

# Actualités et perspectives en psychiatrie

Les soins et l'accompagnement des personnes atteintes de troubles mentaux sont en constante évolution, avec comme perspective une réelle coordination des acteurs et un soutien à l'insertion professionnelle et sociale.

## Pratiques d'accompagnement vers l'emploi et *empowerment* des personnes en situation de handicap psychique

La recherche scientifique ne manifeste pas mieux sa pertinence, son utilité sociale et son pouvoir de vérité, que lorsque ses résultats surprennent et viennent infirmer, ou remettre en cause, des thèses et des pratiques dominantes jusque-là tenues pour allant de soi, qui s'avèrent en fait non optimales et liées à des préjugés. C'est ce qui se produit aujourd'hui dans le champ des pratiques de soutien à l'insertion professionnelle des personnes aux prises avec des troubles mentaux.

### Deux modèles d'accompagnement vers et dans l'emploi pour les personnes en situation de handicap psychique

L'insertion professionnelle de ce public fait, depuis quelques années, l'objet d'un nombre considérable de travaux de recherche, principalement dans le monde anglo-saxon ; en témoignent de très nombreuses publications, et maintenant des ouvrages de synthèse [14]. Parmi les résultats les plus saillants, un des plus connus concerne les pratiques d'accompagnement vers l'emploi, dont le modèle, dit de « soutien à l'emploi » (« *supported*

*employment* »), se distingue par la supériorité de son efficacité : la grande majorité des études comparatives (randomisées contrôlées) lui reconnaissent un taux d'insertion en milieu ordinaire de travail au moins deux fois supérieur à celui obtenu par les pratiques traditionnelles d'aide à la réinsertion pour ce public. Le programme IPS (*Individual Placement and Support*) « d'intégration dans l'emploi avec accompagnement individualisé », une des façons réputées les plus efficaces de mettre en œuvre cette pratique, est spécifié par sept principes, cités dans ce dossier par T. Greacen et E. Jouet. Plusieurs méta-analyses relèvent pour la méthode IPS un taux d'insertion en milieu ordinaire d'environ 60 % à l'issue d'un suivi de 18 mois en moyenne (allant de 6 à 30 mois), alors qu'il n'est que de 24 % avec les autres méthodes d'accompagnement vers l'emploi [6].

Cette pratique performante s'oppose par divers aspects aux pratiques traditionnelles de réinsertion. Alors que ces dernières reposent sur la progressivité et le réentraînement préalable à l'insertion en milieu de travail ordinaire, et respectent le principe, qui semble de bon sens, du « *Train and place* » (entraîner ou former puis

### Bernard Pachoud

Psychiatre, professeur de psychopathologie, CRPMS – Université Paris Diderot, Sorbonne Paris Cité

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

réinsérer), l'approche alternative revendique et opère le renversement de ce principe, qui devient « *Place and train* » : insérer d'abord, puis former et soutenir dans le cadre de l'activité de travail. Il s'agit donc d'insérer au plus vite les personnes en milieu ordinaire de travail, sans étapes préparatoires qui tendent à différer indéfiniment le retour à l'emploi réel, mais d'assurer ensuite, sur le long terme, un réel soutien dans l'activité de travail. Une même personne, qualifiée de « *job coach* » ou au Québec de « conseiller en emploi spécialisé », assume les différentes tâches que sont l'aide à la recherche et à l'obtention d'un emploi, le soutien à la prise de poste puis tout au long de l'activité de travail.

Nous ne reprendrons pas ici une présentation détaillée de ce type de pratique – nous renvoyons pour cela à une documentation facilement accessible [41, 56] –, mais nous mettrons l'accent et nous nous interrogerons sur les ressorts de son efficacité et sur les principales divergences avec l'approche traditionnelle. Ces résultats viennent en effet heurter et remettre en cause nos pratiques dominantes, nos habitudes, et par conséquent les croyances (ou préjugés ?) qui les fondent. En voici trois illustrations.

● Il serait donc possible d'insérer en milieu ordinaire environ 60 % des personnes vivant avec des troubles psychiques, à la limite quelle qu'en soit la sévérité (en vertu du principe d'absence de sélection clinique, propre au modèle IPS). Certes, on peut discuter ces données de recherche, s'interroger sur la durée des insertions réalisées, sur d'éventuels modes de sélection cachés (via les procédures de recrutement, les abandons). Mais le scepticisme couramment exprimé face à ces résultats ne relève pas de la seule et légitime critique scientifique : il trahit également la croyance dominante que cette intégration en milieu ordinaire de travail n'est que rarement possible pour ces personnes, et peut-être même pas souhaitable. Cette conviction, si on admet ces résultats de recherche, s'avère un préjugé, qui en effet influe sur nos pratiques. Il est d'ailleurs notable – et problématique – que nous ne disposons pas en France de statistiques publiées sur les taux d'intégration en milieu ordinaire de travail de ces personnes, ni d'ailleurs d'étude publiée sur l'efficacité de nos pratiques dans ce domaine. Dans l'accompagnement en milieu protégé par exemple, l'accès au milieu ordinaire de travail est rarement retenu comme un objectif priorisé, à l'exception de quelques établissements, tels ceux de Messidor<sup>1</sup>, qui revendiquent et se donnent les moyens de cet objectif. Cette association est par ailleurs à ce jour, à notre connaissance, la seule à avoir débuté une expérimentation de « soutien à l'emploi ». Elle obtient, avec un an de recul, des résultats comparables à ceux obtenus dans les études citées.

1. Créée en 1975, l'association Messidor, principalement implantée en région Rhône-Alpes, propose aux personnes en situation de handicap psychique des parcours de transition, passant par un emploi dans leurs établissements de travail protégé, mais en vue d'une réinsertion en milieu ordinaire de travail après quelques années.

● Second résultat notable de ces travaux : ce ne sont pas, comme on pourrait s'y attendre, les propriétés des personnes en situation de handicap (leurs ressources et leurs limitations) qui s'avèrent déterminantes pour le succès de l'insertion professionnelle, mais le mode d'accompagnement et la politique mise en œuvre pour l'inclusion dans le monde du travail de ces personnes.

● Enfin, au sein même des programmes de « soutien à l'emploi », le taux d'insertion en milieu ordinaire, s'il atteint en moyenne 60 % dans les méta-analyses, varie en réalité considérablement (de 27 % à 78 %) selon les contextes et modes de mise en œuvre de ce type de pratique. Dans une recherche comparant 23 programmes de mise en œuvre du « soutien à l'emploi » à travers l'ensemble du Canada, Corbière et ses collaborateurs [15], montrent que ces variations de résultats dépendent essentiellement de la qualité de l'accompagnement, et plus spécifiquement de certaines compétences et attitudes des « *job coach* » ou conseillers en emploi spécialisés.

Ainsi apparaît-il que le mode et la qualité de l'accompagnement sont un des principaux déterminants de l'insertion en milieu de travail ordinaire de ce public. Cela signifie aussi, lorsque les taux d'insertion sont faibles – comme c'est encore majoritairement le cas en France – que nos pratiques actuelles d'aide à la réinsertion sont un des principaux obstacles au retour à l'emploi de ce public (puisque le taux de succès pourrait être au moins doublé en adoptant le nouveau modèle d'accompagnement).

### Identifier les réelles divergences entre les pratiques traditionnelles et le modèle du soutien à l'emploi : les enjeux de l'empowerment

En France, à ce jour, les pratiques médico-sociales en vue de l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap psychique relèvent presque toutes de ce que nous avons qualifié de modèle traditionnel : d'une part des services qui offrent du travail en milieu protégé (en ESAT<sup>2</sup>) ; d'autre part des pratiques de réadaptation au travail dans le cadre d'ateliers thérapeutiques ou de formations ; enfin des pratiques d'évaluation puis de préparation et d'accompagnement vers l'emploi, principalement dans le cadre des « prestations ponctuelles spécifiques » (PPS), financées par l'Association de gestion du fonds pour l'insertion des personnes handicapées (Agefiph)<sup>3</sup>. La France reste d'ailleurs un des rares pays européens à ne pas avoir encore entrepris la mise en œuvre du modèle alternatif du « soutien à l'emploi », à l'exception de l'expérimentation

2. Établissement et service d'aide par le travail (ESAT).

3. Organisme paritaire institué par la loi du 10 juillet 1987 pour favoriser l'insertion professionnelle et le maintien dans l'emploi des personnes handicapées dans les entreprises du secteur privé. Dans le cadre d'une convention signée avec l'État, l'Agefiph gère les contributions financières versées par les entreprises privées de 20 salariés et plus soumises à l'obligation d'emploi des personnes handicapées.

Remerciements à Catherine des Moutis pour ses commentaires et sa relecture de ce texte.

Cette recherche a bénéficié de l'aide conjointe de la Mission recherche de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (MiRE-DREES), de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) dans le cadre de l'appel à recherche lancé par l'Iresp en 2011.

débutante de Messidor. On ne peut dès lors manquer de s'interroger sur les obstacles ou les résistances à cette pratique nouvelle, ainsi que sur la possibilité d'une transition des pratiques traditionnelles vers le modèle du « soutien à l'emploi ». Il nous faut pour cela examiner plus précisément l'écart entre ces pratiques, ce qui fondamentalement les distingue.

Il ne s'agit pas d'une simple différence de stratégie d'accompagnement vers l'emploi, portant sur la place et le rôle de l'évaluation. Certes le modèle traditionnel met l'accent sur une évaluation préalable, sensée guider une stratégie progressive de réadaptation au travail, et préparer au retour à l'emploi, alors que le modèle du « soutien à l'emploi » renonce par principe à ces préalables, pour privilégier un accompagnement en situation de travail effectif. On pourrait cependant objecter que la différence n'est pas si grande qu'il y paraît, et qu'il existe bien aussi dans le nouveau modèle, de « soutien à l'emploi », une évaluation, mais qui au lieu d'être préalable se déroule en situation de travail, dans la durée et tout au long du parcours.

La différence en revanche certainement plus radicale entre ces deux modèles est visible dans l'organisation de l'accompagnement. C'est sans doute là que s'ancrent les freins à une évolution de nos pratiques, en France plus particulièrement, car les questions d'organisation ouvrent à des questions administratives et de politique médico-sociale. C'est donc ce point que nous allons détailler.

Le modèle traditionnel de la réadaptation progressive implique l'intervention d'une pluralité d'intervenants, exerçant des fonctions d'expert pour l'évaluation, puis dans les pratiques de réentraînement ou de remédiation. Cette division du travail implique une organisation hiérarchique, pour assurer la coordination de ces intervenants et superviser l'organisation complexe de cette prise en charge. Ces contraintes de coordination sont particulièrement élevées pour les parcours dont l'accompagnement est assuré dans le cadre des « prestations ponctuelles spécifiques » (PPS), financées par l'Agefiph, avec un partage des tâches entre les chargés d'insertion des CAP-emploi et les intervenants des prestations d'appui, devant assurer ce rôle d'évaluation puis de préparation au retour à l'emploi.

À l'opposé, dans le modèle alternatif du « soutien à l'emploi », l'accompagnement repose sur un seul intervenant, qu'on l'appelle « *job coach* » ou « conseiller en emploi spécialisé », qui intervient depuis la demande initiale d'aide à la réinsertion, jusqu'à la situation d'emploi durant laquelle il poursuit son soutien, de façon en principe pérenne. Ce que cet intervenant unique, issu du monde du travail plutôt que de celui des soins, perd en expertise (en matière d'évaluation clinique ou cognitive), il le gagne dans la continuité du suivi, la proximité de la relation d'aide, et surtout dans l'autonomie et le pouvoir d'initiative dont il jouit pour ajuster ses interventions en fonction des besoins propres aux différentes étapes du parcours et à la singularité des personnes et de leurs

problématiques. Ce type de pratique ne requiert pas de hiérarchie pyramidale pour assurer la coordination, définir des protocoles de prise en charge, mettre en place des modules de formation ou de remédiation, constituer puis coordonner les groupes susceptibles de bénéficier de ces formations. Le *job coach* est non seulement affranchi de ces contraintes de coordination, mais il est appelé à jouer en réalité lui-même un rôle pivot de coordinateur entre le travailleur accompagné, l'entreprise, l'équipe soignante et les intervenants sociaux. Cette différence d'organisation, et plus profondément de conception et de politique de l'accompagnement, est bien synthétisée par la notion d'*empowerment*.

Par cette notion, issue du lexique politique des minorités américaines luttant pour leurs droits civiques, reprise par les modèles économiques et politiques du développement et de la lutte contre la pauvreté, on insiste sur la priorité de restaurer le pouvoir de décider et d'agir de ceux que l'on souhaite aider. Nombre d'auteurs ont fait observer que cet *empowerment* des bénéficiaires suppose que ceux qui les accompagnent jouissent eux-mêmes de cette liberté d'initiative, de cette latitude d'action.


Promouvoir l'*empowerment* implique donc un changement des rapports de pouvoir non seulement dans la relation d'accompagnement, mais aussi dans les structures qui mettent en place cet accompagnement : avec un management participatif, des hiérarchies courtes, la participation de bénéficiaires ou d'anciens bénéficiaires aux instances de décision des structures de soutien. À l'inverse, l'intervention d'experts a pour inconvénient de maintenir une relation asymétrique d'assistance, avec le risque de renforcer une posture passive des bénéficiaires. Enfin les structures hiérarchisées, avec de fortes contraintes organisationnelles, comme c'est le cas des structures proposant les « prestations ponctuelles spécifiques », ne peuvent que planifier de façon *top-down* des modes d'accompagnement, et finalement aussi les parcours des bénéficiaires, avec des protocoles qui par principe entrent en contradiction avec les exigences d'autonomie, d'initiative, d'inventivité, bref d'*empowerment* des accompagnants. Ces exigences recoupent d'ailleurs les qualités des professionnels identifiées par la recherche comme les vecteurs de leur efficacité [15].

Il apparaît enfin nettement que ce mode d'accompagnement individualisé vers l'emploi est d'abord inspiré par des valeurs, explicitement revendiquées par exemple par l'association européenne du « soutien à l'emploi » (EUSE). Or ces valeurs, loin d'entrer en tension avec le souci d'efficacité, s'avèrent au contraire un des principaux ressorts de cette efficacité.

« *L'emploi assisté est indissociable des concepts de responsabilisation, d'inclusion sociale, de dignité et de respect de la personne. Dans le cadre de l'emploi assisté, ces concepts peuvent être plus longuement définis par les valeurs et principes suivants : la personnalisation [au sens du respect des attentes et intérêts singuliers de la*

personne], le respect, l'autodétermination [dans l'élaboration du projet professionnel], l'information sur les choix possibles [choix qu'il appartient à la personne de faire en étant informée au mieux de leurs conséquences], la responsabilisation, la confidentialité, la flexibilité [pour s'adapter aux besoins singuliers des personnes], l'accessibilité [quel que soit le handicap]»<sup>4</sup>.

Si, comme nous venons de nous attacher à le montrer, la notion d'empowerment signifie tout à la fois l'em-

powerment des personnes accompagnées et de celles qui sont impliquées dans leur accompagnement, voilà qui invite à une réflexion politique et éthique en profondeur sur les modes d'organisation qui structurent et façonnent nos pratiques. 

4. Union européenne de l'emploi assisté. Brochure d'information et normes de qualité. <http://www.euse.org/resources/publications/EUSE%20Information%20Brochure%20-%20French.pdf>

# Vers une vraie politique d'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique

**Tim Greacen**  
**Emmanuelle Jouet**  
Laboratoire  
de recherche,  
Établissement public  
de santé Maison  
Blanche

Les références entre  
crochets renvoient à la  
Bibliographie générale  
p. 64.

Le terme *inclusion sociale* est né des politiques européennes de lutte contre l'*exclusion sociale* au début de ce nouveau siècle. La Commission européenne, en définissant le terme, souligne la participation citoyenne : « Lorsque les individus sont en mesure de participer pleinement à la vie économique, sociale et civile, lorsqu'ils disposent d'un accès suffisant aux revenus et à d'autres ressources (d'ordre personnel, familial, social et culturel) pour pouvoir bénéficier d'un niveau et d'une qualité de vie considérés comme acceptables par la société à laquelle ils appartiennent, et lorsqu'ils jouissent pleinement de leurs droits fondamentaux » [12].

Un aspect clef du concept d'inclusion sociale concerne les adaptations que la société doit faire pour intégrer les personnes exclues. Ce n'est pas au seul individu de se réhabiliter, de s'intégrer : la collectivité doit elle aussi s'adapter pour intégrer de manière active l'individu en question [29]. Ainsi, si la lutte contre l'exclusion sociale comprend la question cruciale de l'accès des personnes vivant avec un trouble de santé mentale aux minima sociaux, au logement, à la nourriture, à l'emploi, l'inclusion sociale vise surtout l'ouverture de la société elle-même à la participation de ces personnes dans toute leur diversité. Il s'agit de créer ou de faciliter l'accès aux droits, aux services publics, de les encourager à participer à la vie de la collectivité comme citoyen à plein titre, comme travailleur, résident, étudiant, formateur, entrepreneur, parent, élu. La personne vivant avec un problème de santé mentale a droit aux mêmes opportunités que tout un chacun en termes de logement, de travail, de formation, d'activités récréatives et culturelles. Elle doit être acceptée et accueillie par la société telle qu'elle est – sans obligation d'être guérie, stabilisée,

sans devoir se conformer à certaines normes sociales, sanitaires, psychiques ou physiques. L'analogie de la personne handicapée physique est parlante : il ne suffit pas de lui donner un fauteuil roulant et de lui apprendre comment l'utiliser. Il faut aussi réaménager les trottoirs, les ascenseurs, le transport public, les lieux de travail, les mentalités pour permettre à la personne de se déplacer pour pouvoir participer pleinement.

En matière de handicap psychique, on ne peut que constater les difficultés de nos sociétés contemporaines à généraliser leur politique d'inclusion sociale des personnes handicapées à la personne vivant avec un trouble psychique. Ce phénomène est particulièrement notable en matière d'accès à l'emploi : les personnes vivant avec un trouble psychique ont un taux d'emploi parmi les moins élevés de tous les différents groupes de personnes handicapées [9]. De même, en matière de logement, on constate que l'accès à un logement indépendant et autonome, un « chez soi », relève pour cette population d'un parcours du combattant bien au-delà des compétences ou du pouvoir social de la plupart des individus en question.

### Le travail comme facteur d'inclusion sociale

La législation concernant l'inclusion sociale s'est développée au cours des dernières années tant au niveau national qu'au niveau européen. Le droit au travail, inscrit dans la *Déclaration universelle des droits de l'homme* (1948), a été renforcé pour les personnes vivant avec un trouble psychique dans la législation française sur le handicap avec la loi *Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées* de 2005. L'emploi présente de nombreux

avantages pour la personne handicapée psychique. En plus de l'indépendance financière et sociale, il augmente l'estime de soi. L'emploi renforce également la position sociale de l'individu et le sentiment de sa propre identité au sein de la collectivité, la société définissant l'individu en partie par le travail qu'il fait [49]. En outre, aller au travail, respecter des horaires, travailler en équipe introduisent une régularité dans les relations sociales et même des activités pratiques de la vie de tous les jours telles que, par exemple, la prise des médicaments ou l'alimentation saine. Du point de vue de la collectivité, la formation de l'équipe de travail sur la promotion de la santé mentale et le contact quotidien avec un collègue vivant avec un trouble psychique contribuent à la déstigmatisation de la maladie mentale. De plus, la société en son entier bénéficie de la contribution de la personne handicapée en termes du travail, ainsi que de la réduction voire l'élimination des aides que l'État lui verse.

Cependant, les employeurs restent souvent frileux quant au déploiement d'une politique d'embauche active de salariés vivant un trouble psychique. On peut cependant citer une approche qui donne des résultats positifs et qui a été adoptée dans de nombreux pays : le placement en emploi avec accompagnement individualisé (*Integrated Placement and Support, IPS*) [56]. Les résultats de l'IPS en termes d'accès à l'emploi et de maintien dans l'emploi seraient nettement supérieurs à ceux des dispositifs traditionnels de retour à l'emploi, y compris par le chemin de la réhabilitation progressive qui fait passer l'individu par le réapprentissage des compétences psychosociales, l'emploi protégé dans un Établissement et service d'aide par le travail (ESAT), avant de déboucher sur un emploi en milieu ordinaire. Les défenseurs de l'IPS identifient sept principes majeurs pour réussir un programme d'accès à l'emploi : viser d'emblée l'emploi en milieu ordinaire, n'exclure aucun candidat, placement et soutien rapides, accompagnement individualisé, accès au long terme à l'expertise IPS pour l'usager comme pour l'employeur, coordination avec les structures de soins, et conseils relatifs aux allocations sociales. Ainsi, l'approche visée consiste à proposer un emploi à une personne sans entraînement ou réhabilitation préalable, avec un accompagnement (*job coach*) et une formation sur son poste de travail et du conseil et du soutien pour l'employeur.

Une des autres options explorées depuis une dizaine d'années internationalement consiste à faire de l'expérience de la maladie psychique une compétence professionnelle en soi. Ainsi, les pairs-aidants et les *médiateurs de santé pairs* sont des exemples de nouvelles figures professionnelles qui valorisent leur savoir expérientiel auprès d'autres malades, en faisant partie intégrante d'équipes de professionnels dans les services sanitaires et sociaux. Ils peuvent également co-animer des formations à l'usage des professionnels de l'accompagnement médico-social ou de l'insertion. Dans un programme régional danois, *MB Projekt*, les

professionnels du sanitaire et du social qui ont cessé de travailler pour des raisons psychiatriques, bénéficient dorénavant d'une politique de retour à l'emploi. Leur réintégration à l'emploi s'appuie justement sur cette double expertise en tant que professionnel de santé mais aussi en tant que personne ayant une expérience d'usager. Dans de nombreux pays, les personnes vivant avec des troubles psychiques s'organisent pour se former et former leurs pairs afin de devenir des témoins de leur expérience, professionnalisant ainsi la figure d'un modèle de rôle qui montre comment l'on peut vivre une vie épanouissante dans la société. Ces personnes utilisent les savoirs issus de leur vécu avec la maladie pour investir les services psychiatriques, la société mais également l'université en devenant des usagers-chercheurs, orientant ainsi les programmes de recherche vers des objectifs définis pour et avec les malades. On peut citer dans ce sens le laboratoire de recherche *Service User Research Enterprise (SURE)* de l'Université King's College à Londres qui, depuis plus d'une dizaine d'années, développe des recherches construites à partir de la perspective des usagers-chercheurs. SURE implique des usagers dans l'ensemble du processus, depuis la formulation des questions de recherche jusqu'à la communication des résultats.

### **L'habitat comme déterminant de la santé mentale et de l'inclusion sociale**

En France, comme partout en Europe, l'accès au logement pour les personnes vivant avec un trouble psychique et la prise en compte de la santé mentale des résidents au niveau du quartier constituent un autre enjeu majeur de l'inclusion sociale. Des politiques de logement et d'inclusion sociale inadaptées amènent souvent de fait à l'exclusion de ces personnes de l'accès, par exemple, à un habitat à loyer réduit, voire à leur expulsion en raison de troubles du comportement. La formation et l'accompagnement des bailleurs sociaux en matière d'accompagnement des résidents en difficulté pour raison de trouble psychique mais aussi de promotion du bien-être et de la santé mentale de l'ensemble des résidents, qu'ils souffrent de troubles psychiques ou non, sont des enjeux majeurs. Le personnel de proximité doit être sensibilisé aux questions de santé mentale. Concernant les résidents ayant un trouble psychique, il doit comprendre les limites et les exigences de son rôle et ses responsabilités légales dans les différentes situations auxquelles il peut être confronté ; et il doit savoir engager et poursuivre un projet d'accompagnement qui va impliquer d'un côté les autres résidents du même complexe résidentiel et, de l'autre, tout un ensemble d'acteurs venant de domaines d'activité divers : travail social, médico-social, secteur psychiatrique, judiciaire.

Loger une personne vivant avec un trouble psychique nécessite de prendre en compte à la fois ce que veut dire « habiter » et ce que veut dire « vivre avec un trouble psychique ». Émerge ici la question délicate de comment bien vivre chez soi lorsque, par exemple, *j'entends des*

voix ou *je me sens persécuté par le voisin*. En outre, parmi ces personnes logées se trouveront des personnes qui n'ont pas les compétences pour formaliser leurs besoins et défendre leurs droits face aux autres acteurs qui les entourent. Le phénomène d'auto-stigmatisation des personnes vivant avec un trouble psychique constitue un frein supplémentaire à la prise de parole et la défense de leurs droits. Le personnel de proximité des bailleurs sociaux tels que les gardiens d'immeuble se trouvent donc souvent dans la situation de devoir défendre les intérêts et le point de vue de personnes qui n'ont pas forcément l'énergie ou les compétences pour ce faire. Maîtriser ces techniques de plaidoyer s'avère être une compétence essentielle.

Au Royaume-Uni, le récent plan national sur la santé mentale, *No Health Without Mental Health*, affirme la nécessité de former et d'informer les bailleurs sociaux et les propriétaires qui louent aux personnes présentant des troubles psychiques. En Irlande, le logement social a été identifié en 2009 comme un domaine prioritaire d'action dans le Plan national stratégique en matière de santé mentale. En France, le Grand Lyon a engagé une réflexion qui a vu l'émergence d'une démarche partenariale innovante réunissant tous les acteurs concernés : élus, professionnels de la psychiatrie, du social et du médico-social, bailleurs sociaux, associations de malades et de familles de malades. Cela a mené à la publication d'un guide et d'une formation qui ont pour objectif d'assurer une meilleure lisibilité des rôles et des compétences de chacun, en présentant les différents modes d'intervention et de prise en charge. De même, le Métropole Habitat Saint-Étienne a engagé depuis 2005 un partenariat avec le LIFT (Lieu d'insertion par la formation et le travail), visant (a) à former les agents des habitations à loyer modéré (HLM) avec une sensibilisation aux troubles de la santé mentale et l'acquisition de clefs de lecture pour identifier les personnes souffrant de troubles psychiques et (b) à créer un dispositif de médiation avec la psychiatrie publique, pour instaurer une nouvelle forme d'échanges entre les deux acteurs.

### Politiques d'inclusion au niveau local


De même, afin de redonner confiance aux individus dans la société qui les entoure et dans les services qu'elle peut leur apporter, il est crucial de construire des politiques de ville et de quartier qui prennent en compte les déterminants de la santé et de la santé mentale. Il s'agit alors de créer des conditions de vie et un environnement qui favorisent la santé mentale et permettent d'adopter et de conserver un mode de vie sain au sein d'une société qui s'adapte pour accueillir la diversité et qui lutte contre la stigmatisation et la discrimination.

Ainsi, le rôle des conseils locaux de santé mentale (CLSM) dans l'inclusion sociale des personnes vivant avec un trouble psychique est central. Les CLSM regroupent, autour d'un projet d'inclusion, les acteurs politiques, sani-

taires et sociaux – et bien sûr les personnes concernées – d'un même territoire. Leur objectif : construire une politique locale de santé mentale, adaptée aux besoins, aux projets et aux parcours de vie des personnes présentant des troubles psychiques au sein même de la ville. Les CLSM développent différents types d'actions : création de dispositifs d'accès au logement et de maintien dans le logement et à l'emploi, développement de formations croisées, recherche-actions, campagnes d'information et de communication, projets artistiques, culturels et sportifs intégrant la personne handicapée psychique à la vie des collectivités.

### L'inclusion sociale : changer le monde !

De l'articulation des notions d'*empowerment* et de rétablissement avec celle d'inclusion sociale naît un nouveau paradigme qui envisage l'usager de la psychiatrie comme moteur de sa propre vie, au sein d'une collectivité dans laquelle il est invité à participer comme citoyen à part entière et dont les services de santé mentale sont configurés de manière à soutenir et à accompagner cette autonomie en milieu ordinaire plutôt que de perpétuer son rôle traditionnel de « patient ».

Nous nous devons aujourd'hui d'aller au-delà des politiques sanitaires basées sur la réhabilitation psychosociale des personnes vivant avec un trouble psychique. Il ne suffit pas de donner les moyens aux personnes malades ou handicapées pour qu'elles s'adaptent ou s'intègrent, il faut aussi adapter la société afin qu'elle accueille ces personnes. Il ne suffit pas de « changer la personne », il faut aussi « changer le monde ». 

# Les prises en charge psychiatriques en ville : vers un dispositif de soins partagés ?

Les trajectoires professionnelles des médecins généralistes comme des psychiatres partagent l'évidence des profondes mutations de la pratique libérale. Les progrès de la médecine n'expliquent pas seuls ces changements, ancrés dans une évolution sociétale portée par le politique, imposant au médecin un renouvellement de sa pratique. Celle-ci, intégrant les progrès du savoir et de la technicité, n'est cependant pertinente qu'humaniste et relationnelle. Le couple médecin malade est-il encore le paradigme du soin, alors que dès la prise en charge en ville, y compris pour la psychiatrie, d'autres espaces que ceux de la relation duelle existent, comme les échanges collaboratifs et la dimension pluridisciplinaire ?

## L'évolution des cadres thérapeutiques

Les soins psychiatriques englobent la part de savoir, d'apprentissage, de technicité nécessaire à une pratique professionnelle. Toutefois, ils n'ont de sens que s'ils sont en mesure de s'adresser à un malade pris dans son unité telle que définie par la coexistence de la subjectivité et de l'objectivité [62]. De la même manière, la notion de soins psychiatriques de ville est liée à l'évolution du statut social du malade mental. L'histoire le voit quitter le monde de l'enfermement asilaire pour tendre vers une double reconnaissance, de son droit de cité et de sa maladie.

Les évolutions épidémiologiques, nosographiques, classificatrices portent aussi le risque de séparer la psychiatrie par territoire : la ville, l'asile, le secteur, l'hôpital, l'institution... Nous sommes loin de « Psychose, Névrose et Perversion » [23] qui définissant les grands fonctionnements psychopathologiques, scellait

les césures thérapeutiques en fonction des capacités du patient à demander des soins.

## Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, traite de la coordination des soins et instaure le médecin traitant. Sourd à cette évolution majeure, le plan « psychiatrie et santé mentale » de 2005, tout en soulignant les limites et insuffisances des centres médico-psychologiques (CMP), affirme que « le CMP constitue historiquement le pivot du dispositif de soins en psychiatrie... comme premier interlocuteur pour la population... ». Dans ce paradoxe, définissant l'ambulatoire à partir du CMP structure issue de l'hôpital, la psychiatrie de ville, si elle ne vivait sa pertinence dans son impact thérapeutique sur le quotidien pathologique de ses patients, aurait pu y lire sa disparition.

Une évolution de la psychiatrie en ville est nécessaire et réalisable. Le terme « ambulatoire » devrait d'ailleurs être préféré à celui « en ville », qui est le titre de la contribution demandée, car il concerne la prise en charge de l'ensemble des patients psychiatriques non hospitalisés, et n'oppose pas les secteurs public et privé.

## Une évolution nécessaire

Le médecin généraliste, confronté à la prévalence des troubles psychiatriques en soins primaires, se voit reprocher une surprescription de psychotropes et l'insuffisance du repérage des pathologies mentales. Parallèlement, sa responsabilité lui impose de ne pas sous-diagnostiquer les pathologies organiques, avec souvent une identification trop partielle des ressources psychiatriques à sa disposition.

**Maurice Bensoussan**  
Psychiatre libéral  
**Patricia Lefébure**  
Médecin généraliste libéral

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

## Le cloisonnement d'une psychiatrie de ville

Vu sur un forum de médecins libéraux il y a quelques semaines : « mon interne va faire sa thèse sur la collaboration médecins généralistes/psychiatres. Elle aimerait que vous remplissiez son questionnaire ». La première réponse a fusé quelques minutes plus tard : « pas la peine de regarder le questionnaire, il n'y a jamais de travail en commun avec les psychiatres. Jamais de courrier,

jamais de retour. Collaboration nulle ». Voilà, tout était dit.

Ce n'est qu'un ressenti. Mais hélas corroboré par les études faites notamment sur le territoire du Sud-Yvelines [71]. L'une auprès des généralistes en 2000, qui montrait que 80 % des adresses au psychiatre étaient sans retour d'information. L'autre auprès des CMP en 2008 (non publiée), qui montrait que sur les 161 patients vus

1 jour donné dans les 10 CMP, seuls 9 % avaient fait l'objet d'un courrier du psychiatre, et également 9 % d'un courrier du médecin traitant. Et seulement 3,7 % avaient bénéficié d'un échange ; les autres courriers étaient à sens unique. Plus les 82 % des dossiers dans lesquels on ne retrouvait donc aucune trace de communication dans un sens ou dans l'autre. 📧

Le médecin généraliste souffre de ne pas avoir un avis spécialisé sur un diagnostic, sur un traitement, sur l'indication d'une psychothérapie. Or le généraliste n'aime pas souffrir, il va avoir tendance à éluder les situations difficiles.

Le psychiatre de ville doit, lui, justifier de sa pratique, soit car elle serait réduite à la psychothérapie, soit car elle privilégie la chimiothérapie. Il se peut que la dimension intrinsèquement psychothérapeutique de l'exercice psychiatrique dérange au lieu d'inspirer le monde médico-administratif.

Il doit aussi se souvenir que ce sont les co-morbidités (cancers et maladies cardiovasculaires) qui réduisent l'espérance de vie de ses patients suivis au long cours. Co-morbidités dont la prévention passe par le généraliste.

### Cloisonnement et coordination des soins

Le leitmotiv actuel affirmant une raréfaction de l'offre de soins en opposant « villes » et « déserts », au moment où les médecins en exercice n'ont jamais été aussi nombreux, s'inscrit dans un cloisonnement des pratiques, un allongement des délais d'attente en psychiatrie, tant dans le secteur public que libéral. Les services d'urgence deviennent la porte d'entrée du soin psychiatrique, pour un patient souvent livré à lui-même dans son accès aux soins, au moment où la santé est régionalisée, découpée en territoires, articulée autour de l'inflation des réseaux de soins.

### Une évolution réalisable : deux exemples locaux de mise en place de dispositifs de soins partagés

#### L'expérience du Réseau Sud-Yvelines

Une expérimentation a été menée à partir de 2001 dans le Sud-Yvelines, et qui est maintenant considérée par les généralistes de ce territoire comme une organisation habituelle de soins psychiatriques. Il s'agit du Dispositif de soins partagés (DSP).

Partant du constat que les généralistes prennent en charge une grande majorité des patients souffrant de pathologies psychiatriques courantes, mais qu'ils sont parfois en difficulté, le service de psychiatrie de l'hôpital de Versailles a ouvert, dans le cadre d'un Réseau de soins, une consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint. Une deuxième consultation de ce type a ouvert ensuite dans un CMP.

Il s'agit d'une consultation d'évaluation et d'orientation, préparée par un infirmier psychiatrique qui reçoit la demande du patient, et qui appelle ensuite le médecin pour comprendre les attentes de chacun. Le psychiatre évalue le patient sur 3 à 4 consultations maximum, à l'issue desquelles il oriente si nécessaire vers un CMP, une psychothérapie en ville, un suivi psychiatrique libéral, ou un simple retour vers le médecin traitant. Dans tous les cas, celui-ci est associé au plan de soins et donne son avis. Il reçoit évidemment un compte rendu final.

Les avantages de ce dispositif sont nombreux :

- Le fait que le psychiatre ne prend pas en charge les patients au long cours permet de ne pas emboliser

cette consultation, et le délai de rendez-vous est de 1 à 3 semaines.

- Le médecin traitant est valorisé dans cette approche, et se sent plus compétent. Il n'a plus peur de rechercher une pathologie psychiatrique parce qu'il sait qu'il peut être aidé en cas de besoin.

- Au fil des contacts répétés avec les spécialistes, le généraliste améliore réellement ses compétences. On le constate sur le taux de réorientation dès l'entretien infirmier : il passe de 23 % à 5 % entre 2002 et 2011<sup>1</sup>, témoin que les recours se font à meilleur escient.

- Le patient peut avoir accès plus facilement à la psychiatrie, accompagné par son médecin traitant, sans être forcément « happé » par le système.

- Les psychiatres hospitaliers s'ouvrent sur les pathologies suivies essentiellement en ambulatoire et rencontrent des patients moins lourdement atteints. Ils ont ainsi une vision plus globale de leur spécialité.

Certains freins doivent cependant être notés :

- Le patient doit raconter son histoire à son médecin traitant, puis à l'infirmier psychiatrique, puis au psychiatre, puis à un autre professionnel s'il est réorienté à l'issue de l'évaluation. Cela peut paraître lourd, mais après dix ans d'existence du dispositif, aucune plainte de patient en ce sens n'est à recenser.

- Le temps de coordination est important. Il faut un infirmier qui réalise un premier entretien auprès du patient, puis appelle le médecin traitant, puis présente le dossier au psychiatre. Il faut que le généraliste écrive un courrier pertinent<sup>2</sup> : les bonnes questions s'il veut avoir les bonnes réponses. Il faut que le psychiatre réponde.

- Ce type de dispositif nécessite un véritable changement dans les pratiques hospitalières. Le psychiatre doit apporter une réponse en quelques consultations. Il doit accepter de laisser d'autres professionnels prendre en charge le patient. Il doit s'adapter au langage des généralistes.

### L'exemple de Toulouse : innovation thérapeutique et résistance au changement

L'agglomération toulousaine dispose non seulement des moyens d'hospitalisation du secteur psychiatrique, de l'hôpital universitaire (CHU), mais aussi d'une forte offre de soins privée avec plus de 1 000 lits d'hospitalisation. Ces établissements s'articulent étroitement avec la médecine de ville, les psychiatres libéraux mais aussi les généralistes. En dépit de ces possibilités, mobiliser des capacités d'hospitalisation sans délai et sans programmation s'avérait difficile.

Ce constat consensuel des années 90, précédant l'explosion de l'usine AZF et de l'hôpital psychiatrique situé à proximité, conduit des psychiatres travaillant dans une clinique privée, aux urgences psychiatriques

1. Bilans d'activité RPSM 2003 et 2011.

2. [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique?xtmc=&xtrc=1](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1050358/fr/les-courriers-echanges-entre-medecins-generalistes-et-psychiatres-lors-d-une-demande-de-premiere-consultation-par-le-medecin-generaliste-pour-un-patient-adulte-presentant-un-trouble-mental-avere-ou-une-souffrance-psychique?xtmc=&xtrc=1)



et au CHU à s'engager dans une pratique d'admissions non programmées. Soutenues par leurs établissements respectifs, plusieurs conventions sont élaborées dont la chronologie laisse deviner le long et sinueux chemin parcouru. La première en 2003 concerne la clinique privée et l'hôpital psychiatrique, la seconde en 2004 les praticiens du CHU et de la clinique privée, en 2006 ce sont ces deux établissements par leurs directeurs généraux qui signent une convention, avant qu'en 2010 l'agence régionale de l'hospitalisation (devenue ARS) alloue enfin des moyens spécifiques pour cette organisation.

Ce partenariat public-privé permet aux urgences du CHU d'orienter, sans délai et sans sélection de pathologies, dans une clinique privée de moins de 120 places plus de patients que dans l'ensemble du dispositif d'hospitalisation du secteur psychiatrique de la ville. Cet établissement, de surcroît orienté vers une pratique de la pédopsychiatrie, met aussi à disposition des urgences, des lits d'aval pour des mineurs de plus de 16 ans en structurant un projet médical spécifique à cette tranche d'âge, problématique, de par sa dimension, charnière.

La synergie médico-administrative nécessaire pour porter de telles innovations va se perdre dans le double mouvement de la création des agences régionales de santé (ARS) et du changement d'actionnaire de la clinique. Ces moments de désorganisation-réorganisation permettent une alliance paradoxale portée par l'objectif commun de cliver missions de service public et prestations lucratives. Des logiques opposées s'accordent : du côté de la tutelle, le culte de l'immobilisme où après avoir prêté serment, certains s'affranchissent de toute objectivité ou recherche de preuves, et du côté de l'actionnaire, l'optimisation lucrative. La séparation est aboutie entre un service public en mal d'adaptation, en quête de moyens, et une hospitalisation privée, qui avec des ressources quatre à cinq fois moindres fait encore des bénéfices. Qui a intérêt à promouvoir un modèle de santé s'inspirant de ce que les fast-foods sont à la restauration ou les meubles en kit à l'ébénisterie ?

### Pérenniser les améliorations organisationnelles

Pour améliorer l'accès et le parcours de soins en psychiatrie tant en hospitalisation qu'en ambulatoire, l'Union régionale des professionnels de santé de Midi-Pyrénées et le CHU gérant en particulier les urgences et la psychiatrie décident de promouvoir une organisation de soins partagés telle que décrite précédemment dans l'exemple du réseau Sud-Yvelines. Prenant modèle de dispositifs existants en Ile-de-France, cette organisation part de la demande de soins, qu'elle émane du médecin traitant, du patient, d'un tiers... pour organiser sa régulation et orienter le patient ou le praticien vers le professionnel ou le dispositif de soins le plus pertinent. Chacun de ses membres est impliqué, le médecin traitant, le généraliste membre du réseau, le psychiatre ou tout autre professionnel de santé grâce à l'organisation d'un partage d'information entre professionnels sur le modèle de la


recommandation médecin généraliste – psychiatre de la HAS<sup>3</sup>. La même articulation est prévue avec l'ambulatoire des secteurs de psychiatrie partenaires, les services d'urgence de la ville, les hôpitaux et cliniques intéressés. Elle concerne aussi toute forme de sortie d'hospitalisation.

L'implication d'acteurs institutionnels doit pérenniser ce dispositif de soins partagés basé sur les échanges collaboratifs et centré sur le patient, indépendamment du point de départ de la demande de soins, l'hôpital, le malade, la ville...

### Conclusion

Surmonter les résistances au changement, dégager les indispensables complémentarités pour améliorer l'efficacité de notre système de soins, suppose outre l'indépendance des médecins, une réelle capacité d'évaluation de la qualité du dispositif par les professionnels.

Les expériences présentées montrent qu'il est possible d'instaurer des soins collaboratifs entre généralistes et psychiatres, ou entre ville et hôpital, pour améliorer la qualité des soins. Ces expérimentations, liées à la volonté des acteurs, ne doivent pas rester l'exception. Le temps de coordination est un acte à part entière, il doit être reconnu et valorisé en tant que tel. Les nouveaux modes de rémunération en maison de santé pluridisciplinaire constituent une timide avancée mais avec un tel encadrement qu'il est impossible de les généraliser.

Les médecins libéraux de proximité sont prêts à systématiser leur collaboration entre eux et avec leurs confrères hospitaliers. Accordons-leur les outils indispensables pour développer ces espaces de coordination. 

3. Recommandation élaborée par le CNQSP labélisée par la HAS.

## Lutter contre la stigmatisation dans le champ de la santé mentale : quelques recommandations

**Aude Caria**  
Directrice du Psycom  
**Simon Vasseur-Bacle**  
Chargé de mission  
Centre collaborateur  
OMS Lille  
**Sophie Arfeuille**  
**Céline Loubières**  
Chargées de mission  
Psycom

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

**E**n cinquante ans, les soins psychiatriques ont été révolutionnés, quittant l'asile pour la ville – par déploiement de services ambulatoires de proximité – et passant d'un modèle de relégation à celui d'intégration sociale de malades mentaux devenus citoyens. Cette conception des soins promue désormais par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) interroge les facteurs limitant l'insertion sociale des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Car si les soins ont évolué, les représentations sociales du grand public continuent d'associer folie et danger et génèrent une stigmatisation dans tous les domaines de la vie quotidienne. Une prise de conscience récente de ces effets impose de réfléchir aux stratégies efficaces à développer pour lutter contre cette stigmatisation et son potentiel d'exclusion [11].

L'étude Indigo (*International study of Discrimination and Stigma Outcomes*, 27 pays) et le programme ASPEN (Anti Stigma Programme European Network, 18 pays) illustrent ces notions, en interrogeant les personnes sur leur vécu de la stigmatisation des troubles schizo-phréniques et dépressifs [40]. Elles tracent un profil international de la stigmatisation en santé mentale.

- Tous les domaines de la vie quotidienne peuvent être touchés.
- La majorité des personnes interrogées ressentent le besoin de cacher leur diagnostic.
- La stigmatisation est un frein pour l'accès aux soins et l'amélioration de leur qualité.
- Les résultats français ne font pas exception.

Ces considérations, couplées aux données épidémiologiques et économiques, imposent de placer la

lutte contre la stigmatisation en santé mentale comme une priorité de santé publique. La stigmatisation peut s'étendre aux familles ou aux soignants, venir des groupes stigmatisés eux-mêmes et revêt différentes formes selon les diagnostics posés [26]. Les objectifs d'une action de lutte contre la stigmatisation doivent donc être ciblés pour être réalistes et permettre de concevoir une évaluation adaptée.

### Lutte contre la stigmatisation : exemples d'actions

Des campagnes de communication grand public aux programmes nationaux, en passant par des interventions locales, la lutte contre la stigmatisation en santé mentale se décline sous différentes formes (exemples européens : <http://www.antistigma.eu/programmes>). Bien que les évaluations soient peu nombreuses, les expériences internationales développées ces vingt dernières années ont permis d'établir des recommandations stratégiques.

Les programmes de communication à visée nationale voire internationale proposent une approche complète, multidimensionnelle, articulée autour de campagnes de communication et d'actions locales, le tout impliquant de nombreux partenaires.

Le programme national *SeeMe Scotland* (Écosse), financé par le ministère de la santé, illustre cette approche globale. Initié par un groupement d'associations d'usagers, de proches et de professionnels, il se décline sous forme de campagnes de communication généralistes ou ciblées, d'actions locales réalisées auprès de publics ciblés (scolaire, entreprise, association d'usagers...) et d'interventions régulières auprès des médias (<http://www.seemescotland.org/>).

### Stigmatisation : repères


**L**a « stigmatisation » est un phénomène complexe non homogène, réunissant plusieurs composantes coexistant et s'autoalimentant [26] :

- la stigmatisation : processus de catégorisation sociale se traduisant par une séparation entre *nous* et *eux*, basée sur une étiquette (le stigmate) à laquelle sont associées des représentations négatives ;
- la discrimination : dans ce contexte, peut être considérée comme

le pendant visible et concret de la stigmatisation, soit une perte d'opportunité dans un ou plusieurs domaines de la vie quotidienne (relations personnelles, travail, emploi, etc.) ;

- l'autostigmatisation : intériorisation, par la personne stigmatisée, des représentations négatives liées à l'étiquette, pouvant entraîner une dévalorisation.
- la stigmatisation ressentie : basée sur des expériences concrètes,

tandis que la stigmatisation anticipée conduit à éviter une situation considérée comme étant à risque de discrimination (ex. : ne pas se rendre à un entretien d'embauche par peur d'être discriminé à cause d'un problème de santé mentale).

- la stigmatisation structurelle : influence potentielle des facteurs sociaux, économiques et politiques. 

Les campagnes de communication sont ponctuelles et proposent une approche très généraliste du thème traité. Utilisant les outils du marketing social, elles se déclinent sur tout support : télévision, radio, internet, presse, spots, affiches...

La campagne *Accepter les différences, ça vaut aussi pour les troubles psychiques* (France), comme la campagne *1 de cada 4* (Espagne), est axée sur un message de tolérance vis-à-vis des personnes souffrant de troubles psychiques et cible la population générale. La première en tentant d'attirer l'attention du spectateur par le visuel et l'intitulé choisis, la seconde en cherchant à accroître les connaissances sur les troubles psychiques.

D'autres campagnes<sup>1</sup> mettent l'accent sur une pathologie ou un public spécifique mais gardent pour objectif l'augmentation des connaissances et le développement d'un regard de tolérance.

D'autres interventions privilégiant une approche locale, ciblée et/ou réduisant la distance sociale entre le *grand public* et les personnes concernées par un trouble psychique se sont développées.

Les Semaines d'information sur la santé mentale proposées depuis vingt-cinq ans en France réunissent ces trois critères. Il s'agit d'un temps d'information et d'action dédié à la santé mentale au cours duquel l'ensemble des acteurs concernés (usagers, professionnels, élus...) sont invités à réaliser, localement, des actions d'information et de sensibilisation en santé mentale favorisant la rencontre et les échanges ([www.semaine-sante-mentale.fr](http://www.semaine-sante-mentale.fr)).

### Lutte contre la stigmatisation : recommandations

Basées sur l'évaluation de toutes ces expériences, des recommandations ont été établies :

- Les campagnes de communication ponctuelles avec un message généraliste sont insuffisantes. Souvent

1. Campaign for mental health recovery portée par la Substance abuse and mental health services administration (USA) – *Changing mind* développée par le United Kingdom Royal College of psychiatrists (GB) 1998-2003.

coûteuses, elles sont considérées comme peu efficaces pour lutter contre la stigmatisation [38].

- Les programmes à long terme, s'adressant à des publics ciblés et proposant une approche multidimensionnelle sont à favoriser.

- Impliquer les usagers (patients et proches) des services de santé mentale dans la construction et la réalisation d'interventions favorisant l'*empowerment*<sup>2</sup> et basées sur l'expérience vécue des personnes est un facteur de réussite [21].

- Favoriser des actions de lutte contre l'autostigmatisation et la stigmatisation anticipée.

- Mieux définir les objectifs des actions en identifiant des publics ciblés et leurs besoins.

- Favoriser les actions en faveur du respect des droits des usagers des services de santé mentale.

- Impliquer les médias par des interventions spécifiques (formation, sensibilisation) en vue d'améliorer leur connaissance des troubles psychiques (données objectives).

- Développer des partenariats avec les médias comme vecteurs d'information pouvant participer au changement de perception de la santé mentale.

Enfin, une attention essentielle doit être portée à l'évaluation qui, conçue comme partie intégrante du programme, permet une meilleure compréhension des leviers agissant sur les représentations et les comportements sociaux.

### Évaluation : comment faire ?

Lutter contre la stigmatisation vise une modification des représentations sociales et, à terme, un changement d'attitude (de l'intention d'agir au changement de comportement effectif). Comment le mettre en évidence ? Une évaluation quantitative n'y suffit pas ; une

2. « 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. [...] La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de forces et des relations de pouvoirs entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements » OMS Europe 2011.

## Recommandations pour une évaluation rigoureuse

- Conception de l'action : prise en compte des besoins du public, niveau de concertation dans la construction du projet, organisation opérationnelle et logistique (définition des objectifs, planification, budget...), pertinence (objectifs en accord avec la finalité du projet et en phase avec les besoins du public).

- Processus : cohérence des objectifs visés avec les moyens matériels, humains et financiers, les contenus proposés, le choix de la méthode. Évaluer le bon déroulement de l'action et la qualité des intervenants.

- Résultats : dans le cadre d'une action de sensibilisation, l'évaluation est complexe car il s'agit de vérifier si

le public a acquis de meilleures connaissances et s'il a modifié ses comportements. Il faut évaluer le développement éventuel d'une relation sensible avec le sujet abordé, à savoir : développement du sentiment d'empathie, de respect, intériorisation des enjeux liés à la santé mentale. Vérifier aussi l'acquisition et le développement de savoir être, vérifier si le public a pris conscience du rôle qu'il pouvait jouer, s'il a identifié des stratégies d'actions et s'il a l'intention d'agir. ➤



approche qualitative, étalée dans le temps, basée sur des critères appropriés mesurant l'impact émotionnel doit être privilégiée [67].

Les limites de l'évaluation résident dans la définition même de ses objectifs : que vise-t-on ? Et donc que mesure-t-on ? Par exemple, une action visant un changement de comportements doit-elle permettre à un groupe d'individus d'être mieux intégré socialement ? Rendre la société plus tolérante, limiter l'impact des stéréotypes sur l'intégration des « minorités », ou de façon plus modeste, faire prendre conscience de l'existence des stéréotypes en espérant que cela aura à terme un effet sur les comportements ?

Il existe un fossé entre le discours, politiquement correct, et l'action individuelle. Ainsi, les personnes interrogées peuvent-elles affirmer avoir changé de regard sur les troubles psychiques mais, plus tard, avoir un comportement discriminatoire.

Il est alors pertinent de mesurer avant tout les éléments périphériques : intention de parler de l'action ou ressenti du participant sur l'impact de l'action sur lui-même. Autant d'indications de la prise de conscience du rôle que le participant peut jouer et de son intention d'agir. Toutefois, les résultats obtenus restent de l'ordre de l'intention et non de l'action, mais cette méthode d'évaluation concrète a l'avantage de compléter les seuls critères quantitatifs ou de satisfaction.

Pour conclure, rappelons que les représentations et les comportements vis-à-vis des personnes ayant des problèmes de santé mentale ne peuvent évoluer indépendamment des pratiques psychiatriques et du respect des droits fondamentaux des patients. Chaque acteur du champ peut participer aux niveaux individuel et collectif à cette évolution, en gardant à l'esprit que le plus puissant levier de changement reste l'*empowerment* des personnes directement concernées. 