille etc., même si j'ai 40, 50 ans voire plus. [...] et je m'en étais pas rendue compte, personne m'a alertée sur ça, je ne pouvais pas le savoir... »*. Ces éléments rejoignent ceux rapportés par Pierre, effectuant le suivi de plusieurs femmes concernées par un trouble du spectre autistique et rapportant régulièrement des difficultés dans leur accès au soin.

ii. Normes sociales impactant la visibilité des symptômes

Par ailleurs, les professionnelles Isabelle et Rebecca, travaillant toutes les deux dans le secteur de la recherche en réhabilitation psychosociale, mentionnent la présence de difficultés d'accès au soin chez les femmes de façon plus générale. Cela est dû, selon elles, à l'accumulation des rôles sociaux imposés aux femmes et impactant leur accès au soin, mais aussi aux conséquences des normes sociales sur la visibilité des symptômes. Rebecca développe : « *Par exemple un petit garçon à l'école qui saute au plafond, et une petite fille qui parle très peu, qui est assez isolée, et bien on va plus être attentif au petit garçon qui saute au plafond, et d'ailleurs l'agressivité, l'agitation c'est super normalisé chez les petits garçons, les filles sont catégorisées comme timides, sages et elles ne s'autorisent pas à être agressives »*.

iii. Méconnaissances des comorbidités et troubles psychiques sévères chez les femmes

Plus largement encore, les difficultés d'accès au soin et au diagnostic des femmes concernées sont, selon certains professionnels, causées par la méconnaissance et la stigmatisation des troubles psychiques sévères chez les femmes. Ainsi, Léa, neuropsychologue, exprime avoir identifié la présence de symptômes moins externalisés chez les femmes. Elle souligne : « *c'est en discutant avec elles qu'on voyait vraiment leur souffrance ou les voix qu'elles entendaient, et où elles pouvaient vraiment les décrire... ou même ce sentiment d'être à part et de ne pas réussir à s'intégrer et tout ça, mais sans l'aspect plus spectaculaire qu'on peut voir chez certains hommes »*. En ce sens, l'invisibilité des symptômes impacte la visibilité du trouble mais aussi de la souffrance psychique.

Sarah, psychiatre, et Nathalie, psychologue, ont relevé la méconnaissance des comorbidités ayant parfois du mal à être repérées, davantage présentes chez les femmes. Cela rejoint la spécificité du stigma du trouble borderline chez cette population, parfois facilement diagnostiqué et laissant de côté une autre problématique : « *les femmes, comme elles ont plus de comorbidités, de troubles de la perso, de cluster B, des fois, on voit que ça et on ne voit pas la pathologie*

qu'il y a derrière. Et donc, on leur donne moins accès aux soins, ou, encore une fois, on les prend moins au sérieux pour certains symptômes [...] Les femmes, on les met dans des étiquettes de trouble border [...] et on n'a pas encore compris qu'on pouvait avoir un trouble de perso et un trouble psychotique et donc, quand elles ont des symptômes psychotiques, on les traite pas correctement. Ça, c'est évident, flagrant, voilà, mais je l'ai constaté un peu dans ma pratique et beaucoup aussi en bossant sur le sujet » (Sarah). Ces éléments se retrouvent très nettement parmi les réponses des femmes concernées. Le mot « méconnaissance » a été mentionné deux fois par les participantes concernant ce que leur évoque le vécu des femmes concernées par des troubles psychiques. Nous pouvons citer les réponses suivantes : « On le sait que les femmes mettent deux fois plus de temps à avoir accès à des soins » (Carole), « Les troubles des femmes passent sous le radar ou se retrouvent diagnostiqués borderline par facilité (attention ceci est un vrai trouble évidemment). Ou encore l'hystérie. » (Justine).

Ce retard s'identifie concrètement, comme le précise Isabelle, lorsque nous nous intéressons à l'âge des femmes fréquentant les services, significativement plus élevé. Le retard d'accès au diagnostic s'illustre aussi, par une durée moyenne plus longue chez les femmes entre les premiers symptômes et la pose du diagnostic de schizophrénie, selon les professionnels.

1.1.2.2. Discriminations et violences spécifiques à l'égard des femmes concernées

i. Préjugés et stigmatisation liés à la misogynie

Au sein des entretiens comme des réponses au questionnaire, nous retrouvons l'évocation, à plusieurs reprises, des particularités propres aux préjugés et à la stigmatisation à l'égard des femmes. Ainsi, certaines réponses des participantes font directement référence à l'impact de la misogynie sur les préjugés, la stigmatisation et l'écoute à leur égard : « Double peine : misogynie + stigmatisation des troubles psy » (Ilona), « Le fait que les femmes soient facilement qualifiées de folles/hystériques ayant des troubles psy ou non. Du coup quand en plus de ça on a vraiment un trouble les gens ne nous prennent plus au sérieux » (Myriam). D'autres réponses font référence à un sentiment d'infantilisation : « On peut être souvent rabaisées, infantilisées si on parle de nos fragilités. Être souvent ramenée à de l'hystérie. » (Carole). Par ailleurs, chez les professionnels, certains ont précisé que si les hommes comme les femmes sont confrontés à des discriminations en raison de leur trouble psychique, les femmes ont tendance à rapporter des discriminations spécifiques à la misogynie. Celles-ci s'apparentent majoritairement à des situations où elles sont davantage stigmatisées. Pierre prend ces éléments en compte dans sa réflexion : « La stigmatisation ça concerne plein de domaines et effectivement quand on a un trouble psy bah on peut déjà être victime d'un fonctionnement qui soit stigmatisant et discriminant ; et quand on a un trouble

psy et qu'on est une femme, on peut cumuler deux casquettes dans certains espaces où on peut être stigmatisé et.. ouais, il y a des fois où je me suis demandé « bah tiens telle personne quand elle me parle d'un médecin qu'elle a vu et où ça s'est mal passé, est-ce que si elle avait été un homme l'interaction se serait passée différemment ? ».

ii. Violences et agressions sexuelles et intrafamiliales

Les violences sexistes et sexuelles ont, de façon quasi-unanime, été mentionnées parmi les spécificités propres au vécu des femmes, particulièrement lorsqu'elles sont concernées par un trouble psychique. Julie exprime à ce sujet que les femmes concernées s'emparent progressivement de cette thématique dans le cadre des Troubles du Spectre Autistique : *« on a deux jeunes femmes [...] et les deux sont extrêmement intéressées et en combat pour parler de l'autisme au féminin, et elles parlent aussi des violences sexuelles qui sont bien plus fréquentes avec ce trouble psy là, mais j'imagine aussi d'autres troubles psy en fait. »*. Pierre rapporte que les agressions évoquées par les femmes qu'il accompagne s'élargissent aussi aux agressions rencontrées au sein des espaces publics : *« tout ce qui est dans les espaces publics le fait de pouvoir subir des trucs de harcèlement et tout ce qui peut mettre en difficulté et mettre en anxiété très forte, ça ben ouais ça revient souvent, ces choses-là »*.

Nous pouvons citer les réponses suivantes parmi celles des femmes concernées : *« Les femmes sont beaucoup plus concernées par les agressions sexuelles que les hommes. Agressions qui entraînent plus de syndromes de stress post traumatique que les agressions physiques par exemple »* (Myriam), *« Le danger d'agression sexuelle dans des périodes de délires [pour les femmes] »* (Louane). Ce sujet a été mentionné par des participantes de tout âge et diagnostic. En revanche, la totalité des participantes ayant communiqué un diagnostic de trouble de stress post-traumatique (N=3) ont évoqué les violences comme spécificité majeure à prendre en compte dans le rétablissement des femmes. Au-delà des violences sexistes et sexuelles, les violences intrafamiliales ont été mentionnées par certaines participantes : *« nous sommes la cible privilégiée des violences physiques et psychologiques au sein de la famille, du couple et au travail, de l'emprise avec toutes ses conséquences extrêmement graves, des féminicides. »* (Louane).

iii. Traumatismes

Mentionnée de façon directe et indirecte, la notion de traumatisme a donc été mise en avant par les réponses des femmes concernées, notamment vis-à-vis de leur vulnérabilité au risque de traumatismes. Cette dimension a d'ailleurs été évoquée directement : *« Davantage de dépression, de stress post-traumatique chez les femmes »* (Myriam).

1.1.2.3. Facteurs de vulnérabilité sociale

i. Injonctions sociales

Le sujet des injonctions sociales attribuées aux femmes a été évoqué comme susceptible d'impacter, au-delà de l'accès au soin, autant le contexte d'apparition du trouble que le rétablissement. De fait, les femmes se retrouvent, au sein de la société, confrontées à des attentes diverses, « *à la fois physiques, morales et familiales* » (Rebecca). Ces attentes leur sont spécifiques et nécessitent la conjugaison de plusieurs rôles sociaux pour y répondre, mis en difficulté dans le cadre d'un trouble psychique. Ces injonctions implicites entraînent d'ailleurs des stéréotypes provoquant certains tabous : « *L'alcoolodépendance [...] c'est un sujet ultra tabou chez les femmes, alors que ça peut vraiment aller de pair avec les troubles psychiques. Pareil, si on parle de sexualité, la sexualité et les phases maniaques pour les troubles bipolaires ça peut aller de pair, et les femmes peuvent se mettre en danger, c'est un sujet tabou alors que chez les hommes c'est juste un non-sujet. En fait, je dirais que la manifestation des troubles n'a pas les mêmes impacts chez les femmes et les hommes au niveau du regard de la société, de l'approche des soignants et du coup sur les personnes concernées. [...] J'ai aussi remarqué que les femmes qui prennent beaucoup de place, qui parlent fort etc., elles sont directement pointées du doigt, alors qu'un mec qui prend toute la place, dans la même situation [...] et bah c'est un non sujet...* ». De plus, Coline, pair-aidante, souligne les complexes pouvant être engendrés par les réseaux sociaux vis-à-vis des femmes représentées sur ces plateformes, qui, selon elle, « *creuse un écart entre femmes psychiatisées et femmes lambda* ».

Le regard des autres, plus largement impacté par le regard de la société, fut aussi abordé dans quelques réponses concernant les éléments liés au fait d'être une femme avec un trouble psychique : « *Le regard des autres* » (Elise), « *Double standard : être une femme forte vs de toute façon les femmes sont hystériques* » (Garance). Par ailleurs, Patricia illustre cet aspect par le biais d'une situation spécifique : « *Je suis une femme sans enfant... au cœur de la maladie le fait que mon mari ait eu à s'occuper en majeure partie des tâches domestiques a été très mal vu par le reste de mon entourage (elle bosse pas et en plus elle s'occupe pas du foyer...) j'ai même été accusée de m'être mariée pour son salaire* ».

ii. Charge mentale

En résonance aux injonctions sociales, la charge mentale, mais aussi familiale et conjugale, ont été mentionnées autant chez les professionnels que chez les femmes concernées. Léa précise que les femmes accompagnées mettent plus régulièrement en avant un intérêt pour

leur rétablissement personnel, notamment sur la recherche d'un équilibre entre leur vie familiale, personnelle et professionnelle. La charge familiale évoquée nécessiterait ainsi l'importance de prendre en compte cette source de rechute dans le rétablissement, ou encore de considérer la difficulté que peut représenter l'aveu de son trouble pour une femme ayant conscience de ses responsabilités familiales. Marc, chargé d'insertion professionnelle, évoque la charge conjugale qu'il identifie régulièrement chez les femmes qu'il accompagne : « *Mais chez les hommes, parce que j'aborde souvent la question du contexte, en couple on a quand même presque toujours une femme qui assiste beaucoup, qui s'occupe de beaucoup de choses [...] il y en a beaucoup [d'hommes] qui me disent « il faut que je vois avec ma femme » alors que les femmes c'est jamais ça, elles sont moins souvent aidées par leurs mecs.* ». Ces éléments ont été mis en relation, par Isabelle et Rebecca notamment, à la surreprésentation de femmes aidantes, constituant un public vulnérable aux facteurs de risques liés à une mauvaise santé mentale.

Cela rejoint les propos d'une femme concernée : « *Les femmes prennent davantage soin de la santé de leurs proches...* » (Thérèse). De fait, notamment à cause d'une plus grande exposition aux facteurs de stress, les femmes ont une plus grande vulnérabilité sur le plan psychique mais aussi somatique nécessaires à avoir en tête selon Isabelle.

iii. Tabous liés à la maternité et à la parentalité

Ainsi, le sujet le plus fréquemment mentionné au sujet des spécificités féminines dans le rétablissement est le tabou de la maternité dans le cadre d'un trouble psychique, s'identifiant au sein de la société, chez les professionnels de santé et chez les femmes concernées. Cette dimension se manifeste, d'une part, par une auto-stigmatisation importante des femmes concernées : « *elles vont s'interdire quelque chose qui au fond serait possible, et qui serait à la fois une conséquence du rétablissement et un facteur de rétablissement* » (Vincent). Sarah développe également : « *La chose qui est flagrante, pour moi, c'est le stigma... enfin c'est sur le rôle de parent. Je trouve qu'une femme qui a un trouble psychique, on va beaucoup plus l'invalider dans son rôle de parent. Ça c'est sûr et certain, c'est vraiment très fort* ».

Nous retrouvons ces éléments chez les (ex)usagères : « *La possibilité d'être mère est un sacré tabou* » (Carole), « *Faire face au regard des autres et de la société, enjeux de la parentalité* » (Rachel). Des réponses témoignent également de la précarisation des femmes concernées, amplifiées par la maternité : « *Maman solo + troubles = triple peine pour garder un job à l'époque !* » (Thérèse), « *La maternité par exemple. Si divorce, plus facilement en situation précaire que l'homme* » (Clotilde).

iv. Précarité

Les éléments cités précédemment rejoignent un dernier facteur de vulnérabilité sociale présent chez les femmes, étant celui de la plus grande précarité chez ce public. Ce sujet a été évoqué à de multiples reprises chez les femmes concernées et chez les professionnels : « *Je pense à la précarité. Je pense à la précarité des femmes. [...] Les femmes c'est le public le plus précaire, entre les deux, c'est certain. Elles ont des postes non stables ; en psychiatrie on cherche beaucoup la stabilité. Elles ont des bouts de postes, elles ont des postes humains, que ce soit les AESH, les aides ménagères, elles sont dans le Care, elles sont dans le prendre soin, et on leur apprend dès leur plus jeune âge à prendre soin. C'est dans l'éducation et c'est genré, il y a des études qui le montrent ça. Voilà, donc... du coup tout ça pour dire... qu'elles sont précaires. Donc oui, ça pourrait être propice pour la précarité financière, la précarité de l'emploi, la précarité de... il faut savoir que le début des troubles c'est autour de 25-30 ans, [...] c'est aussi le moment où elle peuvent vouloir avoir un enfant.. et du coup ben ça vient les chambouler tout ça, donc il faut les aider aussi à ce moment-là, de la conception, de l'acceptation et de se dire... de dédramatiser les risques qu'elles pourraient y voir à cette conception... [...], il y a l'aspect financier, l'aspect travail, parce qu'il y a de la discrimination à l'embauche aussi quand on arrive à l'âge d'avoir un enfant, encore plus si il y a un trouble psychique... donc voilà. » (Nathalie).*

1.1.2.4. Traitements et métabolisme féminin

i. Cycles menstruels et endométriose

Toutefois, des spécificités biologiques propres au métabolisme féminin sont, selon plusieurs participants, importantes à penser. Comme le précise Sarah, « *on sait que, en fonction du cycle, il peut y avoir un enjeu sur les antipsychotiques* ». Cela mobilise aussi l'enjeu de s'intéresser à l'impact du syndrome pré-menstruel sur les femmes au sens large, intéressant à penser selon Pierre et se retrouvant dans les propos des femmes concernées : « *L'impact des douleurs de règles et de l'endométriose sur la santé mentale..* » (Myriam), « *Au niveau des hormones, cela joue beaucoup...* » (Odile).

ii. Spécificités des traitements

De manière générale, plusieurs professionnels ont précisé que certaines spécificités liées aux traitements médicamenteux chez les femmes étaient encore méconnues. Coline précise ainsi : « *par exemple, pour tous les troubles d'ordre sexuel, on pense toujours aux hommes et on ne pense jamais aux femmes. Je pense qu'il y a une banalisation aussi, par exemple, de la baisse de la libido chez la femme. La femme est frigide, et je pense qu'il y a des choses aussi qui se voient moins chez une femme que chez un homme* ». De même, Sarah précise « *Mais, en fait, on a plus été formés comme*

ça, au trouble de l'érection et l'homme, au trouble de la libido et tout. Donc, en fait, c'est très rare qu'on le demande aux femmes ».

Le « *métabolisme et l'expression des symptômes* » (Amandine) a d'ailleurs été mentionné comme différence dans le parcours de soin des usagers, tout comme « *Les spécificités au niveau médicamenteux* » (Justine). De fait, la grossesse et l'impact du trouble sur celle-ci, en terme de posologie des traitements constitue un enjeu à prendre en compte. L'une des participantes précise sa difficulté à trouver un traitement : « *j'ai mis 10 ans à trouver un traitement qui m'allait* » (Odile).

iii. Etudes et outils conçus sur le modèle masculin

Parmi les éléments discriminants les femmes, différents professionnels, en mentionnant les méconnaissances persistant encore concernant l'accompagnement des femmes, ont évoqué le manque d'études à ce sujet. Ainsi, Pierre développe : « *Encore une fois est-ce qu'elles [les études] ont été faites dans une démarche où on va s'intéresser aux femmes comme aux hommes ou au contraire est-ce que bah on se retrouve avec des études où y'a que des hommes représentés... là encore une fois le cas de l'autisme c'était une des problématiques, des études faites par des hommes qui étudiaient des hommes donc du coup ça a dû pas mal impacter en fait comme si la norme c'était les hommes [...] les outils de recherche ne sont pas conçus pour porter attention à des différences de genre.* ». Les femmes concernées le mentionnent également : « *Les études médicales et les fonds sont d'abord octroyés pour les maladies masculines* » (Garance).

1.2. Résultats supplémentaires obtenus auprès des professionnels

1.2.1. Tableau thématique : Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique identifiées par les professionnels

TABLEAU N°6

Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique identifiées par les professionnels

THEME 5 (1.2.2.1)	SOUS THEMES
DIMENSIONS PSYCHOLOGIQUES ET COGNITIVES	Dysrégulation émotionnelle, confiance en soi et estime de soi
	Auto-stigmatisation
	Affirmation de soi
	Biais relationnels
THEME 6 (1.2.2.2)	SOUS-THEMES
SPECIFICITES FAVORISANT LE RETABLISSEMENT	Ressources internes
	Autonomie
	Diminution des problématiques judiciaires

1.2.2. Développement des thèmes

1.2.2.1. Dimensions psychologiques et cognitives

Parmi les différentes dimensions identifiées comme étant spécifiques aux femmes, les professionnels ont relevé certains aspects présents chez les tous les genres, mais ayant tendance à être surreprésentés chez les femmes.

i. Dysrégulation émotionnelle, confiance en soi et estime de soi

Nous retrouvons ainsi des problématiques parfois plus marquées de régulation émotionnelle, confiance en soi et d'estime de soi, notamment chez les jeunes femmes : « *la problématique de la dysrégulation émotionnelle, de la confiance en soi et de l'estime de soi, ces trois points-là ressortent très fréquemment chez les jeunes femmes quand on prend toutes les pathologies confondues, plus quand même que chez les hommes... parce que, ça a l'air d'être plus fréquent, et peut être que c'est plus gênant, mais en tout cas c'est plus fréquent* » (Sarah). Ainsi, Sarah identifie que, toutes pathologies confondues, les demandes d'accompagnement dans la dysrégulation émotionnelle sont plus nombreuses chez les femmes prises en charge au sein des services, celles-ci exprimant plus de difficultés sur ces points-là.

ii. Auto-stigmatisation

Comme nous avons pu l'évoquer avec la question de la maternité, l'auto-stigmatisation semble s'identifier de manière générale chez le public accompagné, et plus encore chez les femmes : *« C'est sûr que le public en général ici s'auto-stigmatise beaucoup, mais c'est sûr que c'est plus prégnant chez les femmes, je sais pas si il y a une femme qui ne dirait pas qu'elle se sent nulle quoi. Parce que je pense aux femmes qui passent beaucoup de temps en entretien là-dessus, qui disent qu'elles sont nulles, qu'elle n'ont pas fait ci ou ça... on va dire que les hommes c'est sur la maladie en tant que telle, qui vont dire « je vais pas le dire que je suis malade... » etc., les femmes c'est plus général, c'est plus sur le parcours de vie « j'ai loupé ma vie, j'ai rien fait »... les hommes c'est beaucoup plus lié à la maladie... il y en a bien sûr, et puis en psychiatrie les hommes ne sont pas dans des schémas virilistes etc., mais bon voilà, quand même. »* (Marc).

iii. Biais relationnels

Etroitement reliés aux problématiques d'affirmation de soi, des biais relationnels semblent présents chez les femmes concernées, notamment vis-à-vis de la crainte du jugement de l'autre, de la peur des conséquences. Ces biais, relevés davantage par Léa, rejoignent finalement les spécificités évoquées : *« Ouais, crainte du jugement de l'autre type « on va me ré-hospitaliser », « on va dire que je suis folle », « on va m'enlever mes enfants », « on va... » et crainte qui sont... ouais, moins présentes chez les hommes, le jugement. Et qui est vraiment un facteur de frein au rétablissement, parce que du coup si tu oses pas parler du rétablissement, si tu as peur... »* (Léa). Ces éléments se sont aussi illustrés lors d'ateliers sur la cognition sociale : *« par exemple ben une dame qui avait l'impression que les dames de la crèche s'occupaient pas bien de son fils, et du coup ça ça la rendait très méfiante, et pour elle c'était un frein parce que là il aurait fallu qu'elle demande, mais elle avait tellement peur du jugement, tellement peur des conséquences qui pourraient y avoir, et tellement peu confiance en ses capacités à elle que du coup elle osait pas demander et ça c'est un frein au rétablissement parce que du coup ces troubles de la cognition sociale c'est plus difficile à gérer... et ça c'est un frein et pour le coup cet aspect-là, mais je ne sais pas comment l'appeler, il est pas traité spécifiquement... il est pas traité tout court. »* (Léa)

1.2.2.2. Spécificités favorisant le rétablissement

i. Ressources internes

Si nous identifions majoritairement des spécificités à connotation neutre ou négative concernant notre sujet, certains professionnels ont toutefois relevé des spécificités favorisant le rétablissement chez les femmes, à connotation plus positive. Ainsi, selon Nathalie, les femmes,

notamment par leur éducation, ont tendance à mieux accepter l'aide nécessaire au rétablissement : *« ça m'évoque l'acceptation d'être aidée dans le rétablissement [...] la femme a plus tendance à accepter l'aide selon ma représentation [...] la femme justement elle accepte, elle va avoir tendance à être plus attentive à son corps aussi, la femme on lui apprend à lire son corps, à lire ses émotions, à lire les émotions des autres... à être plus empathique, à cette finesse... »*. Les femmes auraient donc, en un sens, davantage de ressources internes pour travailler sur elles-mêmes dans leurs accompagnements.

ii. Autonomie

Par ailleurs, Marc souligne une autonomie plus marquée chez les femmes : *« j'ai quand même l'impression que les femmes sont de manière générale beaucoup plus autonomes, et.. c'est délicat mais je dirais moins « assistées » mais au sens neutre du terme, elles cherchent moins l'assistance dans les démarches, sont plus autonomes mais parce que je pense que la société aussi demande implicitement aux femmes de se débrouiller plus peut être. »*

iii. Problématiques judiciaires

Sarah identifie également que la plus faible présence de problématiques judiciaires chez les femmes : *« je trouve qu'il y a moins quand même de problématiques d'addictions comme le cannabis etc., moins de problématiques judiciaires, on a moins l'impression qu'on est obligées de faire la morale sur plein de trucs, parce qu'il n'y a pas que des trucs en plus chez les femmes, il y a aussi des trucs en moins, qu'on retrouve pas, qui sont plus simples... »*

1.3. Résultats supplémentaires obtenus auprès des (ex)usagères

1.3.1. Tableau thématique : Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique identifiées par les (ex)usagères

TABLEAU N°7

Les spécificités liées au vécu et au rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique identifiées par les (ex)usagères

THEME 7 (1.3.2.1)	SOUS THEMES
FACTEURS DE VULNERABILITÉ EN SANTE MENTALE	Solitude et isolement
	Anxiété et dépression
	Difficultés relationnelles
THEME 8 (1.3.2.2)	SOUS-THEMES
INTIMITÉ	X
THEME 9 (1.3.2.3)	SOUS-THEMES
SPÉCIFICITÉS IDENTIFIÉES DANS LA PRISE EN CHARGE	Relation aux soins
	Spécificités à connotation positive

1.3.2. Développement des thèmes

1.3.2.1. Facteurs de vulnérabilité en santé mentale

Le terme de vulnérabilité a été mentionné explicitement à trois reprises dans les réponses des participantes concernant les spécificités liées au vécu des femmes concernées. Ainsi, la 28^{ème} participante à notre questionnaire mentionne qu'il s'agit pour elle, concernant le fait d'être une femme avec un trouble psychique, d'une « *vulnérabilité supplémentaire* ». Une participante témoigne également avoir l'impression que « *les femmes sont défavorisées en terme de santé mentale par rapport aux hommes* » (Myriam). En écho aux éléments évoqués concernant les facteurs de vulnérabilité sociale, il nous semblait intéressant de relever les facteurs de vulnérabilité en santé mentale mis en avant par les femmes concernées, tous âges et diagnostics confondus.

i. Solitude, isolement et précarité

Solitude, isolement et précarité constituent des facteurs de risques en santé mentale qui ont, là aussi, été mentionnés dans six réponses différentes. Nous pouvons notamment mentionner les réponses de Fanny « *Ca m'évoque la solitude et stigmatisation* », mais aussi Louane

et Myriam : « *Les enjeux sont les conséquences extrêmement graves pour la vie des femmes ayant un trouble psychique, dans mon cas : la désocialisation, la grande précarité sociale et financière, la souffrance non prise en charge, les mises en danger de mort répétées, les retraumatisations successives* » (Louane), « *L'impact des injustices sociétales en général sur la santé mentale des femmes : salaires, précarisation (salaires plus bas, enfants davantage à charge des mères...), confiance en soi diminuée (moins de sport, notamment collectif, pression sur l'esthétique...)* » (Myriam).

ii. Anxiété et dépression

L'anxiété et la dépression ont été évoquées dans les réponses de certaines participantes à la première question concernant les spécificités liées au vécu des femmes : « *La charge mentale, l'anxiété générale, la dépression* » (Garance), mais aussi amenée en tant que conséquence chez les femmes : « *Le fait que socialement les femmes soient formatées pour intérioriser leur agressivité favorise les dépressions ainsi que les situations de camouflage chez les personnes autistes* » (Myriam), « *Ma dépression sévère suite à un choc post-traumatique* » (Olivia)

iii. Difficultés relationnelles

Certains propos des (ex)usagères font référence aux difficultés relationnelles rencontrées en tant que spécificités liées aux femmes. Parmi ces réponses, nous identifions la mention directe de « *difficultés relationnelles* » (Judith), mais aussi des questionnements : « *Comment bien vivre avec soi et les autres ?* » (Clotilde).

1.3.2.2. Intimité

Dans leurs réponses, les femmes concernées ont parfois mentionné certaines dimensions liées à l'intimité comme spécificités. Nous relevons les éléments suivants : « *Difficulté à être en couple* » (Carole), « *intimité/sexualité/vie de/en couple* » (Célia), « *Rapport au corps et à la féminité, image de soi et estime* », « *Hygiène féminine, rapport à la présentation vestimentaire, etc* » (Rachel).

1.3.2.3. Spécificités liées à la prise en charge

i. Relations aux soins

A quelques reprises, les participantes ont mentionné une relation aux soins et aux soignants impactée par le manque d'écoute de leur douleur et la verticalité entre soignant et usagère : « *La tendance particulière des soignants à nous prendre de haut, savoir ce qui est le mieux pour nous et/ou minimiser des symptômes* » (Justine), « *Les différences de genre dans les parcours viennent de l'assignation sociétale qui est faite à notre genre avec toutes les conséquences délétères qui en découlent, lesquelles traversent toute la société et se retrouvent aussi dans la prise en charge*

médicale qui minore la souffrance réelle des femmes (physiques et psychologiques) et agit trop peu dans la prévention. » (Louane).

ii. Spécificités positives

Cependant, il est important de souligner, là aussi, trois réponses à connotation positive concernant les spécificités liées aux femmes et facilitant leur prise en charge : « *C'est subjectif, mais je trouve les femmes plus à même de vouloir prendre en main leur rétablissement* » (Rachel), « *La femme est « dotée de plus de résilience* » (Garance).

1.3.3. Données graphiques

Comme évoqué, afin de guider le déroulement du questionnaire, les participantes étaient invitées à répondre à quelques questions fermées parmi lesquelles différentes réponses pouvaient être sélectionnées. Ces questions avaient pour but d'introduire ou de conclure les sujets explorés, de diminuer la fatigabilité lors de la participation, et de pouvoir identifier les points de vue généraux des femmes concernées. Si ces données n'ont pas de valeur statistique particulière, notamment car le nombre de réponses exploitables est de 30 réponses nécessaires, nous pouvons tout de même renseigner certains éléments. En sondant les participantes sur leurs perceptions des différences entre hommes et femmes concernant le vécu du trouble psychique, la grande majorité estime que vivre avec un trouble psychique en étant une femme implique des enjeux particuliers³⁹. Nous avons également questionné les participantes sur leur considération des différences hommes-femmes dans un parcours de soin. La majorité des réponses mentionnait « beaucoup de différences », suivie de près par des réponses mentionnant « quelques différences » ou « peu de différences ». Une minorité de réponses mentionnait, à l'inverse, « aucune différence »⁴⁰.

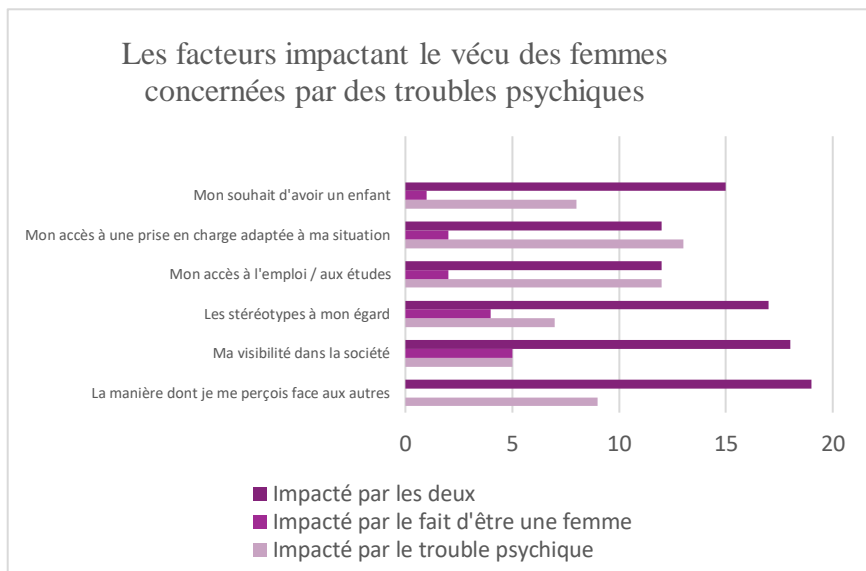
De plus, la section de notre questionnaire sur le vécu des femmes concernées se terminait par un tableau à choix multiples, concernant le regard des participantes sur les éléments susceptibles d'intervenir dans leur rétablissement, pensés depuis notre revue de littérature. Pour chacun de ces éléments, les participantes devaient estimer si ces derniers étaient impactés par le trouble psychique, par le fait d'être une femme ou par les deux. Là encore, si ces données ne sont pas véritablement exploitables, il est intéressant d'identifier que dans la majeure partie des cas, les participantes estimaient que chaque élément était impacté par les deux facteurs.

³⁹ Voir Annexe L, I

⁴⁰ Voir Annexe L, II

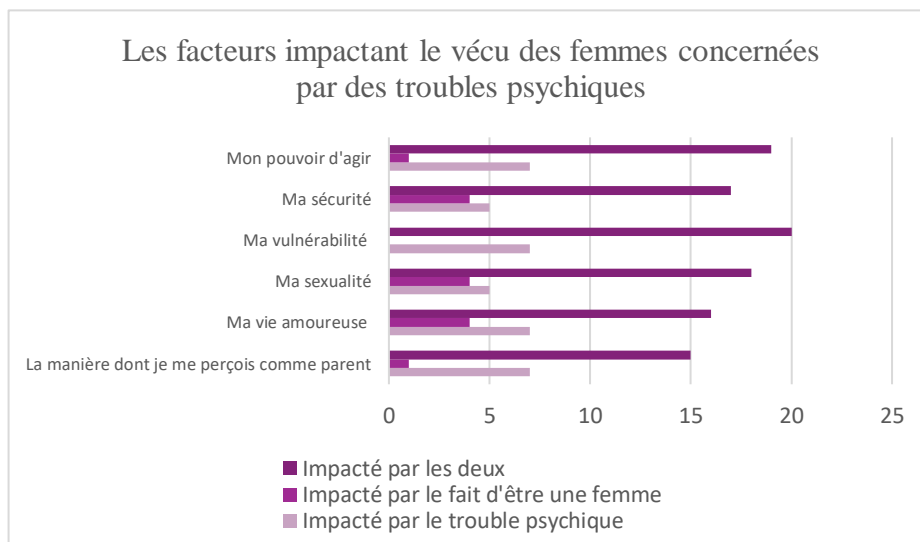
GRAPHIQUE N°1

Histogramme représentant les facteurs impactant le vécu des femmes concernées par des troubles psychiques (1)



GRAPHIQUE N°2

Histogramme représentant les facteurs impactant le vécu des femmes concernées par des troubles psychiques (2)



2. Objectif 2 : Investiguer la prise en compte des spécificités liées au vécu des femmes dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale

Notre second objectif a également été investigué auprès de nos deux échantillons. Comme pour les spécificités identifiées, nous traiterons dans un premier temps les données communes à nos deux échantillons avant de nous intéresser aux résultats obtenus auprès de chaque population. Ces résultats font référence à la section 5 de notre questionnaire⁴¹ et aux questions 5 à 7, puis 11 à 15, de notre guide d'entretien⁴². Nous avons eu recours à l'analyse thématique réflexive des données de nos corpus, mais aussi à l'analyse détaillée des réponses courtes fournies par les (ex)usagères afin de mieux nuancer certains résultats.

2.1. Résultats communs aux deux échantillons

2.1.1. *Tableau thématique : Données communes aux professionnels et (ex)usagères concernant la prise en compte de spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale*

TABLEAU N°6

Données communes aux professionnels et (ex)usagères concernant la prise en compte des spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale

THEME 1 (2.1.2.1)	SOUS THEMES
APPORTS DE LA REHABILITATION PSYCHOSOCIALE DANS LE RETABLISSEMENT	Synthèse générale des résultats
THEME 2 (2.1.2.2)	SOUS-THEMES
PRISE EN COMPTE DU GENRE DES USAGERS	Répartition hommes-femmes au sein des services et suivis
	Différences hommes-femmes perçues
	Posture des professionnels
	L'intérêt de la prise en compte du genre

2.1.2. Développement des thèmes

2.1.2.1. Apports de la réhabilitation psychosociale dans le rétablissement

Afin de centrer nos résultats, nous ne détaillerons pas ici les apports détaillés par nos échantillons, toutefois disponibles en annexe⁴³. Nous pouvons relever que, de manière générale, les professionnels et les (ex)usagères ont souligné des apports communs. Les femmes

⁴¹ Voir Annexe H

⁴² Voir Annexe Gbis

⁴³ Voir Annexe M

interrogées ont relevé de nombreux apports positifs tels qu'une meilleure connaissance de soi, estime de soi et capacité d'autodétermination. La stabilité, l'accès à de nouvelles ressources ou encore une meilleure gestion de la maladie et de l'autonomie ont également été mentionnés. Enfin, les (ex)usagères ont relevé les apports liés à la relation entre soignants et usagers, moins infantilisante et plus adaptée. Cela rejoint les apports soulignés par les professionnels, ayant principalement mentionné l'accent sur les rétablissements personnel et fonctionnel, l'horizontalité de la relation soignant-usager et l'apport de nouveaux outils d'accompagnement. Ces éléments nous permettront, dans un second temps, de penser la cohérence de notre sujet de recherche et de percevoir sa légitimité comme levier favorisant les apports mentionnés.

2.1.2.2. Prise en compte du genre des usagers

i. Répartition des genres au sein des services et suivis

A l'exception des suivis psychologiques dans lesquels Pierre et Nathalie ont mentionné un plus grand nombre de femmes suivies, l'intégralité des professionnels ont mentionné une présence majoritaire d'hommes au sein des centres de réhabilitation psychosociale. Parmi les explications évoquées quant à cette répartition, les professionnels ont mentionné des facteurs cliniques. En effet, la schizophrénie concernent davantage les hommes (« 70 à 75% » (Sarah)) et les femmes tombent plus tardivement malades. L'expression des symptômes, celle-ci étant plus spectaculaire chez les hommes, mène également à une prise en charge plus importante de ce public. Toutefois, comme le précise Sarah, l'intégration d'autres troubles non psychotiques dans les centres de réhabilitation permet une plus grande intégration des femmes : *« après comme on est plutôt ouverts, on se veut large comme centre de réhabilitation et on ne se concentre pas que sur les troubles psychotiques, on est ouverts aussi aux troubles de l'humeur, parce qu'on sait qu'après un premier épisode déjà ça peut être un trouble de l'humeur [...] donc on élargi aux troubles de l'humeur, troubles de la personnalité et troubles anxieux, et là on a plus de femmes pour le coup. Même sur les troubles de personnalité c'est principalement des femmes qui nous sont adressées pour qu'on les prenne en charge pour... voilà »*. Il est intéressant de constater que les deux participants ayant mentionné la présence plus importante de femmes sont les deux psychologues interrogés, ceci pouvant montrer la plus grande facilité des femmes à demander un accompagnement psychologique. La perception de la répartition hommes-femmes n'a pas indiqué de consensus chez les participantes concernant la surreprésentation ou l'équivalence d'hommes et de femmes⁴⁴.

⁴⁴ Voir Annexe L, III

ii. Posture des professionnels

Les professionnels ne semblent, dans la majorité des cas, pas adopter de posture particulière selon le genre des usagers en face d'eux. Cela s'explique notamment par la philosophie de la réhabilitation, encourageant une approche individualisée, à l'écoute des spécificités de chacun. Toutefois, Coline et Pierre ont signifié être davantage attentifs aux questions des violences sexuelles et agressions lorsqu'ils accompagnent des femmes. Léa et Sarah ont, quant à elles, communiqué avoir une empathie particulière face aux usagères concernées par des questions de maternité, cela se rapprochant de leur propre vécu de femme et de mère. Les mouvements d'identification et d'empathie semblent donc davantage impacter la posture des professionnelles face aux usagères. A l'inverse, Pierre précise que sa posture d'homme a été source de méfiance chez certaines des femmes qu'il accompagne, ces dernières lui ayant communiqué « *avoir eu des aprioris* » liés au fait qu'il soit un homme. Il tient également compte, dans ses accompagnements, de la plus grande difficulté pour certains hommes de demander des soins en santé mentale et d'être face à un psychologue. Ces éléments rejoignent les éléments apportés par les usagères, témoignant parfois se méfier davantage lorsque le soignant est un homme.

iii. L'intérêt de la prise en compte du genre en réhabilitation psychosociale

Face au questionnement des professionnels concernant l'intérêt ou non, selon eux, de prendre en compte le genre dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale, l'intégralité ont répondu y voir une pertinence, voire même une évidence, malgré l'absence actuelle de cette prise en compte de façon générale. De fait, selon les participants, l'écoute des spécificités liées au genre résonne avec l'écoute des besoins individuels prônée par la réhabilitation psychosociale, le genre faisant partie intégrante de cette individualité : « *c'est une approche qui veut faire vraiment du sur mesure, qui veut vraiment prendre les besoins de chaque personne, donc effectivement à ce titre là on peut prendre en compte le fait que ce soit un homme ou une femme et les spécificités* » (Vincent). De plus, comme l'ont mentionné Pierre et Marc, la prise en compte du genre fait partie de la dimension sociale entrant en jeu dans le rétablissement, car il engendre une place sociale particulière. Ainsi, comme le précise Rebecca, la pluralité des outils proposés aux usagers, mais aussi des professionnels, peut permettre aisément l'inclusion du genre dans les accompagnements : « *c'est ça qui est intéressant, c'est que comme il y a une pluralité des approches il y a une pluralité dans les approches des soignants qui peuvent permettre d'aborder plusieurs aspects.* » (Rebecca).

Toutefois, l'intérêt de cette prise en compte a été nuancée par les professionnels, ayant majoritairement précisé qu'il ne s'agissait pas d'une priorité parmi les préoccupations présentes en réhabilitation psychosociale, les champs d'intervention étant majoritairement restreints à l'insertion socio-professionnelle et à la remédiation cognitive.

2.2. Résultats supplémentaires obtenus auprès des (ex)usagères

Afin d'assurer la cohérence de la lecture, nous commencerons ici par mentionner les résultats supplémentaires obtenus auprès des femmes concernées. Les données obtenues auprès des professionnels nous permettront de conclure la présentation de nos résultats.

2.2.1. Tableau thématique : Données recueillies auprès des (ex)usagères - la prise en compte des spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale

TABLEAU N°8

Données recueillies auprès (ex)usagères - la prise en compte des spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale

THEME 3 (2.2.2.1)	SOUS-THEMES
LA PLACE ACCORDEE A L'IDENTITÉ DE GENRE DES FEMMES DURANT LE PARCOURS	Relation aux paires
	L'espace accordé à cette identité
	Intérêt pour le développement de dispositifs dédiés à cette identité
THEME 4 (2.2.2.2)	SOUS-THEMES
INCLURE LES SPÉCIFICITÉS LIÉES AUX FEMMES DANS L'ACCOMPAGNEMENT DU RÉTABLISSEMENT	Accompagnements à la maternité, grossesse, parentalité
	Groupes dédiés à la santé, vie sexuelle et vie affective
	Groupes dédiés à l'affirmation de soi et à l'empowerment en tant que femmes
	Espaces d'échanges sur les violences rencontrées
	Prévention sur les traitements et leurs effets secondaires
THEME 5 (2.2.2.3)	SOUS-THEMES
LES BÉNÉFICES SUR LA SANTE MENTALE DES FEMMES CONCERNÉES	X

2.2.2. Développement des thèmes

2.2.2.1. La place accordée à l'identité de genre des femmes durant le parcours

i. Relation aux paires

Les réponses obtenues au questionnaire nous permettent de pouvoir identifier certaines informations concernant la relation des participantes à leurs paires. L'une des questions en référence à ce thème était dans la section 4 du questionnaire, que nous avons volontairement inclus dans cette partie de notre analyse afin de regrouper nos résultats de façon plus cohérente.

Parmi les participantes, neuf d'entre elles ont mentionné dans leur réponse ne pas ressentir de sentiment de proximité particulier avec les autres femmes concernées par des troubles psychiques. Nous remarquons des points communs au niveau diagnostic : la plupart des femmes ayant nié ou nuancé ce sentiment de proximité ont reçu, pour celles l'ayant précisé, un diagnostic de schizophrénie ou autre trouble psychotique, à l'exception de deux d'entre elles. Parmi les réponses plus nuancées à ce sujet, les (ex)usagères évoquent que cette proximité dépend du « *parcours de vie de chacun* » (Alia) et de « *l'état de santé psychique* » (Rachel). L'une des participantes développe : « *Pas vraiment, je trouve chaque vécu singulier dans sa forme, mais je trouve aussi que côtoyer des femmes ayant des troubles psychiques crée d'emblée un lien.* » (Louane). Cependant, les dix-neuf participantes restantes ont mentionné un sentiment de proximité avec les autres femmes concernées. Nous retrouvons, dans plusieurs témoignages, un ressenti de similarité dans les vécus, notamment vis-à-vis des violences rencontrées ou dans le délai diagnostique. Le non-jugement et la compréhension semblent également faire partie des facteurs favorisant le sentiment de proximité : « *Cela me permet de davantage partager sans avoir à faire attention à ce que je dis, particulièrement quand je parle de mon intimité* » (Carole), « *On se comprend sans avoir à se justifier et l'entraide est donc plus facile, on se sent moins jugée* » (Ilona), « *Oui, en terme de compréhension de leurs ressentis* » (Olivia), « *Je me sens particulièrement touchée par le vécu des femmes* » (Thérèse).

ii. L'espace accordé à cette identité

Durant le questionnaire, les femmes concernées ont également été interrogées sur la place accordée à l'identité de femmes durant le parcours de rétablissement, plus particulièrement sur le sentiment ou le souhait d'avoir davantage l'espace de s'y intéresser durant l'accompagnement. Afin d'analyser ces données, nous avons eu recours à l'analyse plus détaillée des modalités de rédaction utilisées par les participantes, permettant de nuancer les

réponse. Concernant les réponses allant dans le sens d'une absence ou d'un manque de place concernant cette identité, correspondant à la moitié de l'effectif total, la majorité a une connotation neutre (« *Non* »), ou ont parfois été plus nuancées : « *Pas assez* » (Elisabeth), « *Pas particulièrement* » (Alia). Seule l'une des réponses était davantage exclamative « *AHAHAHAHAHAHA non* » (Justine). A l'inverse, les femmes ayant répondu avoir trouvé cet espace ont répondu de manière neutre (« *Oui* ») ou affirmative et argumentée : « *OUI* » (Elise), « *Evidemment... mon parcours de rétablissement me permet de m'intéresser à plein de choses autres que la maladie* » (Patricia), « *Oui ! lors de certaine séances individuelles de psychologie.* » (Louane).

iii. Intérêt pour le développement de dispositifs dédiés aux thématiques liées à celles mentionnées par les femmes

Afin d'analyser cet intérêt, nous avons là-aussi analysé les réponses des participantes à travers les ponctuations utilisées. La moitié des réponses manifestent un intérêt affirmé, par le biais d'arguments ou de réponses à tonalité exclamative : « *OUI !!!!* » (Elisabeth), « *Ça serait super !* » (Khadija), « *Oui. Ça serait un vrai avantage et un moyen d'aborder davantage de sujets intimes* » (Carole). Certaines réponses ont parfois été plus nuancées : « *Oui pour ce qui concerne la maternité, sinon pas forcément. C'est parfois très utile d'avoir des points de vue différents dans un groupe.* » (Clotilde).

2.2.2.2. Éléments proposés concernant l'inclusion des spécificités liées aux femmes dans l'accompagnement du rétablissement.

Lors de la passation du questionnaire, les participantes ont eu, comme les professionnels, l'occasion de proposer des éléments à inclure dans l'accompagnement du rétablissement. Sur les 28 réponses retenues, trois d'entre elles ne recommandent pas d'éléments à prendre en compte. L'analyse thématique des réponses restantes nous permet de retenir les suggestions suivantes, que nous détaillerons en les regroupant avec les dispositifs proposés par les professionnels :

i. La mise en place d'accompagnements à la maternité, la grossesse et la parentalité

Cet élément ayant également été mentionné par les professionnels, nous détaillerons les réponses des femmes concernées ci-dessous.

ii. Groupes dédiés à la santé sexuelle

Amené dans de nombreuses réponses et moins dans celles fournies par les professionnels, les (ex)usagères ont mentionné le souhait d'inclure davantage de dispositifs liés

à la vie affective et à la santé sexuelle. Nous retrouvons, par exemple, ces réponses : « *oui sur la santé sexuelle, maternité...* » (Natacha), « *Réhabilitation prenant en compte l'identité féminine, santé sexuelle (prévention), accès contraception et discussion sur la parentalité* » (Rachel).

iii. Groupes dédiés à l'affirmation de soi et à l'Empowerment en tant que femmes

Certaines propositions font également référence à des groupes dédiés à l'affirmation de soi des femmes, ou plus généralement à l'estime de soi. Ces dimensions s'apparentent à ce qu'ont pu identifier certaines professionnelles : « *Peut être des groupes en non mixité pour travailler la question de l'affirmation de soi en tant que femme, libérer la parole sur la spécificité du vécu des femmes avec la santé* » (Myriam), « *Esthétique pour les femmes qui en aurait envie (ce n'est pas futile, ni juste une histoire d'être jolie ça peut vraiment être une question de prendre le pouvoir, surtout quand la maladie nous a abîmé physiquement)* » (Patricia), « *Bien vieillir avec le trouble* » (Marthe). Des thématiques plus spécifiques ont parfois été mentionnées : « *Discriminations liées à la santé, aux TCA, grossophobie, perfectionnisme, image de soi, injonction lié au corps: dictat de la minceur et de la jeunesse, injonction à faire du sport, à la discipline de soi* » (Inès).

iv. Espaces d'échanges sur les violences rencontrées

Cet élément ayant également été mentionné par les professionnels, nous détaillerons les réponses des femmes concernées ci-dessous.

v. Prévention sur les maladies, les traitements et leurs effets secondaires chez les femmes

Les femmes interrogées ont, pour finir, relevé à plusieurs reprises le souhait d'être mieux informées sur les traitements, leurs effets secondaires y compris dans le cadre de la maternité et la prévention des comorbidités : « *Oui il faut plus les aborder. Maternité-traitements et leurs conséquences, santé et vie sexuelle, prévention des comorbidités* » (Alia), « *Connaître davantage les maladies* » (Elise), « *Oui. Thématiques : la sexualité, les effets secondaires des traitements...* » (Clotilde)

2.2.2.3. Les bénéfiques sur la santé mentale des femmes concernées

Les réponses recueillies auprès des femmes nous permettent de relever leur point de vue concernant l'effet de la prise en compte de notre sujet dans les accompagnements sur leur santé mentale. La majorité d'entre-elles ont précisé, de manière affirmative et/ou argumentée, qu'il y aurait un effet positif sur leur santé mentale : « *Oui. Parce qu'en parler va permettre de travailler davantage sur ces sujets* » (Carole), « *On gagne toutes à être vues, entendues, comprises* »

(Garance), « Oui, pour une prise en soin plus individualisée » (Rachel). Deux réponses ont toutefois mis en avant des avis nuancés : « Ne sais pas » (Louane), « ça dépend sous quel angle cela est abordé. si cela est pour réduire les femmes à des généralités ou des poncifs, cela risque de me décevoir » (Ilona).

2.3. Résultats supplémentaires obtenus auprès des professionnels

2.3.1. Tableau thématique : Données recueillies auprès des professionnels - la prise en compte des spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale

TABLEAU N°9

Données recueillies auprès professionnels - la prise en compte des spécificités liées aux femmes durant le parcours de réhabilitation psychosociale

THEME 6 (2.3.2.1)	SOUS-THEMES
DISPOSITIFS EXISTANTS AU SEIN DES CENTRES DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE	Absence de dispositifs
	Ateliers sexualité et identité (mixtes)
	Ateliers parentalité (mixtes)
	Ateliers identité de genre et transitions de genre (non mixtes)
	Ateliers préservation du pouvoir d’agir en contexte d’influence (non mixtes)
	Ateliers restauration de l’image de soi dans le cadre de la réinsertion (mixtes)
THEME 7 (2.3.2.2)	SOUS-THEMES
DISPOSITIFS EXISTANTS HORS DES CENTRES DE RÉHABILITATION PSYCHOSOCIALE	Accompagnements en collaboration avec les centres de périnatalité
	Ateliers revalorisation de soi
	Associations dédiées aux femmes
THEME 8 (2.3.2.3)	SOUS-THEMES
DISPOSITIFS POUVANT ÊTRE ENVISAGÉS AFIN DE PRENDRE EN COMPTE LES SPECIFITEES LIÉES AUX FEMMES	Prévention et sensibilisation
	Groupe de travail autour des violences sexuelles et psychotraumatismes
	Groupes dédiés aux besoins spécifiques des usagères ou des usagers
	Grossesse et parentalité
	Renforcement des liens entre associations et centres de réhabilitation psychosociale
THEME 9 (2.3.2.4)	SOUS-THEMES
SPECIFITES LIÉES AUX FEMMES ET ACCOMPAGNEMENT PSYCHOLOGIQUE	Dimensions sociologique et anthropologique
	Ressources
	Schémas de pensées
	Ecoute et repérage du psychologue

2.3.2. Développement des thèmes

2.3.2.1. Les dispositifs existants au sein des centres de réhabilitation psychosociale

Afin de penser la prise en compte du genre dans les pratiques, les professionnels ont évoqué, lors de nos entretiens, les dispositifs existants à leur connaissance et faisant écho aux spécificités abordées. Cela nous permet, dans nos résultats, d'établir un état des lieux des dispositifs mentionnés. De manière générale, les dispositifs évoqués par les professionnels ne sont pas généralisés dans tous les centres de réhabilitation et n'ont jamais été mis en place de façon régulière et systématique. Il s'agit donc de dispositifs dont les professionnels avaient entendu parlé ou connu dans une période précise ou au sein d'un centre précis.

i. Absence de dispositifs

Comme évoqué, la majorité des participants ont mentionné l'absence d'une prise en compte du genre dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale. Par conséquent, la plupart ont d'abord répondu qu'il n'existait pas de dispositif traitant directement des spécificités liées aux femmes mentionnées en entretien. Sarah explique cette absence notamment par un manque d'écoute des besoins propres aux femmes : *« Nous, dans le nôtre, non. Clairement, non. Là, on voudrait mettre en place un truc sur la sexualité et les relations amoureuses. Mais, en plus, clairement, et suite à des... Voilà, des besoins identifiés dans notre centre et qui concernent clairement plus des hommes, on fait part de préoccupations sur la sexualité, les relations amoureuses. D'ailleurs, je suis en train de me dire que les femmes l'expriment moins. Alors, je pense que ça doit aussi en faire partie, mais par exemple, on interroge... Moi, j'interroge quand même plus facilement les hommes [...] C'est que du coup, comme on interroge plus les hommes, forcément, on fait plus remonter leurs besoins. Et donc, les groupes qui se montent, ils ont été plutôt là-dessus. Donc, dans notre centre de réhab, non. »*. Toutefois, à l'exception de Rebecca, Marc et Nathalie, les professionnels ont mentionné l'existence de dispositifs leur faisant penser au contenu de notre échange et s'appliquant au genre en général.

ii. Ateliers sexualité et identité

Les ateliers traitant de la sexualité, de la santé sexuelle ou de l'identité ont été mentionnés plusieurs fois par les participants. Cependant, ce type d'ateliers n'est pas toujours régulier, et a souvent été évoqué comme ayant eu lieu ou ayant lieu dans un service précis, de façon non généralisée à tous les centres et services de réhabilitation.

iii. Ateliers parentalité

L'existence d'ateliers sur l'accompagnement à la parentalité, comme pour les ateliers sur la sexualité, semble faire partie de sujets parfois évoqués au sein des services mais de façon non permanente : « *il y a les ateliers parentalité – désir d'enfant, où on s'attend à ce qu'il y ait une majorité de femmes, qui sont parfois mis en place* » (Isabelle).

iv. Ateliers identité de genre et transitions de genre

De plus, des ateliers liés à la transidentité sont mis en place et ont été évoqués par Julie et Pierre : « *il y a des choses qui se développent au niveau du genre mais là c'est plus des questions au niveau de l'identité de genre du coup et de transitions, de... mais ça c'est un peu nouveau et ça se développe pas mal* » (Pierre).

v. Ateliers préservation du pouvoir d'agir en contexte d'influence et restauration de l'image de soi dans le cadre de la réinsertion

Ayant connaissance de nombreux dispositifs par le biais de son poste en recherche, Isabelle a mentionné les ateliers suivants, non évoqués par les autres professionnels : « *on a rencontré il y a pas longtemps un groupe de [Nom de ville] qui travaillait sur la santé sexuelle et qui propose des ateliers où il est beaucoup question du consentement, des violences faites aux femmes, des manières de préserver son pouvoir d'agir en contexte d'influence, etc... il y a effectivement maintenant beaucoup de littérature sur la prévalence des violences faites aux femmes dès lors que les femmes présentent des troubles psychiques sévères. Euh... déjà que voilà c'est des chiffres impressionnants mais qui touchent en particulier ces personnes-là [...] et je sais plus comment il s'appelle mais c'était un atelier qui visait à restaurer une image de soi éventuellement dans le cadre de la réinsertion, ou en tout-cas réapprendre à être coquette, à la réassurance au niveau de la prestance physique etc., qui ont pu être mise en place* » (Isabelle).

2.3.2.2. Les dispositifs existants hors des centres de réhabilitation psychosociale

i. Accompagnements en collaboration avec les centres de périnatalité

Si les dispositifs évoqués ne sont pas spécifiques aux femmes, plusieurs participants ont mentionné la collaboration des services de réhabilitation avec des centres de périnatalité afin d'accompagner les usagères qui en ont besoin : « *par contre, on a travaillé pour plusieurs situations de femmes qu'on accompagnait autour de la maternité. On a travaillé de façon étroite avec les équipes de périnatalité, puis après, d'accompagnement post-accouchement, voilà, une fois où il y a eu besoin* » (Sarah).

ii. Ateliers « revalorisation de soi »

Nathalie évoque également l'existence de dispositifs non-mixtes centrés sur la revalorisation de soi pour les femmes en contexte d'insertion professionnelle : « *Euh non, c'était pôle emploi, et je sais plus quelle structure municipale, qui portait ça et qui faisaient des ateliers pour les femmes, que pour les femmes, ça durait une semaine, et tous les jours il y avait un intervenant extérieur qui venait faire du théâtre, qui venait faire de la colorimétrie, qui venait faire une séance de coiffure, la colorimétrie c'était pour apprendre à s'habiller en fonction de sa morphologie... ça s'appelait revalorisation de soi pour la femme, et du coup il y avait atelier d'éloquence... tout était basé pour reprendre confiance en soi pour un jour retourner vers le travail... donc c'est une part de la réhab qui était faite par une structure qui n'était pas réhab. Mais c'était super intéressant et ça pourrait complètement être instauré ici* ».

iii. Associations dédiées aux femmes

Par ailleurs, l'existence d'associations dédiées aux femmes a été relevée par Pierre : « *j'ai pas en tête de choses spécifiques pour les femmes alors que dans des choses qui accompagnent un peu le rétablissement mais qui sont pas liées à la santé j'ai l'impression qu'on voit par contre se monter des collectifs aussi de femmes en lien avec des questions de santé mentale où là il y a le besoin qu'il y ait des groupes qui vont regrouper uniquement des femmes.* ».

2.3.2.3. Les dispositifs envisagés par les professionnels afin de prendre en compte les spécificités liées aux femmes dans les centres de réhabilitation psychosociale

En s'appuyant sur les éléments évoqués durant l'entretien, les professionnels étaient invités à proposer, si ils en voyaient la pertinence, la façon dont notre sujet pouvait être mieux inclus dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale.

i. Prévention et sensibilisation

Des actions de prévention et de sensibilisation sur les spécificités liées aux femmes ont été proposées, d'une part « *auprès de la population générale* » (Vincent), afin d'améliorer l'accès au soin. Ces actions ont également été proposées sous l'angle de la formation des professionnels accompagnant des usagers ou des usagers directement. Cela permettrait, selon les participants, d'encourager le repérage et de la prise en compte de ces spécificités dans l'accompagnement. Pierre développe également : « *je vois dans les groupes sur l'auto-stigmatisation l'importance de pouvoir se dire « bah oui ça existe en fait cette stigmatisation c'est pas juste moi qui me fait des films, ça peut avoir des impacts et quels sont les impacts, et je peux moi-même me mettre en tête des idées liées à une de mes facettes d'identité et peut être que y'en a ça serait intéressant que je les remette en question, et ça peut m'aider dans mon estime de moi et dans mes besoins* »... du coup ouais ça c'est un

outil intéressant sur ce côté de en tant que femme, qu'est-ce que je peux vivre quoi. ». Pour Isabelle, cela signifie aussi *« insister que le fait qu'il faut pas attendre que les symptômes soient sévères pour demander de l'aide, et sur le fait que au moment de la prise en soin, forcément à un moment il faudra prendre en compte les autres aspects, cardio, gynéco, ... etc. et de façon peut être encore plus présente que pour un homme. »*

ii. Groupe de travail autour des violences sexuelles et psychotraumatismes

Des groupes de travail autour de l'impact et du vécu des violences sexuelles ont été proposés en résonance à la surreprésentation des femmes victimes de violences et concernées par un trouble psychique : *« il y a une personne que j'accompagne qui a rejoint un groupe d'échange sur cette thématique là et du coup pour elle ça lui apporte vraiment des choses... »* (Pierre). Cela semble d'autant plus important que, selon Rebecca, *« les violences sexistes et sexuelles ont du mal à être abordées par les soignants, on a du mal à en faire un sujet en tant que tel »*. Là-aussi en écho aux propositions des professionnels, les participantes ont fréquemment mentionné le souhait d'évoquer davantage les discriminations rencontrées en tant que femme, mais aussi les violences et la stigmatisation qui y sont liées : *« Peut être avoir un espace pour parler des traumas causés par les abus et le harcèlement sexiste pour se sentir un peu moins seule face à ces violences »* (Natacha), *« Oui, thématique des VSS car pas de praticiens formés »* (Brigitte), ou encore *« Oui. La stigmatisation liée au fait d'être une femme, le sexisme et l'angoisse liée à ça, les discriminations »* (Carole)

iii. Accompagnement sur la grossesse et la parentalité

Suite aux spécificités mentionnées propres à la grossesse, à la parentalité et à la charge mentale, différents participants ont mentionné la pertinence de dispositifs permettant de penser davantage la question de la parentalité et de la gestion des tâches. Concernant les réponses des femmes concernées, les thématiques de parentalité et de maternité sont les plus fréquemment mentionnées, ce qui fait écho au tabou identifié par les professionnels à ce sujet. Nous pouvons prendre pour appui les réponses suivantes : *« Thématiques liées à la maternité, clairement car c'est un sujet qui me fait peur car assez inconnu. »* (Amandine), *« Oui, les thématiques liées à la maternité, pour toutes les jeunes femmes concernées. »* (Louane). Par ailleurs, concernant la prévention de l'impact de la charge mentale, Coline préconise l'accompagnement des couples : *« Ou alors, vraiment, ce qui serait chouette, c'est d'avoir les deux partenaires et de proposer des séances sur la vie en couple avec les deux partenaires en même temps [...] sur la charge mentale, sur la vie au quotidien, vie affective, vie sexuelle ».*

iv. Renforcement des liens entre associations et centres de réhabilitation psychosociale

Enfin, comme le précise Pierre, la prise en compte des besoins spécifiques aux femmes pourrait passer par le renforcement des liens entre services de réhabilitation et associations : *« la question qui me vient peut-être c'est en tout cas peut être pas [...] se couper de toutes les démarches autres, associatives ou portées par d'autres choses qui peuvent complètement s'intégrer dans la réhab. En tout cas il y aurait des choses à mettre en place avec des acteurs extérieurs plutôt que de vouloir les développer en partant du monde sanitaire, parce que y'a.. je pense que y'a déjà plein de choses, ou beaucoup de propositions qui ont déjà été travaillées par d'autres acteurs »*

v. Groupes dédiés aux besoins spécifiques des usagères

Toutefois, le moyen d'action le plus efficace selon la majorité des professionnels serait de créer des espaces de parole propres à cette question afin de permettre aux usagères d'identifier directement leurs besoins : *« je partirais par demander, interroger, faire une enquête auprès des usagères de notre centre pour savoir finalement quels seraient finalement les besoins qu'elles ont [...] Comme un groupe de pair-aidance mais où il n'y a que des femmes, par exemple, qui permettrait peut-être de partager des préoccupations qu'elles ont en lien avec les troubles psychiques et avec leur vie en général, de femmes, de jeunes femmes, de femmes vivant avec un trouble psychique [...] avec ce côté genre parce que des fois on se sent mieux compris, c'est ce qu'on vit dans la vie de tous les jours, des fois il y a des préoccupations qu'on a qui sont comprises que par d'autres femmes, donc je me dis que ça doit être pareil sur certaines thématiques en lien avec le trouble psychique. Donc ça, ça pourrait être pertinent, et de là, il y a peut-être aussi vraiment des mobilisations précises qui pourraient se faire quoi. »* (Sarah). Toutefois, ces groupes ont été proposés en mixité et en non mixité. Des groupes mixtes permettraient, selon ceux les ayant proposés, de mettre en commun les vécus des usagers, de ne pas créer de biais de participation et de permettre un échange entre les usagers. Par ailleurs, des groupes non-mixtes permettraient, comme l'évoque Nathalie, de traiter aussi la thématique du travail au féminin, et plus largement sur les problématiques d'estime de soi : *« ça me semble important [...] donc s'adapter aussi aux employeurs et aux spécificités de l'emploi féminin... mais voilà, je pense qu'il y a quelque chose à créer dans cet ordre-là avec la job coach... il y a quelque chose de cet ordre d'un atelier intensif sur l'image de soi, sur la revalorisation de soi, sur la confiance en soi »*, ou encore, comme l'évoque Léa, de travailler les spécificités liées à l'affirmation de soi, au sentiment de légitimité et à l'empowerment, comme l'ont mentionné les (ex)usagères.

2.3.2.4. La prise en compte des spécificités liées aux femmes dans les suivis psychologiques accompagnant le rétablissement

Par ailleurs, nos entretiens avec des psychologues spécialisés en thérapie cognitive et comportementale, travaillant au sein de centres de réhabilitation psychosociale, nous ont permis de recueillir des pistes afin de prendre en compte les spécificités liées aux femmes dans le cadre des suivis psychologiques accompagnant le rétablissement.

i. Dimension sociologique et anthropologique

D'une part, Nathalie insiste sur l'importance des dimensions sociologiques et anthropologiques pour penser cette prise en compte dans la pratique : *« C'est des questions qui sont hyper intéressantes, qui sont au carrefour de plein de disciplines et qui ont une incidence sur la psychologie humaine et la psychologie féminine.[...] c'est des choses qui ouvrent en fait parce que ça nous décentre d'un point de vue. Et du coup en TCC on parle aussi de décentration, de prendre du recul par rapport à une situation, quand on fait de la restructuration cognitive c'est un peu ce qu'on fait où on va se dire « si untel pensait ça ? il penserait quoi dans telle situation ? »... bah en fait l'anthropologie elle nous pousse à ne plus être ethnocentré, à ne plus avoir nos propres représentations sur ce qu'on a appris... les TCC te diraient que c'est conditionné, c'est appris, mais voilà ça revient à ce que l'anthropologie fait aussi, donc c'est intéressant. »*

ii. Ressources

D'autre part, dans un registre plus clinique, considérer la question des spécificités liées au genre permettrait aussi de penser les ressources des individus selon leur genre, et donc de penser comment, en tant que psychologue, nous pouvons nous y référer ou les soutenir : *« on peut se demander si y'a des ressources différentes ou en tout cas est-ce qu'elles sont données au même moment ou pas aux hommes et aux femmes, et du coup est-ce qu'il y a un manque de ressources pendant un temps répété qui fait qu'on va arriver à des troubles anxieux ou dépressifs chez les femmes » (Pierre).*

iii. Schémas

Comme l'ont évoqué les deux psychologues interrogés, la question des spécificités liées aux femmes peut être abordée à travers l'écoute des schémas de pensée plus fréquents chez ce public, liés au vécu : *« Et il y aussi [...] peut être plus de vécus à valider aussi, parce qu'ils ont été invalidés peut être plus souvent ou pas écoutés, et aussi pouvoir pareil dans les approches où on travaille les schémas de pensée, reconnaître que la réaction face à tel moment elle a pas du tout été ok. En tout cas ce sont des choses que je vois dans mes accompagnements, de pouvoir remettre le fait que non, votre vécu à vous il était légitime et par contre la réponse elle a été complètement dysfonctionnelle et que du fait de cette réponse c'est normal aussi que ça vous ai maintenue en difficulté ou que ça vous ai construit*

des croyances fausses sur vous-même. Et ça encore une fois c'est très présent dans les questions de trauma et d'agressions sexuelles... mais, ouais, il y a toute une importance particulière au fait de reconnaître qu'une situation vécue n'est pas du tout ok, même si l'extérieur vous a fait penser ou renvoyer que c'était ok » (Pierre). Nathalie relève, de son côté, l'utilité de la thérapie des schémas afin de travailler les schémas d'assujettissement et d'abnégation souvent identifiés chez les usagers. Par ailleurs, elle souligne pertinent de sonder les cognitions, afin de se questionner sur les représentations mentales pouvant être impactées par le genre.

iv. Ecoute et repérage du psychologue

Plus généralement, comme l'évoque Pierre, ces différents aspects nécessitent, pour le psychologue, de se questionner sur le vécu des personnes accompagnées : *« prendre ça en compte ça revient quand même beaucoup à comment les difficultés qu'on vit sont écoutées, repérées [...] ça me ramène beaucoup à ces trucs de qu'est-ce qui est diagnostiqué ou pas, qu'est-ce qui est entendu ou pas ».*

2.3.3. Limites et avantages perçus par les professionnels

Afin de conclure sur les résultats obtenus auprès de notre premier échantillon, nous pouvons citer les avantages et limites communiqués par les professionnels concernant la prise en compte des spécificités liées aux femmes. Les avantages mentionnés sont les suivants : améliorer la personnalisation de l'offre dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale, mieux répondre aux besoins de soin et aux besoins individuels, préserver le pouvoir d'agir et l'écoute des femmes, ainsi que conscientiser les biais d'attribution internes et externes impactant les pratiques. Vis-à-vis de ce dernier point, Nathalie illustre : *« d'ailleurs c'est très marrant, dans un groupe de remédiation cognitive connu en réhab, on utilise une méthode où des personnages fictifs viennent incarner les 3 biais d'attribution (externe, interne et situationnel) mais de manière très genrée. Donc même dans des trucs comme ça, qui datent d'il y a moins de 10ans, c'est présent ».* A contrario, les limites évoquées font souvent référence à la nécessité d'établir des priorités pour améliorer le déploiement de la réhabilitation psychosociale en psychiatrie. La meilleure prise en compte des spécificités liées aux femmes n'en étant pas une, ce sujet fait donc face à des obstacles qui l'empêchent d'être pleinement considéré dans les pratiques aujourd'hui. Les autres limites mentionnées incluent le risque de cloisonner les usagers selon leur genre, ce qui pourrait entraîner une rupture avec une partie de la population qui ne se reconnaît pas dans cette démarche.

Suite à la présentation des résultats obtenus et détaillés jusqu'ici, nous consacrerons la prochaine et dernière partie de notre recherche à la synthèse de ces résultats, leur interprétation et leur discussion ; en tenant compte de la littérature et des réflexions que nous pouvons apporter à l'issue de cette recherche.

III. DISCUSSION : INTERPRETATION ET CONFRONTATION A LA LITTERATURE

1. Rappel des objectifs de la recherche

Précédemment, nous avons défini la finalité de notre recherche, étant celle de mieux saisir la façon d’appréhender les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique dans le cadre des accompagnements de réhabilitation psychosociale. Pour rappel, notre premier objectif était d’identifier ces spécificités à travers le regard de plusieurs professionnels et femmes concernées. Le second objectif était celui d’investiguer la prise en compte de ces spécificités dans les accompagnements de réhabilitation psychosociale.

2. Synthèse et discussion des résultats

2.1. Objectif 1

2.1.1. Synthèse des résultats

L’ensemble de nos résultats nous permettent d’identifier différentes spécificités liées au vécu des femmes concernées par des troubles psychiques, qui semblent impacter le processus de rétablissement.

2.1.1.1. Des facteurs de vulnérabilité sociale

Cette population est soumise à des *facteurs de vulnérabilité sociale* particuliers. Au-delà des difficultés d’accès au soin chez les femmes, mentionnées par la grande majorité des participants, la charge mentale et familiale qui leur est attribuée impacte la considération et l’écoute de leur souffrance, et, de ce fait, leur santé. La charge mentale inculque également aux femmes d’être plus autonomes ; et cela engendre des difficultés, notamment lorsqu’il est plus difficile de l’assurer dans le cadre d’un trouble psychique, sévère ou non. Le regard des autres, source de jugement, semble ainsi être une problématique très présente chez cette population. De même, nos résultats indiquent des injonctions sociales, des préjugés et des mécanismes de stigmatisation propres aux femmes, entraînant de nombreux tabous dans le cadre d’un trouble psychique : la maternité et la parentalité représentent par exemple un sujet tabou majeur, tout comme les comportements addictifs des femmes, comorbides à certains troubles. De surcroît, cette population évolue dans des conditions majoritairement plus précaires que les hommes, y compris ceux concernés par des troubles psychiques. Cela s’explique notamment par leur

surreprésentation dans les métiers du soin et de l'aide, reflétant ainsi les normes dans lesquelles nous sommes éduqués.

2.1.1.2. Des facteurs de vulnérabilité psychologique

Ces éléments semblent interconnectés à des *facteurs de vulnérabilité psychologique*. Les résultats soulignent l'importance de reconnaître la vulnérabilité de notre population aux violences sexistes et sexuelles, mais aussi intrafamiliales. Celles-ci constituent une source propice au développement des troubles psychiques et d'un état de stress post-traumatique ; elles peuvent aussi être une source de retraumatisations et de rechute impactant le processus de rétablissement.

Les résultats mentionnent également la forte présence de comorbidités susceptibles d'être accentuées chez les femmes : l'anxiété, la dépression et la dysrégulation émotionnelle notamment.

Le vécu des femmes concernées semble aussi renforcer certains biais cognitifs, engendrant une auto-stigmatisation plus importante, mais aussi un manque de confiance en soi, et une faible estime de soi. Cela semble poser des enjeux relationnels, notamment en terme d'affirmation de soi dans des situations de la vie quotidienne, et rend plus difficile l'accès au pouvoir d'agir.

En nous référant à la thérapie des schémas introduite par Young (1990)⁴⁵, nos résultats émettent l'hypothèse d'une surreprésentation des femmes ayant internalisé des schémas d'assujettissement et d'abnégation, renforçant ainsi leur vulnérabilité psychologique. Le premier schéma peut se définir par une tendance à sacrifier ses propres besoins pour ceux des autres afin de répondre à leurs attentes. Celui d'abnégation relève également d'une tendance à se sacrifier pour les autres, au détriment de sa santé mentale et résultant d'une dévalorisation de soi ou d'un épuisement émotionnel (Outils psy, 2024).

⁴⁵ Young définit les schémas comme des modèles de pensées, de comportements ou des attitudes verbales et non verbales inconsciemment intériorisés et reproduits, selon les situations de vie rencontrées (Dorval, 2021). Au total, 18 schémas ont été théorisés et la thérapie des schémas est l'une des approches incluse dans la 3^{ème} vague des TCC.

2.1.1.3. Conséquences sur l'accompagnement

Les faits cités ont, au vu de nos résultats, des *conséquences sur l'accompagnement* des femmes. D'une part, la prise de conscience est progressive concernant les différentes manifestations des symptômes selon le genre, mais ne semble pas encore généralisée. La méconnaissance des troubles psychiques sévères chez les femmes a été mentionnée à plusieurs reprises par les participants, notamment car ce public semble davantage concerné par des comorbidités, cachant parfois un autre trouble. Ces éléments nécessitent donc une écoute particulière à développer concernant les symptômes communiqués par les femmes et témoignant de leur souffrance, moins externalisée. Les études scientifiques étant anciennement basées sur le modèle masculin, le métabolisme des femmes peine encore à être pleinement connu des soignants, ce que plusieurs professionnels ont mentionné. La compréhension de l'impact du syndrome pré-menstruel sur la santé mentale ou les effets secondaires des contraceptions, par exemple, sont encore à intégrer dans les pratiques. Cela peut entraîner plus facilement une mauvaise adaptation des traitements.

2.1.1.4. Spécificités favorisant le rétablissement et l'accompagnement des femmes

Des *spécificités favorisant le rétablissement et l'accompagnement des femmes* ont aussi été mentionnées et nous permettent de nuancer les éléments présentés. Notamment par le biais des normes transmises dans l'éducation et par la société, les femmes ont davantage de ressources internes en terme de connexion à leur émotions que les hommes, ce qui favorise leur accompagnement, notamment psychologique. Il semble également que les femmes aient une meilleure autonomie, bien que celle-ci soit impactée par la multiplicité de leurs tâches quotidiennes. De plus, leurs symptômes étant moins externalisés, les femmes se retrouvent moins souvent que les hommes confrontées à des problématiques d'ordre judiciaires, risquant d'entraver l'inclusion sociale.

Finalement, nos résultats mettent en évidence la nécessité de penser à la fois l'impact du trouble psychique sur le vécu, mais aussi du genre, si l'on veut pleinement considérer le vécu d'une femme concernée par un trouble psychique. Nos résultats suggèrent ainsi que les dimensions impactées par le trouble psychique s'avèrent parfois renforcées par les spécificités liées au genre. Par ailleurs, malgré la pluralité des diagnostics des participantes, nos résultats ne permettent pas de mettre en évidence des divergences notables sur lesquelles nous pouvons nous avancer. Nous pouvons envisager que ces spécificités sont à penser pour tout type de

trouble psychique, mais aussi nous demander si, malgré leur base commune, certains facteurs ne varieraient pas toutefois en intensité selon les troubles ou les âges, les problématiques n'étant pas les mêmes aux différents stades de la vie.

2.1.2. Discussion et confrontation à la littérature

2.1.2.1. Des constats similaires

Cette synthèse des résultats nous permet de constater que, de manière générale, les éléments mentionnés par les participants valident ceux évoqués dans notre revue de littérature. Nous retrouvons à travers plusieurs témoignages l'impact du statut social sur le vécu des femmes perçu comme susceptible d'entraver le rétablissement. Ainsi, nous pouvons relier les faits cités avec ceux identifiés par l'OMS (WHO, 2000), mais aussi par Douki Dedieu (Douki Dedieu, 2011). Malgré l'ancienneté de ces études, les facteurs de risque propres aux femmes face à une mauvaise santé mentale qu'elles mentionnent semblent toujours d'actualité. Si cela n'était pas encore suffisamment pris en compte à l'époque, nous identifions aujourd'hui l'utilité des recherches plus récentes sur les pratiques et sur la conscience, même vague, que les participants ont de la méconnaissance concernant certaines particularités liées aux femmes. Quelques personnes ont d'ailleurs mentionné des études ou articles auxquels nous nous sommes intéressés dans notre revue, notamment sur la schizophrénie (Schandrin et al., 2023) et l'autisme au féminin (Royneau, 2023). Cela peut signifier que ces travaux sont encore rares et restent les bienvenus dans le secteur médical, car professionnels comme usagers s'y intéressent. Nos participants ont aussi, à différentes reprises, fait référence à l'impact de l'histoire des femmes en psychiatrie, notamment de l'hystérie (Delcourt, 2021). Cet héritage semble encore présent aujourd'hui, surtout à travers le stigma de l'hystérie envers les femmes, comme l'évoque le documentaire de Chanu, que nous avons mentionné (Chanu, 2023).

En revanche, malgré ce qu'elle démontre, la similarité entre les données de la littérature et nos résultats peut être discutée. Nous pouvons, en effet, nous questionner sur la cohérence de nos résultats et plus particulièrement sur notre méthodologie de recherche. Nos outils, bien que se voulant semi-directifs et donc encourageant la libre parole des participants, ont possiblement instauré plusieurs biais. D'une part, la construction de notre guide d'entretien est susceptible d'avoir incité les professionnels à aborder des problématiques allant dans le sens de notre revue

de littérature, car certaines de nos questions se basaient sur ces données⁴⁶. D'autre part, comme dans de nombreuses recherches, un biais de désirabilité sociale (Edwards, 1957) est à envisager. Les réponses de nos participants ont, de fait, pu être modifiées par le souhait de se conformer aux normes sociales actuelles et à notre recherche, plutôt que d'exprimer entièrement leurs opinions. De plus, le recrutement de nos participants a pu créer un biais provoquant cette similarité : la participation des professionnels et des (ex)usagers dépendait de leur intérêt pour notre recherche ; ils étaient donc plus susceptibles d'être sensibilisés et informés sur ce type de sujet. Nous retenons parmi les réponses des participantes, cinq d'entre-elles ne manifestent pas un intérêt particulier pour notre recherche (réponses vagues, peu détaillées). A plus grande échelle et avec une recherche moins basée sur la subjectivité des participants, les résultats auraient donc peut-être mis en évidence plus de nuances.

2.1.2.2. Les spécificités liées aux femmes dans le processus de rétablissement

Afin de compléter nos résultats, nous pouvons mettre en lien les spécificités mentionnées avec les différents types de rétablissement. En reprenant les définitions de Franck (Franck, 2020), nous identifions, dans les particularités mentionnées, des aspects de chaque type de rétablissement.

La méconnaissance des comorbidités associée aux troubles psychiques sévères pourrait être à l'origine d'un rétablissement clinique moins satisfait chez les femmes, en raison d'une souffrance moins entendue et comprise par les soignants. Afin de mieux écouter le corps et la santé mentale des femmes, il semble nécessaire de soutenir le développement de collectifs visant à former et prévenir sur les particularités féminines, comme nous l'avons évoqué (Soubelet, 2024).

Le rétablissement fonctionnel, nécessitant l'appropriation de ses capacités et de ses limites, la reconnaissance de ses troubles et visant l'autonomie des personnes, peut là-aussi être impacté. Nos résultats montrent des constats similaires à l'étude de Dubreucq et al. (Dubreucq et al., 2021). Cette étude, démontre la corrélation négative entre la qualité de vie, la multiplicité des rôles sociaux et l'auto-stigmatisation impactant le rétablissement fonctionnel des femmes ayant un trouble du spectre de la schizophrénie. Ces faits se retrouvent dans notre questionnaire chez des femmes ayant reçu d'autres diagnostics (bipolarité, TSA, dépression sévère) : toutes ont évoqué le sentiment de solitude, de discrimination, et d'une charge mentale particulière. La

⁴⁶ Voir Annexe G

multiplicité des rôles sociaux s'identifie d'ailleurs dans les données actuelles de REHABase⁴⁷ : 25% des usagères sont mères et 27% sont en couple, à la différence des hommes, n'étant parent et/ou en couple que dans 12% des cas (Réhabase, 2024).

Le rétablissement personnel, dépendant aussi de la qualité de vie et d'un rapport positif à soi, incluant l'estime de soi et la confiance en soi, paraît inévitablement impacté par les spécificités mentionnées. Si les femmes sont sujettes, comme l'illustre notre étude, à différents facteurs de risques concernant leur santé mentale et tendent à avoir une moins bonne estime de soi, la satisfaction du rétablissement personnel pourrait être plus difficile à atteindre. Par exemple, l'auto-stigmatisation liée à la parentalité, très évoquée par nos participants, constitue un frein pour les femmes concernées souhaitant s'épanouir dans un projet de parentalité.

Enfin, le rétablissement social, impliquant la qualité des relations sociales, l'accès au logement, à l'emploi et aux loisirs peut être impacté par la crainte du regard de l'autre, plus marquée chez les femmes. Leur plus grande précarité et leur surreprésentation dans les métiers du soin sont aussi susceptibles d'impacter le niveau de vie et, par conséquent, l'environnement social, tout comme la charge mentale peut aussi diminuer l'accès aux loisirs.

En résumé, nous pouvons émettre l'hypothèse que le rétablissement ne sera pas forcément le même pour une femme que pour un homme, en raison de certaines particularités accentuées ou spécifiques aux femmes. Ce parcours est marqué de spécificités, dès l'accès au soin et la reconnaissance des symptômes. Plus tard, le suivi est susceptible d'être impacté par la méconnaissance de certaines de ces spécificités ou par des tabous créant des biais dans l'accompagnement. Durant leur parcours, les femmes sont plus susceptibles d'être confrontées à des éléments stressants ou à des violences, constituant des risques de développement d'état de stress post-traumatique, ainsi que des conduites d'évitement, d'assujettissement et d'isolement. De plus, leur plus grande précarité et la pluralité des rôles sociaux qui leurs sont demandés représentent des défis pour le rétablissement. Finalement, les ressources mobilisées durant les accompagnements de réhabilitation psychosociale, comme l'empowerment, l'affirmation de soi peuvent être plus difficilement accessibles pour les femmes. Cependant, au vu des réponses obtenues, toutes les femmes ne semblent pas impactées de la même façon ; et cela pourrait s'expliquer car ces facteurs dépendent, au-delà de la condition sociale et du genre, de la qualité de l'environnement et des ressources de chacun.

⁴⁷ Plateforme de recensement des données en réhabilitation psychosociale définie précédemment

2.2. Objectif 2

2.2.1. Synthèse des résultats

Après avoir investigué la place accordée à ces spécificités, nous pouvons là-aussi synthétiser les résultats obtenus sur ce sujet.

2.2.1.1. La place légitime d'une prise en compte du genre en réhabilitation psychosociale

Nous comprenons, d'une part, que penser ces spécificités dans le secteur de la réhabilitation n'a pas encore été concrètement abordé, alors que ce sujet y a pourtant déjà une place implicite. En effet, le genre fait partie intégrante de la place sociale et de l'individualité des personnes, et cette individualité est déjà au cœur de l'accompagnement des usagers, sans que l'impact de leur genre sur leur rétablissement ne soit pris en compte. Nous pouvons également constater que parmi les professionnels interrogés, la majorité étaient ouverts à cette question même si ils ne la prenaient pas spécifiquement en compte dans leurs pratiques, ce qui manifeste une posture d'ouverture induite par la philosophie de la réhabilitation psychosociale. De même, les (ex)usagères ont, pour la moitié, mentionné avoir l'opportunité de s'intéresser davantage à leur identité de femme depuis leur entrée en centre de réhabilitation psychosociale. Une autre partie, en revanche, a mentionné ne pas y avoir accès. Cependant, les résultats suggèrent également que la prédominance d'hommes dans les centres affecte l'écoute des besoins spécifiques des femmes et la présence d'ateliers sur leurs problématiques, de l'ordre de la vie intime et affective. Les femmes concernées manifestent d'ailleurs, de manière générale, un intérêt pour une meilleure prise en compte de certaines spécificités dans leur accompagnement, estiment que cela aurait un impact positif sur leur santé mentale.

2.2.1.2. Mieux inclure ces spécificités : une réflexion à poursuivre

Cependant, l'inclusion de ces spécificités dans les accompagnements au rétablissement est à réfléchir pour être bien amenée : il ne s'agit pas de s'intéresser spécifiquement à un seul genre, ni d'exclure les spécificités liées aux autres genres, ou encore de cloisonner et empêcher le dialogue entre les usagers, étant d'ailleurs très important d'un point de vue relationnel. Notre recherche met en avant que, sans pour autant enfermer les femmes concernées dans un seul et même vécu, nous pourrions davantage penser certains besoins fréquemment rencontrés au sein de cette population. Il s'agit donc finalement, de créer un espace de réflexion supplémentaire afin d'accorder un espace d'écoute et d'améliorer les pratiques. A ce sujet, les participants à notre étude ont eu l'opportunité de mettre en avant plusieurs idées concernant cette prise en compte. Elle pourrait, d'une part, prendre la forme d'une sensibilisation à ces thématiques

auprès des professionnels afin d'améliorer les pratiques. D'autre part, cela pourrait prendre la forme de groupes de parole dédiés à ces sujets, afin qu'ils soient écoutés et partagés, et permettraient de faire directement remonter les besoins des personnes concernées. Nous pouvons aussi nous demander si, au vu du développement croissant des associations et groupes d'entraide dédiés aux femmes, l'intégration de ces spécificités dans le secteur de la réhabilitation ne pourrait pas, en accord avec le modèle bio-psycho-social qu'elle propose, renforcer l'accès des femmes concernées à ces dispositifs. De plus, dès l'évaluation des besoins et difficultés des usagers(ères), il serait intéressant de pouvoir mentionner certains éléments tels que souhait d'avoir un enfant, le syndrome pré-menstruel et son impact sur la santé mentale, les effets secondaires des contraceptifs, entre autres, afin d'encourager la déstigmatisation et inclure dès le départ l'inclusion de ces sujets dans l'accompagnement.

Nos résultats mettent également en évidence que les enjeux propres aux vécus des femmes concernées par des troubles psychiques peuvent être intéressants à penser dans le cadre des accompagnements psychologiques proposés. Ils peuvent permettre, si nous nous référons au langage cognitivo-comportementaliste, de mieux saisir l'intériorisation de certains schémas, l'importance de la validation de certains vécus, ou encore de prendre du recul sur les biais cognitifs et comportementaux provoqués par les stéréotypes sociétaux.

2.2.2. Discussion et confrontation à la littérature

2.2.2.1 Les bénéfices de la réhabilitation psychosociale pour répondre à cette étude

Les résultats obtenus nous permettent d'identifier de nouveaux éléments dont nous ne disposions pas avant cette étude et, en ce sens, d'avoir une vision plus précise des facteurs en jeu dans le soutien du rétablissement chez une femme concernée par un trouble psychique. Bien qu'aucune donnée de la littérature ne traite directement de cet objectif, d'où l'aspect exploratoire de notre recherche, nous pouvons toutefois nous référer aux données existantes sur la réhabilitation psychosociale et ses apports. Les bénéfices mentionnés par les (ex)usagères et les professionnels étaient relativement similaires et concordent avec notre définition théorique : la réhabilitation psychosociale est une approche permettant l'accès aux clés du rétablissement personnel et fonctionnel (connaissance de soi, estime de soi, empowerment), une meilleure stabilité et une relation plus adaptée entre soignants et usagers. Nous constatons donc une compatibilité entre les spécificités relevées, impactant davantage le rétablissement personnel et fonctionnel, et les apports de la réhabilitation psychosociale, soutenant particulièrement cela.

Notre sujet pourrait donc être abordé à travers les outils déjà existants, notamment la psychoéducation (y compris des proches), les thérapies cognitives et comportementales (TCC) et la pair-aidance, encourageant l'échange autour des vécus personnels (Franck, 2021a). De même, l'*empowerment*, priorisé dans les accompagnements de réhabilitation, constitue un enjeu particulier pour les femmes (Parazelli & Bourbonnais, 2017). Il est d'ailleurs décrit par les (ex)usagères comme étant impacté autant par le trouble psychique que par le fait d'être une femme⁴⁸. Pour les professionnels, il pourrait donc être intéressant de soutenir le pouvoir d'agir des femmes en considérant ces deux dimensions. Ces faits rejoignent d'ailleurs le développement d'organismes communautaires destinées aux femmes et basées sur l'*empowerment* (Bédard et al., 2022), montrant des bénéfices sur le bien-être des usagères. Récemment, dans « *Un Podcast à Soi* » diffusé par *Arte*, la productrice Charlotte Bienaimé a d'ailleurs interrogé différents psychologues et patientes pratiquant des thérapies dites « féministes » en France, là-aussi construites sur le pouvoir d'agir (Bienaimé, 2024).

De même, selon Marine Dubreucq, généraliser la place des groupes traitant des thématiques de vie conjugale, de sexualité et de parentalité en réhabilitation psychosociale pourrait grandement participer au rétablissement personnel, y compris des usagères (CRR, 2021). Certains programmes dédiés à cela, dont le programme *Sexotopie*, créé par l'infirmière et sexologue Barbara Durand au Centre Hospitalier le Vinatier de Lyon, défendent aussi l'importance de ces thématiques pour accompagner le rétablissement. Nous pouvons ainsi nous demander si, au vu du plus faible effectif de femmes ayant reçu un diagnostic de trouble psychique sévère dans les centres de réhabilitation, la mise en place de tels dispositifs traitant davantage ces sujets ne permettrait pas une meilleure mixité parmi les usagers.

Cependant, comme évoqué, nos données sont avant tout subjectives. En ce sens, il y a un impact inévitable du vécu des (ex)usagères sur leurs réponses, et les réponses des professionnels sont avant tout des hypothèses, des suppositions qui sont donc à vérifier par une recherche approfondie et sur des échantillons plus grands.

⁴⁸ Cf Graphiques 1 et 2 p. 76

2.2.2.2. Ouvrir la considération des spécificités liées aux femmes au-delà des services de réhabilitation

Par ailleurs, cette étude a été effectuée dans le domaine de la réhabilitation psychosociale car, comme évoqué dans notre méthodologie, cette approche était la plus susceptible d'être en mesure de prendre en compte une réflexion sur les spécificités liées au genre. Toutefois, les résultats obtenus montrent que les enjeux spécifiques aux femmes concernent tout type de rétablissement dans le cadre d'un trouble psychique, que ce soit dans le cadre d'accompagnements en réhabilitation psychosociale ou d'autres types d'accompagnements des secteurs médico-social et psychiatrique. La problématique de l'accès au soin des femmes notamment, pourrait être travaillée avec les professionnels des Services d'Accompagnement Médico-social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), des Centres Médico-Psychiatriques (CMP), des Centres d'Accueil, d'Evaluation et d'Orientation en santé mentale (CADEO), ou dans des structures associatives, qui pourraient permettre un meilleur lien avec les centres de réhabilitation psychosociale.

3. Utilité de la recherche

Notre étude permet de mettre en avant, malgré la dimension subjective des résultats, des aspects communs à la santé mentale des femmes et aux facteurs qui impactent, par conséquent, leur rétablissement. Si la majorité des spécificités mentionnées résonnent avec les travaux passés ou émergents, notre étude permet de relever l'intérêt de les prendre en compte dans l'accompagnement du rétablissement. Elle apporte à ce sujet une base dont nous ne disposions pas, regroupant les avis de 28 femmes concernées et 10 professionnels. Les femmes concernées ont, dans la plupart des cas, formulé leur intérêt pour une meilleure prise en compte des spécificités liées aux femmes dans les accompagnements, ce qui peut nous laisser penser que d'autres femmes pourraient l'être. Il est cependant nécessaire de considérer les limites de notre travail et de songer à certains points d'amélioration.

4. Limites et perspectives

Avant tout, cette présente étude doit être resituée dans son contexte. Comme évoqué, son prisme qualitatif et exploratoire ne peut faire des résultats mis en évidence une base généralisable, car ils sont avant tout subjectifs. Notre étude s'est également déroulée dans le cadre de notre formation, en vue de l'obtention de notre diplôme de psychologue ; formation

qui ne cessera d'être alimentée durant notre carrière et nous permettra, peut-être, de saisir davantage d'éléments que ceux mentionnés ici, ou bien de mieux les nuancer.

De plus, notre recherche a été réalisée à partir de notre méthodologie, présentant certaines limites. Premièrement, nos critères d'inclusion de l'échantillon 2, composé de femmes concernées par un trouble psychique et ayant fait l'expérience d'un accompagnement en service de réhabilitation psychosociale, excluaient celles n'ayant pas été accompagnées dans de tels services. Cela a empêché plusieurs participations au questionnaire de personnes ayant manifesté un intérêt pour y répondre mais ne pouvant le faire à cause de nos critères. Par conséquent, notre étude ne permet pas de mettre en lien les spécificités perçues avec les accompagnements en psychiatrie de manière générale, alors qu'elle aurait pu le permettre. Les femmes ayant d'ailleurs, selon nos données, moins accès aux centres de réhabilitation, il aurait été pertinent de donner la parole à celles n'y ayant pas accès à cause des facteurs évoqués. Nous pourrions, de ce fait, envisager une étude plus complète, s'intéressant aux vécus des femmes et aux accompagnements au sein de différentes structures de soin rattachées à la psychiatrie, afin d'optimiser l'amélioration de tous les accompagnements. De surcroît, comme nous l'avons évoqué, notre mode de recrutement des échantillons est susceptible d'avoir entraîné un biais conditionnant les participations, en regroupant des personnes susceptibles de s'être déjà interrogées sur notre sujet, ou souhaitant s'interroger dessus.

D'autre part, nous disposons, grâce à nos résultats, de pistes nombreuses et variées, auxquelles il serait pertinent de s'intéresser plus précisément, sur le terrain et à partir de suivis concrets. Les dimensions psychologiques mentionnées, d'une part, nous mènent à réfléchir à l'impact du genre sur les aspects cognitifs et comportementaux dans le cadre d'un trouble psychique. L'estime de soi, l'affirmation de soi, la confiance en soi selon le genre des usagers pourraient ainsi être mesurées plus concrètement, par le biais d'outils. Comme l'ont amorcé Marine Dubreucq et ses collègues dans leur recherche (Dubreucq et al., 2021), une mesure plus approfondie de la qualité du rétablissement selon les genres, incluant plusieurs diagnostics pouvant être comparés, constitue également une perspective intéressante. Finalement, il serait pertinent de compléter nos résultats par le biais d'études plus précises, afin d'appuyer scientifiquement les résultats obtenus et qu'ils puissent être mieux utilisés.

Afin de centrer notre travail, cette étude s'est concentrée sur le vécu des femmes, que nous avons pu relier à la littérature existante à ce sujet. Ce choix implique certaines limites, car nos résultats ne nous permettent pas de réelle comparaison avec les autres genres, que ce soit les hommes ou les personnes non-binaires. Nous considérons toutefois qu'il existe chez chacun

des particularités à prendre compte. Si nous avons pu identifier certaines spécificités qui semblent liées aux femmes, nous ne pouvons assurer que ces spécificités ne soient pas présentes pour les autres minorités de genre, représentant une population particulièrement à risque dans le champ de la santé mentale, mais aussi chez les hommes. Explorer les enjeux liés au genre dans la prise en soin et dans le rétablissement de ces populations semble donc constituer une perspective importante si l'on veut pouvoir personnaliser au mieux les accompagnements de tous.

CONCLUSION

A travers cette étude, nous souhaitons réfléchir à la façon de penser les spécificités liées au vécu des femmes concernées par un trouble psychique dans le cadre des accompagnements en réhabilitation psychosociale ; ces derniers visant à favoriser le rétablissement. La partie théorique de notre recherche nous a permis de mettre en lumière plusieurs spécificités mentionnées dans les travaux sur la santé mentale des femmes, leur condition sociale et les enjeux liés à cette population dans les domaines médical et psychiatrique. Cela nous a permis d'établir un lien avec le vécu, ainsi que le processus de rétablissement, des femmes concernées par un (des) trouble(s) psychique(s), susceptibles d'être influencés par des facteurs propres à leur genre. Nous avons exploré ce sujet en réalisant une recherche qualitative auprès de professionnels en réhabilitation psychosociale et de femmes concernées par un parcours dans ce domaine.

Suite à l'analyse des données obtenues, nous retenons l'importance de réfléchir davantage aux spécificités liées au genre sur l'individualité, la santé mentale et le rétablissement de chacun. Que ce soit en terme d'accès au soin et au diagnostic, de compréhension de soi et de son vécu, de pression sociale, culturelle et économique, de charge mentale, ou de vulnérabilité psychologique, sanitaire et sociale, tous ces éléments semblent constituer des enjeux spécifiques pour les femmes vivant avec un trouble psychique, au-delà des diagnostics. Il paraît ainsi pertinent de penser leur rétablissement en ajoutant cette grille de lecture, soulignant des défis particuliers.

De plus, au vu de ses apports en psychiatrie et dans le soin, la réhabilitation psychosociale est une approche intéressante pour inclure ce sujet dans les pratiques. Si la question n'est pas encore une priorité, les professionnels et femmes concernées que nous avons interrogés reconnaissent les bénéfices que cela pourrait avoir sur la santé mentale des femmes, et, possiblement, sur leur accès aux centres de réhabilitation psychosociale. La forme que pourrait prendre cette considération est toutefois à réfléchir pour être bien amenée. Notre étude permet des premières pistes à ce sujet : créer des espaces de réflexions mixtes ou non-mixtes dédiés aux besoins des usagers propres à leur genre et non pris en compte, aborder davantage la question des violences dans les suivis individuels ou au sein de groupes spécifiques, renforcer la formation et la prévention de ces sujets auprès des professionnels, mais aussi généraliser les dispositifs destinés au soutien de l'identité, à la vie intime et affective, et inclure davantage le soutien à la parentalité afin de diminuer l'auto-stigmatisation des femmes à ce sujet. A l'heure

où les organismes dédiés aux femmes augmentent au sein des villes, un travail en réseau entre les services de soin et ces organismes pourrait également être renforcé.

Ainsi, de façon plus générale, notre travail de recherche a permis de relever l'importance de s'intéresser, encore aujourd'hui, aux biais sociétaux qui influencent les pensées, les comportements, les préjugés et par conséquent le vécu des personnes. En tant que psychologues et autres professionnels du secteur médico-social, considérer ces biais nous permettrait d'ajuster davantage notre écoute, notre posture et notre accompagnement. Le rétablissement des femmes concernées par un trouble psychique étant un sujet encore très peu exploré, il paraît pertinent de poursuivre la mise en lumière des sujets spécifiques à cette population pour penser des soins plus égalitaires.

Par ailleurs, si notre objectif était de s'intéresser aux spécificités liées aux femmes, nous espérons que cette étude encouragera à prendre en compte les spécificités propres à chaque genre. De même, les résultats mis en avant au sein de cette modeste recherche, ayant plusieurs limites, doivent être complétés par d'autres études afin de pouvoir être généralisables. En utilisant une méthodologie différente et des outils d'évaluation plus précis, nous pourrions obtenir des réponses moins générales et plus précises à nos questionnements. De fait, si notre travail a permis d'identifier l'intérêt de notre sujet, nous devons comprendre davantage ce qui influence l'intensité des spécificités mentionnées, y compris le type de trouble, l'âge ou le statut social. En tant que psychologues ou neuropsychologues, mesurer plus concrètement l'impact du genre sur les cognitions, les comportements et la santé mentale des femmes concernées par des troubles psychiques sévères sont des pistes intéressantes ayant émergées dans nos résultats. Enfin, il serait nécessaire d'évaluer, par le biais d'une étude sur le terrain, les bénéfices de dispositifs, comme ceux envisagés dans notre étude, sur le rétablissement des femmes concernées.

MÉDIAGRAPHIE

- Abrial, S., & Louvel, S. (2011). Chapitre 4. Analyser les entretiens. In *Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives* (p. 65-81). Presses universitaires de Grenoble. <https://doi.org/10.3917/pug.abria.2011.01.0065>
- Anthony, W. A., & Liberman, R. P. (1986). The practice of psychiatric rehabilitation : Historical, conceptual, and research base. *Schizophrenia Bulletin*, 12(4), 542-559. <https://doi.org/10.1093/schbul/12.4.542>
- Bacqué, M.-H., & Biewener, C. (2013). L'empowerment, un nouveau vocabulaire pour parler de participation ? *Idées économiques et sociales*, 173(3), 25-32. <https://doi.org/10.3917/idee.173.0025>
- Bacqué, M.-H., & Canto-Sperber, M. (2013, février 21). *Comment transformer les individus en véritable puissance d'action? La notion d'empowerment, avec Marie-Hélène Bacqué*. France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/questions-d-ethique-13-14/comment-transformer-les-individus-en-veritable-puissance-d-action-la-notion-d-empowerment-avec-marie-helene-bacque-1981031>
- Bastide, L. (2020). *Présentes* (Allry Eds).
- Bédard, E., Ouellet, N., Cormier, C., Dugas, M., Sirois, C., & Sylvain, H. (2022). Portrait de la santé mentale des femmes qui ont recours aux organismes communautaires d'une région québécoise. *Santé mentale au Québec*, 47(1), 241-262. <https://doi.org/10.7202/1094153ar>
- Bello, B. G., & Mancini, L. (2016). Talking about intersectionality. Interview with Kimberlé W. Crenshaw. *SOCIOLOGIA DEL DIRITTO*, 2, 11-21. <https://doi.org/10.3280/SD2016-002002>
- Berthier, N. (2023a). Chapitre 4. Les entretiens. In *Les techniques d'enquête en sciences sociales: Vol. 4e éd.* (p. 74-97). Armand Colin. <https://www.cairn.info/les-techniques-d-enquete-en-sciences-sociales--9782200635459-p-74.htm>

- Berthier, N. (2023b). Chapitre 5. Le questionnaire. In *Les techniques d'enquête en sciences sociales: Vol. 4e éd.* (p. 98-172). Armand Colin. <https://www.cairn.info/les-techniques-d-enquete-en-sciences-sociales--9782200635459-p-98.htm>
- Bhugra, D., Till, A., & Sartorius, N. (2013). What is mental health? *International Journal of Social Psychiatry*, 59(1), 3-4. <https://doi.org/10.1177/0020764012463315>
- Bienaimé, C. (2024, mai). *Inventer une thérapie féministe : Retrouver du pouvoir d'agir* (Vol. 13). Arte. https://www.arteradio.com/son/61686022/inventer_une_therapie_feministe#
- Blanchet, A. (1989). Les relances de l'interviewer dans l'entretien de recherche : Leurs effets sur la modalisation et la déictisation du discours de l'interviewé. *L'Année psychologique*, 89(3), 367-391. <https://doi.org/10.3406/psy.1989.29351>
- Bon, L. (2018). Réhabilitation psychosociale : Outils thérapeutiques et offre de soin. *PSN*, 16(1), 7-16. <https://doi.org/10.3917/psn.161.0007>
- Bon, L. (2023, août 29). *La réhabilitation psychosociale—Introduction et définitions*. Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/la-rehabilitation-psychosociale-introduction-et-definitions>
- Bouquet, B. (2015). L'inclusion : Approche socio-sémantique. *Vie sociale*, 11(3), 15-25. <https://doi.org/10.3917/vsoc.153.0015>
- Bouvet, C. (2020). *Introduction aux thérapies comportementales et cognitives (TCC)* (2e édition). Dunod.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V., & Clarke, V. (2021). Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Counselling and Psychotherapy Research*, 21(1), 37-47. <https://doi.org/10.1002/capr.12360>
- Carde, E. (2021). Les inégalités sociales de santé au prisme de l'intersectionnalité. *Sciences sociales et santé*, 39(1), 5-30. <https://doi.org/10.1684/sss.2021.0189>

- CERéDéPsy. (2021). *Code de déontologie des psychologues*.
- Chanu, P. (2023, mars 10). *Les fantômes de l'hystérie - Histoire d'une parole confisquée : Un podcast à écouter en ligne*. France Culture. <https://www.radiofrance.fr/franceculture/podcasts/serie-les-fantomes-de-l-hysterie-histoire-d-une-parole-confisque>
- Chauvin, S., & Jaunait, A. (2015). L'intersectionnalité contre l'intersection. *Raisons politiques*, 58(2), 55-74. <https://doi.org/10.3917/rai.058.0055>
- Clair, C. (2023). *S23C - Comité Jeunes Psychiatres—« Comment les stéréotypes de genre influencent-ils la prise en charge des patients en médecine, en particulier en psychiatrie ? »*.
- Clarke, V., Braun, V., Boulton, E., Davey, L., & McEvoy, C. (2020). *The online survey as a qualitative research tool : International Journal of Social Research Methodology : Vol 24, No 6*. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13645579.2020.1805550>
- Cnaan, R. A., Blankertz, L., Messinger, K. W., & Gardner, J. R. (1988). Psychosocial rehabilitation : Toward a definition. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 61-77. <https://doi.org/10.1037/h0099561>
- Conrath, P., & Houdry, P.-M. (2017). La santé mentale des femmes. *Le Journal des psychologues*, 347(5), 3-3. <https://doi.org/10.3917/jdp.347.0003>
- Cooper, D., & Braudeau, M. (1970). *Psychiatrie et Antipsychiatrie (Points)*. Editions du Seuil. http://www.myreader.toile-libre.org/uploads/My_4eda1aa27541a.pdf
- Corbeil, C., & Marchand1, I. (2007). Penser l'intervention féministe à l'aune de l'approche intersectionnelle : Défis et enjeux. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(1), 40-57. <https://doi.org/10.7202/014784ar>
- Crenshaw, K. (2015). Opinion | Why intersectionality can't wait. *Washington Post*. <https://www.washingtonpost.com/news/in-theory/wp/2015/09/24/why-intersectionality-cant-wait/>

- CRR. (2021, mai 27). *Hommes et femmes sont-ils égaux dans leur parcours de rétablissement ?* Centre ressource réhabilitation. <https://centre-ressource-rehabilitation.org/hommes-et-femmes-sont-ils-egaux-dans-leur-parcours-de-retablissement>
- CRR, & Franck, N. (Réalisateur). (2018, juin 5). *Sensibilisation : Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale ?* <https://www.youtube.com/watch?v=kQxKsbn9Di4>
- Dauge, S., & Fieulaine, M. (2023). Boire au féminin : Pour en finir avec une double peine. *Rhizome*, 85(2), 13-14. <https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0013>
- Décret n° 2017-1200, 2017-1200 (2017).
- Deegan, P. E. (1988). Recovery : The lived experience of rehabilitation. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 11(4), 11-19. <https://doi.org/10.1037/h0099565>
- Delcourt, T. (2021). *Hystériques ? : Histoire de la violence thérapeutique faite aux femmes*. Eyrolles.
- Doré, I., & Caron, J. (2017). Santé mentale : Concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145. <https://doi.org/10.7202/1040247ar>
- Dorval, M. (2021, novembre 16). Thérapie des Schémas—Grands Principes et Mise en Pratique. *Doctonat*. <https://doctonat.com/therapie-schemas/>
- Douce, S. (2022, octobre 26). Au Burkina Faso, la double peine pour les femmes atteintes de troubles mentaux. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/afrique/article/2022/10/26/au-burkina-faso-la-double-peine-pour-les-femmes-atteintes-de-troubles-mentaux_6147404_3212.html
- Douki Dedieu, S. (2011). Chapitre I. L'inégalité des genres face à la maladie mentale. In *Les Femmes et la Discrimination* (p. 23-32). Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.douki.2011.01.0023>
- Dubreucq, M., Plasse, J., Gabayet, F., Blanc, O., Chereau, I., Cervello, S., Couhet, G., Demily, C., Guillard-Bouhet, N., Gouache, B., Jaafari, N., Legrand, G., Legros-Lafarge, E., Mora, G., Pommier, R., Quilès, C., Verdoux, H., Vignaga, F., Massoubre, C., ... Network, Rehab. (2021). Sex Differences in Recovery-Related Outcomes and Needs for

- Psychiatric Rehabilitation in People With Schizophrenia Spectrum Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 82(4), 33686. <https://doi.org/10.4088/JCP.20m13732>
- Duprez, M. (2008). Réhabilitation psychosociale et psychothérapie institutionnelle. *L'information psychiatrique*, 84(10), 907-912. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0409>
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessment and research* (p. viii, 108). Dryden Press.
- Faulkner, A. (2010). Outside the box : Coping with mental distress. *Mental health today (Brighton, England)*, 19.
- Feys, J.-L. (2017). Les fondements constructivistes de l'antipsychiatrie. *L'information psychiatrique*, 93(6), 457-463. <https://doi.org/10.1684/ipe.2017.1657>
- Franck, N. (2020). *Réhabilitation psychosociale*.
- Franck, N. (2021a). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 179(10), 953-958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>
- Franck, N. (2021b). Principes et outils de la réhabilitation psychosociale = Principles and tools of psychosocial rehabilitation. *Annales Médico-Psychologiques*, 179(10), 953-958. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2021.10.002>
- Franck, N., Bon, L., Dekerle, M., Plasse, J., Massoubre, C., Pommier, R., Legros-Lafarge, E., Jaafari, N., Guillard-Bouhet, N., Quilès, C., Couhet, G., Verdoux, H., Gouache, B., Martin, B., Cervello, S., Demily, C., & Dubreucq, J. (2019). Satisfaction and Needs in Serious Mental Illness and Autism Spectrum Disorder : The REHABase Psychosocial Rehabilitation Project. *Psychiatric Services*, 70(4), 316-323. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800420>
- Franck, N., Eris, I., & Spiezio, V. (2023). *D10—Réhabilitation psychosociale et psychiatrie communautaire : Où en sommes-nous en France et en Italie ?*
- Gaborean, F., Negura, L., & Moreau, N. (2018). LES ENJEUX INTERSECTIONNELS DE LA DEMANDE DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU CANADA : La situation des

- jeunes femmes dépressives francophones. *Canadian Social Work Review / Revue canadienne de service social*, 35(1), 27-44. <https://doi.org/10.7202/1051101ar>
- Gilliot, É., & Chambon, N. (2023). La santé mentale en tout genre. *Rhizome*, 85(2), 2-2. <https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0002>
- Gilliot, É., Jones, S., Chambon, N., & Castillo, M.-C. (2021). Agir vers son rétablissement avec un handicap psychique : Un parcours de reconnaissance(s). *Revue française des affaires sociales*, 1, 189-210. <https://doi.org/10.3917/rfas.211.0189>
- Giraud-Baro, E. (2007). Réhabilitation psychosociale en France. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 165(3), 191-194. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2007.01.011>
- Goyet, V., Duboc, C., Voisinet, G., Dubrulle, A., Boudebibah, D., Augier, F., & Franck, N. (2013). Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie. *L'Évolution Psychiatrique*, 78(1), 3-19. <https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2012.09.012>
- Hautecouverture, S., Limosin, F., & Rouillon, F. (2006). Épidémiologie des troubles schizophréniques. *La Presse Médicale*, 35(3, Part 2), 461-468. [https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(06\)74620-6](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(06)74620-6)
- Hocquet, J.-Y. (2012, mai 9). *Contribution à la réflexion sur l'apport des organismes du secteur médicosocial à l'inclusion des personnes handicapées. Des clés pour la cité—Rapport à la secrétaire d'État aux Solidarités et à la Cohésion sociale*. <http://www.vie-publique.fr/rapport/32478-contribution-la-reflexion-sur-lapport-des-organismes-du-secteur-medi>
- Inserm. (2019). Journée internationale d'action pour la santé des femmes. *Salle de presse de l'Inserm*. <https://presse.inserm.fr/cest-dans-lair/journee-internationale-daction-pour-la-sante-des-femmes/>
- Isaac, C., Bolloré, O., Durand, F., & Januel, D. (2021). Réhabilitation psychosociale en psychiatrie : Vers une intégration de la santé fonctionnelle dans le parcours des usagers de la santé mentale. *L'information psychiatrique*, 97(1), 59-62. <https://doi.org/10.1684/ipe.2021.2206>

- Juhel, M., Goncalves, A., Martinez, C., & Charbonnier, E. (2021). Le rôle de la stigmatisation dans la symptomatologie dépressive de femmes françaises en surpoids ou en situation d'obésité. *European Review of Applied Psychology*, 71(2), 100646. <https://doi.org/10.1016/j.erap.2021.100646>
- Lafont-Rapnouil, S. (2013). La réhabilitation psychosociale : Quelle réforme des services de soins est nécessaire pour passer des connaissances à la pratique ? *L'information psychiatrique*, 89(5), 371-377. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1071>
- Laforcade, M. (2017). Le rétablissement au cœur des politiques de santé. *Rhizome*, 65-66(3-4), 25-26. <https://doi.org/10.3917/rhiz.065.0025>
- Lanquetin, M.-T. (2009). Égalité, diversité et... Discriminations multiples. *Travail, genre et sociétés*, N° 21(1), 91-106. <https://doi.org/10.3917/tgs.021.0091>
- Lapeyrière, S. (2020). Celles qui sortent et celles qui restent. « Carrières asilaires » des femmes internées dans les asiles en France au XIXe siècle. *Clio. Femmes, Genre, Histoire*, 51(1), 283-308. <https://doi.org/10.4000/clio.18399>
- Le Cardinal, P., Roelandt, J.-L., Rafael, F., Vasseur-Bacle, S., François, G., & Marsili, M. (2013). Pratiques orientées vers le rétablissement et pair-aidance : Historique, études et perspectives. *L'information psychiatrique*, 89(5), 365-370. <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1070>
- Le Monde. (2024, mai 16). Tentatives de suicide, automutilations : Les hospitalisations chez les adolescentes et jeunes femmes en augmentation « brutale ». *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/societe/article/2024/05/16/les-hospitalisations-pour-tentatives-de-suicide-et-automutilations-chez-les-adolescentes-et-jeunes-femmes-ont-augmente-de-facon-brutale-en-une-quinzaine-d-annees_6233573_3224.html
- Lecardeur, L. (2022). Déploiement de la réhabilitation psychosociale : Impacts d'une innovation thérapeutique sur la place et les pratiques des psychologues en services de psychiatrie. *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 2-3(2-3), 116-135. <https://doi.org/10.54695/jdds.040.0203.116135>

- Leclerc, C. (2008). L'efficacité des stratégies de réhabilitation. *L'information psychiatrique*, 84(10), 903-906. <https://doi.org/10.1684/ipe.2008.0407>
- Légifrance. (2005). *Article L114—Code de l'action sociale et des familles—Légifrance*. https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006796446/
- Lenzi, C. (2015). Désinstitutionnalisation. In *Dictionnaire pratique du travail social: Vol. 2e éd.* (p. 103-108). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.rulla.2015.01.0103>
- Liberman, R. (2015). *III. Le handicap mental: Vol. 9e éd.* (p. 98-105). Presses Universitaires de France. <https://www.cairn.info/handicap-et-maladie-mentale--9782130653462-p-98.htm>
- Martin, B. (2017). Empowerment et liberté en psychiatrie. *Perspectives Psy*, 56(3), 211-216. <https://doi.org/10.1051/pps/201756211>
- Martin, B., & Franck, N. (2017). Processus de rétablissement et pratiques de soin psychiatrique : Quelle articulation ? In *Santé mentale et processus de rétablissement* (p. 165-175). Champ social. <https://doi.org/10.3917/chaso.arvei.2017.01.0165>
- Marty, L., & Martin, B. (2014). Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologies psychiatriques sévères ? L'intérêt de « l'analyse de récit ». *Pratiques en santé mentale*, 60e année(2), 47-53. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0047>
- Melac, A. (2018). *Rétablissement et réhabilitation psychosociale : Représentations dans une population de professionnels en psychiatrie*. 64.
- Mesnil, M. (2014). *Des inégalités de santé liées au genre en partie fondées sur des stéréotypes de genre en droit de la santé | Cairn.info*. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-3-page-35.htm>
- Mutatayi, C. (2019). *Résultats de l'enquête AdFemina—Accueil spécifique des femmes en addictologie* (p. 6). Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT).
- Olano, M. (2015, octobre 22). *L'empowerment en santé mentale*. https://www.scienceshumaines.com/l-empowerment-en-sante-mentale_fr_35236.html
- OMS. (2023). *Santé mentale*. <https://www.who.int/fr/health-topics/mental-health>

- Outils psy. (2024). Thérapie des schémas: Fiches et outils. *Outils Psy*. <https://outils-psy.com/theme-therapie-des-schemas/>
- Pachoud, B. (2009). Évaluation du retentissement fonctionnel des psychoses: Quels déterminants? *Recherches en psychanalyse*, 7(1), 52-61. <https://doi.org/10.3917/rep.007.0052>
- Pachoud, B. (2012). Se rétablir de troubles psychiatriques: Un changement de regard sur le devenir des personnes. *L'information psychiatrique*, 88(4), 257-266. <https://doi.org/10.1684/ipe.2012.0914>
- Paillé, P., & Mucchielli, A. (2012). Chapitre 11—L'analyse thématique. In *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (p. 231-314). Armand Colin. <https://doi.org/10.3917/arco.paill.2012.01.0231>
- Parazelli, M., & Bourbonnais, M. (2017). L'empowerment en travail social. Perspectives, enseignements et limites. *Sciences & Actions Sociales*, 6(1), 23-52. <https://doi.org/10.3917/sas.006.0023>
- Pluss, M. (2014). La destigmatisation, un vecteur d'insertion. *Pratiques en santé mentale*, 60e année(2), 31-36. <https://doi.org/10.3917/psm.142.0031>
- Poirel, M.-L. (2006). Voix alternatives et féministes dans le champ de la santé mentale au Québec. Un survol des expériences croisées des Ressources alternatives en santé mentale et des Centres de femmes. *Nouvelles Questions Féministes*, 25(2), 66-81. <https://doi.org/10.3917/nqf.252.0066>
- Radio Nova. (2024). Aujourd'hui, c'est la Journée internationale d'action pour la santé des femmes. <https://www.nova.fr/news/aujourd'hui-cest-la-journee-internationale-daction-pour-la-sante-des-femmes-269060-28-05-2024/>
- Ravon, B., Picolet, É., & Chambon, N. (2022). La santé mentale, passeuse de frontières. *Rhizome*, 83(2), 5-11. <https://doi.org/10.3917/rhiz.083.0005>
- Réhabase. (2024). *Données socio-démographiques*.

- Rey, R., & d'Amato, T. (2019). 36. Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement. In *Les schizophrénies* (p. 243-251). Lavoisier. <https://www.cairn.info/les-schizophrenies--9782257207395-p-243.htm>
- Royneau, A. (2023). Autisme, le poids du genre. *Rhizome*, 85(2), 17-17. <https://doi.org/10.3917/rhiz.085.0017>
- Saïas, T. (2011). 2. Le cadre conceptuel de la psychologie communautaire. In *Introduction à la psychologie communautaire* (p. 13-26). Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.saia.2011.01.0013>
- Schandrin, A., Nahban Abou, N., & Mallet, J. (2023). *La schizophrénie conjugée au féminin—AFPBN*.
- Smedley, R. M., & Coulson, N. S. (2021). A practical guide to analysing online support forums. *Qualitative Research in Psychology*, 18(1), 76-103. <https://doi.org/10.1080/14780887.2018.1475532>
- Soubelet, I. (2024). *Santé, des spécificités féminines à intégrer. 41*.
- Trabsa, A., Casanovas, F., Pérez, V., Moreno, A., Amann, B., & Mané, A. (2024). Comparison of male and female non-refugee immigrants with psychosis: Clinical, sociodemographic, and migration-related differences and impact on stress. *Archives of Women's Mental Health*. <https://doi.org/10.1007/s00737-024-01431-7>
- Unafam. (2023). *Handicap psychique | Unafam*. <https://www.unafam.org/troubles-et-handicap-psy/handicap-psychique>
- Uqam. (2019). *Psychologie communautaire : Présentation, définition, valeurs*. <https://communautaire.uqam.ca/la-psychologie-communautaire/presentation-definition-valeurs.html>
- Vautreau, A., & Letombe, B. (2023, juin 5). *Santé des femmes : Et si on s'en occupait sérieusement ?* France Inter. <https://www.radiofrance.fr/franceinter/podcasts/grand-bien-vous-fasse/grand-bien-vous-fasse-du-lundi-05-juin-2023-2812231>

WHO. (2000). *Women's mental health : An evidence base review* (p. 122). Department of mental health.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/66539/WHO_MSD_MDP_00.1.pdf?sequence=1