

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire
« Santé mentale dans la communauté : Etude et applications »

Année 2017

Comment apporter des conditions favorables à
l'empowerment au sein d'un hôpital de jour de
secteur ?

Etudiant : Sylvie Robert
Tutorat : Emma Beetlestone

PLAN

I. INTRODUCTION	3
II. CONTEXTE ET DEFINITIONS.....	6
A. Historique du concept d’empowerment	6
B. Définitions et descriptions	12
1. Définitions.....	12
2. Quatre modèles d’empowerment.....	12
3. L’empowerment en santé mentale.....	14
C. Histoire et éléments contextuels du pôle 59G19 de l’EPSM Lille Métropole et de son Hôpital de jour Cap Chabé.....	19
1. L’EPSM Lille Métropole en 2000	19
2. L’EPSM Lille Métropole en 2017	20
3. Le pôle 59G19 et son hôpital de jour.....	21
III. AXES DE PROGRÈS PROPOSÉS ET ÉBAUCHES d’ACTIONS SUR « CAP CHABÉ ».....	24
A. Changement de paradigme	24
B. Implication institutionnelle de l’usager.....	26
C. Valorisation du savoir expérientiel : l’échange de savoirs	27
D. Autres outils d’empowerment.....	29
1. Le projet Baromètre	29
2. Kit pédagogique du Psycom : « Histoires de Droits ».....	30
IV. CONCLUSION	32
VI. RÉFÉRENCES	33
VII. ANNEXES	35
A. Recommandations en faveur de l’empowerment des usagers et des aidants en santé mentale.....	35
B. Projet d’établissement 2012-2017 (président de CME = Dr JL Roelandt).....	36
C. La charte du Rétablissement du pôle 59G21	38

I. INTRODUCTION

Le *rétablissement*, l'*inclusion sociale*, et l'*empowerment* dans le domaine de la santé mentale sont trois concepts qui se lient dans un tout cohérent. Ensemble, ils contribuent à un nouveau paradigme qui envisage l'utilisateur de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est citoyen à part entière et dont les services de santé mentale sont configurés pour soutenir son autonomie plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de patient.

Au niveau international, ce changement de paradigme nécessite de repenser des concepts qui sont encore largement tenus pour acquis par certains : chronicité, déficit, travail protégé, handicap... Inévitablement, un changement de cette ampleur suscite des réactions allant de l'enthousiasme inconditionnel jusqu'à la franche hostilité.

Bill Anthony, l'un des cofondateurs du concept de *rétablissement* (1993) décrit le *rétablissement* comme « un processus profondément personnel et unique de changement de ses attitudes, valeurs, sentiments, objectifs, compétences et/ou rôles. C'est une façon de vivre de manière épanouie, avec l'espoir d'apporter sa contribution à la société, même s'il reste d'éventuelles contraintes liées à sa maladie ».

L'utilisation du terme *d'inclusion sociale*, encore inhabituelle en France, est née des politiques européennes de lutte contre l'exclusion sociale. La commission européenne la définit telle que « les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile... Lorsqu'ils jouissent pleinement de leur droits fondamentaux ».

L'*empowerment* peut être considéré comme le processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, tel un processus d'autonomisation qui permet aussi d'apporter sa contribution à la collectivité.

Ces trois notions réaffirment ainsi la place de l'utilisateur de la psychiatrie comme auteur de son projet de soin et de son projet de vie. La réhabilitation n'incombe plus seulement au « malade » mais aussi à la société, qui doit s'adapter à la personne, l'inclure activement et lui permettre de prendre une place à part entière. L'offre de services doit être conçue pour faciliter l'autonomie, l'empowerment et l'accompagner sur le chemin que la personne concernée aura choisi, au sein d'une société non stigmatisante [1] (*Tim Greacen et Emmanuel Jouet « pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie »*).

Praticien hospitalier au sein de l'Établissement Public de Santé Mentale (EPSM) de Lille Métropole (Armentières), j'ai exercé près de 10 ans au sein du secteur 59G19. Mon expérience professionnelle m'a progressivement permis de comprendre qu'il ne suffisait pas d'évaluer, de soigner, de suivre, de former et de réadapter un « malade » pour qu'il se rétablisse. En effet, il apparaît impossible de permettre à l'utilisateur de recouvrer un sentiment de citoyenneté et de rétablissement personnel si le corps soignant se conçoit comme « l'expert » professionnel et parfois personnel de la vie de l'autre. Du temps a été nécessaire pour faire évoluer mes fonctions et réorienter ma place de médecin psychiatre vers ces dimensions plus souples, à la fois humbles et ambitieuses, qui s'inscrivent dans un partenariat pluridisciplinaire incluant constamment l'utilisateur.

C'est donc dans ce long processus, comparable à celui de l'utilisateur, que je m'inscris depuis quelques mois, celui de mon propre rétablissement professionnel. Ce cheminement m'a amenée à m'inscrire au DIU 2017 « santé mentale communautaire », formation qui a permis d'accélérer et surtout de confirmer ma transformation professionnelle.

C'est dans ce contexte théorique et personnel que j'ai choisi de travailler : autour des conditions susceptibles de favoriser l'empowerment au sein de l'hôpital de jour du secteur 59G19, sachant qu'il m'en a été confié la référence médicale en mars 2017.

II. CONTEXTE ET DEFINITIONS

A. Historique du concept d'empowerment [2]

Le terme d'*empowerment* fait partie de ces mots qui font irruption dans notre langue depuis une demi-décennie et se disséminent à grande vitesse. Sans doute peut-on en partie expliquer ce succès par son caractère polysémique, une polysémie qui facilite son appropriation dans des contextes et par des acteurs différents, qui explique la difficulté à le traduire et justifie la longévité du terme anglais.

Nous tenterons d'identifier quelques repères temporels dans l'émergence de ce concept aux États-Unis en particulier, dans sa trajectoire en France et d'évoquer quelques divergences politiques embarquées dans les usages multiples du terme.

Des mouvements féministes aux quartiers noirs de Chicago, la courte histoire de l'empowerment

Même s'il a fait de timides apparitions au début du XXe siècle puis dans les années 30 autour du « *community organizing* » du sociologue Saul Alinsky, c'est surtout au tournant des années 60/70 que le terme *empowerment* va se répandre. Le climat social explique en grande partie cette diffusion. Dans les pays occidentaux mais plus particulièrement aux États-Unis, les luttes féministes, antiracistes, homosexuelles se structurent et montent en puissance. Dans les pays du Sud, et notamment en Amérique Latine, les enjeux d'émancipation, à la fois individuelle, collective et sociale des opprimés deviennent de plus en plus prégnants. Ils donneront naissance aux mouvements d'éducation populaire, notamment autour du travail du philosophe et pédagogue brésilien Paulo Freire, mouvements pensés comme une stratégie de mobilisation

des individus et des groupes marginalisés pour transformer les rapports de pouvoir, afin de construire une société plus équitable.

Se donner les moyens d'une émancipation individuelle et collective

C'est donc dans ce contexte que va émerger l'*empowerment*, avec pour berceau principal les États-Unis. Ce sont principalement certains mouvements féministes qui vont y propulser le terme, soucieux de faire sortir leur lutte d'une approche victimisante de la femme, qui tend à ne considérer cette dernière que comme dominée et marginalisée, et veulent au contraire lui opposer une image de la femme à la fois compétente et porteuse du changement de sa propre condition. Il s'agit de passer d'une approche de libération de l'oppression à une approche d'émancipation autonome. Conjointement, toujours aux États-Unis, le terme, va également être utilisé par un mouvement de travailleurs sociaux qui s'inscrit dans la filiation de Saul Alinsky. Prenant le contre-pied des programmes de lutte contre la pauvreté lancés par le président Johnson dans le cadre de son projet de « great society », ces travailleurs sociaux qui exercent dans les communautés afro-américaines, tout comme les mouvements communautaires eux-mêmes aux côtés desquels ils agissent, vont associer à l'*empowerment* la capacité de ces derniers à construire par eux-mêmes les réponses aux questions sociales auxquelles ils sont confrontés.

Plus tard, dans les années 80, c'est un courant psychiatrique nord-américain, qu'on appelle la psychiatrie communautaire, qui va à son tour s'emparer de l'*empowerment*. Julian Rappaport en est la figure emblématique. Selon lui, il s'agit de recentrer le travail social sur le sujet, pris comme individu particulier et dans son contexte, en s'appuyant sur ses compétences et en l'aidant à reconstruire estime de soi et conscience critique. Il parle ainsi de

l'empowerment comme « un processus, un mécanisme par lequel les personnes, les organisations et les communautés acquièrent le contrôle des événements qui les concernent » [3]. Ce courant se développera plus particulièrement au Québec.

Un rétrécissement idéologique de la signification de l'empowerment.

Selon Marie-Hélène Bacqué et Caroline Biewener, l'empowerment originel recouvre trois dimensions : le **pouvoir de** changer ma vie en tant qu'individu, la capacité à me donner les moyens de mon développement personnel (ce qu'on appelle aussi le *capacity building*) ; le **pouvoir avec** ma communauté de transformer mes conditions de vie, dans une approche d'action collective, de solidarité de proximité ; et enfin le **pouvoir sur** la société, dans une acception plus politique. Mais au fur et à mesure que le terme va échapper à ses berceaux d'origine et se diffuser, il va progressivement perdre de sa radicalité et de sa prétention à remettre les opprimés collectivement aux commandes d'un pouvoir sur leur vie. En effet, dès les années 80, le terme est également repris par les libéraux et les conservateurs, plongeant la notion dans l'ambiguïté : l'ambition de justice sociale et l'action collective et solidaire disparaissent, au profit d'une capacité purement individuelle à construire son propre ascenseur social. C'est à cette version-là de l'empowerment que puisent les politiques de modernisation de l'action publique que l'on appelle « new public management ». C'est cette vision plus étriquée de l'empowerment que vont promouvoir les institutions internationales, comme la banque mondiale, les programmes d'aide au développement pour les pays du sud qui, pour certains, font porter sur l'individu la responsabilité de son émancipation en ignorant ou cassant les dynamiques collectives.

France : entre importation inconsciente et jonction

Si le terme empowerment a fait une entrée tardive dans le paysage français, par comparaison avec les Etats-Unis, on observe dès les années 80/90 l'émergence de nouvelles formes d'action citoyenne qui participent au moins pour partie des mêmes objectifs et dans une moindre mesure des mêmes méthodes.

Deux mouvances qui croisent partiellement les logiques d'empowerment

En effet, deux grandes familles de mouvement social vont apparaître en France, sans qu'elles s'en revendiquent ni ne se reconnaissent dans ce terme.

D'une part apparaissent des mouvements qui viennent combler les lacunes de l'action publique à défendre les droits des plus marginalisés, des exclus : le CICP (ex rue de Nanteuil) créé dès 1976, porte des logiques de solidarité internationale et de défense des Droits de l'Homme dans les pays du Sud ; SOS racisme, né en 1984 lutte contre les discriminations ; Act up, fondé en 1989 permet aux malades du Sida de s'auto organiser pour pousser les pouvoirs publics à l'action dans la recherche sur la maladie et leur prise en charge ; « AC ! » (agir ensemble contre le chômage) est créé en 1993 alors que les syndicats se révèlent incapables de défendre les droits des chômeurs ; ATTAC à partir de 1998 va tenter de résister aux effets de la mondialisation puis de proposer des alternatives à cette dernière... On peut rattacher en partie ces mouvements à une forme d'empowerment dans la mesure où ce sont le plus souvent les « opprimés » - les chômeurs, les malades, les paysans exclus de leurs terres, les habitants des pays pauvres... - qui s'organisent pour les faire émerger. Mais à la différence des mouvements nord-américains, ils n'agissent que peu ou

pas à l'échelle locale et ne cherchent pas à résoudre les questions quotidiennes auxquelles ces personnes sont confrontées. Ils s'inscrivent le plus souvent dans des logiques de contre-pouvoir et de lutte, que véritablement de capacitation.

De l'autre côté, on voit apparaître au début des années 90 différents acteurs qui défendent les concepts de démocratie participative et de citoyenneté active. Les premières « Rencontres de la démocratie participative », tenues à Parthenay (Deux-Sèvres) en 1992, en constituent certainement l'un des premiers marqueurs. À la même période, on voit naître et se développer la « Charte de la citoyenneté », les Conférences européennes inter-citoyennes, la revue Place Publique ancêtre des médias participatifs, les “arbres de connaissance” créés par Michel Authier et Pierre Lévy qui s'inspirent de la démarche du MRERS, Mouvement des Réseaux Réciproques de Savoirs... etc. Ces associations et mouvements sont portés essentiellement par des intellectuels, des chercheurs, ou des politiques, pour lesquels il s'agit d'insuffler une dose de participation dans une démocratie représentative déjà jugée en phase d'essoufflement et de désenchantement, de faire vivre une société civile qui ne s'inscrive pas uniquement dans des logiques de contre-pouvoir, mais également de construction d'alternatives. À la différence des approches nord-américaines, il s'agit moins de se substituer à l'action publique que de rechercher à la compléter. Pour autant, là encore on peut les rattacher partiellement à l'empowerment à l'américaine, dans la mesure où ces acteurs encouragent les alternatives ascendantes et auto organisées, cherchent à faire émerger une économie et une société plus juste et durable.

Une reprise par les animateurs de démarches collectives locales dans les quartiers populaires

L'approche américaine de l'empowerment et du community organizing portés par les travailleurs sociaux travaillant dans les quartiers discriminés va trouver un écho relativement tardif, après 2010, auprès de certains acteurs de la politique de la ville en France. Il fait irruption en réaction aux politiques publiques qui ne considèrent les milieux populaires que comme porteurs de handicaps, de problèmes et aux approches dites de « démocratie participative » ou de « participation des habitants » qui ont foisonné au début des années 2000 pour ensuite quasiment disparaître, en raison du faible intérêt de ce qu'elles produisent [5]. En 2011 se constitue à l'initiative de la FONDA [6], le collectif « Pouvoir d'agir », traduction choisie de l'empowerment, qui réunit des militants associatifs, syndicaux, professionnels, élus locaux, et appelle à une autre politique dans les quartiers populaires, basée sur la prise en compte des habitants citoyens comme des personnes capables de réflexion, d'invention, de responsabilité et de solidarité, d'agir ensemble [7]...

Que l'on choisisse de conserver le terme anglais ou bien de le traduire et, quelle que soit la traduction retenue, l'enjeu reste effectivement d'ouvrir un champ pour l'action individuelle et collective porteuse de transformation sociétale. Le terme dans ses différentes acceptions reste une formidable invitation à l'imaginaire collectif, à la mise en mouvement.

B. Définitions et descriptions

1. Définitions

Comme définie en introduction, *l'empowerment* est considérée comme le processus par lequel l'individu prend le contrôle sur sa propre vie, apprend à faire ses propres choix, participe aux décisions le concernant, soit un processus d'autonomisation tout en s'armant mieux pour savoir apporter sa contribution à la société. La Commission Européenne traduit *l'empowerment* par *responsabilisation* et la définit comme une « démarche qui consiste à octroyer aux individus le pouvoir de prendre des initiatives responsables en vue d'orienter leur vie et celle de leur communauté (ou société) dans les domaines économique, social, et politique » (2001).

Pour l'OMS (2010), « la clé de l'empowerment est l'élimination des obstacles formels ou informels et la transformation des relations de pouvoir entre l'individu, son contexte social et institutionnel. Le pouvoir est au cœur de l'idée de l'empowerment ».

2. Quatre modèles d'empowerment [8]

Face à la multiplicité des expériences placées sous l'étiquette d'empowerment, Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener proposent trois idéaux-types de l'empowerment, se distinguant par la philosophie politique et l'éthique qui les sous-tendent.

Le premier idéal-type est le **modèle radical**. Il s'appuie sur des théories de la domination et vise des transformations sociales significatives. On peut classer dans cette catégorie la pédagogie des opprimés de P. Freire, les mouvements communautaires, la branche la plus radicale du mouvement féministe. « Dans cette optique, les enjeux de l'empowerment sont la reconnaissance des groupes

pour mettre fin à leur stigmatisation, l'autodétermination, la redistribution des ressources et des droits politiques. L'objectif d'émancipation individuelle et collective débouche sur un projet de transformation sociale qui, dans les approches les plus radicales, repose sur une remise en cause du système capitaliste » [9]. Il s'agit de susciter un pouvoir qui vient d'en bas.

Le second idéal-type est le **modèle libéral**, au sens anglo-saxon du terme. Dans le monde francophone, on parlera plutôt de modèle social-libéral. Les politiques participatives, menées avec des animateurs de quartiers, relèvent de ce modèle. Il s'agit de développer la démocratie et d'augmenter l'efficacité des politiques publiques, en impliquant les populations dans des structures de proximité. Le modèle social-libéral défend les libertés individuelles et se préoccupe de la cohésion sociale. Il n'interroge pas pour autant les inégalités sociales et les structures socio-économiques et politiques, comme le fait le modèle radical. Dans cette optique, la finalité de l'action publique est de corriger les dysfonctionnements empêchant le plein usage des droits des individus et de compenser les effets pervers du marché. L'empowerment correspond alors aux interventions menées en vue de l'amélioration de la participation à la vie sociale. Il s'agit aussi d'accorder à la population un pouvoir d'interpellation à l'adresse des autorités et de favoriser les initiatives provenant des individus ou des communautés.

Le troisième modèle est qualifié de **modèle néolibéral**. Il s'agit « *d'une rationalité politique qui met le marché au premier plan, mais n'est pas seulement – et même pas d'abord – centrée sur l'économie ; elle consiste plutôt dans l'extension et la dissémination des valeurs de marché à la politique sociale et à toute les institutions* »[10]. Les politiques « d'activation » appartiennent à ce modèle. Ce qui importe, selon cette conception, c'est d'encourager chaque personne souffrant de pauvreté ou de discrimination à se prendre en main et à agir « *pour être intégrée au monde du travail et de la consommation, trouver sa*

place dans l'économie de marché, être "entrepreneur de sa propre vie". Une telle attitude individuelle implique une capacité de conduire rationnellement son existence, de faire des choix, mais la question de l'émancipation et de la justice sociale n'est pas posée ; tout au plus est évoquée celle de l'accès aux opportunités, sans remises en cause des inégalités sociales »[11]. Dans cette optique, l'échec de l'intégration est de la seule responsabilité de l'individu. Le collectif n'est pas convoqué pour apporter des solutions. De plus, la question des inégalités sociales ou celle de l'exercice de la démocratie et des droits des individus ne sont pas à l'ordre du jour.

On peut enfin rajouter un quatrième modèle, le **modèle managérial**. Il a comme caractéristique d'être circonscrit à la sphère du travail. Dans ce cadre, l'empowerment est défini comme « *la délégation de l'autonomie de la gestion des tâches* » [12] afin d'améliorer les performances de l'entreprise. Selon ce modèle, les tâches sont définies par les individus qui décident aussi la façon de les mener à bien et de les répartir au sein de l'équipe. L'équipe détermine en outre le mode et les critères d'évaluation. Cette autonomie est cependant exercée en lien étroit avec le management à qui il revient de coacher l'équipe, déterminer le contenu et les limites de l'autonomie, fixer les normes de productivité et les objectifs de production à atteindre. Il s'agit d'un pouvoir octroyé avec obligation de s'en servir pour être plus performants.

3. L'empowerment en santé mentale

Concernant les services de santé mentale, l'empowerment renvoie au niveau de choix, d'influence et de contrôle que l'utilisateur exerce sur les services proposés. Historiquement, la personne ayant un trouble mental n'a pas eu le droit au chapitre : elle était peu informée, peu consultée et souvent mal traitée par les

service censés la soigner. Elle et ses proches n'ont pas été impliqués dans le processus décisionnel déterminant les politiques et les pratiques des services, et ont dû faire face à la discrimination et à l'exclusion sociale. De nombreux rapports [13] montrent que même dans l'Europe d'aujourd'hui, la situation n'a pas beaucoup évolué et les personnes vivant avec un trouble psychique se trouvent souvent traumatisées par l'expérience difficile de vivre dans la société avec une maladie mentale, avec un effet dramatique sur leur estime de soi, dans un processus d'internalisation de cette stigmatisation que leur imposent ces sociétés. [14 ; 15]

a) Sur le plan individuel

Chez la personne en souffrance psychique, la capacité d'agir est considérée comme souvent limitée, voire totalement annulée par les troubles qui restreignent son autonomie au quotidien. La démarche d'empowerment consiste à mobiliser l'utilisateur pour qu'il participe davantage à la prise de décision, acquiert plus de légitimité, de dignité et de respect, et contribue pleinement à la vie en collectivité. *« Il est important de susciter l'espoir en la personne que les choses ne sont pas définitives, qu'il y a des solutions, l'encourager à faire des choix tout en vivant avec des troubles, comme par exemple avoir un travail, fonder une famille, avoir des loisirs, si elle le souhaite. C'est une démarche qui consiste à devenir soignant pour soi-même »*, explique Emmanuelle Jouet. L'espoir d'avancer vers une vie à sa mesure sous-tend alors le processus, qui s'inscrit en partie dans la conquête de projets de vie, trop souvent basés jusqu'alors sur les déficiences, incapacités et handicaps de la personne. Claude Deutsch est psychologue clinicien à la retraite et ancien directeur d'un centre d'accueil thérapeutique à Caen. Il est aussi cofondateur d'Advocacy-France, une association d'utilisateurs en santé mentale, au sein de laquelle il milite en faveur du

mouvement d'émancipation des usagers. Pour Claude Deutsch, le paradigme des soins en psychiatrie reproduit la dépendance de l'assisté par rapport à l'assistant. « *Il faut réunir les conditions pour que les gens puissent s'approprier le pouvoir de décider pour eux-mêmes.* » Pour Claude Deutsch, il est primordial de partir de la demande des usagers. « *Arrêtons de penser à la place des gens et écoutons ce qu'ils ont à dire.* » Et *quid* de ceux qui n'expriment rien ? « *Écoutez-les, respectez-les et ils seront en capacité de formuler des demandes* », répond Claude Deutsch. Pour le psychologue, c'est le regard bienveillant et confiant du soignant qui va permettre à la personne de développer son potentiel. « *Les gens ne sont pas incapables, ils ont des capacités. Encore faut-il qu'on leur permette de les exercer.* »

b) Sur le plan institutionnel : impliquer les usagers dans les processus de décision, faciliter l'accès à l'information

« *Il faut que les gens participent aux décisions qui les concernent* » lance Claude Deutsch.

« *Rien à notre sujet sans nous* », est un des mots d'ordre des usagers en cours de rétablissement [16].

L'individu ne peut prendre des décisions justes et éclairées que s'il détient assez d'informations pour évaluer les conséquences éventuelles de chaque option. Il doit donc être soutenu, et non maintenu dans une relation de dépendance au long terme, et les institutions doivent faciliter l'accès à l'information et prendre en compte ses droits. Les services de soins deviennent des organisations apprenantes et d'accompagnement autour du soin, des droits, de la maladie et de du processus de rétablissement individuel.

c) Sur le plan collectif : lutter contre la stigmatisation et intégrer les usagers dans des actions de formation

La stigmatisation, universellement présente, crée de nombreux obstacles à l'accès à l'emploi et à d'autres activités. L'OMS a engagé des programmes de lutte contre la stigmatisation (2001, 2005) afin de faire prendre conscience aux personnes qui ont un trouble psychique ainsi qu'à la société en général, que, loin d'être synonyme de dangerosité, incapacité et inadaptation, l'expérience d'un trouble psychique est une source d'apprentissage, de croissance et de développement, et qu'elle apporte connaissances, aptitudes et qualités (OMS 2009). Des indicateurs globaux ont ainsi été identifiés par la commission européennes pour l'empowerment en santé mentale avec l'élaboration de 21 recommandations en faveur de l'empowerment en santé mentale (Cf annexe 1).

Au *Psycom*, organisme public d'information, de communication et de formation en santé mentale, une des priorités affichées est également de mettre l'accent sur l'empowerment. « *Nous nous appuyons sur un réseau d'une trentaine d'usagers qui participent à nos actions de l'élaboration jusqu'à leur réalisation* », explique Céline Loubières, chargée de mission au *Psycom*. « *L'un de nos objectifs est de valoriser le savoir des personnes concernées par un trouble psychique. Plus la parole leur sera donnée, plus on entendra leurs points de vue et plus leur avis sera pris en compte dans le cadre des soins notamment. L'intérêt de cette démarche est de partir du postulat que le changement peut venir des usagers eux-mêmes* » [17]. Le *Psycom* organise des formations qui s'adressent à des professionnels de différents horizons (sanitaire, social, prévention, élus...), et plus largement des actions de sensibilisation destinées au grand public. Pour ces formations, l'organisme fait intervenir des « *usagers experts* » qui souhaitent parler de leurs parcours devant un auditoire. « *Les usagers formateurs s'aperçoivent qu'ils sont en mesure d'apprendre des choses aux professionnels, notamment en ce qui concerne le vécu subjectif de la*

maladie. Ils témoignent du fait qu'au-delà de la maladie, des perspectives sont possibles. » [17]

Au sein de son laboratoire de recherche, Emmanuelle Jouet travaille aussi avec un usager formateur qui intervient avec elle dans des écoles de médecine ou les agences régionales de santé. Si au niveau de la formation continue en psychiatrie ce type d'actions a pu se mettre en place, cela s'est avéré plus difficile pour la formation initiale, notamment dans les facultés de médecine ou les instituts de formation aux soins infirmiers. « *On s'attaque à deux entités difficiles à bouger : l'institution médicale et l'université. Les professionnels soignants ne voient pas toujours l'intérêt de travailler avec les usagers* », affirme la chercheuse.

Un autre volet d'intervention des usagers peut être la recherche. Cette participation des usagers à la recherche peut aller de la simple consultation de leur avis sur un médicament précis, à la contribution active, c'est-à-dire à toutes les étapes de l'élaboration d'une hypothèse de recherche à la dissémination des résultats. Par exemple, un groupe d'usagers participe actuellement au processus de révision de la Classification internationale des maladies (CIM 10) pour ce qui concerne les troubles psychiques. [18 ; 19]

d) Proposer des prises en charges innovantes

De nouvelles formes d'accompagnement en psychiatrie prennent forme actuellement. Des médecins engagés ont fait le constat que le système actuel n'était pas toujours adapté aux besoins des personnes en souffrance psychique et excluait de fait certaines d'entre elles. Par exemple, le programme « *Un chez-soi d'abord* » s'inscrit dans la mouvance des modèles alternatifs de prise en charge. Il s'adresse à des personnes sans domicile fixe souffrant de troubles psychiques.

Lancé en 2011, ce programme de recherche s'inspire d'une expérience similaire menée aux États-Unis depuis 2005 sous le nom de « *Housing First* » qui a permis de reloger durablement un certain nombre de personnes sans-abri [20 ; 21]. « *Un chez soi d'abord* » propose un logement à des personnes vivant dans la rue sans exiger d'elles au préalable l'inscription dans un projet de réinsertion. Habituellement, pour accéder à un logement géré par une association de réinsertion sociale, les personnes sans domicile fixe doivent montrer leur « *bonne volonté* » : prouver qu'elles recherchent activement du travail, débiter une formation, suivre d'abord une cure lorsqu'elles ont des problèmes d'addiction... Or, avec le projet « *Un chez soi d'abord* », il n'y a pas ce type d'exigences. C'est d'abord le logement, et ensuite tout un système d'accompagnement qui se met en place. « *C'est une vision citoyenne de la personne. On n'est pas dans une démarche où on demande à la personne de prouver sa capacité à se réinsérer d'abord, mais l'idée est d'aller vers elle, d'exploiter ses ressources tout en lui proposant un accompagnement pluridisciplinaire* », explique Emmanuelle Jouet [1].

C. Histoire et éléments contextuels du pôle 59G19 de l'EPSM Lille Métropole et de son Hôpital de jour Cap Chabé

L'Etablissement Public de Santé Mentale Lille Métropole a en charge 9 secteurs de psychiatrie générale adultes, dont le pôle 59G19, et 1 secteur de psychiatrie infanto-juvénile.

1. L'EPSM Lille Métropole en 2000

L'EPSM d'Armentières comportait 681 lits d'hospitalisation complète répartis sur 35 unités de soins.

Sur les secteurs étaient implantés :

- 5 Hôpitaux de Jour
- 10 Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (C.A.T.T.P.)
- 1 Appartement Thérapeutique
- 16 Centres Médico-Psychologiques (C.M.P.) et 39 Antennes de Consultation
- 1 Résidence filière appartement
- 1 Atelier thérapeutique et centre d'art

L'activité intra-hospitalière était déjà en baisse constante, alors qu'une nette augmentation des actes sur le secteur se faisait sentir. La "file active", concernant les patients non hospitalisés, connaissait un fort développement. Sur douze mois, près de 15 200 personnes, sur une population de 600 000 habitants répartis sur 62 communes pour la psychiatrie générale et 116 communes pour la psychiatrie infanto-juvénile, avaient bénéficié au moins d'un acte thérapeutique, évitant ainsi les risques d'une hospitalisation à temps plein.

Il employait alors 1781 personnes, dont 68 médecins et internes

2. L'EPSM Lille Métropole en 2017

Pour une population de 647504 habitants, il emploie 102,5 ETP médicaux alors que l'hospitalisation temps plein compte 229 lits (soit environ une moyenne de 25 lits par secteur), soit quasiment trois fois moins qu'en 2000.

21 028 personnes ont été prises en charge en soins ambulatoires (soit près d'un tiers de plus qu'en 2000).

Ont été créés 20 dispositifs Equipes mobiles et près de 150 places en Filière Hébergement (associatif, communautaire), ainsi que 44 lits d'Appartements Thérapeutiques.

Il existe aujourd'hui 166 places réparties en 10 Hôpitaux De Jour.

EPSM	Nb de lits	Places appart therap	Nb équipes mobiles	Nb d'HDJ	ETP méd	Pop°	Nb de prises en ch ambulatoire
Lille Métropole	681	1 à 3	0	5	68	600000	15200
2000	681	1 à 3	0	5	68	600000	15200
2017	229	44	20	10	102,5	647500	21028

3. Le pôle 59G19 et son hôpital de jour

Le secteur 59G19 a donc vu, en terme de nombre de lits temps plein, une très nette diminution de ses capacités d'accueil. Il a aujourd'hui 15 lits d'hospitalisation temps plein, alors qu'il en comptait près de 60, dix ans en arrière.

Il est clair que la politique d'évolution de l'Etablissement, portée par un Projet d'Etablissement clair et engagé vers le rétablissement (voir annexe B), a fortement permis cette évolution, et ce en dépit parfois d'une philosophie des soins moins précise et moins engagée au niveau du pôle lui-même.

L'hôpital de jour, nommé « Cap Chabé » comprend 15 places et accueille ainsi au mieux une trentaine de patients par semaine. A mon arrivée en tant que référente médicale en mars 2017, il a alors pour « *vocation d'assurer des soins polyvalents individualisés et intensifs prodigués dans la journée, le cas échéant à temps partiel. Il a pour objectif d'optimiser l'insertion des personnes dans leur milieu familial, voire scolaire ou professionnel. Il est une offre de soins*

alternative à l'hospitalisation qui a pour vocation de soigner, d'accompagner et d'aider à la réinsertion. La prise en charge s'articule ainsi autour d'un projet thérapeutique individualisé comportant un engagement thérapeutique, des règles de fonctionnement et des activités à médiations diverses » (projet d'unité écrit en 2014, et actuel jusqu'en mars 2017). On lit également que les prises en charge individualisées doivent être réévaluées tous les 3 mois. L'hôpital de jour est alors censé être un lieu de consultation psychiatrique et de prise en charge, avec le psychologue, des usagers de l'unité, mais l'organisation générale du pôle et de l'unité en particulier ne répond pas à cet objectif, et l'unité se retrouve exclusivement portée par son cadre de santé et les 6 infirmières qui y travaillent avec une secrétaire, et propose alors des « *soins à médiation* » selon un tableau de bord hebdomadaire comprenant de une à deux médiations par demi journée. La référence médicale, portée pendant plus de dix ans par le même médecin, assurait théoriquement « *la cohérence, la validité et la mise en place du projet* » sus-cité, et y consacrait (toujours en théorie) une à deux demi-journées par semaine ainsi qu'une réunion de fonctionnement tous les deux mois. « *Le médecin a la possibilité de mettre fin à tout moment au parcours d'insertion du patient si cela devient nécessaire ; ou de reconduire sa période d'hospitalisation pour 3 mois supplémentaires* ».

Il est important de mentionner quelques uns des freins institutionnels du secteur, aussi variés qu'intenses. En effet, le développement des capacités de soins ambulatoires n'a pas eu le même essor que dans certains autres pôles de l'EPSM. On peut probablement expliquer un peu cela par le fait que ce secteur, qui couvre les communes de La Madeleine, Marcq-en-Baroeul, Wambrechies et Marquette, a vu certaines de ses ambitions freinées par une politique des communes qu'elle couvre, relativement réfractaire à l'implantation d'appartements thérapeutiques. De même, aucun Conseil Local de Santé

Mentale n'a vu le jour sur le secteur, ni tout autre forme de mise en place de partenariat ou de travail en réseau avec les politiques des communes. Comme évoqué, la politique médicale et managériale du secteur ne semble pas avoir été portée par une philosophie de travail et des valeurs explicites, pourtant nécessaires à une collaboration avec des partenaires locaux. En effet, l'engagement et les convictions peuvent souvent permettre de faire émerger des arguments et une force de conviction indispensables lors des discussions avec les politiques locales. Aussi, je me risquerais également à citer un autre frein institutionnel, médical, lié au phénomène d'homéostasie (ou d'équilibre) systémique : tout système tend à réduire les variations qu'il rencontre, des relations se forment et se forgent avec le temps entre les membres du système, tout changement est alors perçu comme une menace, souvent générateur d'anxiété... Début 2017, à l'occasion d'une restructuration du secteur amenée par l'établissement au profit d'un redéploiement des moyens vers une équipe mobile et une offre de soins ambulatoires, j'ai motivé mon désir de prendre la référence médicale de l'hôpital de jour du secteur par le projet de développer l'empowerment au sein de cette unité. Or, on sait que tout changement ne paraît possible et souhaitable que si le système lui-même souhaite évoluer, c'est-à-dire s'il émane du responsable managérial une demande de changement. La genèse des changements du secteur est ainsi apparue décisive pour la suite. En effet, cette demande, contrainte car imposée par la politique de l'Établissement d'une part, et par mes propositions qui ont « forcé » ce changement de référence médicale de l'hôpital de jour d'autre part, n'a pas eu les mêmes implications que si elle avait émané d'une demande autonome. Ces contraintes extérieures ont ainsi favorisé la mise en place d'une *double contrainte* managériale (Bateson, 1980) du type : « *je dis vouloir changer sans le vouloir vraiment* », identifiée comme un facteur de blocage puissant permettant l'expression d'une nette hostilité de la part de certains collègues médecins.

C'est dans ce paysage historique et systémique que l'hôpital de jour du secteur, existait depuis des années sans franche évolution, et que j'ai pris sa référence médicale en mars 2017 au sein d'une équipe soignante pourtant très motivée au changement.

III. AXES DE PROGRÈS PROPOSÉS ET ÉBAUCHES d' ACTIONS SUR « CAP CHABÉ »

A. Changement de paradigme : une lente et solide acquisition des concepts par les équipes de soins

Les deux premières étapes du processus de changement de paradigme ont consisté à impliquer une médiatrice de santé-pair (Valérie Brilleman) dans l'équipe pluridisciplinaire et à acquérir tous ensemble les concepts très larges de rétablissement et d'empowerment.

Le Programme « Médiateur de Santé/Pair » (MSP) est un projet innovant en France, porté par le CCOMS, et qui s'inspire des expériences étrangères d'intégration d'anciens usagers de la psychiatrie dans des équipes de soin en santé mentale [22]. Ce programme se situe dans la résultante de la pair-aidance et de la médiation en santé. Le programme MSP est axé sur la formation et la professionnalisation de la pair-aidance dans le cadre de la prise en charge des troubles psychiques. A l'issue de l'année de formation et après obtention de leur Diplôme Universitaire (DU), les MSP évoluent dans les équipes de santé mentale et proposent des accompagnements spécifiques pour les personnes ayant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique. Leur activité intéresse l'accès aux soins (interface entre les équipes soignantes et les usagers), l'accompagnement (accompagnement vers les associations par ex), le

soutien relationnel et la participation à la démarche d'éducation à la santé.

Nous avons amené, dès mon arrivée en mars 2017, l'idée d'une lente évolution du service dans un esprit de transformation douce, humble et collégiale de nos pratiques et de nos places de soignants. L'idée d'un changement de paradigme a été ainsi évoquée et expliquée, et le changement de place de l'utilisateur a aussi été abordé et réfléchi. En effet, pour prendre en compte l'expérience de l'utilisateur, et l'accompagner vers un empowerment individuel et collectif, les soignants doivent sortir de leur place d'« expert ». Cela n'est évidemment pas envisageable au même rythme pour tous, ni sans résistance pour certains.

Les définitions de base ont été rédigées et imprimées par Valérie Brilleman, puis remises à chaque soignant de l'équipe qui s'est montrée très enthousiaste et ouverte à discuter des concepts. Il a alors été décidé de mettre en place au début de chaque réunion institutionnelle (programmées toutes les 3 semaines) un temps de 20 minutes consacré uniquement à l'empowerment. Ainsi, c'est de manière collective que le travail vers un changement de posture a été initié. Aussi, des discussions informelles individuelles ont également et fréquemment été menées à l'issue de situations qui pouvaient illustrer positivement les concepts, ou au contraire qui devaient être reprises afin de revoir certaines postures soignantes trop paternalistes.

Il a enfin été suggéré au cadre et aux infirmières de se former eux même au DIU Santé Mentale Communautaire. Certains y réfléchissent...

L'arrivée et l'implication de Valérie Brilleman dans les réunions institutionnelles et dans le travail auprès des usagers a également permis immédiatement de nous ouvrir vers de nouvelle perspective d'approche de l'utilisateur. En effet, notre médiatrice de santé paire rappelle sans cesse le point de vue de l'utilisateur, contribuant ainsi à défaire la division entre « eux » et « nous » au sein du service. Par rapport aux autres membres du personnel, elle apporte de nouveaux savoirs et savoir-faire au travail multidisciplinaire. Elle est la preuve vivante que, malgré la maladie mentale, il est possible de vivre une vie de

qualité, contestant ainsi d'éventuels préjugés et idées fausses présents inconsciemment chez le personnel et les usagers.

Tout en constituant un modèle pour les usagers, elle transmet au personnel et aux proches de l'espoir.

Enfin, J'ai considéré Valérie Brilleman, dans ce processus d'évolution institutionnelle, comme l'experte de l'Empowerment, aussi bien par son savoir expérientiel d'usagère rétablie, que par son savoir acquis lors de sa formation théorique rigoureuse pour devenir Médiatrice de santé paire (Diplôme Universitaire).

B. Implication institutionnelle de l'utilisateur

Au cours des réunions institutionnelles est rapidement apparu indispensable de permettre aux usagers de s'impliquer dans la vie institutionnelle. Ainsi, il a été décidé que les usagers puissent être présents dans les réunions de service et dans les décisions principales qui en découlaient.

Un forum des usagers a été, dans cet objectif, réuni par notre Médiatrice de Santé Pair, au mois de septembre 2017, afin de faire élire des représentants des usagers, aussi bien au niveau du pôle que des unités qui le composent, notamment de l'hôpital de jour. Ce processus est actuellement à son ébauche, mais devrait très probablement se concrétiser cette année par l'élection de représentants des usagers. Il prend modèle sur le pôle 59G21 qui depuis deux ans a élu, par les usagers du pôle, 4 usagers « porte-parole ». Leurs missions sont d'entretenir un lien régulier avec les usagers du pôle et recueillir leur avis sur les soins et les services dont ils bénéficient ; participer à des réunions de

coordination avec les équipes et des groupes de travail ; faire remonter aux responsables du pôle l'avis des usagers recueilli grâce à différents dispositifs.

Dans un souci d'accélérer le processus et de nous initier à cette démarche d'implication des usagers, nous avons proposé dans un premier temps que des volontaires participent à tour de rôle aux réunions institutionnelles de l'hôpital de jour. Il a également été installé une « boîte à idées / suggestions » dans le service. Celle-ci est pour l'instant peu utilisée, et l'équipe doit travailler à l'améliorer et à préciser son utilité.

C. Valorisation du savoir expérientiel : l'échange de savoirs

En prenant conscience du rôle que le savoir expérientiel pouvait avoir dans le parcours de rétablissement des usagers [23], nous avons souhaité mettre en avant le savoir de chacun. L'acquisition d'un nouveau savoir permet aussi de s'adapter à ses nouveaux besoins, et ses projets au fur et à mesure qu'ils se développent. C'est dans cette optique que nous avons développé l'idée de créer un espace d'« échange de savoirs ». Il s'agit de se réunir tous en table ronde, pour une durée de 2 heures environ, autour d'un thème préalablement travaillé par certains d'entre nous, soignants et/ou usagers. Les thèmes sont choisis de manière collégiale avec l'objectif de nous permettre d'avancer dans la compréhension et l'acquisition d'informations utiles à la prise de décision dans les différents parcours vers le rétablissement.

Ainsi, le premier thème, porté par les acteurs socio éducatifs pour débiter, s'est consacré aux systèmes et coûts des soins en France. Nous avons ainsi abordé de

très nombreuses informations utiles à chacun tels que l'intérêt des mutuelles, de la sécurité sociale, des ALD, des coûts des transports ambulatoires et des soins hospitaliers. Cette première session d'« échange de savoirs » qui a eu lieu le 18/09/2017 a permis de réunir une vingtaine de personnes. La parole a facilement circulé entre tous, et les porteurs du thème ont essentiellement apporté des précisions ou des corrections à certaines notions qui étaient globalement déjà bien connues par le groupe dans son ensemble. Ces porteurs du thème ont également rythmé le débat en l'introduisant, en synthétisant ou en relançant régulièrement sur de nouvelles pistes de réflexions autour de ce sujet très vaste.

A l'issue de la session, un tour de table a permis de faire émerger, par les usagers eux-mêmes, le thème de la prochaine session, qui se déroulera en théorie dans les 2 mois suivants. Ce thème « AAH et travail » a en effet été proposé par deux usagers. Il sera porté par un usager « expert » de ce thème et une éducatrice. A la vue des discussions qui ont spontanément émergé dès le choix de ce thème, il est certain que de très nombreux usagers vont pouvoir apporter et partager leurs savoirs expérientiels.

Le savoir expérientiel se partage également tous les jours avec notre médiatrice de santé-pair, aussi bien lors de sa participation à la vie institutionnelle qu'au niveau de l'accompagnement individuel des usagers.

Des consultations spécifiques par un expert d'expérience membre du réseau sur l'entente de voix font partie des projets qui ont émergé sans avoir toutefois encore eu le temps de se concrétiser [24].

D. Autres outils d'empowerment

1. Le projet Baromètre

Le projet baromètre est un outil d'intervention clinique, numérique et collaboratif qui met en lumière les forces et les progrès de la personne usagère des services de santé mentale, dans sa communauté. Il permet d'apprécier l'évolution de la qualité de vie en tenant compte de ce qui est le plus important pour l'usager. Plus spécifiquement, le projet Baromètre facilite l'évaluation de la qualité de vie et du fonctionnement social de la personne et lui propose de créer un plan d'action, et ce à travers une plateforme web. Il permet aussi de traduire en images ses progrès à travers le temps.

Le Baromètre est un outil clinique flexible et adaptable en fonction des capacités et du stade de rétablissement des usagers utilisateurs. Il peut s'utiliser selon trois modes : autonome, en co-utilisation, et en observation. Ainsi, le Baromètre permet de mettre en lumière les réalisations et les progrès réalisés dans la vie de la personne au fil du temps. [25]

Ce projet a été implanté depuis 2016 dans le pôle 59G21 de l'EPSM Lille Métropole après une rencontre entre Paul Morin (directeur scientifique de l'Institut Universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSS de l'Estrie-CHUS Quebec) et le CCOMS. C'est ainsi que Valerie Brilleman a été formée à l'utilisation de cet outil dès 2016, et que j'ai pu moi-même profiter de la transmission du projet via un des douze ambassadeurs du pôle 59G21 en mai 2017.

Il est envisagé qu'à l'avenir le pôle 59G19 soit formé à l'utilisation de cet outil d'empowerment.

2. Kit pédagogique du Psycom : « Histoires de Droits »

Le kit pédagogique « Histoires de Droits » a pour objectif d'aider à dialoguer en groupe sur les droits en psychiatrie.

Au-delà de l'information sur les droits, les recours, les démarches, les aides juridiques, et les accompagnements, cet outil propose d'échanger, de partager les points de vue de chacun et de croiser ses regards et expériences sur ces questions.

Le kit a été mis à jour en décembre 2015 et permet de traiter de trois dimensions : les droits fondamentaux, les droits dans la société, et les droits dans le soin. [26]

En effet, depuis les années 1970, les lois se succèdent dans le champ de la santé mentale, avec notamment l'introduction récente du contrôle de la mesure privative de liberté par le juge des libertés en 2011 et la consolidation des droits des patients (loi du 27 septembre 2013). Or, les droits des usagers ne sont pas bien connus, ni par les usagers eux-mêmes, ni par leurs proches, ni par les professionnels [27]. On sait que l'individu ne peut prendre des décisions justes et éclairées que s'il détient assez d'informations. Il doit donc être soutenu par un accès à l'information sur ses droits afin de reprendre le contrôle et faire ses propres choix et afin de participer aux décisions le concernant dans un processus d'autonomisation, d'empowerment.

Ce kit a été pensé pour être clair, accessible et simple d'utilisation. Il n'est pas nécessaire d'être un expert dans ce domaine pour y jouer ou l'animer. Il peut être utilisé par des personnes vivant avec un trouble psychique, les professionnels, et les proches (entre pairs ou en groupe mixte)

L'hôpital de jour Cap Chabé a acquis ce kit en juin 2017 et commence à l'utiliser depuis quelques semaines en groupe mixte (éducateurs et usagers).

IV. CONCLUSION

La recherche a montré que le manque d'influence ou de contrôle sur sa vie et sur son environnement a un effet négatif sur sa santé. À l'inverse, la possibilité d'exercer du contrôle ou de l'influence peut agir comme un facteur de protection, de bien-être émotionnel, d'une meilleure autonomie, et de capacités d'adaptation plus efficaces [28]. L'empowerment en santé mentale est donc un enjeu complexe et multidimensionnel, qui implique un processus de définition et de renégociation de l'identité de soi, dans sa relation avec soi-même, avec les services psychiatriques, et par rapport à la société dans son ensemble.

Ainsi, dans les services de psychiatrie, tout doit être mis en œuvre pour combattre une tendance institutionnelle à déresponsabiliser l'utilisateur dans une prise en charge unidirectionnelle et verticale, aussi bienveillante soit-elle.

J'ai tenté dans ce travail écrit, et surtout dans cette ébauche de mise en pratique de ces concepts au sein de l'hôpital de jour « Cap Chabé », d'initier une réflexion vers un changement de paradigme où l'offre de soins est conçue pour favoriser l'empowerment des usagers. Durant ces quelques mois, de nombreuses pistes de travail ont pu être investies, les équipes de soins se sont en effet montrées particulièrement enthousiastes et ont permis de porter ces changements institutionnels. De nombreux autres volets restent à explorer tel que donner une place plus importante aux associations d'usagers, développer des Groupes d'Entraide Mutuelle, instituer la participation des usagers aux réunions cliniques les concernant, collaborer avec les politiques locales...

VI. RÉFÉRENCES

[1] Emmanuel Jouet et Tim Greacen « pour des usagers de la psychiatrie acteurs de leur propre vie »

[2] Marie-Hélène Bacqué et Carole Biewener, « L'empowerment, une pratique émancipatrice », La Découverte, Politique et sociétés, 2013

[3] Rappaport, J., "Terms of empowerment/Exemplars of prevention : toward a theory for community psychology", American journal of community psychology, vol. 15, n° 2, 1987, p. 121-148.

[4] Bernard Vallerie et Yann Le Bossé, Le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités : de son expérimentation à son enseignement, Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle 2006/3 (Vol. 39), p. 87-100.

[5] Pascal Aubert, « Démocratie participative, un échec plutôt rassurant », in la tribune Fonda n°215, le pouvoir d'agir au cœur de la démocratie, Septembre 2012

[6] <http://www.fonda.asso.fr/>

[7] <https://pouvoiragir.files.wordpress.com/2011/04/pour-mieux-vivre-ensemble-le-pouvoir-dagir-des-citoyens-mai-20111.pdf>

[8] Valérie Peugeot « brève histoire de l'empowerment : à la reconquête du sens politique (internetactu.net)

[9] Bacqué M.-H., Biewener C., « L'empowerment, une pratique émancipatrice », La Découverte, Politique et sociétés, 2013, p. 15-16.

[10] Dardot P. et Laval C., cité par Bacqué M.- H., Biewener C., 2013, p. 17.

[11] Bacqué M.-H., Biewener C., « L'empowerment, une pratique émancipatrice », La Découverte, Politique et sociétés, 2013, p. 17.

[12] Honorez Y., 2002, p.2. et Spreitzer G. M, in Burel E., 2014, p.1.

[13] European Social Network « santé mentale et bien-être en Europe » www.esn-eu.org/userfiles/.../2011

[14] Grammenos S. Fondation européenne pour l'amélioration des conditions de vie et de travail (2003), *Illness, disability and social inclusion*, Luxembourg :

Communautés européennes

<http://www.eurofound.eu.int/publications/EF0335.htm>.

[15] Sayce L. et Curran C. (2007) Tackling social exclusion across Europe dans Mental health policy and practice across Europe, Open University Press, Organisation mondiale de la santé, pour le compte de l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé.16

[16] Mot d'ordre de la DPI (Disable Persons International) : « nothing about us without us », 1990 Zentfort

[17] *Le Cercle Psy* hors-série n° 3, « La parole aux patients ! », 2012

[18] CCOMS, Développement francophone de la classification des troubles mentaux et du comportement dans la Classification Internationale des Maladies, 11e révision (CIM-11)

[19] JF Pelletier, Contribution d'usagers de services de santé mentale québécois et français à la révision de la Classification internationale des maladies - Facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé mentale (2014)

[20] The Applicability of Housing First Models to Homeless Persons with Serious Mental Illness (U.S. Department of Housing and Urban Development Office of Policy Development and Research), 2007 ; JACOB RASCON, « Utah's Strategy for the Homeless: Give Them Homes » , 2015

[21] Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011 – 2015 ; *www.gouvernement.fr* , avril 2016

[22] JL Roelandt, Bérénice Staedel, CCOMS, Programme Médiateurs de santé pairs, rapport final de l'expérimentation 2010-2014

[23] E. Jouet, Le savoir experientiel dans le champ de la santé mentale : projet Emilia, (Empowerment of Mental Health Service Users through Life Long Learning, Integration and Action (Autonomisation des usagers des services de santé mentale par l'accès à la formation tout au long de la vie et l'intégration active), 2009.

[24] *www.revfrance.org*

[25] Bossé PL, Morin P, Farrese A, Carrier S, Garon S et Lambert A, « le projet baromètre, un outil numérique québécois au service de la personnalisation en santé et services sociaux », 2016

[26] kit pédagogique sur les droits des usagers en psychiatrie, Psycom-Valomeris, www.psycom.org

[27] Enquête loi du 5 juillet 2011, qu'en pensent les usagers CH Gérard-Marchant

[28] Ryan, P ; Ramon, S ; Greacen, T « Empowerment : Key concepts and Evidence Base », 2016

VII. ANNEXES

A. Recommandations en faveur de l'empowerment des usagers et des aidants en santé mentale (CCOMS 2014)

Défenses des droits fondamentaux

1. Assurer la protection des droits fondamentaux dans les établissements de soin et d'insertion
2. Garantir l'autodétermination et la capacité juridique des usagers et des aidants
3. Défendre la pleine citoyenneté des usagers et des aidants
4. Donner les moyens de faire appel aux professionnels de sons et d'insertion de leur choix
5. Répertorier, en vue de restreindre, les pratiques de contention et d'isolement
6. Evaluer, en vue de limiter, les pratiques de soins sous contrainte
7. Développer des soins au plus près des lieux de vie des personnes et favoriser des alternatives à l'hospitalisation
8. Favoriser une assistance légale et juridique aux usagers et aux aidants, y compris aux personnes incarcérées
9. Garantir l'accès aux soins de santé mentale en prison

Participation à l'organisation et à l'évaluation des soins

10. Instituer la partie effective des usagers et aidants à tous les niveaux en garantissant les conditions de son application

11. Évaluer la qualité des soins, les organisations des services et la sécurité des patients selon des outils élaborés en commun avec les usagers et aidants
12. Intégrer des interventions d'usagers et d'aidants dans les modules de formation initiale et continue des professionnels du champ de la santé mentale et de la recherche
13. Favoriser la concertation des actions de prévention à l'échelle des territoires locaux avec les usagers, aidants, professionnels, travailleurs sociaux, élus ainsi que la société civile
14. Donner une place aux associations d'usagers et aidants dans les services de santé mentale
15. Développer les réseaux et les groupes d'entraide mutuelle

Information et communication

16. Rendre disponible une information en santé mentale adaptée en utilisant différents supports : écrits, images, film, réseaux sociaux, blog...
17. Rendre accessible les conventions et les traités internationaux concernant les droits humains appliqués aux usagers de la santé mentale
18. Rendre accessible les données sur le réalité de l'offre et des besoins en soin en santé mentale sur un territoire
19. Créer un observatoire de l'empowerment des usagers et des aidants, comprenant une banque de données internationale d'outils d'évaluation
20. Créer des cellules de veille sur le traitement de l'information en santé mentale dans les médias et favoriser la réponse des usagers et aidants
21. Reconnaître et promouvoir auprès des citoyens et des professionnels de santé le savoir expérientiel des usagers et des aidants

B. Projet d'établissement 2012-2017 (président de CME = Dr JL Roelandt)

Il se décline en 5 chapitres composés de différents projets basés sur les 7 axes du projet médical en adéquation avec le Programme Régional de Santé Mentale.

> **La proximité**

- Développement des Conseils Locaux de Santé mentale,
- Affectation de 60 % des ressources humaines sur l'ambulatoire à temps plein,

- Liens constants avec les médecins généralistes et libéraux,
- Hospitalisation modernisée et située à proximité des populations desservies,

➤ **L'accès aux soins**

- Accueil en CMP : réponse rapide et sans délai,
- Permanence téléphonique 24h/24,
- Réponse à l'urgence grâce au développement des équipes mobiles de Soins Intensifs en lien avec les services d'urgence des hôpitaux,
- Développement des techniques de soins, des psychothérapies, amélioration de la prise en charge des addictions, consultations éducatives ...
- Populations spécifiques : Amélioration de la prise en charge par la création de dispositifs spécifiques (sujets âgés, adolescents, périnatalité-parentalité, Permanence d'Accès aux Soins de Santé pour les personnes en situation de précarité).
- Modernisation des Unités d'Hospitalisation Temps Plein

➤ **La réinsertion**

- Création d'équipes mobiles de réhabilitation psycho-sociale afin de suivre les personnes dans la cité au long cours,
- Accès au logement : développement de l'accès au logement dans le cadre des conseils locaux de Santé Mentale (logements associatifs, communautaires et programme « un chez soi d'abord »),
- Création de maisons communautaires pour personnes en attente de structures médico-sociales.

➤ **La prévention**

- Lutte contre la stigmatisation et participation à la Semaine d'Information en Santé Mentale,
- Prévention de la violence par la formation,
- Actions visant la promotion de la bientraitance,
- Diminution de la part des soins sans consentement en faveur des soins libres
- Développement des Conseils Locaux de Santé mentale favorisant les actions dans la cité avec les partenaires, permettant l'accès aux soins et l'inclusion sociale.

➤ **La place privilégiée de l'utilisateur**

- Autonomisation et place privilégiée de l'utilisateur : « Rien à propos de nous sans nous », selon la Fédération Nationale des Associations d'utilisateurs en PSYchiatry (FNAPSY)
- Prise de parole favorisée des utilisateurs et des aidants,
- Participation aux conseils de pôles, aux conseils locaux de santé mentale, et à la démarche qualité,
- Aide au développement des Groupes d'Entraide Mutuelle.

➤ **La politique qualité**

- Qualité et sécurité des soins par le développement des démarches ISO, Evaluation des Pratiques Professionnelles, Guides de Bonnes Pratiques, assurée et suivie par les différentes sous-commissions de la CME : CLIN-EOH, CLUD, CLAN, COMEDIMS, Comité EPP, Comité d'Ethique, ...
- Mise en œuvre d'une unité transversale d'Education Thérapeutique,
- Qualité de vie au travail (partenariats, concertations internes, projets architecturaux).
- Engagement Hôpital numérique

➤ La recherche et la formation

- Politique ambitieuse de recherche en Santé Mentale multi partenariale (GCS de recherche et de formation en santé mentale avec 15 autres EPSM et hôpitaux, Siège du Centre Collaborateur pour la recherche et la formation en santé mentale de l'OMS, participation active à la F2RSM.)
- Formation des professionnels intégrant les associations d'usagers et des familles
- Formation à l'évaluation du risque suicidaire et à l'éducation thérapeutique.
- Poursuite du projet de consolidation des savoirs des nouveaux professionnels
- Développement du Campus Formation

C. La charte du Rétablissement du pôle 59G21

Afin d'aider au rétablissement de chacun, les professionnels du pôle de santé mentale des villes de Faches Thumesnil, Ronchin, Lesquin, Hellemmes, Mons-en-Baroeul, Lezennes s'engages à :

Adopter une attitude et un discours positifs tournés vers l'espoir,

Proposer un accueil et un accompagnement qui ne se réduit pas à une identité de « malade » pour limiter l'exclusion liées aux difficultés rencontrées par la personne (stigmatisation),

Favoriser l'autonomie en rendant l'utilisateur acteur de sa prise en charge en développant l'information sur la santé et l'éducation thérapeutique,

Faciliter l'inclusion sociale par les actions de pôle dans la Cité en lien avec l'association intercommunale santé, santé mentale et citoyenneté,

Proposer des soins diversifiés et être à l'écoute des choix de chacun concernant les modes de prise en charge, les thérapies et les professionnels,

Mettre à disposition des usagers des équipes pluridisciplinaires, disponibles, mobiles, réactives et coordonnées,

Favoriser l'autodétermination des usagers en proposant l'élaboration de plans d'actions contribuant au maintien du bien-être et à la gestion de crise,

Mettre en valeur les compétences et capacités des personnes vivant avec un trouble psychique en encourageant :

- la formation des professionnels par des experts d'expériences,
- l'intégration de médiateurs de santé pair aux équipes
- la participation des usagers par le biais d'espaces participatifs et par l'intégration aux instances du pôle de porte-paroles élus par les usagers

Promouvoir l'entraide à travers la promotion des associations d'usagers,

Toujours faire de l'information sur la santé mentale avec des experts d'expérience