

**ALVAREZ-RENARD Lydie**

**DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications »**

**Promotion 2011**

***SANTE MENTALE,  
LOGEMENT ADAPTE  
ET GEM***

## SOMMAIRE

Introduction	Page 3
Historique et action de l'association ARELI	Page 7
Lutte contre la stigmatisation du handicap psychique par le biais de la santé mentale communautaire dans son volet logement	Page 11
Diagnostic du public hébergé dans les structures ARELI	Page 20
Fonctionnement des GEM	Page 28
Résultat des rencontres avec les GEM	Page 32
Méthode et moyens d'évaluation	Page 36
Conclusion	Page 38
Annexes	Page 43

## ❁ INTRODUCTION

L'OMS définit la santé comme : « un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé mentale englobe la promotion du bien-être, la prévention des troubles mentaux, le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles ».

Ainsi, hormis le champ du traitement médical, l'ensemble des acteurs du domaine social peut être amené à intervenir sur la promotion du bien-être, la prévention et la réadaptation des personnes souffrant de handicap psychique. Précisément au sujet de la réadaptation, le logement représente un enjeu majeur. Il permet notamment de répondre à un besoin primaire, mais va bien au delà. Il permet de retrouver stabilité, indépendance, autonomie, confiance en soi, et ainsi d'être inclus dans la société.

ARELI est une association qui oeuvre dans le champ de l'habitat et qui s'est dotée de moyens d'accompagnement en direction du public occupant les logements qu'elle met à disposition. Cet accompagnement est réalisé dans un objectif de coordination des parcours des personnes, en lien avec les référents extérieurs de celles-ci.

L'association accueille aujourd'hui au sein de ces structures un public souffrant de handicap psychique en nombre de plus en plus important. Les personnes sont prises en charge par le soin dans la plupart des cas. Dans le cadre de l'accompagnement proposé, les équipes sont amenées à travailler de manière communautaire, en partenariat au quotidien, les logements étant inscrits dans la cité. Ceci tout particulièrement dans le champ de la santé mentale.

Au sein de l'association, nous sommes préoccupés par la question de l'accueil du public souffrant de handicap psychique car nous souhaitons lui garantir le bien-être lié à l'occupation de son logement, mais également une prise en charge globale adaptée. Pour cela, sans être professionnels de la santé mentale, il est nécessaire que les équipes soient outillées à minima pour réaliser une coordination efficace. Aussi, c'est dans cette démarche que trois personnes de l'équipe sociale ont suivi la première session du DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications » en 2011, et qu'une formation interne sur la santé mentale a également été mise en place en mai 2011 pour l'ensemble des Travailleurs sociaux du service. Une réflexion globale au sein de l'association sera menée au cours du second semestre 2011 afin d'élaborer la meilleure stratégie d'accompagnement de ce public au regard des moyens dont dispose l'association.

Aujourd'hui, un certain nombre de secteurs de psychiatrie développe le travail communautaire, par le biais d'interventions en relais, en partenariat, conscients de la nécessité de réunir l'ensemble des acteurs pour une prise en charge la plus efficiente possible des personnes. La santé mentale ne pouvant se résumer à une prise en charge médicale, la psychiatrie s'ouvre vers l'action communautaire depuis plusieurs années, c'est à dire vers de moins en moins d'actions dans l'enceinte de l'hôpital, et donc de plus en plus intégrées à la cité.

Pour être dans une démarche communautaire, il faut que l'action repose sur :

- Une démarche collective
- Une participation active des citoyens
- Une justice sociale
- Une équité
- Des territoires et des individus dans leur territoire.

C'est en ce sens que l'action menée auprès du public logé au sein de l'association ARELI est communautaire puisqu'elle vise à favoriser l'accès au logement pour toute personne, dans le respect des critères applicables au logement adapté, quelque soit son origine, son niveau de précarité, son histoire, son parcours judiciaire, son état de santé... Ceci en lien avec différents partenariats établis selon les besoins et la situation des personnes. Celles-ci sont très souvent isolées, en rupture, et en grande précarité.

Il s'agit donc d'une démarche collective qui se traduit par une action associant des acteurs du champs du logement, de l'insertion par l'activité, des addictions, de la santé somatique, de la santé mentale..., au sein de territoires déterminés par le lieu géographique d'implantation de la structure, en impliquant autant que possible les usagers (notamment en interne par le biais des conseils de concertation, dispositif similaire aux conseils de vie sociale).

Précisément, dans le champ de la santé mentale, selon les secteurs, les partenariats sont différemment développés. Ceci est intimement lié au fonctionnement du secteur de psychiatrie auquel est rattaché la structure puisque la démarche générale de l'association est la même sur l'ensemble des territoires d'intervention.

L'un des partenariats du champ de la santé mentale, dans son volet non médicalisé, est aujourd'hui peu utilisé par les équipes. Il s'agit de celui relatif aux Groupes d'entraide

mutuelle. Cette réflexion a pu émerger grâce à la présentation de ces groupes dans le cadre du DIU, ainsi que la visite de certains d'entre eux.

Des questions ont été soulevées suites à ces visites et recueil d'informations :

- quels sont les GEM présents sur nos territoires d'intervention ?
- les équipes connaissent-elles leur fonctionnement ?
- quel partenariat durable serait-il possible d'établir ?
- quelle pourrait être la valeur ajoutée pour le public accueilli ?
- quelle pourrait être la valeur ajoutée pour l'équipe sociale interne ?

La problématique issue des ces réflexions est donc la suivante :

***Un partenariat entre les GEM et les structures de logement adapté gérées par ARELI permettrait-il une déstigmatisation et une meilleure prise en charge de la santé mentale des personnes souffrant de handicap psychique hébergées au sein de ces structures ?***

Le but de la démarche est effectivement de permettre une évolution du regard porté sur les personnes souffrant de handicap psychique, à la fois par les autres résidents, mais aussi par l'environnement de proximité qui pourrait se représenter négativement la structure du fait de l'accueil de ce public. L'idée est également d'améliorer la prise en charge de ces personnes, de rompre leur isolement, de faciliter les relations de voisinage, d'augmenter la participation aux actions proposées en interne, de favoriser l'appropriation du logement, d'avoir une ouverture vers l'équipe plus prononcée, une meilleure prise en charge au niveau des soins...

Les objectifs faisant suite à cette problématique de travail sont :

- de compléter le partenariat existant entre ARELI et les secteurs de psychiatrie, par une approche autre que celle du soin.
- d'améliorer et/ou de maintenir la santé mentale de certains résidents hébergés au sein des structures de l'association ARELI.
- d'apporter un soutien à l'équipe d'accompagnement social interne dans le suivi des publics en souffrance psychique
- de constater l'efficacité de cette démarche.

Ainsi, afin de tenter de répondre à la problématique posée, et après une présentation de l'association au sein de laquelle l'étude s'est déroulée, nous aborderons une phase théorique qui traitera de la lutte contre la stigmatisation du handicap psychique, par le biais de la santé

mentale communautaire, dans son volet logement. Le logement étant le support d'action de l'association ARELI, et donc le pivot central de cet écrit, nous définirons ensuite les caractéristiques du public logé au sein des structures de logement adapté gérées par ARELI, et repéré comme ayant un handicap psychique. La question du partenariat permettant d'optimiser la prise en charge de ce public sera alors abordée, et notamment celui potentiellement envisageable avec les Groupes d'entraide mutuelle. Une présentation des résultats issus des rencontres avec ces structures sera réalisée, avant de clore par la méthode d'évaluation du projet qui est envisagée.

## ❖ HISTORIQUE ET ACTION DE L'ASSOCIATION ARELI

ARELI est une association régie par la loi de 1901, créée en 1953, dont le siège est à Lille, boulevard de la Liberté. Elle a pour objet l'amélioration des conditions de vie et / ou d'insertion sociale de diverses personnes de la région Nord-Pas-de-Calais.

L'association gère des structures d'hébergement, qui, en 1953, avaient été initialement pensées comme des lieux de passage pour les travailleurs migrants que l'Etat français allait chercher dans leur pays d'origine pour constituer une source de main d'œuvre dans le contexte d'après guerre. Aujourd'hui, ces structures font parties du champ du **logement adapté**, constitué par les Résidences sociales (issues de la transformation des Foyers de travailleurs migrants, des Foyers de jeunes travailleurs, ou constructions ex-nihilo), les Pensions de famille (type de Résidence sociale) et les Résidences accueil (type de Pension de famille).

La volonté de l'association est de rechercher des solutions adaptées pour la promotion sociale des publics en difficulté et de s'affirmer comme un acteur de l'insertion par le logement. Ainsi, ARELI s'est fixée comme objectifs en tant qu'acteur du logement très social d'améliorer les conditions de vie de ces publics par la mise à disposition de logements adaptés et de contribuer à leur insertion sociale.

Pour cela, les missions de l'association sont les suivantes :

- ✓ offrir un hébergement social adapté et accompagner les résidents dans leur parcours de vie
- ✓ créer de nouvelles structures d'hébergement social (Résidence sociale, Pension de famille...) pour s'adapter aux besoins des publics en difficultés
- ✓ mettre à disposition des logements et accompagner dans leurs projets d'hébergement et d'accompagnement des associations à vocation sociale
- ✓ offrir un accès à des logements à loyers modérés (logement locatif)
- ✓ réhabiliter et entretenir le parc immobilier existant (transformer les foyers de travailleurs migrants en résidences sociales)
- ✓ contribuer à l'émergence professionnelle et sociale d'étudiants talentueux.

Un état des lieux a mis en exergue que les foyers de travailleurs migrants étaient devenus, avec le temps, des lieux de vie. A ce jour, grand nombre de résidents vit depuis plus de 30 ans au sein de nos structures. Beaucoup de ces migrants sont aujourd'hui âgés. L'association a la volonté de continuer à les accompagner. C'est en ce sens qu'en 2001, ARELI a signé une

convention avec l'Etat et la CILPI (Commission Interministérielle pour le Logement des Populations Immigrées) pour répondre aux nouveaux enjeux et à l'évolution que connaissent les publics hébergés. La transformation du Foyer de travailleurs migrants en Résidence sociale permet l'adaptation du bâti à l'évolution du public, ainsi que la mise en place de projets sociaux pour les migrants vieillissants et les nouveaux publics.

**A ce jour, parmi les structures gérées par ARELI, cinq Foyers de travailleurs migrants ont été transformés en Résidences sociales :** les Cerisiers à Faches-Thumesnil, les Oliviers à Tourcoing, les Peupliers à Wattrelos, du Houx à Roubaix, le Bocage à Marquette Lez Lille.

**Sont actuellement en phase d'étude dans le cadre de leur restructuration, ou en cours de transformation, les 5 foyers :** rue Auguste Bonte à Lille, rue de Lannoy à Lille, rue de Cassel à Dunkerque, rue Achille Pérès à Dunkerque, rue de Magenta à Tourcoing.

ARELI s'engage également sur des projets de nouvelles structures et élargit son territoire d'intervention. Dans ce cadre, **elle gère une Pension de famille :** Paulette Roussel à Comines, et très prochainement les Pensions de famille de l'Echo à Roubaix et Augustin Laurent à Ronchin. **Est actuellement en projet :** une pension de famille sur le territoire de Tourcoing.

Pour le logement adapté, l'association gère un parc d'une capacité de plus de 1000 logements sur les Métropole Lilloise et Dunkerquoise.

### ***Public accueilli au sein de ces structures***

L'association poursuit sa mission première d'accueil et d'accompagnement des travailleurs migrants, public aujourd'hui vieillissant, isolé, en rupture de droits, en perte d'autonomie, en difficulté d'accès aux soins, de prise en charge de la problématique liée à l'exil... A ce jour, plus de **55%** des personnes hébergées dans les Foyers de travailleurs migrants ou Résidences sociales sont issus de l'immigration. **47%** des résidents ont plus de 60 ans.

Suite à la mutation des structures en Résidences sociales et à l'ouverture de Pensions de famille, l'association accompagne également un nouveau public constitué de personnes en difficultés de logement, souvent précarisé dans des domaines tels que la vie sociale, familiale ou professionnelle, et rencontrant des problématiques d'addictions et de souffrance psychique : il peut s'agir de personnes à faibles ressources (bénéficiaires du RSA, de l'ASS, de l'AAH, intérimaires, contrats aidés...), de personnes isolées, de familles monoparentales, de couples avec enfant, de public isolé en situation de fragilité psychique, de sortants de prison, de public relevant du PDALPD...



### *Un accompagnement interne*

Chacun des sites est géré par une équipe pluridisciplinaire : un responsable de site, un travailleur social, une coordinatrice santé, des agents de maintenance et d'entretien. L'ensemble de ces professionnels font partis de deux services :

- le service de gestion locative
- le service social.

Au regard des difficultés grandissantes liées au vieillissement des travailleurs migrants d'une part, et à l'évolution du nouveau public accueilli de plus en plus précarisé d'autre part, le Conseil d'Administration de l'association a décidé fin 1997 d'acter la mise en place d'un service interne d'accompagnement social. Il est constitué de professionnels du travail social (assistants sociaux, conseillers en économie sociale et familiale, éducateurs spécialisés).

Les travailleurs sociaux de l'association représentent des personnes ressources au sein des structures de logement adapté, repérées par les résidents et les partenaires. Leur mission principale est d'être l'interface entre les résidents et les structures de droit commun et de proximité, pour un accès ou un maintien des droits. Ceci dans divers domaines tels que le logement, la santé, l'insertion par l'activité, le lien social...

Le champ de la santé est un domaine très important, qui va encore croître dans les années à venir. Ceci est lié à la fois aux travailleurs migrants dont les besoins liés vieillissement sont de plus en plus nombreux, et au nouveau public souffrant de pathologies multiples, notamment des pathologies mentales. Face à ce constat, l'association s'est dotée en 2007 d'une coordination santé, destinée aujourd'hui au public vieillissant, et réalisée par des infirmières diplômées.

L'ensemble de l'équipe intervient par différents moyens : accompagnement individuel, accompagnement collectif, développement de réseaux de proximité... Ces réseaux sont riches et liés aux secteurs sur lesquels sont implantées les structures. Les partenaires avec lesquels l'association travaille peuvent être les suivants : CMP, EPSM, médecins généralistes, médecins spécialistes, hôpitaux, service de soins à domicile, SAVS, ANPAA, Diogène, La ravaude, SPS, CSAPA, centres de bilan de santé, centres sociaux, maisons de quartier, CCAS, Référents Généralistes de Parcours, services de tutelle, service de maintien à domicile, bailleurs, unités logement du Conseil Général...

### ***Logement temporaire***

Lors du changement de statut des Foyers de travailleurs migrants en Résidences sociales, une notion essentielle évolue : la durée de séjour. Si le foyer est devenu de fait, avec le temps, un habitat pérenne, la Résidence sociale est quant à elle un logement transitoire. Ainsi, excepté pour les anciens migrants, la durée de logement est conditionnée par un relogement dans le parc HLM ou privé. Les démarches de recherche de logement par le résident sont essentielles, elles lui permettront d'être acteur d'un parcours résidentiel ascendant.

Ainsi, grâce à ces missions, son champ d'intervention qu'est le logement, et son action partenariale, l'association ARELI tient une place importante dans la phase de réhabilitation du public souffrant de handicap psychique. Cette action est d'autant plus importante que le logement est un moyen de lutte contre la stigmatisation portée à ce public, encore persistante aujourd'hui. L'action communautaire dans son aspect logement est l'un des éléments majeurs de la réhabilitation du public souffrant de pathologies mentales et de la lutte contre les discriminations qu'il subit.

## ❁ LUTTE CONTRE LA STIGMATISATION DU HANDICAP PSYCHIQUE PAR LE BIAIS DE LA SANTE MENTALE COMMUNAUTAIRE DANS SON VOLET LOGEMENT

Au cours des années 50-60, la psychiatrie a fait évoluer son fonctionnement en passant du système asilaire au système de secteur. En France la moitié des lits de psychiatrie ont été fermés sur les 30 dernières années. Ces évolutions se poursuivent aujourd'hui au sein de certains secteurs qui souhaitent externaliser encore plus les soins de santé mentale en dehors des institutions de santé mentale. En effet, il apparaît comme stigmatisant pour certains patients de se rendre dans un hôpital psychiatrique ou un CMP pour avoir recours aux soins. Le soin semble plus accessible lorsqu'il est intégré à la communauté, assimilé au sein d'une structure non repérée comme une structure dédiée à la santé (UTPAS, CCAS...), et également lorsque le soin se déplace vers le patient, notamment dans son lieu de vie. Un certain nombre d'acteurs sont aujourd'hui convaincus de la plus-value d'une prise en charge de la santé mentale dans la communauté plutôt qu'en intra hospitalier.

Plusieurs d'entre eux, intervenants dans le cadre du DIU « santé mentale dans la communauté, étude et applications », se sont d'ailleurs exprimés en ce sens :

☞ *« C'est essentiellement l'amélioration des conditions de vie qui permet d'améliorer l'état de santé »*, Professeur LAZARUS dans le cadre de son intervention sur « Prévention et promotion de la santé ».

☞ *« Si l'on intervient sur le handicap social, on peut alors agir sur la psychose. Le logement est donc une action communautaire de la réhabilitation »*, D.LEGUAY dans le cadre de son intervention sur « Promouvoir la réhabilitation psychosociale dans la cité ».

☞ *« La santé mentale ne se résume pas à la psychiatrie »*, Edouard COUTY dans le cadre de son intervention sur « Les priorités nationales en matière de psychiatrie et santé mentale ».

☞ *« Une hospitalisation prolongée amène une adaptation de la personne à l'institution, une régression de sa part, une chronicisation »*, Gilles VIDON dans le cadre de son intervention sur « Vers la santé mentale communautaire : histoire de l'évolution de l'hôpital psychiatrique et conditions médicales de son redéploiement dans la cité ».

☞ *« On ne peut pas préparer les personnes à sortir, à se rétablir, en étant à l'hôpital. Il faut d'abord que celles-ci aient un logement, pour ensuite pouvoir travailler avec elles sur le reste »*, E.JOUET dans le cadre de son intervention sur « Formation des usagers : le projet Emilia ».

Or la fermeture des lits hospitaliers et l'assimilation des structures d'accueil des malades au sein de la communauté peuvent encore effrayer aujourd'hui cette même communauté. Pourtant, comme l'explique Marie-Joseph BERTINI, dans « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale » : *« la fermeture des structures asilaires ne signifie pas que le périmètre de sécurité établi autour des pathologies mentales ait disparu, mais simplement qu'il s'est transformé... En effet, la fermeture de lits en intra hospitalier s'est vu compensé par l'ouverture de structures et de services établis dans la communauté, au plus proche des malades. Chacun doit pouvoir se penser comme un futur patient potentiel qu'un accident de la vie, une absence de structuration sociale pourront conduire à requérir des soins psychiatriques autrefois réservés à un groupe d'individus isolés du corps social. »*

Dans le même ouvrage, Jean-Yves GIORDANA explique que *« la stigmatisation et la discrimination subies par les personnes souffrant de maladies mentales constituent une autre souffrance à part entière qui pourrait être qualifiée de « seconde maladie », liée elle à la réaction de l'environnement social de la personne. »* Selon lui, *« la stigmatisation des malades psychiques repose sur 3 types de représentations, dont celle qui pose le principe que le malade mental serait incapable de se conformer à des conventions sociales, des règles de vie, des lois, et incapable de se soumettre aux contraintes et aux exigences de la vie en société. »*

Comme l'évoquait notamment le Docteur Jean-Luc ROELANDT dans l'une de ces interventions : *« Il est très difficile de faire évoluer les mentalités et le regard porté sur les personnes souffrant de handicap psychique. Mis à part nommer autrement la « psychiatrie », celle-ci sera toujours stigmatisante. Les personnes rejettent toujours leur diagnostic, qui en plus n'est pas basé sur des éléments biologiques. L'idée d'incurabilité de la pathologie fait que celle-ci est d'autant plus rejetée par les personnes. »*

Il nous faut lutter face à ces représentations par différents moyens. L'un d'entre eux, permettant l'inclusion des personnes dans la communauté, est le logement. Favoriser l'accès au logement des personnes souffrant de maladies mentales, lorsqu'elles sont en phase de stabilisation, permet de démontrer qu'elles sont en capacité de vivre de manière autonome, et c'est ainsi le signe évident d'un respect des exigences de la vie en société et un gage de responsabilités.

Le logement occupe toute sa place dans cette approche communautaire, si ce n'est l'une des plus importante. Il permet à la personne de se poser, de se consacrer à sa prise en charge médicale sans devoir se préoccuper de satisfaire un besoin primaire. Par ailleurs, les soignants savent ainsi où rencontrer leurs patients et entrer en contact plus facilement avec eux lors de phase de « recul » dans la prise en charge.

Il faut donc des structures innovantes pour accueillir les personnes souffrant de maladies mentales, comme celles relevant du logement adapté.

Dans « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale », Gilles VIDON, Denis LEGUAY et Elisabeth GIRAUD BARO, évoquent le fait que « *le cadre thérapeutique en psychiatrie doit rester stable et permanent, mais également intermédiaire, transitionnel et étayant avec le milieu social. Les lieux de vie doivent être séparés des lieux de soins. C'est à la communauté d'assurer les fonctions autrefois dévolus à l'asile, et notamment le logement.* » Ainsi, le manque de solutions d'hébergement adaptées pour les personnes souffrant de troubles psychiques doit conduire à développer des structures d'hébergement alternatives variées avec un accompagnement individualisé (comme la Résidence accueil par exemple).

Le logement adapté est une solution intermédiaire ou définitive (selon le type de structure), qui est tout à fait en adéquation avec les besoins du public en souffrance psychique, lorsque la pathologie est stabilisée. En effet, le logement adapté permet d'accéder à un logement autonome et de bénéficier en parallèle de services communs d'accompagnement par des acteurs du champ social. Il s'agit d'un habitat individuel dans un lieu collectif. Des temps d'échanges sont donc instaurés, des temps d'animations, d'activités... et une présence en journée permet de rassurer les personnes mais également les soignants.

Au sein du logement adapté, plusieurs types de structures peuvent être envisagés selon les besoins de la personne.

**La Résidence sociale** : logement transitoire, correspondant à un public qui a besoin de se poser, de retrouver une stabilité dans le quotidien, une autonomie, une indépendance, et qui sera en capacité à court ou moyen terme d'accéder au logement de droit commun.

*Circulaire n° 2006-45 du 4 juillet 2006* : « Les Résidences sociales ont pour objet d'offrir une solution de logement meublé temporaire à des personnes ayant des revenus limités ou rencontrant des difficultés d'accès au logement ordinaire, pour des raisons économiques mais aussi sociales, et pour lesquelles un accompagnement social léger peut s'avérer nécessaire ».

**La Pension de famille** : structure de logement qui permet de se poser de manière pérenne. Elle correspond à un public qui nécessite une présence plus importante, un mode de vie plus collectif, qui a besoin d'apprendre ou de retrouver des réflexes et des automatismes dans les actes de la vie quotidienne. Elle est destinée à des personnes plus éloignées de l'accès au logement de droit commun.

*Circulaire n° 2002-595 du 10 décembre 2002* : « La Pension de famille est destinée à l'accueil de personnes à faible niveau de ressources, dans une situation d'isolement ou d'exclusion lourde et dont la situation sociale et psychologique rend impossible à échéance prévisible leur accès à un logement ordinaire ».

**La Résidence accueil** : il s'agit d'une troisième spécificité de la Résidence sociale qui est quant à elle un type de Pension de famille mais qui accueille précisément un public souffrant de handicap psychique.

*Note d'information n° 2006-523 du 16 novembre 2006* : « La Résidence accueil est destinée à l'accueil de personnes fragilisées et handicapées par des troubles psychiques liés à une pathologie mentale au long cours, dont l'état est suffisamment stabilisé pour respecter et bénéficier des règles de vie semi collective ; suffisamment autonomes pour accéder à un logement privatif, dès lors qu'un accompagnement et des soins sont garantis en tant que de besoin ; dans une situation d'isolement ou d'exclusion sociale à faible niveau de revenus, sans critère d'âge. »

La note d'information ajoute que : « ce type de structure s'inscrit dans une logique d'habitat durable, sans limitation de durée, et offre un cadre de vie semi collectif valorisant la convivialité et l'intégration dans l'environnement social. Sa spécificité est d'offrir aux résidents la garantie d'un accompagnement sanitaire et social, organisée dans le cadre de partenariats formalisés par des conventions, d'une part, avec le secteur psychiatrique, et d'autre part, avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) ou un service

d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH). Elle est ouverte à des personnes présentant des profils et des parcours variés, qui peuvent avoir connu des périodes d'hospitalisation prolongées, des épisodes d'errance, ou être restées à charge de leur famille. Le terme de handicap psychique recouvre les diverses situations de handicap que peuvent générer des troubles psychiques durables. Il vise le type de difficultés que rencontrent les personnes dans leur vie quotidienne et leur participation sociale, mais n'implique pas que les personnes soient reconnues handicapées par les instances *ad hoc*. La résidence accueil n'est pas spécifiquement réservée aux personnes qui bénéficient de l'intervention du SAVS ou du SAMSAH partenaires de la résidence. »

Toutes ces structures permettent un accompagnement et favorisent, par le biais de l'habitat collectif, la création de liens entre la personne et son environnement. C'est un mode d'habiter qui propose des activités communes, des échanges et des réflexions sur les spécificités de chacun.

Certains gestionnaires de logements peuvent parfois être réticents à l'accueil de ce public car ils sont attentifs au maintien de l'équilibre de peuplement au sein des structures d'habitat collectif, au sein desquelles une proximité importante existe entre les résidents. Par ailleurs, il est important de veiller à ce que la stigmatisation envers le public connaissant des maladies mentales ne se produise pas au sein même de ces structures. Ceci n'en serait que plus dévastateur encore pour la personne.

Tout ce travail autour de la question du logement n'est donc envisageable et possible que si un suivi commun est instauré. L'accueil dans un logement sans un accompagnement adéquat peut parfois être néfaste pour la personne. Une réelle préparation est à mener en amont, conjointement entre les différents acteurs. Il faut favoriser l'inclusion des personnes au sein de ce qui peut devenir leur lieu de vie, et œuvrer à lutter contre la discrimination qui pourrait s'installer au cœur même du groupe par le regard que vont porter les autres résidents sur le public souffrant de handicap psychique. Cela passe par des activités collectives par exemple, en lien avec des partenaires intervenant dans le champ de la santé mentale. Le milieu de la réhabilitation doit être un milieu ouvert sur l'extérieur, mais suffisamment protégé pour que la pression sociale ne soit pas trop forte. Il est donc important d'évaluer la capacité de la personne à vivre de manière autonome dans son logement, d'autant plus au sein des

Résidences sociales ou des Pensions de famille qui représentent des habitats collectifs où se côtoient au quotidien des publics rencontrant diverses difficultés.

D'ailleurs, le Professeur Christophe LANCON, dans sa présentation de la session de Marseille dans le cadre du DIU, faisait part d'éléments allant en ce sens : *« Il existe des logements dans les villes mais les personnes ayant un handicap psychique n'y accèdent pas car elles sont stigmatisées, notamment lorsque le système de soin les accompagne. Il faut plutôt réfléchir à comment donner des garanties aux bailleurs plutôt que de dire qu'il n'y a pas suffisamment de logements [...]. C'est de la responsabilité morale des soignants de faire en sorte que tout se passe bien pour les personnes dans le logement. Il faut donc que la situation soit adaptée, bien préparée en amont, avant de faire une orientation et éviter ainsi les va et vient entre le logement et l'hôpital [...]. Il faut préparer et être attentif à comment les personnes vont s'organiser dans leur quotidien. Si ces éléments ne sont pas anticipés, il ne faut pas mettre les personnes dans un logement. »*

Les acteurs du logement ont besoin de soutien pour réaliser un accompagnement efficace de la personne. Même si l'accueil du public en souffrance psychique s'impose en quelque sorte à eux, au regard du nombre de plus en plus important qui est en recherche de logement, et malgré une volonté marquée de certains d'exercer un travail communautaire, il est indispensable de renforcer encore cette démarche. En effet, les structures de logement ne dispensent pas de soins. Elles n'ont pas de professionnels de la santé mentale au sein de leurs équipes. Ces dernières peuvent d'ailleurs parfois se trouver en difficulté face à certaines situations due à une méconnaissance « technique » de la maladie mentale et être démunies en termes de solutions face à certaines problématiques. Les professionnels du social sont ouverts au travail en partenariat avec les professionnels de la psychiatrie. Mais il est vrai qu'il faut aujourd'hui que chacun se découvre dans ses prérogatives, apprenne le mode de fonctionnement de l'autre. Il est indispensable que l'ensemble des acteurs se pose pour réfléchir ensemble à des méthodes d'intervention communes, dans le respect et l'intérêt de la personne. Le DIU en est d'ailleurs une illustration très positive en terme d'apprentissage du fonctionnement de la psychiatrie et d'ouverture du social vers la santé. D'où l'importance de travailler dans la communauté pour faire évoluer les regards.

Ainsi, les interventions au sein du logement vont permettre d'être au plus près des personnes et de favoriser leur accès aux soins. Les soignants sauront où aller lorsqu'ils souhaiteront entrer en contact avec l'utilisateur. Cependant, l'idée majeure est bien de communiquer, d'être à



l'écoute des « alertes » des partenaires, « d'aller vers » et non plus d'attendre que les personnes « aillent vers ». Les équipes mobiles en psychiatrie en sont d'ailleurs la meilleure illustration (malheureusement, elles ne sont pas encore présentes sur l'ensemble des secteurs). Ce travail dans la communauté permet de toucher une plus grande part de public qui nécessite des soins, et qui n'était pas atteignable auparavant ou peu visible, sauf dans les cas d'événements graves qui permettaient de repérer la situation. Aujourd'hui le travail dans la communauté permet une autre approche. Comme le mentionne Guy DARCOURT dans « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale » : *« Le fait de ne pas recevoir de soins est une stigmatisation par omission. [...] A trop longtemps prévalu l'idée que, pour prendre en charge un patient, il fallait qu'il en fasse la demande. Cette notion était une erreur. Elle est en réalité une erreur technique. Il faut la dépasser. [...] Il ne s'agit pas d'imposer à tous prix mais « d'aller vers », de garder le contact, de proposer, de signifier qu'on reste disponible. »* Le domaine de l'intervention sociale est en complète adéquation avec ce principe. D'ailleurs Guy DARCOURT précise : *« Cela nécessite de décroquer le monde de la psychiatrie et le monde du social. Ces sujets en situation de précarité et qui ne consultent pas nos équipes s'adressent à des travailleurs sociaux qui sont souvent en difficultés avec eux. Ils n'ont pas une formation suffisante à la pathologie mentale ».*

ARELI travaille dans ce sens. Par le biais du travail de partenariat mené au quotidien sur l'ensemble de ses territoires d'intervention, mais également en permettant à trois de ses salariés de suivre le DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications » par exemple. L'association souhaite également outiller le mieux possible ses équipes et a fait le choix de mettre en place en mai 2011 une formation intra pour l'ensemble de son service social sur les pathologies mentales, les attitudes à adopter face aux différentes pathologies, le réseau de partenaires avec lequel il est possible de travailler dans le champ de la santé mentale. Formation élaborée en collaboration avec l'IRTS de Loos. Les premiers éléments d'évaluation de cette démarche sont très positifs. Elle a permis à l'équipe d'obtenir des informations théoriques sur les différentes pathologies et leurs manifestations, les traitements et leurs éventuels effets secondaires, les attitudes à adopter selon les situations... Ils se sentent aujourd'hui mieux outillés.

Il ne sont pour autant devenus des experts de la santé mentale. Ainsi, la communication avec les secteurs de psychiatrie reste aujourd'hui à engager ou à consolider selon les secteurs. Il est indispensable de se connaître pour comprendre le langage et le vocabulaire spécifique à chaque domaine d'intervention, pour pouvoir adopter un langage commun.

Par ailleurs, ARELI est aujourd'hui signataire d'une convention de partenariat avec les secteurs de psychiatrie suivants : 59G21, 59G19, 59G15, 59G16. Ces conventions permettent de formaliser le travail commun, de repérer les interlocuteurs, les engagements de chacun. Des conventions de mise à disposition de logements sont également parfois établies. Ceci permet de garantir un suivi de proximité pour les personnes, mais également un soutien pour les gestionnaires de logements qui s'engagent dans ce partenariat.

L'association réfléchit également avec différents partenaires sur des projets de structures adaptées. Actuellement, une réflexion est menée sur un projet de Résidence accueil et services, en lien avec le secteur 59G12 de l'EPSM Lille Métropole et la ville de Roubaix. Il s'agit d'un projet innovant au regard des structures de Résidence accueil qui existent aujourd'hui. En effet, suite à une réflexion menée entre l'UNAFO, l'AGAPSY et des gestionnaires de structures de logement adapté dont ARELI, qui a été portée au niveau de la DGCS, il s'agit à présent d'expérimenter cette Résidence accueil et services afin d'en démontrer la valeur ajoutée. L'idée est d'illustrer la nécessité de renforcer les équipes qui animent aujourd'hui les Résidences accueil « classiques », jugées insuffisantes pour l'accompagnement de personnes souffrant de handicap psychique. La DGCS souhaite que 3 à 4 projets sur l'ensemble du territoire national puissent se mettre en place concrètement afin de constater après une durée d'existence d'un an cette plus-value suite au renfort d'équipe, et de statuer sur le passage de la dotation de 16 à 20 € par jour et par logement. Cette dotation supplémentaire permettant de renforcer la durée de présence au sein de ces structures (soirées, week-end) par des professionnels, éventuellement de la santé tels que AMP ou infirmiers par exemple (qui ne dispenseront cependant pas de soins, car ils n'ont pas vocation à se substituer aux professionnels de droit commun). Ce projet est donc aujourd'hui envisagé en co-construction entre ARELI et le secteur 59G12 car il sera également en co-gestion.

Ce type de projet innovant, communautaire, en construction partenariale dès son origine, paraît tout à fait adapté aux besoins du public, mais aussi des partenaires. Il pourrait d'ailleurs illustrer les propos d'Edouard COUTY lors de son intervention au sein DIU sur la thématique « Les priorités nationales en matière de psychiatrie et santé mentale », qui préconisait, dans son rapport rendu en janvier 2009 issu du travail de la commission qu'il a présidé sur « Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie » : « *une structure financée par l'ARS, qui réunirait en son sein plusieurs professionnels du monde médical, social,*

*logement, de la formation... ».* La Résidence accueil et services pourrait donc être un des éléments de réponse.

L'association ARELI œuvre donc aujourd'hui avec certains de ses partenaires pour une approche communautaire de la prise en charge sanitaire et sociale du public souffrant de handicap psychique qu'elle héberge. Une analyse et un diagnostic de ce public ont permis d'envisager le développement de partenariat encore nécessaire, notamment celui avec les GEM.

## ❁ *DIAGNOSTIC DU PUBLIC HEBERGE DANS LES STRUCTURES ARELI*

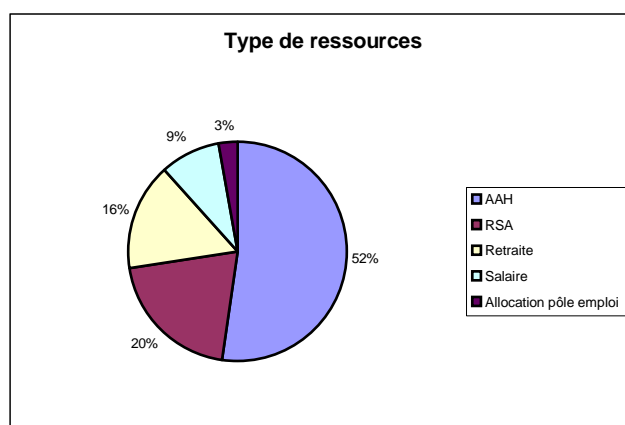
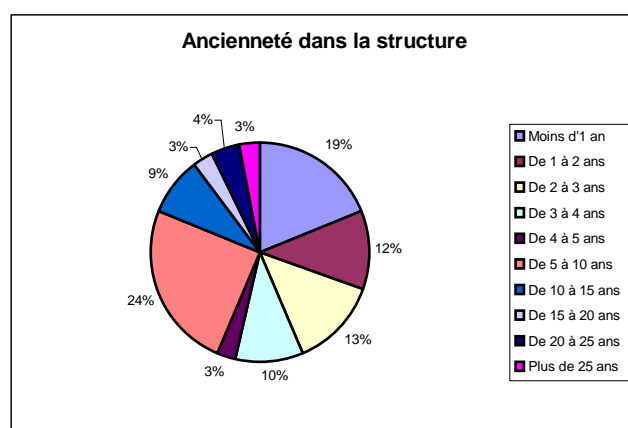
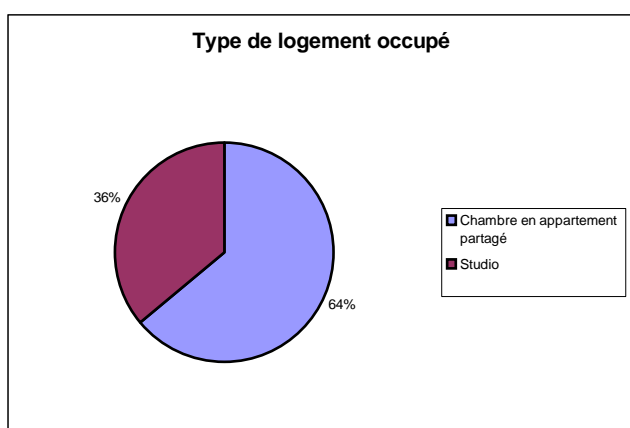
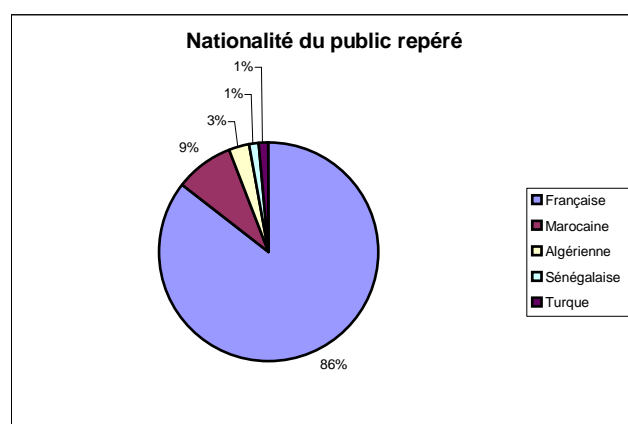
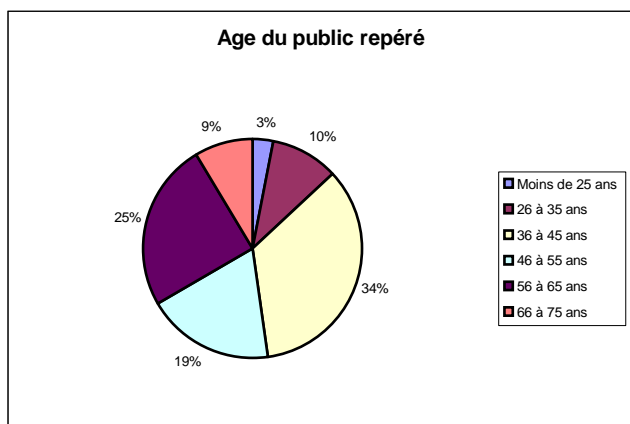
Le diagnostic a été réalisé par les Travailleurs sociaux intervenant au sein de 7 structures (les Résidences sociales de Roubaix, Tourcoing, Wattrelos et Faches-Thumesnil, les Foyers de travailleurs migrants de Lille Moulins, Lille Fives et Dunkerque. Il présente l'état des lieux des situations des personnes connues par les professionnels comme ayant une problématique de santé mentale.

Ainsi, sur l'ensemble des 7 sites qui accueillent 650 personnes, 69 d'entre elles sont repérées comme souffrant d'un handicap psychique. Elles représentent **10,6%** du public hébergé. Il est à noter que le public repéré est plutôt constitué de personnes souffrant de pathologies dont les troubles liés à celles-ci les rendent « visibles ». Ainsi, un certain nombre d'autres personnes pour qui le recours aux soins en matière de santé mentale pourrait être bénéfique n'est pas automatiquement recensé.

Par ailleurs, dans son rapport de 2001 sur la santé dans le monde, l'OMS faisait état de 20 à 25% de la population générale qui présentait à un moment de sa vie un trouble mental. Selon ces données, nous pouvons conclure à une prévalence importante en matière de pathologies mentales du public hébergé au sein des structures gérées par ARELI. Ceci s'explique évidemment par la difficulté des parcours de vie de ces personnes, les ruptures familiales, professionnelles, les parcours de rue... Précisément sur ce dernier point, il a été évalué que des troubles mentaux caractérisés ont été décelés chez environ un tiers des personnes sans domicile. Aussi, nous pouvons ajouter que sur les 650 personnes hébergées, 111 étaient sans domicile fixe ou hébergés en CHRS avant leur entrée au sein de la structure ARELI (81 à la rue et 30 en CHRS). La prévalence importante en matière de pathologies mentales du public hébergé s'explique également par la nécessité de plus en plus prégnante de loger, hors de l'enceinte hospitalière, des personnes dont le handicap psychique est connu en amont. Ceci fait suite à l'externalisation du secteur de la prise en charge de la santé mentale.

Voici les données recueillies, relatives à la situation de ces personnes, établies selon des données statistiques, la connaissance pragmatique des situations des personnes, ou encore les dires de ces dernières (questionnaire destiné au Travailleurs sociaux ARELI afin d'établir le diagnostic présenté en annexe 1).

## ★ Données générales



La tranche d'âge la plus représentée est celle des 36/45 ans, puis celle des 56/65 ans. Globalement, le public est essentiellement âgé de 36 à 65 ans (78.2%).

Le public est à 85.6% de nationalité française. Il correspond au « nouveau public » accueilli aujourd'hui au sein des Foyers de travailleurs migrants et des Résidences sociales. Le reste du public, de nationalité étrangère, correspond globalement au public « travailleur migrant »

moins représenté parmi les personnes repérées comme ayant un handicap psychique. Au demeurant, la souffrance psychique liée au parcours de vie de ces personnes, à l'exil, à l'éloignement familial..., est largement présente, selon notre analyse pragmatique réalisée dans le cadre de notre suivi des personnes au quotidien.

Comme le précisait d'ailleurs J.OBIOLS dans son intervention dans le cadre du DIU sur « Psychiatrie transculturelle et communauté » : « *outré les facteur biologiques, essentiels en psychiatrie, les facteurs culturels le sont également. La psychiatrie doit être intégrative [...]. Il est difficile en France de respecter les cultures propres [...]. Les questions culturelles doivent être intégrées dans le diagnostic et le traitement. 2/3 des personnes avec une culture différente ne consultent pas. Difficulté par rapport à la barrière de la langue. Les personnes vont parfois voir des guérisseurs [...].* » Egalement, B.BRYDEN indiquait dans son intervention sur « Stigmatisation dans les communautés traditionnelles » que : « *Psychiatrie et anthropologie devraient être indissociable* ».

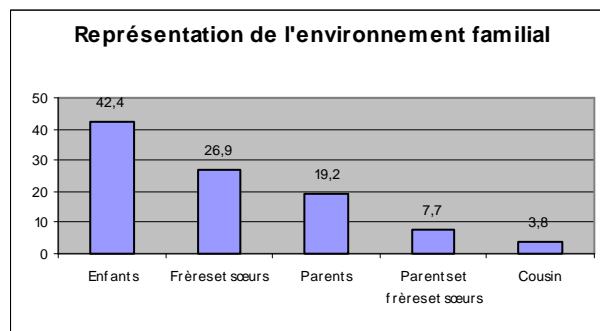
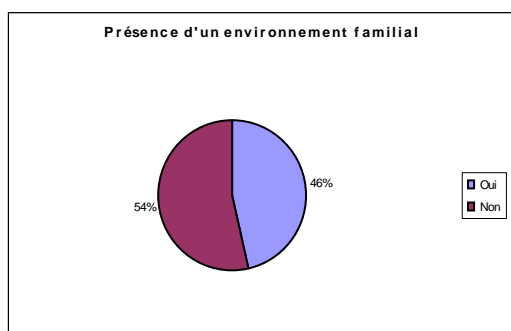
Dans le cadre du public accueilli au sein des structures de logement gérées par ARELI, cette spécificité mériterait une étude plus approfondie.

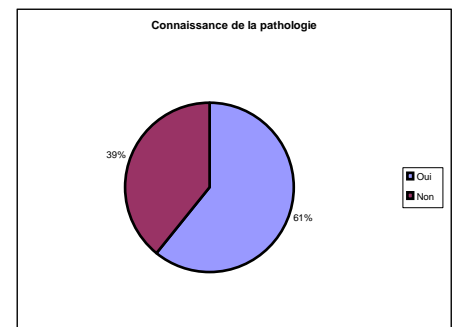
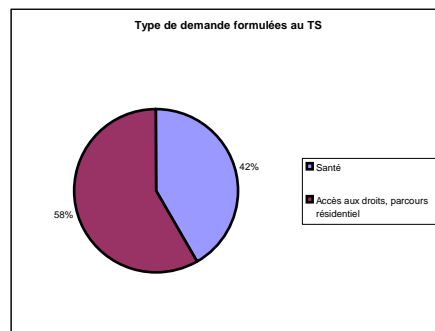
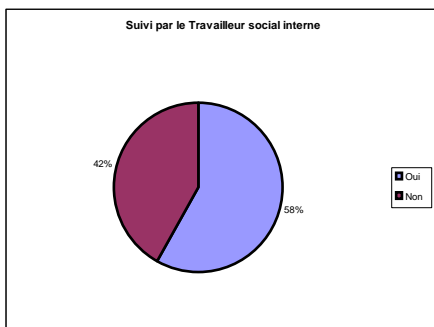
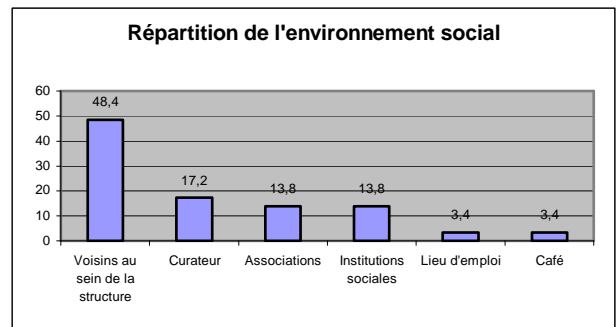
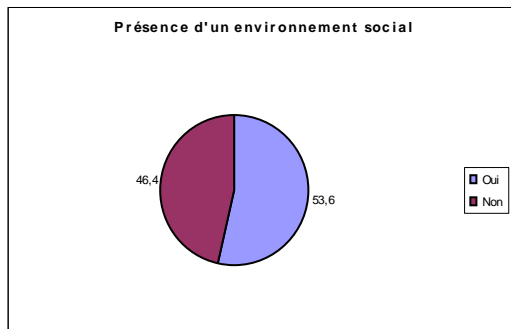
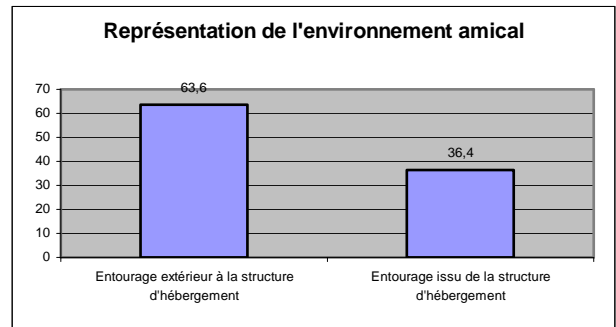
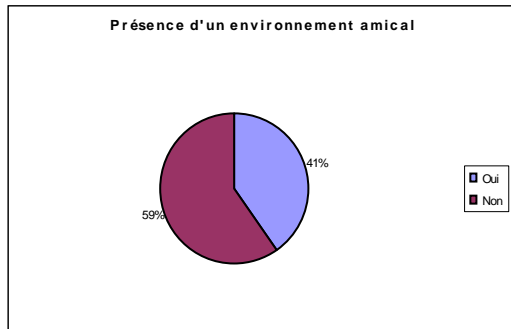
Le public issu du diagnostic occupe essentiellement un logement en appartement partagé, qui se traduit par une cohabitation avec d'autres personnes (2 en moyenne). Ceci engendre parfois des désagréments, mais surtout un certain nombre d'avantages tels que l'échange, la création de lien social, le soutien mutuel, la rupture de l'isolement...

Les personnes sont en majorité présentes depuis moins de 2 ans (30.5%) ce qui correspond bien au public de la Résidence sociale, nouvellement arrivé, et sensé faire un parcours transitoire au sein de celle-ci.

En toute logique, 52.2% du public sont bénéficiaires de l'AAH, en lien avec leur handicap psychique.

### ★ Environnement du public





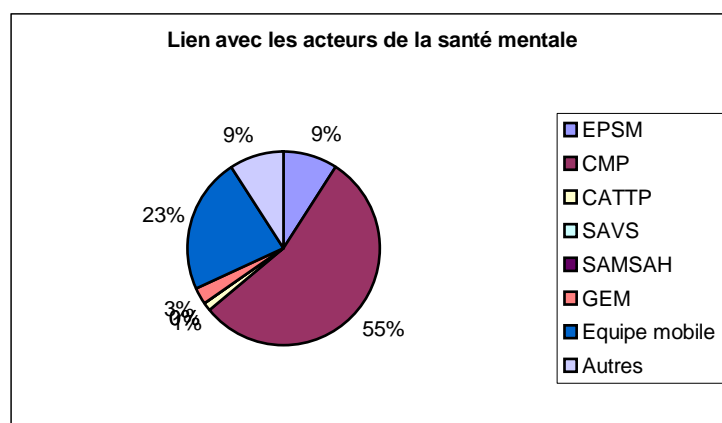
Au sein de l'environnement constaté autour de la personne, l'environnement social est le plus prépondérant (53.6% du public possède un environnement social). Il se traduit notamment par le biais du voisinage (48.4%) créé grâce au mode d'habitat collectif que représente le Foyer de travailleurs migrants ou la Résidence sociale. Nous pouvons donc constater aisément la valeur ajoutée de ce type d'habitat pour un public isolé socialement et nécessitant de recréer du lien. Ajoutons que ce type d'environnement est le plus simple à mettre en place car il ne nécessite pas d'investissement important pour le maintenir et ne contraint pas obligatoirement à s'engager personnellement dans le relationnel de manière importante. Ce lien se concrétise également par le biais de l'équipe sociale intervenant au sein des structures. En effet, 58% des personnes souffrant d'un handicap psychique sont suivies par le Travailleur social interne à la structure, et 41.7% des demandes de ces personnes concernent la santé, la pathologie de la personne étant connue dans 60.9% des cas.

Arrive ensuite la lien familial, principalement par le biais des enfants (42.4%). Au demeurant, seuls 46.4% du public hébergé au sein de nos structures maintiennent des liens avec leur environnement familial. Il s'agit réellement d'un public en rupture dans ce domaine.

L'environnement amical est quant à lui peu représenté : 40.6% du public en possèdent un. Celui-ci est majoritairement issu de personnes extérieures à l'habitat.

*Ces éléments démontrent bien le travail nécessaire à engager dans le domaine de la création de liens sociaux et amicaux pour le public souffrant de handicap psychique.*

### ★ Liens entre le public et les acteurs de la santé mentale



Le lien avec la santé mentale se fait essentiellement par le biais des CMP (54.7%). Il s'agit en effet de structures de proximité, qui peuvent accueillir sans rendez-vous, et qui sont moins connotées que l'hôpital en matière de soins. En témoigne le résultat des liens avec l'EPSM qui est effectif pour seulement 9.3% du public repéré avec un handicap psychique. Celui-ci fait d'ailleurs souvent suite à une hospitalisation récente.

Les liens avec les acteurs de la santé mentale, et précisément ici le soin, se font également de manière importante grâce à l'intervention des équipes mobiles qui interviennent au sein des structures de l'association (5 structures sur les 7 interrogées). Celles-ci permettent de mettre en lien les résidents avec les infirmiers qui réalisent des visites à domicile, et peuvent ensuite orienter vers le médecin psychiatre lorsque cela s'avère nécessaire. Ceci est un gage de suivi puisque les professionnels viennent régulièrement à la rencontre des patients. De plus, lors d'une visite, ils peuvent parfois entrer en contact avec d'autres patients qu'ils suivent également. Ces visites à domicile au sein des structures d'hébergement représentent un élément indispensable au bon fonctionnement du partenariat, qui permettent d'apporter un



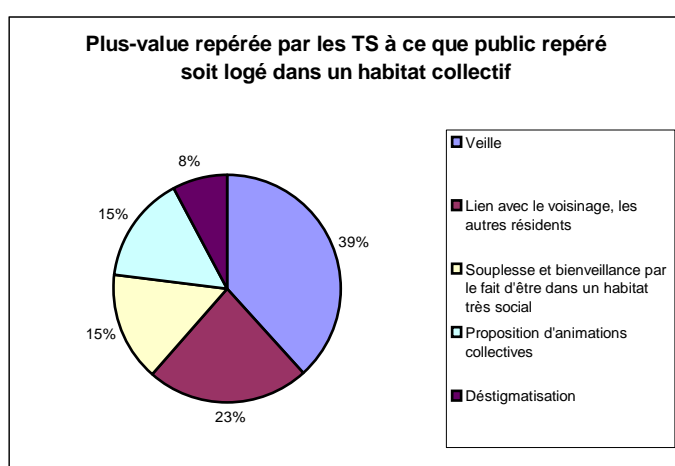
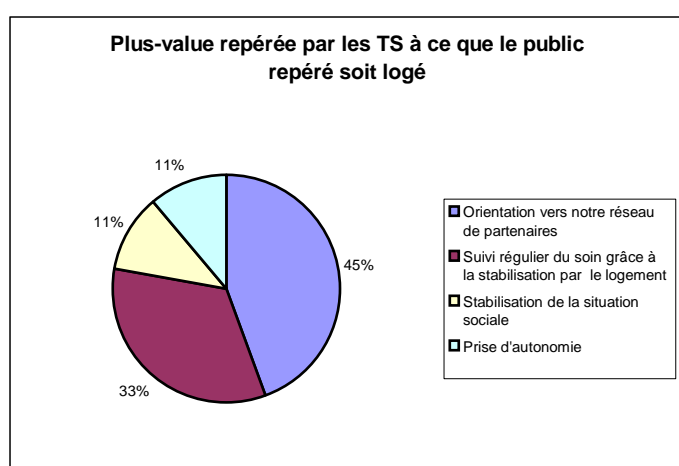
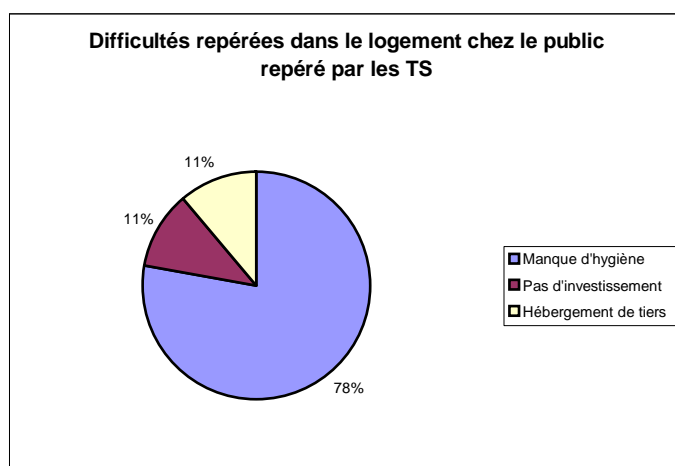
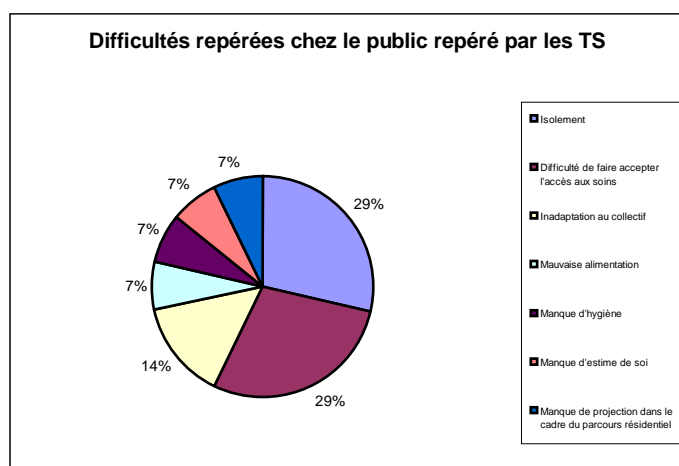
soutien aux professionnels qui n'exercent pas leur accompagnement dans le domaine des soins en psychiatrie.

Les autres structures mentionnées sont peu ou pas représentées parmi celles auxquelles peuvent avoir recours les personnes.

Dans la catégorie « Autres », on retrouve des psychiatres ou psychologues qui interviennent dans des associations, en mission locale, en clinique privée, ou encore le médecin traitant.

*Concernant les GEM, aujourd'hui seul 2.7% du public y a recours. C'est un axe de développement sur lequel il serait judicieux d'œuvrer au regard de l'isolement et du manque de lien social et amical évoqué en amont.*

### ★ Données liées au logement



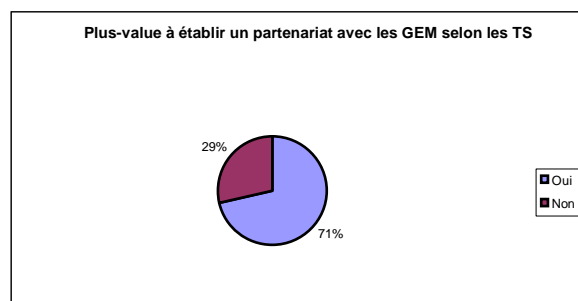
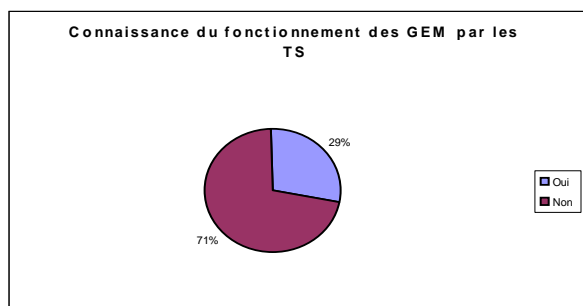
Au sein du logement, les difficultés les plus constatées par les Travailleurs sociaux (TS) sont le manque d'hygiène et l'entretien de celui-ci (77.8%).

Par ailleurs, selon eux, être logé dans un habitat très social, doté d'un réseau de partenaires efficace, permet de faciliter l'accès aux soins du public grâce à l'orientation vers ce réseau (44.5%). Ceci permet un suivi dans le soin beaucoup plus régulier (33.3%). De plus, les TS estiment que l'habitat, lorsqu'il est collectif, permet d'exercer une veille auprès du public (38.4%) et de créer des liens avec le voisinage, les autres résidents (23.1%). Ceci permet de rompre l'isolement de certains, isolement qui pourrait être vécu dans un habitat ordinaire complètement indépendant.

Malgré tout, il demeure toujours des personnes qui refusent le soin et qui présentent une grande solitude, malgré la présence de l'équipe et des partenaires. D'ailleurs, les difficultés essentiellement rencontrées chez le public logé au sein des structures sont liées, selon les TS, à part égale (28.6%), à l'isolement vécu par ces personnes, et à la difficulté de faire accepter le soin à certains. Ces deux notions sont-elles en relation ? Le fait de rompre l'isolement vécu par certains permet-il de favoriser l'accès aux soins ? C'est en tous les cas l'un des objectifs des GEM. En premier lieu, il s'agit pour ces groupes de créer un lieu de convivialité et de rompre cet isolement. Mais grâce à la connaissance et à l'attention portée les uns aux autres, une veille est ainsi naturellement exercée au regard du soin. Lorsqu'un membre est repéré en difficulté, ses pairs « se permettent » de lui rappeler l'importance du suivi et des soins. Ces conseils sont totalement perçus différemment que s'ils étaient prodigués par des professionnels.

*C'est en ce sens que le partenariat avec les GEM paraît intéressant à développer.*

### ★ Données relatives aux GEM



Seuls 28.6% des membres de l'équipe ont connaissance du fonctionnement des GEM. Selon les premières informations dispensées en réunion de service par la chef de service social sur

ce fonctionnement, 71.4% pensent que l'établissement d'un lien avec ce type de structure permettrait d'améliorer la prise en charge du public en matière de santé mentale.

Aujourd'hui, il n'existe donc pas ou très peu de liens établis avec les GEM. Le développement des liens avec ces derniers paraît très intéressant pour l'association dans le cadre de son fonctionnement et de l'accompagnement qu'elle peut proposer aux résidents hébergés.

L'isolement est plus que prépondérant, ainsi que le manque d'activité, de motivation, l'accès aux soins est parfois difficile. Les échanges avec les GEM pourraient combler une partie de cette activité nécessaire.

Les GEM sont un moyen de lutte contre la stigmatisation connue par certaines personnes souffrant de handicap psychique dans la société, et notamment dans le logement. Un travail de partenariat entre les GEM et ARELI pourrait donc être efficace. Des actions communes avec les GEM permettraient d'échanger avec les autres résidents sur ce qu'est la maladie mentale, comment elle est vécue. Faire comprendre que le trouble psychique est un trouble dont la personne n'est pas responsable.

De plus, en qualité de bailleur très social, ce partenariat permettrait également de mettre en lien les adhérents des GEM, sans logement, vers les structures de logement adapté gérées par l'association ARELI.

## ❖ FONCTIONNEMENT DES GEM

La loi du 11 février 2005 Pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, ainsi que la circulaire du 29 août 2005, instaurent la création des Groupes d'Entraide Mutuelle. Ces derniers, au statut associatif (loi 1901), ont vu le jour peu à peu. Au nombre de 117 en 2005, puis 249 en 2006, et 302 en 2007, ils sont aujourd'hui au nombre de 334 en France. En terme quantitatif, l'objectif initial posé par la circulaire n° 2005-418 du 29 août 2005 est donc atteint puisqu'il fixait la création de « 200 à 300 structures dédiées aux personnes adultes souffrant de troubles psychiques sur l'ensemble du territoire », financées par la CNSA. Le cahier des charges définissant le fonctionnement de ces structures est détaillé dans cette même circulaire. Il précise les critères à appliquer afin que la structure puisse être considérée comme un GEM.

Comme l'indique Claude FINKELSTEIN au sujet des GEM dans l'ouvrage « La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale », « *le but est l'entraide, l'information et la mise en réseau des compétences des usagers eux-mêmes. Ils jouent donc un rôle essentiel contre la discrimination et la stigmatisation. Ils amènent par leur fonctionnement dans la cité et leur travail en réseau une visibilité et une connaissance du handicap psychique, créant ainsi un autre regard et repoussant la stigmatisation liée à la méconnaissance. En effet, l'intégration dans le tissu social d'un groupe d'usagers en psychiatrie, autonomes, gérant leur propre association et s'intégrant dans un réseau, produit une banalisation de la maladie mentale.* »

Les GEM représentent un outil d'insertion, de lutte contre l'isolement, de prévention contre l'exclusion sociale des personnes souffrant de handicap psychique, qui présentent souvent une grande fragilité. Il permet de développer le lien social, de favoriser les valeurs de citoyenneté. Le projet du GEM doit être porté par les adhérents, qui vont pouvoir s'exprimer dans un espace convivial, non médicalisé. Il offre dans le cadre d'un accueil de jour et dans de larges plages horaires (soirées et week-ends) la possibilité de redonner confiance en soi, de retisser le lien social par une écoute, des échanges, des rencontres, des occupations diverses (récréatives, culturelles ou sportives) visant tant au développement personnel qu'à créer des liens avec la communauté. Il existe une réelle liberté de participation. Ainsi, ceux qui le désirent peuvent s'impliquer dans la définition du projet social, la gestion financière,

l'organisation des activités. Il existe au sein de ces groupes des rapports entre pairs avec les personnes appelées « pairs aidants ». Il s'agit de personnes ayant connu la même histoire de vie et qui représentent une source de confiance pour les autres adhérents.

L'animateur, ou le coordonnateur du GEM, personne salariée, exerce une présence rassurante, et est le garant de la bonne organisation et du bon fonctionnement du groupe.

Les GEM ont toute leur place dans la réhabilitation des personnes touchées par un handicap psychique. La réhabilitation psychosociale pouvant se définir comme l'ensemble des interventions à développer pour optimiser les capacités d'un sujet afin d'améliorer son fonctionnement, pour qu'il puisse remporter des succès et éprouver des satisfactions dans un milieu de son choix et avec le moins d'interventions professionnelles possibles. Les personnes souffrant de maladies mentales ont souvent peu confiance en elles. Par peur de la discrimination liée à leur pathologie elles se renferment sur elles-mêmes et diminuent encore leurs relations sociales. Le GEM est un lieu permettant de parler de sa maladie, où il n'est pas nécessaire de la cacher, même s'il n'est pas indispensable d'en parler non plu.

Dans l'étude « La santé mentale en population générale : images et réalités » menée par le CCOMS avec l'Asep et la Drees, qui vise à mieux comprendre les représentations sociales de la population vis à vis de la santé mentale, à la question de savoir quelles solutions les personnes envisageraient si elles étaient concernées par une perturbation de l'état psychique, elles répondent qu'en première intention elles se confieraient à une relation, une connaissance, un ami. Dans ce contexte, les GEM peuvent prendre toute leur place auprès d'un public isolé, sans relations sociales, familiales ou amicales pouvant être à l'écoute.

De plus, comme le précise Jean FURTOS, « *la non expression des demandes fait partie de la psychiatrie, et plus la personne a besoin de soins, moins elle peut en demander* ». Selon l'OMS, environ 2/3 des personnes que l'on sait souffrir d'une pathologie mentale pour laquelle existe un traitement efficace ne vont jamais se faire soigner auprès d'un professionnel de santé, notamment en raison du rejet social et de la discrimination à l'égard de la santé mentale. Or, pour un maintien dans le logement, les soins sont indispensables. Etre en lien avec ses pairs par le biais des GEM peut certainement faciliter cet accès aux soins, ou tout du moins la formulation de la demande, quitte à recourir ensuite à d'autres relais pour l'orientation et la prise en charge.

Précisément dans le Département du Nord, l'entretien téléphonique réalisé en mars 2011 avec Monsieur ELLONG KOTTO, interlocuteur auprès des GEM dans ce même département au niveau de l'ARS, a permis de relever les points suivants (précisons que les GEM étaient gérés par les DDASS, et que suite à la RGPP les DDCS ont pris la suite de cette gestion de manière transitoire en 2010 pour un relais effectif par l'ARS en 2011).

Parmi les objectifs des GEM, le fait d'intégrer le public souffrant de maladie mentale dans la cité est un enjeu majeur, ainsi que de rompre son isolement, d'animer des temps d'échanges collectifs... Les GEM n'ont pas un fonctionnement sectorisé. Au contraire, l'idée étant de sortir du fonctionnement sectoriel de la psychiatrie. Les personnes sont adhérentes et les activités sont libres. Il est souhaité que les adhérents participent financièrement aux activités, même si le GEM peut prendre en charge une partie de celles-ci (mais pas la totalité).

Les financements de ces structures sont gelés depuis 2 ans, une évaluation du dispositif étant en cours au niveau national. Un développement de nouvelles structures est donc très complexe dans le contexte actuel. Le budget du territoire national est actuellement de 24 millions d'euros, financé par la CNSA.

La subvention de l'Etat représente en général 95% du budget du GEM (75000€ en moyenne). Cette subvention, évaluée tous les ans par le biais d'une fiche de suivi, est liée au fonctionnement du GEM, à son nombre de salariés, aux activités proposées, aux partenariats développés, à l'implication du GEM dans la ville... La dotation est donc bien liée à un projet de structure, et non uniquement à des critères tels que le nombre d'adhérents par exemple. Un des critères très important pour l'ARS est la réelle ouverture vers l'extérieur, le quartier et ses habitants, la participation aux activités locales, la mise en place d'animations ouvertes au quartier... En ce sens, l'ARS du Nord applique la circulaire n° 2005-418 du 29 août 2005 qui stipule au sujet de l'allocation moyenne de 75000 € que : « *Cette allocation pourra varier en fonction notamment de l'importance du nombre d'adhérents et, par voie de conséquence, des besoins d'animation* ». L'ensemble des régions adoptent ce fonctionnement puisque l'annexe 1 de la circulaire n° 2008-167 du 20 mai 2008 précise que sur les 249 GEM financés en 2006, la majorité (54,55%) a perçu une subvention de 75000 €. Par contre, 4,94% ont perçus une subvention de plus de 75000 €, et le reste des GEM une subvention inférieure à 75000 €.

L'ARS incite également les GEM à avoir d'autres sources de financements comme les communes, le département, la région...

A ce jour, 40% des GEM au niveau national n'ont pas de parrain alors qu'il s'agit d'une condition essentielle à la constitution d'un GEM. Dans le département du Nord, les parrainages sont majoritairement portés par l'UNAFAM et la FNAPSY. Le parrainage ayant

pour but de protéger les personnes et les institutions grâce au soutien d'une autre association expérimentée (de famille, d'ex-patients, ou oeuvrant dans le champ médicosocial ou de la santé mentale). Ceci est formalisé par le biais d'une convention.

La liste des GEM sur le secteur d'intervention d'ARELI, soit le Nord, est présenté en annexe 2 (liste obtenue par l'ARS).

Dans le cadre des visites organisées pendant les 3 sessions du DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications », des visites de GEM ont pu être réalisées. Les GEM suivants ont donc été rencontrés :

- Connexion + à Paris,
- Amitié partage à Lille,
- Ch'ti bonheur à Lille,

La nécessité de développer un partenariat permettant de favoriser les liens sociaux et amicaux du public souffrant de handicap psychique logé au sein des structures ARELI est donc actée. Le cadre juridique et le fonctionnement des GEM permettent de répondre à ce besoin. Afin d'envisager concrètement les actions communes possibles, des rencontres avec les GEM de notre territoire d'intervention étaient à organiser.

## ❖ **RESULTAT DES RENCONTRES AVEC LES GEM**

La méthode utilisée afin d'engager un partenariat avec les GEM situés sur les territoires d'intervention des structures ARELI est une démarche participative. En effet, il s'agit d'un projet de service, mené en collaboration avec l'ensemble des professionnels qui compose l'équipe d'accompagnement social interne.

Après avoir présenté à l'équipe sociale ARELI, à l'occasion des réunions de service, les différents éléments de recherche, le cadre juridique et institutionnel de fonctionnement des GEM, la liste des structures existantes, et les plus-values envisagées, il a été demandé aux Travailleurs sociaux d'organiser des rencontres avec ces structures selon une trame d'entretien présentée en annexe 3. L'objectif de ces rencontres était d'appréhender concrètement le fonctionnement opérationnel de chacun des GEM et d'envisager quel partenariat serait possible, voire d'engager localement des actions communes rapidement.

**La synthèse des résultats des rencontres est la suivante (l'ensemble des résultats est présenté en Annexe 4) :**

### • **Données générales**

Sur les 7 structures sur lesquelles porte l'étude, 6 d'entre elles possèdent un GEM sur leur territoire d'intervention. Ces derniers ont été créés entre 2005 et 2007. Ils possèdent entre 1,5 et 2 ETP, pourvus par 2 ou 3 personnes, et 40 à 60 adhérents en moyenne.

Globalement, il s'agit de lieux ouverts, qui accueillent des usagers de la psychiatrie mais pas exclusivement. Des personnes en précarité et en situation d'isolement social adhèrent aussi, sans critère de sectorisation géographique.

Le montant de l'adhésion est de 5 à 24 € annuellement. Hormis l'une des structures rencontrées, l'ensemble des GEM bénéficie uniquement du financement de l'ARS pour son fonctionnement (75000 €).

### • **Communication avec l'environnement du GEM**

Globalement, l'ensemble des GEM se dit ouvert sur son quartier d'implantation et proposer des activités à destination des habitants de celui-ci. Dans les faits, cette implication prend des formes différentes et plus ou moins importantes selon les structures.



Le partenariat avec les secteurs de psychiatrie est quant à lui posé pour l'ensemble des GEM rencontrés. Il se manifeste essentiellement par le biais d'orientations d'usagers de la psychiatrie vers le GEM.

Par contre, seul un GEM bénéficie d'orientation par d'autres structures du domaine social. Egalement, seul l'un d'entre eux n'est pas en contact avec d'autres GEM.

Le peu d'orientations faites par d'autres secteurs que celui de la psychiatrie vers les GEM révèle le manque de connaissance quant à l'existence et au fonctionnement de ces structures. Un travail important de communication et d'information est encore à réaliser.

#### • **Interventions dans le domaine du logement précisément**

2 structures parmi celles rencontrées interviennent de manière très ponctuelle sur la thématique du logement, selon les demandes des adhérents. Une seule organise des permanences hebdomadaires sur cette question et élabore des partenariats avec les bailleurs sociaux de droit commun.

En effet, comme mentionné dans le cahier des charges, paragraphe 3.b., de la circulaire n° 2005-418 du 29 août 2005 : « *les animateurs assurent lorsqu'une personne le souhaite, un lien avec les services et organismes susceptibles d'intervenir dans des démarches relatives notamment à la recherche d'un logement...* ». Dans le paragraphe 4 de ce même document, il est précisé que : « (...) *le groupe d'entraide mutuelle doit s'efforcer de s'inscrire dans un réseau de partenaires susceptibles d'intervenir au cas par cas, au vu des demandes et des besoins des personnes le fréquentant. Il peut s'agir notamment des organismes HLM, associations d'entraide au logement afin d'assurer l'accès par la personne à un logement autonome et son maintien en facilitant les relations avec le bailleur* ».

De même, dans la circulaire n° 2007-121 du 30 mars 2007, il est précisé la nécessité d'établir des partenariats, notamment avec le secteur social, avec des structures tels que les foyers d'hébergement par exemple. Il est également ajouté que ces partenariats peuvent notamment être formalisés au moyen de conventions.

De manière générale, le partenariat avec les acteurs du logement est assez peu effectif et doit être développé par les GEM.

### • Partenariats envisagés

Le partenariat possible entre les GEM et les structures de logement adapté gérées par ARELI a toute sa place. Comme tout partenariat, il est nécessaire que chaque protagoniste constate une valeur ajoutée dans ce travail commun et c'est en ce sens que le développement de liens paraît tout à fait opportun. Ainsi, au niveau des GEM, les avantages pourraient se retrouver notamment dans :

- l'ouverture vers les acteurs du logement, comme le préconise les circulaires de l'Etat
- l'accès au logement du public adhérent
- le développement de lien avec le quartier et ses structures de proximité
- l'ouverture vers des intervenants autres que ceux de la psychiatrie, avec une déstigmatisation du public adhérent...

Au niveau d'ARELI, le partenariat avec les GEM permettrait :

- l'étendue du réseau dans le domaine de la santé mentale, et sur un volet autre que celui du soin
- l'orientation des personnes logées, en besoins d'activité sociale, de liens, de contacts, vers une structure adaptée de proximité
- l'apaisement de certaines difficultés ou tensions vécues dans le logement
- le repérage d'un partenaire de confiance pour échanger sur certaines situations...

Il est important de relever que l'ensemble des Travailleurs sociaux intervenant au sein des structures ARELI ont trouvé un intérêt à leurs rencontres avec les GEM. Il est d'ailleurs ressorti de ces dernières des sources d'échanges et de partenariats possibles.

A l'unanimité, des orientations du public logé au sein des structures ARELI vers les GEM ont été évoquées.

Plus largement, selon les structures, d'autres propositions fortes intéressantes ont été formulées comme la mise en place d'activités collectives et occupationnelles communes (cette proposition est revenue à 4 reprises).

De manière plus précise, suite aux premières rencontres, il a été envisagé de réaliser une action commune autour, par exemple, de la participation au prochain marché de Noël du quartier, la mise en place d'ateliers cuisine à réaliser dans l'une et l'autre des structures (GEM, ARELI).

Par ailleurs, une meilleure connaissance des structures ARELI permettra aux GEM d'envisager des orientations pour des personnes en difficultés de logement.

D'ailleurs, un partenariat concret s'est instauré de suite lors de l'une des rencontres puisqu'une prise de contact entre un adhérent et le Travailleur social d'ARELI a eu lieu afin de faire une visite de la structure de logement. La démarche concerne une personne occupant un logement chez un propriétaire privé et qui doit quitter celui-ci suite à une vente de la part du propriétaire. Sans famille ni réseau amical, la personne se trouve donc aujourd'hui sans autre solution qu'un foyer d'urgence ou la rue. La situation de cette personne sera donc évoquée conjointement entre le GEM et ARELI avant étude par la commission d'attribution interne, si le type de logement proposé correspond aux attentes et besoins de l'utilisateur personne.

## ❖ **METHODE ET MOYENS D'EVALUATION**

A ce jour, au regard du temps nécessaire à la mise en place d'actions de partenariat, les résultats de celui établi entre les GEM et les structures de logement adapté gérées par ARELI n'a pu être évalué.

Cependant, cette démarche est projetée pour le dernier trimestre de l'année, lorsque des actions concrètes auront vues le jour. Il s'agira là d'une évaluation à court terme, qui nécessitera d'être complétée à minima par une évaluation à moyen terme, afin de pouvoir constater de réelles évolutions. Nous savons en effet que les modifications de comportement, et les prises en charge qui pourraient en découler, sont des actions qui nécessitent du temps avant de pouvoir être mises en application par les personnes. Une période d'intégration, de maturation des informations, d'analyse de ses propres pratiques, d'acceptation de la nécessité du changement, et de prise de décisions est nécessaire à chacun. Une autre phase d'évaluation sera donc engagée après un an, soit en fin d'année 2012.

L'évaluation se fera à différents niveaux :

- auprès des Travailleurs sociaux ARELI
- auprès des résidents logés au sein des structures de logement adapté gérées par ARELI
- auprès des GEM, conjointement avec leurs adhérents.

Ces différents niveaux permettront d'obtenir à la fois des informations croisées et des informations complémentaires.

Selon les personnes interrogées, les critères d'évaluations ou résultats attendus seront les suivants :

### ***\* Les Travailleurs sociaux ARELI intervenant auprès du public hébergé***

- engagement d'actions avec le GEM, et sur quel type de projets
- plus-value constatée à l'établissement d'un partenariat avec les GEM
- meilleure participation aux actions collectives internes
- sentiment de l'équipe d'être soutenu dans la prise en charge du volet occupationnel des personnes souffrant de handicap psychique
- meilleures relations de voisinage entre les résidents

- regard différent des résidents sur les personnes souffrant de handicap psychique, moins de stigmatisation
- création de liens durables entre certains résidents
- création de liens durables entre certains résidents et certains usagers du GEM
- stabilité plus prégnante de la santé des personnes qui fréquentent le GEM
- reprise de motivation à l'insertion professionnelle
- meilleur entretien de l'hygiène du logement
- reprise des relations familiales
- nombre de personnes relogées dans les structures ARELI suite à une orientation du GEM
- constat d'un plus grand nombre d'accès aux soins de la part du public logé...

***\* Les résidents hébergés dans les structures ARELI et repérés comme ayant un handicap psychique***

- nombre d'adhésions au GEM
- ressentis des résidents depuis leur participation au GEM
- adhésion des résidents à d'autres structures du quartier
- meilleures relations de voisinage entre les résidents
- meilleur investissement dans le logement
- reprise des relations familiales
- reprise de motivation à l'insertion professionnelle
- sentiment d'avoir un soutien supplémentaire depuis que la personne fréquente le GEM...

***\* Les encadrants et les usagers du GEM***

- bonne intégration des résidents au sein du GEM
- création de liens durables entre certains résidents et certains usagers du GEM
- relais de la part du GEM vers les structures ARELI pour des personnes en difficulté de logement...

## ❁ CONCLUSION

Les modifications de prise en charge par le secteur de la santé mentale des personnes souffrant de handicap psychique ont été fortement présentes ces dernières années. Ces évolutions ont de multiples motivations. L'une d'entre elles, essentielle, est bien l'amélioration de la réhabilitation de ces personnes et de leur accès aux soins, tout en déstigmatisant le regard qui leur est porté. Les atouts d'une prise en charge externalisée de l'enceinte de l'hôpital ne sont plus aujourd'hui à démontrer, de même que la facilité accrue à aller vers le soin lorsqu'il se trouve dans la cité.

Ainsi, afin d'oeuvrer dans le sens de la prise en charge communautaire de la santé mentale, il est indispensable de réfléchir et de travailler en partenariat avec les acteurs du champs du logement, et notamment celui du logement adapté. ARELI, qui représente l'un de ces acteurs, se préoccupe fortement de cette question. La prise en charge du public souffrant de handicap psychique est au cœur des réflexions menées actuellement au sein de l'association. Il s'agit d'un public accueilli en nombre de plus en plus important, qui va croître encore dans les années à venir. Il est important d'anticiper ces évolutions afin d'optimiser la prise en charge et la réhabilitation des personnes concernées. C'est en ce sens qu'ARELI réfléchi avec ses partenaires, de manière communautaire, sur l'adaptation de son accompagnement, de ses méthodes d'intervention. Des structures novatrices, adaptées aux besoins de chacun, sont également pensées. Le logement est un élément indispensable à la réhabilitation mais il doit cependant être adapté à chaque situation.

C'est donc dans cette lignée que l'association a fait le choix de financer la formation du DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications » à 3 de ses salariés, afin que l'équipe puisse se doter de connaissances supplémentaires et s'enrichir d'expériences.

Pour ma part, ce DIU a conforté l'idée générale de la nécessité de ce travail communautaire, dans l'intérêt du public. Il a également mis en exergue et valorisé le fait qu'au sein de l'association ARELI nous intervenions en appliquant cette logique.

Cette formation m'a également permis de comprendre et d'appréhender certaines considérations et difficultés de la psychiatrie. Cette vue globale, cette prise de recul, a induit une analyse des attentes et des besoins de chaque secteur : psychiatrie et social, et donc une meilleure compréhension. Ces éléments d'analyse, qui ont ensuite été transmis à l'équipe

sociale interne, vont me permettre de guider et de faire prendre de la distance aux professionnels. Il est cependant important de préciser que ce sont ces professionnels qui sont confrontés au quotidien aux difficultés liées à l'accompagnement du public, avec parfois des carences en terme d'échanges partenariaux.

Le DIU m'a également permis de découvrir des partenaires jusqu'ici ignorés, notamment les GEM. Les rencontres avec les premières structures à l'occasion des différentes sessions ont révélées un intérêt à un partenariat commun et une nécessité à engager une recherche plus approfondie sur ce champ d'activité, ainsi que sur les structures de notre territoire. Même si l'évaluation n'est pas encore aboutie à ce jour, la plus-value de la mise en place de ce partenariat est indéniable, et ne saura qu'être prouvée par ces résultats. Les premiers éléments issus des rencontres avec les GEM en témoignent déjà (volonté commune de travailler ensemble, actions partenariales projetées, lien vers le secteur du logement pour des usagers en ayant besoin...)

Le travail communautaire dans le cadre de la prise en charge de la santé mentale doit se poursuivre et s'intensifier. Il est pour cela indispensable d'échanger sur les activités de chacun, mais surtout de réfléchir dès le départ à des projets communs. Les structures de soins dans la communauté doivent être pensées avec différents acteurs autour d'une table. Des projets réalistes et réalisables, adaptés aux besoins du public, pourront ainsi émerger dans l'intérêt des personnes. Le projet de Résidence accueil et services mené actuellement par le secteur de psychiatrie 59G12, la ville de Roubaix et ARELI en est une démonstration. Il est à souhaiter aujourd'hui que l'ensemble des acteurs institutionnels et financiers soutienne ce projet. Les idées, même communes et aussi bonnes soient-elles, ne pourront en effet voir le jour que grâce à l'écoute et au soutien des partenaires administratifs.

Aussi, si un certain nombre d'acteurs sont aujourd'hui convaincus du bénéfice d'interventions communautaires, et donc de partenariats indispensables, un travail encore important demeure afin d'étendre ce fonctionnement à l'ensemble des secteurs de la santé mentale. Chacun d'entre eux est aujourd'hui libre de définir ses priorités d'actions, par le biais de son chef de service. Alors comment favoriser cette pratique ? Seule une loi permettant cette généralisation, et donc une prise en charge identique et égalitaire pour tous, quelque soit son territoire de vie, son parcours, son réseau d'acteurs, semblerait pouvoir impacter les fonctionnements disparates actuels.

## BIBLIOGRAPHIE

### Ouvrage :

- Giordana, J-Y. (2010). *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux: Masson.

### Journaux, lettres d'information, supports de prévention :

- Couty, E. (2009). Pour une politique de santé mentale. *Pluriels*, N° 78, 2-3.
- Couty, E. (2009). Interview d'Edouard Couty. *Pluriels*, N° 78, 3-7.
- (2011). Les conseils locaux de santé mentale. *Pluriels*, N° 87/88, 1-12.
- (2011). Psychiatrie : la réforme des soins sans consentement a été définitivement adoptée par le Parlement. *ASH*, N°2716, 5.
- (2011). Soins psychiatriques sans consentement : les décrets permettant l'entrée en vigueur de la loi le 1<sup>er</sup> août sont parus. *ASH*, N° 2719, 5-6.
- (2011). Présidente et vice-président bénévoles, pour leur bien... et celui des autres. *La voix du Nord, édition Armentières*.
- (2011). Reconquérir les territoires perdus avec Nord mentalité. *La voix du Nord, édition Tourcoing*.
- (2011). Réforme de la psychiatrie, le grand enfermement. *Le Monde*.
- Campagne de sensibilisation *Accepter les différences*, support *Et si votre voisin voit autre chose que vous... Vous le mettez à l'écart ?*

### Textes législatifs et réglementaires :

- Circulaire DGAS/3B n° 2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle pour personnes souffrant de troubles psychiques
- Circulaire DGAS/SD/3B n° 2007-121 du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques
- DGAS, septembre 2008, bilan 2008 du dispositif GEM (bilan relatif aux groupes d'entraide mutuelle financés en 2007)
- Instruction DGAS/3B n° 2008-167 du 20 mai 2008 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques



**Guide :**

- LMCU. (2010). *Guide habitat santé mentale Lille Métropole*.
- FNARS. (2010). *Précarité et santé mentale. Repères et bonnes pratiques*.

**Documentaire :**

- Mercurio, S. (2011). *A l'ombre de la république*. Société de production Iskra. Diffusé le mercredi 23 mars à 20h50 sur Canal +.

## LEXIQUE

AAH : Allocation adulte handicapé

AGAPSY : Fédération nationale des associations gestionnaires pour l'accompagnement des personnes handicapées psychiques

ARS : Agence régionale de santé

Asep : Association septentrionale d'épidémiologie psychiatrique

CCAS : Centre communal d'action sociale

CCOMS : Centre collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé

CILPI : Commission interministérielle pour le logement des populations immigrées

CMP : Centre médico-psychologique

CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

DDASS : Direction départementale des affaires sanitaires et sociales

DDCS : Direction départementale de la cohésion sociale

DGCS : Direction générale de la cohésion sociale

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

EPSM : Etablissement public de santé mentale

IRTS : Institut régional du travail social

OMS : Organisation mondiale de la santé

PDALPD : Plan départemental d'action pour le logement des personnes défavorisées

RGPP : Révision générale des politiques publiques

SAVS : Service d'accompagnement à la vie sociale

SAMSAH : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés

TS : Travailleur social

UNAFO : Union des professionnels de l'hébergement social

UTPAS : Unité territoriale de prévention et d'action sociale

# **ANNEXES**



**Situations connues à ce jour comme ayant une problématique de santé mentale**

[Annexe 1 : trame de questionnaire à l'attention des TS ARELI](#)

**Site de :**

**A la date du :**

Nom		
Prénom		
Date de naissance		
Nationalité		
Type de logement (appt partagé, studio)		
Date d'entrée dans la structure		
Type de ressources (RSA, AAH...)		
Activité professionnelle (s'il en existe une)		
Existe t'il un environnement familial autour de la personne ?		
Si oui, de qui est-il constitué ?		
Existe t'il un environnement amical autour de la personne ?		
Si oui, de qui est-il constitué ?		
Existe t'il un environnement social autour de la personne ?		
Si oui, de qui est-il constitué ?		
La personne est-elle suivie par le TS du site ?		
Si oui, depuis quelle date ?		
Pour quel type de demandes ?		
Connaît-on la pathologie de la personne ?		
Avec quelles structures de la santé mentale la personne est-elle en contact ?	EPSM (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	

	CMP (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	
	CATTP (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	
	SAVS (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	
	SAMSAH (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	
	GEM (avec quels professionnels et à quel rythme ?)	
	Autre : précisez	
Lesquelles de ces structures interviennent sur le site, dans quel cadre, à quel rythme... ?		

**Globalement :**

Quelles difficultés avez-vous repérées chez ces personnes en lien avec leur pathologie ?	
Quelles difficultés avez-vous repérées chez ces personnes dans leur logement ?	
Quelles plus-values avez-vous repérées pour ces personnes à être dans un logement au regard de la prise en charge de leur pathologie ?	

Quelles plus-values avez-vous repérées chez ces personnes à être dans un logement intégré à un habitat collectif ?	
Connaissez-vous le fonctionnement des GEM (groupe d'entraide mutuelle) ?	
Connaissez-vous s'il existe un GEM sur votre territoire d'intervention ?	
Pensez-vous qu'un lien avec ce type de structure puisse apporter une plus-value à la prise en charge des personnes ayant des difficultés de santé mentale ?	
Si oui, laquelle ?	

## Annexe 2 : liste des GEM existants sur le Département du Nord

Coordonnées des GEM du Nord / Document DDCS		
Nom	Adresse	Téléphone
<b>Nord Mentalités</b>	100, rue de Lille 59200 Tourcoing	03,20,25,33,18
<b>Amitié et Partage</b>	216, rue Jacquard 59260 Hellemmes	03.20.56.02.17---0666870206
<b>La Belle Journée</b>	10, rue de Wazemmes 59800 Lille,,,8, rue de Toul	03.20.58.55.91
<b>La Renouée</b>	48, avenue de saint Amand 59300 Valenciennes	03,27,47,10,94
<b>Atout Cœur</b>	26, rue de l'Esplanade BP 5307 59379 Dunkerque,,,47, allée des Recollets Grande Synthe	03,28,29,08,19,,,03,28,26,46,27
<b>La Pause</b>	57, avenue Salengro,,,,59100 Roubaix	03,20,82,16,58
<b>Le Rebond</b>	316, Boulevard Pasteur 59500 Douai,,,,88, rue des minimes	03,27,93,,05,00,,,,0953431329
<b>Juste Ensemble</b>	16, ou 104 rue du Général Leclercq ,,bât USN 3e étage 59280 Armentières	06,87,88,88,00
<b>Réveil Lille</b>	1, avenue Georges Hannart 59170 Croix,,,6, résidence Grand Place 59290 Wasquehal	03,20,65,15,62
<b>Réveil Val</b>	1, avenue Georges Hannart 59170 Croix	03,20,65,15,62
<b>Afeji Maubeuge</b>	26, rue de l'Esplanade BP 5307 59379 Dunkerque	03,28,59,99,10
<b>Ch'tit Bonheur</b>	30/3, rue Lavoisier 59790 Ronchin (siège),,,1, chemin des margueritois 59155 Fâches (GEM)	03,20,88,19,90---09,50,46,28,19
<b>Joyeux sur le chemin</b>	Marquette	



### Annexe 3 : trame d'entretien destinée aux rencontres avec les GEM

Nom du GEM :	Ville :	Quel est le financement du GEM : <ul style="list-style-type: none"><li>- source de financement :</li><li>- montant :</li></ul>
Date de création :		Quels sont les horaires d'ouverture du GEM :
Quelle est la structure qui vous parraine :		Quelles sont les activités proposées :
Composition de l'équipe de salariés et profil de poste de chacun :		Quelle est la participation financière des adhérents :
Existe t'il des bénévoles et combien :		Proposez-vous des activités ouvertes sur le quartier :
Pour quelles interventions au sein du GEM :		Intervenez-vous dans d'autres structures pour présenter votre activité :
Combien y a-t-il d'adhérents :		Quels sont vos liens avec les services de psychiatrie (EPSM, CMP,...) :
Quel est le nombre maximum de personnes que peut accueillir le GEM :		Vous orientent-ils des personnes :
N'accueillez-vous que des usagers, ou anciens usagers, de la psychiatrie :		D'autres partenaires vous orientent-ils des personnes :
Comment cela est vérifié :		Avez-vous des contacts avec d'autres GEM et de quel ordre :
Accueillez-vous des publics d'origines diversifiées :		Accompagnez-vous les personnes dans leurs recherches de logement :
L'accueil est t'il sectorisé selon le lieu de résidence de la personne :		Un partenariat avec ARELI vous paraît-il envisageable et dans quels domaines (orientation pour une recherche logement, orientation d'ARELI vers le GEM, actions collectives communes... ?)
Etes-vous en contact avec la famille et les proches des adhérents, et leur apportez-vous un soutien :		
Quel est le montant de l'adhésion :		

### Annexe 4 : résultats des entretiens réalisés avec les GEM

GEM	Atout cœur Dk	La belle journée Lille	Nord mentalité Tg	Amitié partage Hellemmes	Ch'ti Bonheur Fâches	La Pause
Date création	2007	2 006	2003 en tant que GEM (sinon 2000)	2005	2005	2009 en tant que GEM (sinon 2006)
Parrain	AFEJI	Intervalle	FNAPSY	FNAPSY	FNAPSY	EPSM
composition équipe	1.5 ETP ES = 2 personnes	2 ETP = 3 personnes : 1 coordinateur et 2 animateurs	2 ETP = 1 coordinatrice TP, 2 animatrices 1/2 tps	2 ETP = 1 coordinateur et 1 animateur	1,5 ETP : 2 animatrices	2 animateurs
bénévoles et combien	1	non	1	tous les adhérents	Président	non
pour quelles interventions	Cuisine, arts plastiques, / tricot...		Président, ouverture WE et jours fériés, accompagnement lors des sorties	animations d'activité, covoiturage...		
nbr adhérents	60	42, 60 en fin d'année. 100 à 150 passages	40	10 à 15 par jour, 50 au total	50, 20 à 25 par jour	50, 20 habitués
nbr adhérents maxi	50		15	pas de maximum tant que les locaux permettent l'accueil du nombre de personnes au quotidien		
accueil d'usagers de la psy uniquement	non, mixité	non, cela ne peut être vérifié	oui	non, également personnes en situation d'isolement social		non
mode de vérification	lors de l'adhésion, en individuel	impossible		pas de vérification, ouvert à tous		
accueil public diversifié	oui	oui		DOM Tom et Madagascar, pas du maghreb ni sub-sahara		oui
accueil sectorisé	non	non	non	non	non	non
contact famille	non	non		non		
montant adhésion annuelle	10 €	12 €	12 €	24 €	15 €	5 €
source financement	ARS	ARS	ARS	ARS	ARS	ARS

montant financement	75 000	plus de 75000 €, + CUCS, DRAC, Subvention délégation PH de la ville de Lille, FPH		75 000 €		
horaires d'ouverture	26h / semaine : L, Me et Ma au V = 10h-18h, S = V =13h30-17h30, Ma et J = 10h-17h30. Rien le WE	14h-18h30, D = 14h-18h. Fermé le lundi	Ma au Di de 14h à 18h	Lu au Ve : 14h à 18h30, Sa : 14h à 19h, un samedi matin une semaine sur 2	Lu au Sa : 13h à 18h30	Ma au Sa : 14h à 18 h, et un dimanche par mois
activités proposées	Cuisine, bricolage, informatique, maquettes, arts plastiques, esthétique, marche, pétanque, tricot...	Ateliers cuisine mardi et dimanche, arts plastiques, atelier écriture, bowling ou ciné une fois par mois, sorties, séjour	Arts plastiques, sorties, ateliers esthétiques...	activités manuelles, jeux de société, sorties, repas collectifs, jardin, sorties pédestres, culturelles...	ateliers cuisine, couture, crochet, atelier mémoire, sorties...	jeux de société, travaux manuels, jardinage, cuisine...
participation financière adhérents	2/3 du coût des actions	60%	3 € atelier cuisine	2,5 € ciné, 8,5 € sortie à la journée		5 € pour un repas par exemple
activités ouvertes sur quartier	Fêtes des voisins, fêtes de quartier	BAM, fêtes des voisins, expositions	oui : sorties, visites	oui		oui
présentation de l'action à l'extérieur	Emmaüs, accueil d'urgence, CMP Dunkerque	CMP		non, mais rédaction d'un journal intrene diffusé à l'EPSM, au CS		non
lien avec les secteurs de psy	Orientation par le CMP, avec parfois accompagnement des soignants	Orientation par le CMP	CMP, UTP	rare, sauf en cas de besoin de santé pour une personne qui se mettrait en danger ou perturberait le groupe	CMP	administrateur
orientations	oui	oui	oui	oui: infirmiers, psychiatres	oui	oui

orientation d'autres partenaires	non	non	commune, association de patients, MDPH, bailleurs, milieu associatif, organismes de tutelle, CR, CG	non	non
contact autres GEM	non	Oui, avec des échanges informels entre les équipes et les adhérents. 14 GEM sur la région. Rencontres organisées à l'initiative des GEM	oui	oui, une rencontre tous les 6 mois	rencontres inter GEM régulières
intervention sur la thématique du logement	Non, orientation vers le droit commun	Travail avec APU. Orientation d'une situation pendant notre présence vers ARELI	eu quelques demandes: aide à la recherche sur Internet	oui lors de la permanence sociale du vendredi matin, aide notamment pour remplir les dossiers bailleurs ; la Présidente est présente aux commissions logement	non

partenariat ARELI envisageable	Orientation vers le GEM, logement mais peu de besoins repérés	Orientation de résidents vers le GEM en individuel, orientation du GEM vers ARELI par rapport au logement, proposition du GEM de travailler sur une activité commune autour d'un marché de Noël. Volonté du GEM d'ouvrir son partenariat vers un autre domaine que celui de la psy.	Orientation d'ARELI vers le GEM pour 1ère visite, avec accompagnement si nécessaire; actions collectives communes (ateliers cuisines et repas communs); arts plastiques	Orientation ARELI vers GEM; actions collectives communes. Eventuellement en matière de logement lors de l'ouverture de la RS	Orientation d'ARELI vers le GEM, actions collectives communes	orientation d'ARELI vers le GEM, avec accompagnement du TS, actions collectives communes éventuellement.
--------------------------------	---	---	---	--	---	--



L'ensemble des acteurs du domaine social peut être amené à intervenir sur la promotion du bien-être, la prévention et la réadaptation des personnes souffrant de **handicap psychique**. Dans ce champ d'intervention le logement représente un enjeu majeur. Il permet de retrouver stabilité, indépendance, autonomie, confiance en soi, et ainsi d'être inclus dans la société.

**ARELI** est une association qui oeuvre dans le champ de l'habitat et qui s'est dotée de moyens d'accompagnement en direction du public occupant les logements qu'elle met à disposition. Dans le cadre de cet accompagnement, les équipes sont amenées à travailler de manière communautaire, les logements étant inscrits dans la cité, et ce notamment dans le domaine de la santé mentale. Celle-ci ne pouvant se résumer à une prise en charge médicale, la psychiatrie quant à elle s'ouvre vers l'**action communautaire** depuis plusieurs années, et est donc de plus en plus intégrée à la cité. L'un des partenariats du champ de la santé mentale, dans son volet non médicalisé, est représenté par les **Groupes d'entraide mutuelle**. En lien avec ces derniers, la problématique traitée dans cet écrit est la suivante : *Un partenariat entre les GEM et les structures de **logement adapté** gérées par ARELI permettrait-il une déstigmatisation et une meilleure prise en charge de la santé mentale des personnes souffrant de handicap psychique hébergées au sein de ces structures ?* Le but de la démarche est effectivement de permettre une évolution du regard porté sur les personnes souffrant de handicap psychique, d'améliorer leur prise en charge, de rompre leur isolement, de faciliter les relations de voisinage, d'augmenter la participation aux activités proposées, de favoriser l'appropriation du logement, d'avoir une ouverture vers l'extérieur plus prononcée...

**Mots-clés** : action communautaire, handicap psychique, logement adapté, GEM, ARELI.