



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



Article original

L'empowerment des usagers en santé mentale. Satisfaction du club thérapeutique : quel lien avec la qualité de vie et le soutien social perçus ?

The empowerment of mental health users. Satisfaction of a therapeutic club: What is the link between perceived quality of life and social support?

France Dujardin^a, Thierry H. Pham^{b,c,d}, Elinne Lefebvre^b, Perle Delsinne^b,
Xavier Saloppé^{c,e,f,*}

^a Centre régional psychiatrique « Les Marronniers », Tournai, Belgique

^b Université UMONS, Mons, Belgique

^c Centre de recherche en défense sociale, CRDS, Tournai, Belgique

^d Institut Philippe-Pinel, Montréal, Canada

^e CNRS, UMR 9193 – SCALab – sciences cognitives et sciences affectives, University Lille, 59000 Lille, France

^f Service de psychiatrie, hôpital de Saint-Amand-les-Eaux, Saint-Amand-les-Eaux, France

INFO ARTICLE

Historique de l'article :

Reçu le 1^{er} octobre 2021

Accepté le 8 avril 2022

Disponible sur Internet le 5 novembre 2022

Mots clés :

Accompagnement
Autonomisation
Club thérapeutique
Qualité de vie
Santé mentale

Keywords:

Empowerment
Clubhouse
Mental health
Quality of life
Social support

R É S U M É

Objectifs. – L'empowerment se réfère au pouvoir d'agir d'un individu et/ou d'une collectivité. Il influe sur la qualité de vie et le soutien social perçus des individus. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné ces liens parmi des usagers de la santé mentale en Belgique francophone. Cette étude évalue les liens existant entre la satisfaction des usagers, en lien avec la promotion de l'empowerment et ses conséquences sur la qualité de vie et le soutien social perçus au sein d'un club thérapeutique.

Méthode. – Quarante-quatre usagers du club thérapeutique le « B'eau B'art » sont évalués au questionnaire de satisfaction du B'eau B'art, à sa version *empowerment*, au WHOQOL-bref mesurant la QdV générique et au SSQ6 évaluant le soutien social perçu.

Résultats. – Les usagers sont globalement satisfaits du club, hormis dans le domaine des relations sociales et de la participation aux décisions.

Conclusion. – La satisfaction liée à l'empowerment prôné au sein d'un club thérapeutique comme le B'eau B'art a des conséquences positives sur la qualité de vie et le soutien social perçus des usagers.

© 2022 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

A B S T R A C T

Objective. – Empowerment refers to an individual's power to act. Within clubs, this concept represents an issue that influences the perceived Quality of Life (QoL) and social support of users. To our knowledge, no prior study has examined its links among French-speaking mental health users in Belgium. This study assesses the associations between user satisfaction in relation to the promotion of empowerment and its consequences on the perceived QoL and social support within a clubhouse.

Method. – Forty-four adults suffering from a mental disorder of the clubhouse entitled “B'eau B'art” were evaluated with the empowerment version of the B'eau B'art satisfaction questionnaire (QSBB-empowerment), the WHOQOL-bref measuring generic QoL and SSQ6 assessing perceived social support.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : xavier.saloppe@crds.be (X. Saloppé).

Results. – Users are generally satisfied with the Club except in the area of Social Relations and Participation in decisions. Positive correlations were obtained between the satisfaction, QoL and social support scores.

Conclusion. – Satisfaction linked to the empowerment advocated within a clubhouse like “*B’au B’art*” has positive consequences on QoL and the perceived social support of users.

© 2022 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Les clubs thérapeutiques

Les pratiques institutionnelles voient le jour dans les années quarante, en pleine guerre mondiale, dans le vieil hôpital psychiatrique de Saint-Alban en Lozère (France). Elles peuvent être résumées comme « le projet d'utiliser le milieu hospitalier comme facteur thérapeutique ». Pièce maîtresse de la psychothérapie institutionnelle, le *Club* est un outil de travail sur l'aliénation sociale qui renverse la hiérarchie hospitalière habituelle et est géré par les patients aidés du personnel soignant. À l'inverse de la dépendance hiérarchique verticale, on trouve ainsi une circulation horizontale de partages des personnes devenues partenaires. Le patient est ainsi participant actif de sa vie, ce qui lui permet de faire un réapprentissage social à travers statut, rôle et citoyenneté [34]. Il n'est plus considéré comme patient, mais bien comme partenaire des activités et de la gestion de son institution. Le personnel peut, quant à lui, s'émanciper de sa dépendance hiérarchique. Il s'agit donc d'une co-gestion entre membres et salariés et non d'une médicalisation de la relation [8,49]. Différentes formes de clubs ont vu le jour et coexistent aujourd'hui. Relevons les clubs thérapeutiques et les clubhouses. Même si leurs fondements théoriques sont différents, la volonté de favoriser l'horizontalité, la reprise de rôle et de pouvoir de l'utilisateur est présente. Ces clubs sont basés sur un modèle de réadaptation psychosociale axés sur le rétablissement et l'autonomisation. Le but étant d'inciter les usagers à développer des capacités dans certains domaines de la vie quotidienne. Cela comprend le domaine clinique (gestion du traitement, connaissance des symptômes), le domaine fonctionnel (relations sociales, autonomie) ou encore le domaine social (logement, budget, emploi) [4,33,36].

1.1. Les fonctions des clubs

Les effets bénéfiques de la fréquentation des clubs thérapeutiques sur le quotidien des usagers [15] ont été mesurés : rompre la solitude, créer du lien, liberté de choix, trouver un rythme et du sens à sa vie, donner pour être gratifié narcissiquement et reconnu socialement, bénéficier de respect et de discrétion, se confronter à l'altérité, changer de comportement et d'attitude, évoluer personnellement, bénéficier d'une ambiance rassurante, avoir une pensée moins décousue, pouvoir jouer et avoir un objet de pensées. De plus, appartenir à une communauté où les usagers se sentent acceptés permet d'être plus actif, de s'identifier aux autres, d'être rassuré, soutenu et de se sentir moins seul [18,21,23,36]. Les clubs ont une vocation thérapeutique en permettant : a) d'introduire des différences entre les lieux et les moments de la journée ; b) aux soignés et aux soignants de se rencontrer dans d'autres relations que celles figées par leurs statuts institutionnels habituels ; c) la responsabilisation de personnes que la position de malades psychiatriques invalide le plus souvent. Grâce à la gestion de l'argent, un pas est fait vers la symbolisation de l'échange, chose souvent difficile. Pour Tosquelles (1994), cela représente en soi un acte thérapeutique [52]. Chargé de la gestion quotidienne et concrète de la vie institutionnelle de tous, le club participe à la fonction que Pierre Delion nomme *phorique* : base de la relation,

elle est constituée de tout ce qui fait que le patient se sent porté, soutenu, tenu, accompagné dans les divers moments de sa vie, tant qu'il ne peut le faire lui-même [14]. Chacun peut participer à des activités qui engagent sa responsabilité propre tout en respectant ses capacités personnelles. Cependant, les clubs ne fournissent pas d'aide clinique et psychiatrique locale, n'offrent qu'une gamme limitée d'emplois, ne s'engagent pas envers les familles des membres ou générer de la dépendance des usagers au lieu [25,40].

2. Le concept d'empowerment

Ce concept est apparu dans les années soixante aux États-Unis, en lien avec certains mouvements comme les droits des femmes ou encore les droits civiques. Il s'est développé simultanément dans d'autres pays d'Amérique dans le but de défendre les droits sociaux des peuples indigènes.

Dans le domaine de la santé mentale, l'*empowerment* correspond au choix, au contrôle et à l'influence que les individus peuvent exercer sur leur quotidien [42,56]. Le modèle d'*empowerment* mis en place par l'OMS (2010) comprend quatre dimensions ; l'autonomie, la participation aux décisions, la dignité et le respect, et, enfin, l'appartenance et la contribution à une communauté. Cette notion peut être abordée de deux manières différentes. Tout d'abord, elle comporte un aspect davantage individuel et psychologique. Dans cette optique, la prise en compte du vécu, du trouble et de l'expérience acquise par la personne est centrale. Dans un second temps, l'*empowerment* collectif et organisationnel est à envisager comme étant un système de soins, organisé de manière à favoriser le changement qui renforcera les sentiments d'estime de soi, d'auto-efficacité et de pouvoir personnel [13,56].

2.1. Les fonctions de l'empowerment

De manière générale, l'*empowerment* a pour objectif de combattre une tendance institutionnelle à déresponsabiliser l'utilisateur en mettant en place un pouvoir d'agir. Ainsi, les soins en hôpitaux sont limités et les individus se libèrent de leur dépendance aux acteurs de soins. L'*empowerment* induit également une quête de citoyenneté ainsi qu'une lutte contre la discrimination et la stigmatisation. En effet, ces deux notions, entre autres, ont un impact important sur la confiance en soi, l'estime de soi et sur la capacité de se projeter dans un avenir meilleur [5,27,38,45]. Par exemple, la stigmatisation pourrait être un obstacle à la possibilité pour les personnes ayant une schizophrénie de développer des rôles sociaux valorisés ou une identité plus positive, pourtant essentiels à leur rétablissement personnel [1]. D'autres domaines de la vie quotidienne sont aussi touchés comme le fait de trouver un emploi et un logement. Le but de l'*empowerment* va être de travailler sur l'ensemble de ces niveaux [27]. La possibilité d'exercer un contrôle ainsi qu'une influence sur son environnement peut avoir un effet favorable sur les facteurs de protection liés au trouble mental [56]. L'*empowerment* prend également en compte la santé mentale dans le sens positif du terme, sans se restreindre aux symptômes et aux conséquences du trouble. Ainsi, l'individu pourra acquérir un bien-être émotionnel,

de l'indépendance et de la motivation [24]. Suite aux études mettant en avant la volonté des clubs thérapeutiques à favoriser la mise en place de l'*empowerment*, il est intéressant d'approfondir l'effet de cette incitation au pouvoir d'agir sur la QdV et le soutien social perçus par les usagers.

3. L'Empowerment : ses liens avec la Qualité de vie (QdV) et le Soutien social

La QdV est définie comme étant la perception qu'a un individu de son existence selon sa culture, ses valeurs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Elle intègre la santé physique, l'état psychologique, l'indépendance, les relations sociales et l'environnement [55]. Cette définition holistique rend compte des besoins universels de chaque individu [43]. L'*empowerment* doit être envisagé dans le but d'améliorer la QdV des individus ayant un trouble mental [20]. Cependant, la santé mentale ainsi que la QdV sont influencées par de nombreux facteurs environnementaux (famille, emploi), mais également des facteurs individuels (autonomie, image de soi, état émotionnel, sentiment d'appartenance et d'accomplissement). Ainsi, le système de santé actuel reconnaît la nécessité d'éduquer les individus à leur maladie dans le but de favoriser l'observance de leurs traitements et, par conséquent, leur QdV [31]. Si la QdV des individus ayant un trouble mental est inférieure à celle de la population générale, elle améliore aussi la réadaptation psychosociale [19]. Par ailleurs, l'*empowerment* contribue favorablement aux aptitudes de réinsertion sociale. En effet, les individus faisant preuve d'*empowerment* s'impliquent davantage dans les actions associatives et font moins appel aux urgences psychiatriques après neuf mois. Les participants aux clubs thérapeutiques rapportent une meilleure QdV, un soutien social plus élevé, une plus faible stigmatisation ainsi qu'un meilleur rétablissement [21]. L'*empowerment* au sein des clubs thérapeutiques a des effets bénéfiques sur la QdV, le retour à l'emploi ou encore la diminution du nombre d'hospitalisations [5,32]. La fréquentation d'un club réduit les symptômes de la pathologie [54] et améliore la satisfaction des relations interpersonnelles par rapport à des personnes suivies dans un service de psychiatrie générale [30]. Une augmentation du soutien dans le domaine éducatif et social est également souligné [33]. De plus, la perception de la QdV est corrélée positivement avec l'estime de soi, le réseau social et la satisfaction par rapport à l'occupation quotidienne. Enfin, fréquenter un club thérapeutique est bénéfique au long cours sur la QdV [26].

Le support social désigne un lien de réciprocité basé sur les principes de respect, de responsabilité et d'expérience partagée. Il revêt une grande importance auprès d'individus avec trouble mental, donnant espoir dans le rétablissement, entraînant une meilleure satisfaction de vie [32]. Le soutien social facilite le rétablissement en santé mentale [10,11,54]. Ces personnes dans cette situation ont des réseaux sociaux plus restreints et moins stables, pouvant mener à l'isolement social. Le modèle Clubhouse a été conçu pour limiter l'isolement social à travers la participation de la vie en communauté à travers des activités constructives, basées sur l'acceptation et la promotion des relations sociales. Une étude transversale a montré que les membres identifient leurs pairs comme étant une source de soutien au quotidien [4]. De plus, le fait de fréquenter un club de manière occasionnelle a un impact positif sur la QdV sociale et sur le réseau de pairs en général. Alors que fréquenter un club très fréquemment induit une augmentation de ces deux aspects, mais uniquement avec des individus se rendant également dans ce club [23]. Quatre couches différentes de soutien social par les pairs peuvent être mises en évidence au sein de clubs thérapeutiques : l'inclusion et l'appartenance sociales, la réalisation partagée par l'action, l'interdépendance et enfin,

l'intimité. Il existe donc différents degrés de soutien et d'interaction entre les pairs [10]. Nous pouvons mettre en évidence l'importance du rôle des différents usagers dans le rétablissement de leurs pairs, en raison d'expériences partagées, de connaissances des soins et d'empathie [36]. Ainsi, la priorité des clubs thérapeutiques devrait être accordée à la maximisation des possibilités de soutien par les pairs, en favorisant chaque couche citée précédemment [10].

Il y a un lien positif entre soutien social, QdV et *empowerment*. Le soutien social apporte différents effets bénéfiques : la réduction des hospitalisations, une meilleure qualité des soins, la réduction des symptômes de détresse, l'indépendance, une meilleure estime de soi et, enfin, l'amélioration de la QdV. Ces différents facteurs ont un impact sur l'évolution favorable vers un rétablissement. Tout cela, grâce à l'entraide, le développement de ressources personnelles et la confiance en soi. Ces résultats ont pu être démontrés tant sur un plan longitudinal [24,48] que qualitatif [16,35].

Les professionnels présents au sein des clubs thérapeutiques s'occupent du maintien du cadre et de la dynamique et sont volontairement en sous-effectif afin de pousser la participation des membres [5,32]. Ils sont source de soutien social importante et reflètent des caractéristiques positives comme le respect, l'engagement et la confidentialité. Ils contrent les « schémas auto-stigmatisants » et incitent à l'autonomie via l'autodétermination. Ces résultats ont été démontrés tant sur un plan qualitatif [17,39,51] que quantitatif [2] ou encore à travers une étude longitudinale comprenant une méthodologie qualitative et quantitative [50]. Ainsi, les usagers seront moins dépendants et gagneront en confiance et en estime [39]. *A contrario*, des conditions de travail insatisfaisantes pour le personnel peuvent avoir un impact délétère sur les usagers et sur leur perception du club thérapeutique [41].

4. Objectifs de l'étude

Promouvoir l'*empowerment* individuel et collectif au sein des clubs thérapeutiques constitue un enjeu majeur afin d'améliorer la QdV et le soutien social perçus [5,32,33,39]. À notre connaissance, aucune étude n'a examiné ces liens auprès d'une population d'usagers en Belgique francophone. Considéré comme un dispositif innovant par le Service Public Fédéral Santé Public [37], le club thérapeutique le B'eau B'art, situé à Tournai, s'adresse à un public fragile au niveau de la santé mentale. C'est au sein de ce club que nous avons donc mené une étude relative à l'évaluation de la satisfaction des usagers, en lien avec la promotion de l'*empowerment* et ses conséquences sur la QdV et le soutien social perçus. L'hypothèse est que la satisfaction de l'*empowerment* est positivement corrélée à la perception de la QdV et du soutien social.

5. Méthode

5.1. Institution

Initialement nommé Brebis Flub, le B'eau B'art a été créé en 2006 suite à la collaboration entre plusieurs structures hospitalières et extrahospitalières du Tournaisis. Inscrit dans la Fonction 3 de réhabilitation psychosociale du guide de la réforme [29], le B'eau B'art soutient les usagers dans leur processus de rétablissement et promeut l'*empowerment* [46]. Toute personne est la bienvenue, mais on y retrouve principalement des personnes présentant des troubles mentaux (Troubles psychotiques, de l'humeur, addictifs, anxieux et déficience intellectuelle). Ce bistro thérapeutique est un lieu d'accueil bas seuil et de rencontres où s'organisent, secondairement, des activités. Ouvert du lundi au

vendredi (9–17 h), le club ouvre un vendredi par mois jusqu'à 21 heures. Une Charte formalise les conventions minimales qu'impose la vie en groupe. Le club est cogéré par les usagers eux-mêmes et des professionnels de santé mentale issus du CRP « Les Marronniers » et l'IHP Le Relais.

5.2. Participants

Sur un total de 44 participants, la majorité sont des hommes âgés de 40 à 59 ans, vivant seuls. Pour la plupart, ils n'ont pas de diplôme ou en possèdent un de secondaire général (Tableau 1). Le plus grand nombre d'entre eux n'ont pas d'emploi et ont été hospitalisés au moins une fois. Concernant le club, la plupart de nos participants sont des usagers, qui se rendent au B'au B'art au moins trois fois par semaine (72,7 %), et plus de la moitié le fréquentent depuis plus d'un an. La perception de leurs difficultés a été évaluée subjectivement sur la base d'une échelle likert en 5 points (Très importantes, Moyennement importantes, Importantes, Légères, Sans difficulté). La majorité d'entre eux expriment

Tableau 1

Statistiques descriptives relatives aux caractéristiques démographiques, à l'activité, aux antécédents d'hospitalisation et à la vie au sein du club.

	n (%)
Démographique	
Sexe : masculin	29 (65,9)
Âge	
Entre 18 et 24 ans	2 (4,5)
Entre 25 et 39 ans	12 (27,3)
Entre 40 et 59 ans	24 (54,5)
Entre 60 et 75 ans	6 (13,6)
Niveau scolaire	
Sans diplôme	9 (20,5)
Diplôme secondaire général	9 (20,5)
CEB	7 (15,9)
Diplôme secondaire technique	6 (13,6)
Diplôme de graduat	6 (13,6)
Diplôme secondaire professionnel	4 (9,1)
Diplôme universitaire	2 (4,5)
Autre diplôme	1 (2,3)
Lieu de vie actuel	
Seul	26 (59,1)
IHP	7 (15,9)
En famille	5 (11,4)
MSP	2 (4,5)
Hôpital Psychiatrique Sécurisé	2 (4,5)
Maison d'accueil	1 (2,3)
Service résidentiel pour personnes handicapées	1 (2,3)
Activités	
Emploi	5 (11,4)
Formation	7 (15,9)
Bénévolat	21 (47,7)
Activité occupationnelle	29 (65,9)
Activité thérapeutique	22 (50,0)
Hospitalisation	34 (77,3)
Entre 1 et 6 mois	14 (41,2)
Plus d'un an	11 (32,4)
Entre 6 mois et 1 an	6 (17,6)
Moins d'un mois	1 (2,9)
Concernant le club	
Durée > 1 an	29 (65,9)
Fréquence	
3 fois par semaine	17 (38,6)
Tous les jours de la semaine	15 (34,1)
À l'occasion	6 (13,6)
1 fois par semaine	5 (11,4)
1 fois toutes les 2 semaines	1 (2,3)
Statut	
Co-gestionnaire	7 (15,9)

CEB : Certification d'étude de base ; IHP : Initiatives d'Habitation Protégée ; MSP : Maison de Soins Psychiatriques ; QSBB : Questionnaire de Satisfaction B'au B'art ; QSBB-empowerment : Questionnaire de Satisfaction B'au B'art, version empowerment ; SSQ6 : Social Support Questionnaire.

ne pas en avoir tant sur le plan physique, relationnel, psychologique ou encore professionnel (Tableau 2).

6. Instruments

6.1. World Health Organization Quality of Life-brief (WHOQOL-bref)

Le WHOQOL-bref [55] est un questionnaire autorapporté générique et multidimensionnel composé de 26 items répartis en quatre facteurs : Santé Physique, Santé psychologique, Relations sociales et Environnement. Il possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout – Extrêmement), la capacité (Pas du tout – Complètement), la fréquence (Jamais – Toujours) et l'évaluation (Très insatisfait/Très mauvais – Très satisfait/Très bon) variable en fonction des items posés. Ces derniers ont été calculés et transformés sur une échelle de 0 à 100. Le WHOQOL-Bref est considéré comme fiable auprès de patients psychiatriques médico-légaux, les alphas de Cronbach se situant entre 0,77 et 0,79 pour les domaines et 0,80 pour le score total du WHOQOL-Bref [43].

6.2. Social Support Questionnaire 6 (SSQ6)

La version initiale comprenait 27 items. Pour notre recherche, nous avons utilisé la version courte composée de six items. Le *Social Support Questionnaire* est un questionnaire autorapporté permettant d'évaluer la perception de deux dimensions du soutien social : la disponibilité et la satisfaction. La disponibilité représente le nombre de personnes sur lesquelles un individu estime pouvoir compter en cas de besoin. La satisfaction correspond à l'adéquation perçue par la personne entre les attentes et le soutien reçu. Lors de la passation, il est demandé au participant de nommer les personnes sur qui il pense pouvoir s'appuyer en fonction des situations décrites et d'exprimer son degré de satisfaction sur une échelle de 1 à 6 allant de « Très insatisfait » à « Très satisfait ». Les scores oscillent de 6 à 36. Dans notre étude, nous utilisons la traduction française présentant une fidélité test-retest satisfaisante, qui est de 0,89 pour la disponibilité et de 0,84 pour la satisfaction [6]. Ils observent aussi une bonne consistance interne avec des alphas de Cronbach de 0,86 pour la disponibilité et de 0,87 pour la satisfaction.

6.3. Questionnaire de satisfaction du B'au B'art (QSBB)

Le QSBB est composé de deux sections (Dujardin, D'alimonte, & Saloppé, 2015) : une première section « information générale », comprenant les caractéristiques démographiques (sexe, âge, langue maternelle, niveau de scolarité et lieu de vie), liées à l'activité (emploi, formation, bénévolat, activité occupationnelle) à l'état de santé, aux antécédents d'hospitalisation, à la vie au sein du club (durée, fréquence, statut) et une évaluation des difficultés perçues au niveau physique, relationnel, psychologique et professionnel ; une seconde section est consacrée à l'évaluation des attentes et de la satisfaction vis-à-vis du B'au B'art sur une échelle en cinq points : 0 (Ni satisfait Ni insatisfait), 1 (Pas satisfaisant), 2 (Peu satisfaisant), 3 (Satisfaisant) et 4 (Très satisfait). Pour évaluer les résultats, nous avons calculé les scores moyens des sous-échelles et de l'échelle totale. Plus le score moyen est élevé, plus les patients ont une perception positive du club. Les scores moyens supérieurs à un seuil de 2,00 reflètent une perception positive de la satisfaction.

Le QSBB est composé de 117 items répartis en quatre domaines : « Vie au B'au B'art » (20 items), « Droits et

Tableau 2

Statistiques descriptive relatives à la perception des difficultés.

	Très importante n (%)	Moyennement importante n (%)	Importante n (%)	Légère n (%)	Pas de difficulté n (%)
Physique	7 (15,9)	7 (15,9)	8 (18,2)	10 (22,7)	12 (27,3)
Relationnel	9 (20,5)	6 (13,6)	4 (9,1)	6 (13,6)	19 (43,2)
Psychologique	7 (15,9)	10 (22,7)	8 (18,2)	7 (15,9)	12 (27,3)
Professionnel	9 (20,5)	3 (6,8)	1 (2,3)	7 (15,9)	24 (54,5)

informations » (58 items), « Relations » (10 items) et « Apports » (29 items). Après chaque item, les participants ont la possibilité d'exemplifier leur réponse.

Le domaine « Vie au B'eau B'art » est composé de huit dimensions : « Satisfaction générale » (six items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de la liberté d'expression au sein du club ? »), « Accueil » (cinq items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de l'accueil à votre arrivée par les autres membres du club ? »), « Lieu » (cinq items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de la propreté du lieu de vie ? »), « Structure » (deux items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de cet établissement par rapport aux autres structures fréquentées ? »), « Localisation » (un item : « êtes-vous satisfait de la localisation du club ? »), « Ouverture extérieure » (un item : « êtes-vous satisfait de l'ouverture sur l'extérieur du club ? »), « Accès » (un item : « êtes-vous satisfait de l'accès au club ? ») et « Repas » (quatre items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de la qualité des repas servis au club ? »).

Le domaine « Droits et informations » est composé de 15 dimensions : « Politesse » (quatre items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de la politesse des salariés ? »), « Respect des valeurs » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait du respect de vos valeurs par les co-gestionnaires ? »), « Confidentialité » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait du respect de la confidentialité par les autres membres du club ? »), « Écoute » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'écoute attentive des co-gestionnaires à votre égard ? »), « Intérêt » (cinq items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'intérêt des co-gestionnaires à votre égard ? »), « Disponibilité » (six items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de la disponibilité des salariés ? »), « Amabilité » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'amabilité des autres membres du club ? »), « Confiance » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait de la confiance que les autres membres vous accordent ? »), « Accompagnement » (neuf items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'accompagnement que vous apportez aux autres ? »), « Suggestions » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'écoute de vos suggestions par les autres membres du club ? »), « Horaire » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait du respect des horaires des salariés ? »), « Ouverture » (un item : « êtes-vous satisfait des horaires d'ouverture du club ? »), « Charte » (un item : « êtes-vous satisfait de la charte du club ? »), « Informations » (deux items : exemple, « êtes-vous satisfait des informations que vous apportez aux autres membres du club ? ») et « Activité » (deux items : exemple, « êtes-vous satisfait du moment et de la qualité des informations qui vous ont été données sur le déroulement des activités ? »).

Le domaine « Relations » est composé de trois dimensions : « Rencontre » (3 items : exemple, « êtes-vous satisfait des rencontres avec les autres membres du club ? »), « Conseil » (4 items : exemple, « êtes-vous satisfait du nombre de conseils procuré par les autres membres du club ? ») et « Proches » (3 items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'accueil fait à vos proches ? »).

Le domaine « Apports » est composé de 12 dimensions : « Moyen accompagnement » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez afin de mettre en place les moyens pour reprendre du pouvoir sur votre vie ? »), « Activités » (sept items : exemple, « êtes-vous satisfait du soutien que vous recevez pour

organiser vous-même des activités ? »), « Efficacité accompagnement » (trois items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'efficacité de l'accompagnement procuré par les co-gestionnaires ? »), « Impact » (un item : « êtes-vous satisfait de l'impact du club sur votre vécu ? »), « Interactions sociales » (un item : « êtes-vous satisfait de l'évolution de vos interactions sociales depuis que vous fréquentez le club ? »), « Rôle au sein du club » (un item : « êtes-vous satisfait du rôle que vous occupez actuellement au club ? »), « Rôle à l'extérieur du club » (un item : « êtes-vous satisfait de l'impact qu'a ce rôle à l'extérieur du club ? »), « Besoins » (un item : « êtes-vous satisfait des besoins que le club remplit pour vous ? »), « impact personnalisé » (cinq items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'impact qu'a eu le club pour vous faire sentir comme une personne utile ? »), « Alternative à l'hospitalisation » (deux items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'impact du club sur le nombre de vos hospitalisations ? »), « Santé » (deux items : exemple, « êtes-vous satisfait de l'impact du club sur votre santé mentale ? ») et « Impact du personnel » (un item : « êtes-vous satisfait de l'impact qu'a eu sur vous l'expérience des autres salariés, co-gestionnaires et membres du club ? »). Le questionnaire se termine par trois questions ouvertes relatives à la satisfaction générale : 1) Est-ce que vous conseillerez ce club à d'autres personnes ? 2) Qu'est-ce que vous aimez le plus dans le club ? 3) Avez-vous des remarques ou suggestions pour améliorer la vie dans le club ?

6.4. Questionnaire de satisfaction du B'eau B'art, version empowerment (QSBB-empowerment)

Le QSBB est donc composé de 101 items répartis en 4 domaines [45] : « Autonomie » (onze items : exemple, « êtes-vous satisfait de rôle que vous occupez actuellement au club ? »), « Participation aux décisions » (quatre items : exemple, « êtes-vous satisfait de pouvoir organiser vous-même des activités ? »), « Dignité et respect » (vingt-deux items : exemple, « êtes-vous satisfait du respect de vos valeurs par les salariés ? »), et « Appartenance et contribution à une communauté » (64 items : exemple d'item « êtes-vous satisfait de l'intérêt des autres membres du club à votre égard ? »). La satisfaction relative à l'empowerment au sein du club s'évalue sur une échelle en 5 points : 0 (Ni satisfait Ni insatisfait), 1 (Pas satisfait), 2 (Peu satisfait), 3 (Satisfait) et 4 (Très satisfait). Pour évaluer les résultats, nous avons calculé les scores moyens des sous-échelles et de l'échelle totale. Plus le score moyen est élevé, plus les patients ont une perception positive du club. Les scores moyens supérieurs à un seuil de 2,00 reflètent une perception positive de la satisfaction liée à l'empowerment.

7. Procédure

7.1. Déroulement de l'étude

Les participants ont été recrutés sur une base volontaire et ont consenti à participer à la recherche, conformément aux principes éthiques de la déclaration d'Helsinki et au droit à la protection de la vie privée tel que stipulé dans la loi belge du 30 juillet 2018 relative au traitement des données à caractère personnel. De plus, cette étude a été approuvée par le comité d'éthique de la recherche du

Centre Régional Psychiatrique « Les Marronniers ». Tous les participants ont signé un formulaire de consentement éclairé précisant le but de l'étude et garantissant l'anonymat et la confidentialité. Les participants ont été évalués, en individuel, par des stagiaires psychologues supervisés par l'équipe du Centre de Recherche en Défense Sociale (CRDS). Le remplissage des questionnaires a été facilité par la présence de l'évaluateur afin de répondre aux éventuelles questions. Les entretiens étaient réalisés dans une pièce se trouvant à l'arrière du club et duraient entre quarante-cinq minutes et deux heures. Certains participants éprouvaient des difficultés à rester concentrés aussi longtemps. C'est pourquoi, pour ces derniers, nous avons effectué la passation en deux fois. L'ordre de passation était le suivant : questionnaire du soutien social perçu (SSQ6), questionnaire de désirabilité sociale de Crowne & Marlowe [12], questionnaire de QdV (WHOQOL-Bref), questionnaire de satisfaction au B'eau B'art (QSBB) et questionnaire de satisfaction au B'eau B'art, version *empowerment* (QSBB-*empowerment*). L'ensemble des données a été récolté entre 2017 et 2020.

7.2. Développement du QSBB, version *empowerment*

Sur la base de la définition de l'*empowerment* décrite par l'OMS (2010), nous avons sélectionné les items du QSBB et les avons répartis selon les quatre domaines suivants : l'autonomie, la participation aux décisions, la dignité et le respect et, enfin, l'appartenance et la contribution à une communauté. Cette sélection s'est faite en aveugle, puis de façon consensuelle entre trois évaluateurs.

8. Analyses statistiques

Tout d'abord, des statistiques descriptives ont été rapportées pour les variables sociodémographiques, l'activité, la vie au sein du club, les antécédents d'hospitalisation, l'évaluation subjective de l'état de santé et la perception des difficultés physiques, psychologiques, relationnelles et professionnelles. Ensuite, des analyses en comparaison de groupes, à l'aide du test-*t* de student, sur l'ensemble des variables relatives à la satisfaction et à la QdV, ont été effectuées en fonction du genre et de la situation de vie des usagers, selon qu'ils étaient seuls ou entourés (famille ou institution psychiatrique) au moment de l'étude. Puis, des corrélations de Pearson ont été effectuées entre les scores au WHOQOL-bref, aux QSBB et la durée de fréquentation. Des corrélations de Pearson ont ensuite été effectuées entre les scores totaux et les sous-échelles du WHOQOL-bref, du QSBB puis du QSBB-*empowerment*. Enfin, vu l'absence de normalité du score total du SSQ6, des corrélations de Spearman ont été effectuées entre les scores totaux et les sous-échelles du QSBB et du QSBB-version *empowerment* avec le score total du SSQ6. Au préalable, nous avons vérifié l'absence de corrélation significative entre nos variables dépendantes et le score total de désirabilité sociale [12]. La taille de l'effet a été rapportée [9]. Les corrélations dont la magnitude est supérieure à 0,50 sont considérées comme élevées, entre 0,50 et 0,30 comme modérées, et celles inférieures à 0,30 comme faibles. Les analyses ont été effectuées avec le programme SPSS 25.0 [28].

9. Résultats

9.1. Comparaisons et corrélations des scores de QdV et de satisfaction perçus en fonction du genre, de la situation de vie et de la durée de fréquentation des usagers du club thérapeutique le B'eau B'art

Les hommes ($M = 64,33$; $ET = 18,94$) perçoivent leur Environnement plus favorablement que les femmes ($M = 49,79$;

$ET = 18,66$) ($t = 2,43$; $p = 0,020$). De même, ils sont significativement plus satisfaits de la Dignité et du Respect instaurés au sein du B'eau B'art ($t = 2,53$; $p = 0,015$) (Tableau 3).

Les usagers entourés ($M = 65,08$; $ET = 15,62$) perçoivent leur Santé physique plus favorablement que les usagers vivant seuls ($M = 52,47$; $ET = 17,95$) ($t = 2,41$; $p = 0,020$). Par ailleurs, ils sont significativement plus satisfaits dans les domaines Droits et informations ($t = 2,41$; $p = 0,021$) et Apports ($t = -2,52$; $p = 0,016$) comparativement à ceux vivant seuls (Tableau 4). De même, ils sont significativement plus satisfaits dans les domaines de l'*empowerment* Dignité et respect ($t = -2,49$; $p = 0,017$), Autonomie ($t = -2,27$; $p = 0,029$) et Appartenance et contribution à une communauté ($t = -2,25$; $p = 0,030$).

La durée de fréquentation est corrélée positivement et, de façon modérée, à la Santé psychologique ($r = 0,30$; $p = 0,05$). Par contre, elle n'est pas corrélée aux scores de satisfaction générale et de satisfaction de l'*empowerment* perçus par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art.

10. Qualité de vie, soutien social et satisfaction perçus par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art

Globalement, les usagers perçoivent positivement leur QdV et leur soutien social, mais notons la grande hétérogénéité des scores (Tableau 5). Le domaine de la Santé psychologique est celui pour lequel les participants sont le plus satisfaits alors que le domaine de la Santé physique est le plus insatisfaisant.

Globalement, les usagers sont plutôt satisfaits du club. Le score moyen le plus élevé concerne la satisfaction de la Vie au B'eau B'art alors que le plus faible correspond au domaine des Relations. Globalement, les usagers sont plutôt satisfaits de ce qui se joue sur le plan de l'*empowerment*, tant au niveau individuel que collectif, au sein du club. Le score moyen le plus élevé concerne le domaine Dignité et respect alors que le plus faible correspond au domaine Participation aux décisions.

11. Quels liens entre la qualité de vie, le soutien social et la satisfaction perçus par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art ?

Comme prévu, nous observons des liens entre la QdV et la satisfaction perçues au B'eau B'art. Le score total au WHOQOL-bref, ainsi que son domaine Environnement, sont corrélés positivement et de façon modérée avec le score total du QSBB et son domaine Droits et informations. De plus, le score au domaine Environnement du WHOQOL-bref est corrélé positivement et de façon

Tableau 3

Comparaison de moyennes des scores aux QSBB et QSBB-*empowerment* en fonction du genre ($n = 44$).

	Homme ($n = 25$)		Femme ($n = 19$)	
	M	ET	M	ET
QSBB				
Score Total QSBB	2,65	0,73	2,26	0,46
Vie au B'eau B'art	2,97	0,55	2,67	0,46
Droits et informations	2,81	0,80	2,36	0,66
Relations	2,22	0,91	2,00	0,71
Apports	2,58	0,94	2,03	0,66
QSBB-<i>empowerment</i>				
Score Total QSBB-E	2,56	0,88	2,15	0,67
Participation aux décisions	2,28	1,32	2,13	1,06
Dignité et respect	3,01	0,78	2,40	0,68
Autonomie	2,52	0,90	2,10	0,89
Appartenance et contribution à une communauté	2,42	0,82	1,96	0,61

Tableau 4

Comparaison de moyennes des scores aux QSBB et QSBB-*empowerment* en fonction de la situation de vie ($n=44$).

	Seul ($n=26$)		Entouré ($n=18$)	
	M	ET	M	ET
QSBB				
Score Total QSBB	2,32	0,69	2,80	0,54
Vie au B'eau B'art	2,74	0,55	3,05	0,47
Droits et informations	2,43	0,81	2,98	0,61
Relations	1,97	0,90	2,41	0,69
Apports	2,13	0,89	2,78	0,76
QSBB-<i>empowerment</i>				
Score Total QSBB-E	2,23	0,85	2,69	0,75
Participation aux décisions	2,18	1,19	2,31	1,31
Dignité et respect	2,57	0,85	3,14	0,59
Autonomie	2,13	0,86	2,73	0,88
Appartenance et contribution à une communauté	2,05	0,82	2,57	0,64

modérée au domaine Vie au B'eau B'art (Tableau 6).

De même, nous observons des liens entre le soutien social et la satisfaction perçue au B'eau B'art. Le score total au SSQ6 est corrélé positivement, et de façon modérée, avec le domaine Droits et informations du QSBB ($\rho = 0,33$, $p < 0,05$).

12. Quels liens entre la qualité de vie, le soutien social et la satisfaction de l'empowerment perçus par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art ?

Comme prévu, nous observons des liens entre la QdV et la satisfaction de l'empowerment perçues par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art. Seul le domaine Relations sociales du WHOQOL-bref n'est pas corrélé aux scores du QSBB-*empowerment*. Le score total du WHOQOL-bref ainsi que les domaines Santé physique, Psychologique et Environnement sont corrélés positivement et modérément au domaine Dignité et respect du QSBB. De plus, le score au domaine Environnement du WHOQOL-bref est corrélé positivement, et de façon modérée, aux domaines Autonomie et Appartenance et contribution à une communauté du QSBB-*empowerment*. Enfin, le score au domaine Santé psychologique du WHOQOL-bref est corrélé positivement, et

Tableau 5

Scores moyens pour le WHOQOL-bref, le SSQ6, le QSBB et le QSBB-*empowerment*.

Échelles de Qualité de vie, de satisfaction et de soutien social perçus ($n=44$)	M	ET	Min	Max
WHOQOL-bref				
Score total WHOQOL	60,14	15,43	16,84	93,25
Santé Physique	57,63	17,97	0,00	100,00
Santé Psychologique	61,36	17,08	20,83	91,67
Relations sociales	60,77	22,10	16,67	100,00
Environnement	59,37	19,89	21,88	100,00
SSQ6				
Score total SSQ6	28,21	7,32	6,00	36,00
QSBB				
Score Total QSBB	2,52	0,67	0,94	3,71
Vie au B'eau B'art	2,86	1,69	0,54	4,00
Droits et informations	2,66	0,57	0,78	3,98
Relations	2,15	0,67	0,84	3,67
Apports	2,39	0,50	0,89	4,00
QSBB-<i>empowerment</i>				
Score Total QSBB-E	2,47	0,85	0,33	3,89
Participation aux décisions	2,23	0,00	1,23	4,00
Dignité et respect	2,80	0,55	0,80	4,00
Autonomie	2,38	0,45	0,91	3,91
Appartenance et contribution à une communauté	2,46	0,32	0,85	4,00

de façon modérée, au domaine Autonomie du QSBB-*empowerment* (Tableau 7).

Enfin, nous observons des liens entre le soutien social et la satisfaction de l'empowerment perçus par les usagers du club thérapeutique le B'eau B'art. Le score total au SSQ6 est corrélé positivement, et de façon modérée, aux domaines Autonomie ($\rho = 0,34$, $p < 0,05$) et Dignité et respect ($\rho = 0,31$, $p < 0,05$) du QSBB-*empowerment*.

13. Discussion

Parce que la promotion de l'empowerment au sein des clubs thérapeutiques constitue un enjeu majeur pour l'amélioration de la santé mentale des usagers, nous avons mené une étude ayant pour objectif l'évaluation de leur satisfaction liée à l'empowerment et ses conséquences sur la QdV et le soutien social perçus. La plupart des études se basent sur des indicateurs objectifs comme la capacité à trouver un emploi ou à établir des relations. Cette étude, quant à elle, est innovante, car elle se base sur des indicateurs subjectifs. Ainsi, nous nous attendions à ce que la satisfaction de l'empowerment soit corrélée positivement à la QdV et au soutien social perçus.

Le B'eau B'art est principalement fréquenté par des hommes âgés entre 40 et 59 ans, vivant seuls au sein de cette cohorte. La plupart des usagers se rendent au B'eau B'art au moins trois fois par semaine et plus de la moitié le fréquentent depuis plus d'un an. Plus les usagers fréquentent longtemps le club, plus ils sont satisfaits de leur Santé psychologique. Ils sont plutôt satisfaits de la Vie au club, caractérisée, entre autres, par l'accueil fait à leur arrivée, la localisation du club, le lieu de vie en général ou encore les repas servis. Malgré une perception positive de leur soutien social et le fait qu'ils expriment ne pas avoir de difficultés dans le domaine des relations sociales, les usagers en sont, malgré tout, insatisfaits. Ces relations comprennent les rencontres de manière générale, l'accueil fait à leurs proches ou encore l'ensemble des conseils reçus ou échangés. Ce résultat est étonnant, car un club est un lieu d'interactions sociales et un moyen de soutien offrant un sentiment de communauté et d'appartenance. Il permet de reconstruire un réseau social en offrant des contacts avec des personnes vivant la même situation, ce qui entraîne le sentiment de se sentir compris et soutenu [4]. Cette divergence peut être due au fait qu'en arrivant au sein d'un club thérapeutique, les usagers manifestent des attentes importantes concernant le fait de rencontrer des personnes et de rompre leur solitude [15]. Ainsi, ils peuvent avoir le sentiment que leurs attentes ne sont pas comblées dans leur totalité. Cette interprétation est corroborée par le fait que ce sont les usagers entourés qui sont les plus satisfaits, comparativement aux personnes vivant seules.

De plus, conformément aux études portant sur des clubs thérapeutiques [30] ou des patients psychiatriques ambulatoires [53], le soutien social et les relations sociales sont positivement associés. Or, le domaine des relations sociales au WHOQOL-bref est évalué de manière positive dans notre étude, ce qui tend à montrer que ce n'est pas tant les relations personnelles et amicales qui sont impactées, mais plutôt la manière dont les participants perçoivent ce qui est mis en place pour favoriser le lien familial au sein du club. Connaissant le manque d'engagement envers les familles des membres au sein des clubs [25,40], faut-il se centrer sur les usagers ou élargir à leur entourage ? La question est ouverte. Enfin, un recrutement plus représentatif en termes d'âge et de genre de la clientèle du B'eau B'art aurait possiblement augmenté la satisfaction des relations sociales, car les femmes et les jeunes participants en ont une perception plus favorable [53].

Globalement, les usagers perçoivent positivement leur QdV. Le domaine de la Santé psychologique est celui pour lequel les

Tableau 6

Corrélations de Pearson entre le score au domaine de l'Environnement du WHOQOL-Bref et les scores du QSBB.

QSBB WHOQOL-bref	Score Total QSBB	Vie au B'eau B'art	Droits et informations	Relations	Apports
Score total WHOQOL	0,32*	0,32*	0,31*	0,29	0,23
Santé Physique	0,22	0,28	0,25	0,18	0,10
Santé Psychologique	0,29	0,29	0,28	0,22	0,25
Relations sociales	0,17	0,08	0,14	0,26	0,09
Environnement	0,35*	0,29	0,40**	0,29	0,25

Note : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.**Tableau 7**

Corrélations de Pearson entre le score au domaine de l'Environnement du WHOQOL-Bref et les scores du QSBB-empowerment.

QSBB WHOQOL-bref	Score Total QSBB-E	Participation aux décisions	Dignité et respect	Autonomie	Appartenance et contribution à une communauté
Score total WHOQOL	0,22	-0,01	0,38*	0,24	0,26
Santé Physique	0,14	-0,07	0,37	0,13	0,18
Santé Psychologique	0,25	0,12	0,31*	0,32*	0,20
Relations sociales	0,06	-0,08	0,19	0,09	0,07
Environnement	0,27	0,06	0,39**	0,30*	0,31*

Note : * : $p < 0,05$; ** : $p < 0,01$.

participants sont le plus satisfaits, alors que le domaine de la Santé physique est le plus insatisfaisant. Par exemple, avec des personnes principalement dépressives et anxieuses, les résultats plus faibles dans le domaine de la santé physique seraient en lien avec le chômage [44]. Ces résultats pourraient corroborer les nôtres, car nos participants sont en majorité sans emploi. Par contre, les personnes entourées perçoivent plus favorablement leur Santé physique [3]. Le soutien social, le diagnostic psychiatrique et la sévérité et la durée des symptômes, la source de revenu et l'âge sont également des facteurs potentiellement prédictifs de la QdV [3,47].

Des liens sont dégagés entre le domaine de l'Environnement et ceux portant sur la satisfaction du club comme la Vie au B'eau B'art ou encore les Droits et Informations. Ce domaine comprend, entre autres, les notions de politesse, de respect des valeurs, de confidentialité ou encore d'écoute. Ces observations montrent que les usagers perçoivent les idées principales véhiculées dans ce type d'établissement : l'ouverture à tous, le respect, l'accueil, la non-stigmatisation ou encore la volonté de permettre à chacun de reprendre confiance en soi, se responsabiliser et retrouver certaines compétences tout en se sentant soutenu [15,32]. Ces différents facteurs sont fortement influencés par le soutien social et ont un impact important sur l'empowerment ainsi que sur la perception de la QdV [21].

Comme attendu, des corrélations positives sont observées entre la QdV et la satisfaction de l'empowerment perçue. L'empowerment aboutit à une satisfaction des usagers dans tous les domaines de la QdV, mis à part celui des Relations sociales. Ce résultat confirme que les participants étaient moins satisfaits des relations sociales créées au sein du B'eau B'art. Cela pourrait être dû au fait qu'au sein de ce club, les professionnels n'obligent en aucun cas les usagers à faire connaissance ou à discuter ensemble. En effet, des activités sont organisées, mais uniquement pour les volontaires. De plus, il n'est pas toujours évident pour des personnes vivant seules d'entrer en contact et de briser la glace avec des individus qu'elles ne connaissaient pas forcément au préalable. Pourtant, la mise en place d'autonomie et de participation active sont efficaces afin de promouvoir la QdV [30]. C'est pourquoi l'empowerment doit être mis en place pour améliorer la QdV [20], et ainsi favoriser la réadaptation psychosociale. Fréquenter un club thérapeutique est plus avantageux pour la QdV à long terme [26].

De manière générale, les usagers sont satisfaits de ce qui se joue au sein du club sur le plan de l'empowerment, tant au niveau

individuel que collectif. En effet, ils sont principalement satisfaits de la Dignité ainsi que du Respect offerts par le club. *A contrario*, ils sont davantage insatisfaits de la Participation aux décisions. Dans un premier temps, cela montre que le club est vu comme étant un lieu où le respect de chacun est primordial, liant partage, échanges et vie commune [2]. De plus, les participants sont également satisfaits de l'Autonomie qui leur est laissée. Cette notion fait davantage appel à l'aspect individuel de l'empowerment, vu comme un processus personnel, amenant l'individu à prendre le contrôle et les responsabilités de ses actions, entraînant par la suite l'accomplissement de ses capacités [56]. Cependant, l'insatisfaction à propos de la Participation aux décisions rejoint davantage l'aspect collectif de l'empowerment, étant à envisager comme un système de soins, amenant une évolution des mentalités et des politiques de soins en santé mentale. Ainsi, cette insatisfaction met en évidence le fait qu'encre maintenant les professionnels doivent apprendre à modifier leur manière de fonctionner avec les membres, en les considérant davantage comme des individus actifs dans leur système de soins [22,39]. Pourtant, la participation est un élément clef afin de rebâtir la confiance en soi, amenant les membres à faire preuve de développement personnel et, ainsi, d'autonomie. En effet, le personnel est un agent de changement important dans les clubs pour créer un environnement propice au rétablissement de la santé mentale et à l'empowerment [7]. De plus, il serait intéressant de savoir si les professionnels font une différence entre les avis des gestionnaires et ceux des membres du club.

Un lien est également à noter entre la QdV globale perçue et ses domaines Santé physique, Psychologique et Environnement avec la satisfaction des participants concernant la Dignité et le Respect instaurés au sein du B'eau B'art. Cela met en évidence l'importance de la considération d'autrui et de son impact sur la QdV ainsi que sur l'estime de soi [26]. De plus, la satisfaction concernant l'Autonomie, le sentiment d'Appartenance et de Contribution à une communauté entraîne une bonne perception de la QdV dans le domaine Environnement chez les usagers. Ces observations rejoignent l'idée que les clubs ont été conçus de manière à ce que les individus soient amenés à exercer davantage d'influence sur leur environnement ainsi qu'à favoriser leur sentiment d'appartenance en participant à la vie en communauté que proposent ces clubs [36,56]. Le domaine Santé psychologique est influencé positivement par une bonne satisfaction concernant le domaine de l'Autonomie. Ce résultat rejoint à nouveau cette

tendance à promouvoir l'autonomie des usagers. De plus, le fait de se sentir soutenu, accepté et encouragé à réaliser certaines tâches ne fait qu'encourager le sentiment d'appartenance à une communauté, l'autonomie et l'envie de prendre des responsabilités tout en s'identifiant aux autres [18,21,23,36].

Enfin, le soutien social perçu est influencé de manière positive par l'*empowerment* encouragé au sein du club, qu'il soit individuel ou collectif, notamment par l'Autonomie ainsi que la Dignité et le Respect. Nous avons pu observer les mêmes résultats entre ces domaines et la perception de la QdV. Cela rappelle à quel point le soutien social et la QdV perçus par les individus sont liés. En effet, les personnes fréquentant les clubs ont une meilleure QdV ainsi qu'un soutien social plus élevé [21]. De plus, le rétablissement est facilité lorsque le personnel incite à la participation et au travail, tout en stimulant le sentiment d'autoefficacité. Cela permet de pouvoir fixer des buts et de les atteindre, mais également de favoriser les relations sociales, l'autonomie, les responsabilités, le respect, le soutien ou encore de redonner espoir [19].

14. Limites et perspectives

Notre étude est davantage représentative des usagers fréquentant régulièrement le club que de ceux qui ne sont que de passage. Même si, rappelons-le, la durée de fréquentation du club n'est pas associée à la satisfaction perçue par les usagers, il est possible qu'une différence existe uniquement pour les personnes fréquentant le club depuis moins d'un an. En effet, les habitués portent un intérêt particulier au lieu de vie. Ceux-ci venant régulièrement, il est très probable qu'ils s'y sentent bien et y trouvent leurs marques. Cependant, peut-être qu'une personne qui vient moins souvent et/ou depuis moins longtemps ressent des attentes et des satisfactions différentes du lieu.

Il serait donc intéressant de réfléchir à l'implication d'un plus grand nombre d'usagers, quel que soit leur profil de fréquentation, afin de vérifier une éventuelle variabilité des résultats. Ainsi, évaluer les usagers de « passage » concernant leurs attentes et leurs satisfactions au sein du club permettrait d'augmenter la généralisation de nos résultats. Néanmoins, au regard de la longueur du protocole d'évaluation, conçu pour être exhaustif, les usagers se montrent réticents. Par conséquent, nous travaillons actuellement sur l'élaboration d'une version abrégée du questionnaire.

Afin de recueillir des données représentatives de l'ensemble des usagers fréquentant le club, il serait souhaitable d'inclure davantage de personnes jeunes. En effet, 68,1 % des participants sont âgés de plus de 40 ans.

Afin de respecter la philosophie du club, à savoir éviter la stigmatisation, les données médicales (diagnostic, durée de la maladie et traitement psychotrope) n'ont pas été évaluées. C'est cohérent quant au cadre dans laquelle cette étude a vu le jour, mais cela peut par la même occasion engendrer un manque de représentativité de nos données.

Aussi, le questionnaire de satisfaction du B'eau B'art et sa version *empowerment* ont été créés pour l'étude dans le but d'évaluer de manière spécifique les besoins des personnes au sein de cet environnement particulier qu'est le B'eau B'art. Ces questionnaires doivent encore faire leur preuve dans le cadre d'une étude de validation. C'est pour cette raison que ces données doivent être considérées comme étant préliminaires.

15. Conclusion

Exclusive en Belgique francophone, notre étude a pu mettre en évidence le fait que la satisfaction liée à l'*empowerment* prôné au sein d'un club thérapeutique comme le B'eau B'art a des

conséquences positives sur la QdV et le soutien social perçus des usagers.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Remerciements

Cette étude a été rendue possible grâce au soutien du ministère de la Santé, des Affaires sociales et de l'Égalité des chances de la région wallonne de Belgique. Les auteurs remercient les professionnels de santé et les participants du club thérapeutique le « B'eau B'art » pour leur implication.

Références

- [1] Al-Krenawi A, Graham JR, Al-Bedah EA, Kadri HM, Sehwal MA. Cross-national comparison of Middle Eastern university students: Help-seeking behaviors, attitudes toward helping professionals, and cultural beliefs about mental health problems. *Community Ment Health J* 2009;45:26–36.
- [2] Barreira P, Macias C, Rodican C, Gold PB. Choice of service provider: how consumer self-determination shaped a psychiatric rehabilitation program. *Psychiatr Rehabil J* 2008;31:202–10.
- [3] Berghöfer A, Martin L, Hense S, Weinmann S, Roll S. Quality of life in patients with severe mental illness: a cross-sectional survey in an integrated outpatient health care model. *Qual Life Res* 2020;29:2073–87.
- [4] Biegel DE, Pernice-Duca F, Chang C-W, D'Angelo L. Correlates of peer support in a clubhouse setting. *Community Ment Health J* 2013;49:249–59.
- [5] Bouvet C, Battin C, Le Roy-Hatala C. Le modèle Clubhouse pour les personnes souffrant de troubles psychiques : revue de littérature et expérience française. *Encephale* 2015;41:477–86.
- [6] Bruchon-Schweitzer M, Rasclé N, Cousson-Gélie F, Bidan-Fortier C, Sifakis Y, Constant A. Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychol Fr* 2003;48:41–53.
- [7] Chen F, Oh H. Staff views on member participation in a mental health clubhouse. *Health Soc Care Community* 2019;27:788–96.
- [8] Chen, Yau E, Lam C, Deng H, Weng Y, Liu T, et al. A 6-month randomized controlled pilot study on the effects of the clubhouse model of psychosocial rehabilitation with Chinese individuals with schizophrenia. *Adm Policy Ment Health* 2020;47:107–14.
- [9] Cohen J. Quantitative methods in psychology – a power primer. *Psychol Bull* 1992;112:155–9.
- [10] Coniglio FD, Hancock N, Ellis LA. Peer support within clubhouse: a grounded theory study. *Community Ment Health J* 2012;48:153–60.
- [11] Corrigan PW, Angell B, Davidson L, Marcus SC, Salzer MS, Kottsieper P, et al. From adherence to self-determination: evolution of a treatment paradigm for people with serious mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2012;63:169–73.
- [12] Crowne DP, Marlowe D. A new scale of social desirability independent of psychopathology. *J Consult Psychol* 1960;24:349–54.
- [13] Daumerie N. L'empowerment en santé mentale : recommandations, définitions, indicateurs et exemples de bonnes pratiques. *Sante Homme* 2011;413:8–10.
- [14] Delion P. Soigner la personne psychotique : concepts, pratiques et perspectives de la psychothérapie institutionnelle. Paris: Dunod; 2005. p. 210.
- [15] Dujardin F. Un bistrot thérapeutique dans la ville. Club thérapeutique ? Espace transitionnel ? Ou groupe thérapeutique ?; 2012.
- [16] Eklund M, Hansson L. Social network among people with persistent mental illness: associations with sociodemographic, clinical and health-related factors. *Int J Soc Psychiatry* 2007;53:293–305.
- [17] Ellison ML, Belanger LK, Niles BL, Evans LC, Bauer MS. Explication and definition of mental health recovery: a systematic review. *Adm Policy Ment Health* 2018;45:91–102.
- [18] Fekete OR, Langeland E, Larsen TM, Kinn LG. “Finally I belong somewhere I can be proud of – experiences of being a Clubhouse member in Norway. *Int J Qual Stud Health Well-Being* 2020;15:1703884.
- [19] Fitzgerald S, Umucu E, Arora S, Huck G, Benton SF, Chan F. Psychometric validation of the clubhouse climate questionnaire as an autonomy support measure for people with severe mental illness. *J Ment Health* 2015;24:38–42.
- [20] France. Centre d'analyse stratégique. In: Kovess-Masféty V, editor. La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie. 2009.
- [21] Franck N. Entraide entre pairs : le modèle du clubhouse. *EMC – Psychiatrie* 2018. 37-960-A-40.
- [22] Gratien V, Caria A. L'empowerment, un défi politico-médiatique. *Sante Ment* 2016;212:32–8.
- [23] Gumber S, Stein CH. Beyond these walls: can psychosocial clubhouses promote the social integration of adults with serious mental illness in the community? *Psychiatr Rehabil J* 2018;41:29–38.

- [24] Hasan A, Musleh M. The impact of an empowerment intervention on people with schizophrenia: results of a randomized controlled trial. *Int J Soc Psychiatry* 2017;63:212–23.
- [25] Hinden B, Wolf T, Biebel K, Nicholson J. Supporting clubhouse members in their role as parents: necessary conditions for policy and practice initiatives. *Psychiatr Rehabil J* 2009;33:98–105.
- [26] Hultqvist J, Markström U, Tjörnstrand C, Eklund M. Quality of life among people with psychiatric disabilities attending community-based day centres or Clubhouses. *Scand J Caring Sci* 2018;32:1418–27.
- [27] Ibarrart F. Les conditions favorables à l'empowerment. *Sante Ment* 2016;212:68–71.
- [28] IBM Corp. IBM SPSS statistics for Windows, version 25.0. New York: IBM Corp; 2017.
- [29] Jacob B, Macquet D, Natalis S. La réforme des soins en santé mentale en Belgique : exposé d'un modèle. *Inf Psychiatr* 2016;92:731–45.
- [30] Jung SH, Kim HJ. Perceived stigma and quality of life of individuals diagnosed with schizophrenia and receiving psychiatric rehabilitation services: a comparison between the clubhouse model and a rehabilitation skills training model in South Korea. *Psychiatr Rehabil J* 2012;35:460–5.
- [31] Kovess-Masféty V. La santé mentale, l'affaire de tous : pour une approche cohérente de la qualité de la vie. Documentation française; 2009.
- [32] Le Roy-Hatala C, Battin C, de Coatpont S, Cavroy JP, Bouvet C. En quoi le Clubhouse Paris contribue au rétablissement de personnes vivant avec des troubles psychiques graves ? *Prat Sante Ment* 2014;60:23–30.
- [33] McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health* 2018;45:28–47.
- [34] Mornet J. Psychothérapie institutionnelle : histoire et actualité. Champ social Éditions; 2007.
- [35] Mowbray CT, Woodward AT, Holter MC, MacFarlane P, Bybee D. Characteristics of users of consumer-run drop-in centers versus clubhouses. *J Behav Health Serv Res* 2009;36:361–71.
- [36] Mutschler C, Rouse J, McShane K, Habal-Brosek C. Developing a realist theory of psychosocial rehabilitation: the Clubhouse model. *BMC Health Serv Res* 2018;18:442. <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-018-3265-9>.
- [37] Natalis S. La participation des usagers et des proches à la réorganisation des systèmes de soins en santé mentale en Belgique, des projets, des pratiques innovantes; 2015.
- [38] Peljak D. Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français. *Rev Fr Affaires Soc* 2016;75–88.
- [39] Pernice-Duca FM. Staff and member perceptions of the clubhouse environment. *Adm Policy Ment Health* 2010;37:345–56.
- [40] Raeburn T, Halcomb E, Walter G, Cleary M. An overview of the clubhouse model of psychiatric rehabilitation. *Australas Psychiatry* 2013;21:376–8.
- [41] Rossberg JL, Melle I, Opjordsmoen S, Friis S. The relationship between staff members' working conditions and patients' perceptions of the treatment environment. *Int J Soc Psychiatry* 2008;54:437–46.
- [42] Ryan P, Ramon S, Greacen T. Empowerment, lifelong learning and recovery in mental health: Towards a new paradigm. Palgrave Macmillan; 2012.
- [43] Saloppé X, Pham TH. Validation du WHOQOL-bref en hôpital psychiatrique sécuritaire. *Psychiatr Viol* 2006;1:1–25.
- [44] Schwab B, Daniel HS, Lutkemeyer C, Neves JALL, Zilli LN, Guarnieri R, et al. Variables associated with health-related quality of life in a Brazilian sample of patients from a tertiary outpatient clinic for depression and anxiety disorders. *Trends Psychiatry Psychother* 2015;37:202–8.
- [45] Sibitz I, Amering M, Unger A, Seyringer M, Bachmann A, Schrank B, et al. The impact of the social network, stigma and empowerment on the quality of life in patients with schizophrenia. *Eur Psychiatry* 2011;26:28–33.
- [46] SPF Santé Publique F. Le B'au B'art : manuel des pratiques innovantes; 2016.
- [47] Sung S, Yeh M. Factors related to quality of life in depressive outpatients in Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2007;61:610–5.
- [48] Svedberg P, Svensson B, Hansson L, Jormfeldt H. A 2-year follow-up study of people with severe mental illness involved in psychosocial rehabilitation. *Nord J Psychiatry* 2014;68:401–8.
- [49] Tan YX, Yan H, Luo YH, Tang H, Wu HS, Chen JD. Mental rehabilitation in China: the clubhouse model. *Lancet Psychiatry* 2018;5:386–7.
- [50] Taylor EK, Moxham L, Perlman DJ, Patterson CF, Brighton RM, Liersch S. Self-determination in the context of mental health recovery. *Austr Nurs Midwifery J* 2016;23 [41–41].
- [51] Tinland A, Leclerc L, Loubière S, Mougeot F, Greacen T, Pontier M, et al. Psychiatric advance directives for people living with schizophrenia, bipolar I disorders, or schizoaffective disorders: study protocol for a randomized controlled trial – DAiP study. *BMC Psychiatry* 2019;19:1–13.
- [52] Tosquelles F. Actualité de la psychothérapie institutionnelle, ouvrage collectif. Vigneux: Ed. Matrice; 1994.
- [53] Trompenaars FJ, Masthoff ED, Van Heck GL, Hodiamont PP, De Vries J. Content validity, construct validity, and reliability of the WHOQOL-Bref in a population of Dutch adult psychiatric outpatients. *Qual Life Res* 2005;14:151–60.
- [54] Tsang AW, Ng RM, Yip K. A six-month prospective case-controlled study of the effects of the clubhouse rehabilitation model on Chinese patients with chronic schizophrenia. *East Asian Arch Psychiatry* 2010;20:23–30.
- [55] Whoqol, Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 1998;28:551–8.
- [56] World Health Organization. User empowerment in mental health—a statement by the WHO Regional Office for Europe; 2010.