

**E H E S P**

Ecole des hautes études  
en santé publique

---

**Inspecteur de l'Action Sanitaire et  
Sociale**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Mars 2008**

---

**Les Groupes d'Entraide Mutuelle : un outil  
d'insertion sociale pour les personnes  
atteintes de troubles psychiques ?  
L'exemple du département des Côtes d'Armor**

---

**Roxane CORDEIL**

---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier Monsieur De MARTEL et Monsieur BUZZI pour leur accompagnement méthodologique et pour ces moments d'échanges qui ont contribué à l'avancée de ce travail. Ainsi que le personnel de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales des Côtes d'Armor pour l'aide apportée.

Je souhaite remercier tout particulièrement responsables et animateurs des GEM pour m'avoir ouvert les portes de leur association. Mais surtout une pensée particulière pour tous les adhérents des huit GEM du département qui ont accepté de partager avec moi un instant de leur vie.

Enfin, un dernier remerciement à Madame MAILLARD - DOJKA, chargée de mission à la Direction Générale de l'Action Sociale, qui a bien voulu prendre de son temps pour donner une autre perspective à ma réflexion.

---

# Sommaire

---

<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>1</b>
<b>1. LA CREATION DES GEM : UNE RECONNAISSANCE DE NOUVEAUX BESOINS NON COUVERTS PAR LA PSYCHIATRIE .....</b>	<b>7</b>
1.1. LE CONTEXTE DE LA CREATION DES GEM .....	7
1.1.1. <i>Une reconnaissance tardive du handicap lié aux troubles psychiques.....</i>	<i>7</i>
1.1.2. <i>Une carence dans l'accompagnement au quotidien des personnes atteintes de troubles psychiques.....</i>	<i>10</i>
1.1.3. <i>Des réponses institutionnelles axées sur le soin et un déficit d'articulation entre secteurs d'intervention.....</i>	<i>13</i>
1.2. FACE A DES ENJEUX SANITAIRES ET SOCIAUX FORTS, EN QUOI LES GEM SONT-ILS UNE REPOSE INNOVANTE ?.....	16
1.2.1. <i>Les GEM : l'illustration du passage du sujet malade à l'usager citoyen.....</i>	<i>16</i>
1.2.2. <i>Un fonctionnement et une organisation hors normes.....</i>	<i>17</i>
1.2.3. <i>Une liberté de propositions permise par un encadrement simplifié de l'Etat</i>	<i>19</i>
1.3. LES COTES D'ARMOR : UN TERRAIN PROPICE A L'ETUDE .....	21
1.3.1. <i>Un contexte en santé mentale difficile.....</i>	<i>21</i>
1.3.2. <i>...qui a favorisé le développement des GEM dans le département.....</i>	<i>22</i>
<b>2. LES GEM : DES OBJECTIFS SIMILAIRES MAIS DES APPROCHES DIFFERENTES.....</b>	<b>25</b>
2.1. UN CONCEPT INNOVANT : ROMPRE L'ISOLEMENT PAR L'ENTRAIDE .....	25
2.1.1. <i>Une proposition d'activités multiples aux effets induits bénéfiques .....</i>	<i>25</i>
2.1.2. <i>Un environnement incertain qui rend les directions craintives.....</i>	<i>28</i>
2.1.3. <i>Une adhésion conditionnée par une situation financière stable et un passage par les soins .....</i>	<i>29</i>
2.2. DONNER OU REDONNER UNE PLACE DE CITOYEN A L'USAGER .....	31
2.2.1. <i>Le GEM fait pour et par les adhérents ? .....</i>	<i>31</i>
2.2.2. <i>La participation des adhérents aux décisions, un moyen de les rendre acteurs.....</i>	<i>33</i>
2.3. DE LA READAPTATION DE LA PERSONNE A LA REINSERTION DANS LA CITE .....	38
2.3.1. <i>Les GEM : une passerelle solide vers le milieu ordinaire ? .....</i>	<i>39</i>
2.3.2. <i>Une volonté qui appelle une réciprocité dans les échanges.....</i>	<i>41</i>

<b>3. L'INSPECTEUR DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE : UN MAILLON STRATEGIQUE POUR L'AMELIORER LE DISPOSITIF DES GEM.....</b>	<b>43</b>
3.1. GARANTIR L'APPLICATION DES REGLES PAR UN ACCOMPAGNEMENT DES GROUPES D'ENTRAIDE MUTUELLE .....	43
3.1.1. <i>L'inspecteur : le garant de l'application des textes.....</i>	<i>43</i>
3.1.2. <i>L'inspecteur, un interlocuteur privilégié et stratégique .....</i>	<i>44</i>
3.1.3. <i>Favoriser la création d'un collectif GEM 22 .....</i>	<i>46</i>
3.2. FAIRE EVOLUER LE FONCTIONNEMENT DES GEM DANS LE RESPECT DES DROITS ET ATTENTES DES ADHERENTS .....	47
3.2.1. <i>Laisser le libre choix aux adhérents pour la création de l'association d'usagers .....</i>	<i>47</i>
3.2.2. <i>Une réflexion nécessaire sur le rôle et la place de l'association de parrainage.....</i>	<i>49</i>
3.3. PLACER LE GEM COMME ACTEUR A PART ENTIERE DU DISPOSITIF EN SANTE MENTALE ET DE L'INSERTION .....	50
3.3.1. <i>Valoriser le dispositif auprès des partenaires institutionnels et du grand public .....</i>	<i>50</i>
3.3.2. <i>Impliquer le secteur psychiatrique dans la formation, le soutien et l'accompagnement des animateurs dans leurs missions .....</i>	<i>52</i>
3.3.3. <i>Etablir une dynamique partenariale avec les services d'insertion sociale et professionnelle.....</i>	<i>53</i>
 <b>CONCLUSION .....</b>	 <b>57</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	<b>59</b>
<b>LISTE DES ANNEXES.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

ADAPEI : Association Départementale d'Aide Pour l'Enfance Inadaptée

ANEGEM : L'Association Nationale d'Expertise des Groupes d'Entraide Mutuelle

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDAPH : Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées

CIF : Classification Internationale du Fonctionnement

CIH : Classification Internationale des Handicaps

CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CMP : Centre Médico – Psychologique

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

CROSMS : Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale

DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales

DGAS : Direction Générale de l'Action Sociale

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ESAT : Etablissement et Service d'Aide par le Travail

HP : Hôpitaux psychiatriques

IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale

F.N.A.PSY : Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie

GEM : Groupe d'Entraide Mutuelle

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

ORS : Observatoire Régional de la Santé

MISP : Médecin Inspecteur de Santé Publique

PRSP : Plan Régional de Santé Publique

SROS : Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire

U.N.A.F.A.M : Union Nationale des Amis et Familles de Malades mentaux

## Introduction

La santé mentale est selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l'une des composantes de la santé, en se définissant comme « *un état de complet bien-être physique, mental et social [...] dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté* ». <sup>1</sup> Cette définition invite à explorer non seulement les aspects sanitaires de la santé mentale, ainsi que de nombreux autres aspects, tels que les difficultés économiques, professionnelles, familiales, relationnelles, qui peuvent affecter l'équilibre d'un individu et nuire à sa santé.

La santé mentale apparaît alors, comme la clef de voûte de l'équilibre et du bien-être individuels. Comme le souligne le rapport intitulé « *La santé mentale dans les pays de l'Union Européenne* » de l'OMS, celle-ci constitue un important défi pour les pays occidentaux dans la mesure où « *les troubles mentaux touchent en moyenne une personne sur quatre au cours de la vie* » <sup>2</sup> et que « *les troubles neuropsychiatriques constituent la deuxième plus grande cause de morbidité après les maladies cardiovasculaires* ». En France, plus d'un million de personnes adultes souffrant de troubles psychiques sont suivies annuellement par les équipes de psychiatrie publique <sup>3</sup>.

Outre l'enjeu sanitaire, la question du coût socio-économique peut être posée notamment au sujet de la prise en charge médicamenteuse de ces pathologies. Ainsi, l'analyse des données de la consommation de médicaments, a montré qu'en 2000, un quart de la population a bénéficié du remboursement d'au moins un psychotrope, dans l'année. <sup>4</sup> Globalement, la charge économique des troubles de la santé mentale, pour un pays industrialisé, est estimée de 3 à 4% du produit national brut. <sup>5</sup>

La santé mentale, au cœur d'interactions complexes, apparaît comme un enjeu essentiel de cohésion sociale.

Pour tenter de répondre à ce constat, ainsi qu'à l'augmentation constante de la demande en santé mentale et face à la pression des associations en santé mentale, deux évolutions majeures ont bouleversé le paysage de la psychiatrie.

---

<sup>1</sup> Définition de la santé dans la Constitution de l'OMS approuvée lors de la conférence d'Ottawa du 21 novembre 1986.

<sup>2</sup> OMS - *La santé mentale dans le monde* – 2001

<sup>3</sup> Ministère de l'emploi et de la solidarité et Ministère délégué à la santé - *Plan Santé Mentale : l'usager au centre d'un dispositif à rénover* – 2001 – p.4

<sup>4</sup> Revue médicale de l'assurance maladie - *Médicaments psychotropes : consommation et pratiques de prescription en France métropolitaine* - 2000

<sup>5</sup> OMS - *Investir dans la santé mentale* - 2003

Tout d'abord, on observe depuis 1960, une évolution de l'organisation de l'offre de soins de ce secteur où l'aboutissement a été un changement de paradigme au sein de la politique de prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux. Nous sommes alors passés d'un système organisé autour de l'hôpital spécialisé, conçu comme une institution contenant, vers un système en santé mentale dans lequel la spécificité de la psychiatrie tend à se diluer dans des dispositifs multiples et enchevêtrés. La circulaire du 14 mars 1990 relative à la politique en santé mentale, en est l'aboutissement et marque le passage de mesures d'enfermement, pour la protection de la société, à une logique d'insertion dans la cité.

La deuxième révolution dans le secteur de la santé mentale concerne la place du patient dans le système de soins. Dans le continuum des dispositifs prévus par la loi de santé publique du 9 août 2004<sup>6</sup> et par la loi rénovant l'action sociale et médico-sociale du 2 janvier 2002<sup>7</sup>, la prise en charge du patient en psychiatrie progresse vers une individualisation de son parcours de soin.

Malgré ces avancés, la problématique de la santé mentale a longtemps été abordée par une seule porte d'entrée, celle du soin. Ainsi dans le domaine sanitaire, les pouvoirs publics français se sont saisis de cet enjeu, en 2001, avec la mise en œuvre du plan national « Santé mentale ». L'articulation avec les autres secteurs d'intervention a été instituée dans le cadre des plans régionaux de santé publique<sup>8</sup> et des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, notamment dans leur volet « santé mentale » qu'ils doivent intégrer. Ce lien entre les différents domaines a été récemment rappelé dans le plan nationale « Psychiatrie et Santé Mentale – 2005/2008 ».

Le livre blanc des associations en santé mentale<sup>9</sup>, paru en 2001, et le rapport du parlementaire, Monsieur CHARZAT<sup>10</sup>, de mars 2002, dénoncent le manque de structures d'accompagnement adaptées aux personnes atteintes de troubles psychiques, handicap alors non reconnu par la loi française.

Ce n'est qu'en février 2005, avec la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées<sup>11</sup>, qu'un tournant est pris dans la perception du handicap, en mettant l'accent sur la participation sociale de l'individu. Ce

---

<sup>6</sup> Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique

<sup>7</sup> Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

<sup>8</sup> La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique rend obligatoire l'élaboration par chaque région d'un PRSP.

<sup>9</sup> Livre blanc sur la santé mentale - *Accompagnement des personnes en souffrance psychique pour améliorer leur vie et celles de leurs proches* - Les partenaires de la santé mentale - Juin 2001

<sup>10</sup> M. CHARZAT - *Identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celles de leurs proches* — Mars 2002

texte permet de passer d'un concept du handicap très médical, alors modèle de référence, à un modèle social.

C'est aussi la première étape vers la reconnaissance du handicap psychique, ainsi cette loi reconnaît aux troubles psychiques leurs conséquences handicapantes dans la vie quotidienne. C'est pourquoi, outre la prise en charge psychiatrique, l'insertion des personnes psychologiquement handicapées est devenue une question majeure.

Pour y répondre, la loi du 11 février 2005 institue notamment les Groupes d'Entraide Mutuelle (GEM), dont l'objectif est de combler un manque, au carrefour du soin et de l'action sociale.

La circulaire du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des groupes d'entraide mutuelle<sup>12</sup> définit ces derniers, comme « *une association qui a pour objectif de créer un lieu convivial, où les personnes handicapées psychiques, qui ne bénéficient pas nécessairement d'une reconnaissance de handicap, peuvent se retrouver, s'entraider et organiser ensemble des activités visant tant au développement personnel qu'à la création de liens avec la communauté environnante* ».

Pour les militants en santé mentale et les usagers de la psychiatrie, les GEM sont une réelle avancée au regard des objectifs assignés et de la forme qu'ils peuvent prendre.

Lors de mon stage professionnel dans les Côtes d'Armor, la question des troubles psychiques et leurs conséquences sur la prise en charge sociale des personnes désocialisées a souvent été soulevée. De plus, le dispositif des GEM, très développé dans le département, m'a interpellée par son originalité et par le fort engouement de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) pour ce nouveau partenaire. En effet, sur 249 GEM financés<sup>13</sup>, répartis inégalement sur le territoire, les Côtes d'Armor en compte 8 et devient ainsi le deuxième département le mieux doté. Cet investissement est dû à un contexte local en santé mentale particulier et une implication importante de la part des inspecteurs et Médecins Inspecteurs de Santé Publique (MISP) de la DDASS.

En tant qu'Inspecteurs de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS), nous avons un rôle stratégique d'animation des politiques nationales et des dispositifs, tout en étant le garant de la mise en cohérence des différentes politiques sanitaires, sociales et médico-sociales sur le département.

---

<sup>11</sup> Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

<sup>12</sup> 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

<sup>13</sup> Bilan de la DGAS, suite à l'enquête nationale, présenté lors de la journée nationale des GEM – Paris - 9 novembre 2007

L'exemple des Côtes d'Armor me semble opportun pour mieux appréhender nos missions mais aussi les compétences nécessaires, car le nombre de GEM dans le département est aussi le reflet de l'engagement des IASS et d'une posture professionnelle adaptée. L'inspecteur, pour promouvoir les nouvelles réponses nationales, tout en les adaptant au contexte local, doit être à l'initiative de dynamiques partenariales dans le but de répondre aux besoins des usagers.

Outre un rôle d'accompagnateur des établissements et services, l'inspecteur est aussi le garant de la bonne utilisation des deniers publics, rôle qu'il tient dans le cas des GEM lors de l'engagement de la subvention de financement. Par sa connaissance du terrain, il peut aussi être une force de propositions d'amélioration du fonctionnement des GEM, de l'organisation du dispositif dans le département et de leur inclusion dans un réseau.

Nous intéresser au GEM est d'autant plus pertinent, qu'il nous pousse à nous interroger sur l'organisation interne des DDASS et sur la possible gestion transversale des dossiers et des dispositifs. En effet, l'insertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques est à la croisée de différents domaines d'intervention, et se traduit au sein des DDASS par la présence de trois interlocuteurs potentiels. Notamment, le MISP pour le lien avec la politique de santé mentale, l'inspecteur du pôle social pour la mise en oeuvre d'une politique d'insertion sociale des publics en situation précaire, mais aussi le pôle médico-social pour la gestion du BOP 157<sup>14</sup>, dont les crédits des GEM sont issus.

Au regard des missions des IASS, de la naissance récente des groupes d'entraide et du manque de données de terrain sur leur fonctionnement, il semble intéressant de faire un premier bilan des modalités de d'organisation et des premiers impacts sur les personnes. Et ainsi, savoir en quoi les GEM sont-ils une réponse adaptée aux besoins, en terme d'insertion sociale, des personnes souffrant de troubles psychiques ?

L'objectif étant de pouvoir, suite à ce travail, faire les premières corrections nécessaires pour une meilleure insertion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques, stabilisés ou légers, et de redéfinir les besoins non couverts.

A partir des objectifs des GEM, définis dans la circulaire du 29 août 2005, j'ai organisé ma réflexion et mes recherches autour des trois hypothèses suivantes, les GEM :

- luttent contre l'isolement des personnes en situation de grande fragilité,
- permettent de développer l'autonomie et la responsabilisation des personnes atteintes de troubles psychiques en les plaçant au centre du dispositif,
- sont un outil d'insertion dans la cité des personnes handicapées psychiques.

Pour valider ou invalider ces hypothèses, ma méthodologie s'est construite en quatre grandes étapes (Cf. Annexe 1). Dans un premier temps, j'ai effectué une recherche documentaire pour affiner ma problématique, compiler des données sur le contexte local et pour approfondir mes connaissances sur la politique en santé mentale et la politique en direction des personnes handicapées.

La seconde étape, a consisté en la construction d'une grille d'évaluation du fonctionnement et de l'organisation, reprenant les points clefs du cahier des charges annexé à la circulaire de 2005. Cette grille a été testée dans les 5 GEM lors d'une première visite de présentation de l'étude.

Cette étape m'a permise de faire un premier état des lieux des modalités de fonctionnement, d'appréhender plus concrètement la problématique et de préparer au mieux la troisième phase de mon travail.

Celle-ci a consisté à recueillir les avis et témoignages de chaque protagoniste à partir de différentes grilles d'entretien (cf. Annexe n°3). Les personnes rencontrées sont les suivantes (cf. Annexe n°2) :

- des usagers des GEM (groupe de 5 à 7 personnes par GEM),
- les adhérents ayant une fonction dans le bureau de l'association d'usagers du GEM soit 2 personnes,
- les animateurs ou coordonnateurs soit 7 personnes,
- 5 directeurs et 3 Présidents d'associations de parrainage,
- la chargée de mission de la DGAS en charge du dossier,
- des représentants régionaux des 3 fédérations nationales en santé mentale<sup>15</sup>,
- une assistante sociale travaillant dans 3 structures en santé mentale<sup>16</sup>.

La méthodologie employée pour les entretiens a été très variable selon le type de public interviewé et sera plus longuement détaillée dans l'annexe n°1. Globalement, les principales caractéristiques sont les suivantes : entretiens semi-directifs, une prise de note dactylographiée ou avec utilisation d'un microphone lorsque l'interviewé me l'autorisait et une durée d'entretien très changeante allant de 1 heure à 3 heures.

La quatrième étape a été le dépouillement et l'analyse des données recueillies. Chaque entretien audio a été retranscrit, puis synthétisé à partir d'une grille d'analyse reprenant les grandes thématiques abordées.

---

<sup>14</sup> Budget Opérationnel de Programme « Handicap et Dépendance » (BOP 157)

<sup>15</sup> Croix marine, U.N.A.F.A.M, F.N.A.Psy

<sup>16</sup> Centre Médico-Psychologique, hôpital de jour et Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

Pour l'étude des données, deux portes d'entrées ont été nécessaires :

- L'une par GEM : synthèse des entretiens par GEM pour avoir une vision en kaléidoscope du fonctionnement et de l'organisation de chacun d'eux.
- L'autre par type de personnes rencontrées pour avoir une synthèse des avis selon leur place et rôle dans le dispositif.

Il est important de rappeler les limites fixées pour cette étude. Tout d'abord, ce travail n'a pas la prétention de faire une analyse sociologique du sujet, mais seulement de données quelques repaires communs, pour une meilleure compréhension et approche des GEM. Ensuite, la lutte contre l'exclusion sociale est un champ d'analyse très large qui recoupe plusieurs notions. C'est pourquoi, ce mémoire se contente d'étudier le phénomène du point de vue de l'insertion sociale dans la cité, et non pas de l'accès au logement, ni à l'emploi. Enfin, il est nécessaire de rappeler que cette enquête se fonde principalement sur le recueil de la parole des adhérents et sur de l'observation de terrain.

La triple dimension biologique, psychologique et sociale du trouble psychique et de la maladie mentale est aujourd'hui communément admise, des réponses nationales aux besoins s'y référant, ont été apportées, notamment à travers le GEM. Mais quel bilan peut-on tirer, à ce jour, du développement de ce dispositif ?

Dans un premier temps, l'étude s'attachera à présenter le contexte, dans lequel s'inscrit la création des groupes d'entraide mutuelle et plus précisément, celui du département des Côtes d'Armor.

Puis, à travers les trois objectifs fixés par la circulaire, nous essayerons de démontrer en quoi les groupes d'entraide mutuelle peuvent être un outil de lutte contre le phénomène de l'exclusion sociale, tout en mettant en parallèle les limites du dispositif et les dérives possibles.

Enfin, la dernière partie présentera les corrections nécessaires au fonctionnement et à l'organisation des GEM, ainsi que les leviers d'actions à mettre en œuvre par l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, pour optimiser le travail fourni par ces associations.

# **1. La création des GEM : une reconnaissance de nouveaux besoins non couverts par la psychiatrie**

L'offre de soins en psychiatrie a évolué rapidement, depuis les vingt dernières années et la perception des troubles psychiques s'est modifiée récemment, avec l'acceptation du fait, que la psychiatrie ne peut être la seule facette de la prise en charge des personnes atteintes de ces troubles. Néanmoins, au regard de la reconnaissance récente du handicap psychique, des conflits subsistent dans sa définition et induit un accompagnement partiel (1.1). Le législateur a alors tenté d'innover par la création des Groupes d'Entraide Mutuelle, un hybride entre encadrement étatique et autonomie de fonctionnement et d'organisation (1.2). La présentation du terrain d'étude, avec en perspective les données nationales, démontre d'un réel engouement pour cette réponse innovante (1.3).

## **1.1. Le contexte de la création des GEM**

La création des GEM a été réalisée dans un contexte mouvant, tant au niveau de la politique en santé mentale, que celle en direction des personnes handicapées. Il est important de rappeler que le GEM est le fruit de la réflexion et de la forte mobilisation des fédérations nationales en santé mentale. La construction du GEM est donc le résultat d'un travail partenarial entre, d'une part les usagers en santé mentale et leur famille, et d'autre part, le ministère de la santé et ses directions.

### **1.1.1. Une reconnaissance tardive du handicap lié aux troubles psychiques**

Pour une meilleure compréhension du développement, il est nécessaire d'éclairer le lecteur sur la problématique du handicap psychique en tentant d'apporter une définition commune ou faisant consensus autour des différents termes que sont : la maladie mentale, les troubles psychiques ou encore la souffrance psychique.

#### **1.1.1.1. Maladie mentale, troubles psychiques, handicap psychique, souffrance psychique : des notions entremêlées difficiles à cerner**

On différenciait classiquement le handicap physique, qui résultait des déficiences physiques ou motrices, du handicap mental, qui résultait de déficiences intellectuelles dont l'origine provenait d'une atteinte neurologique. Ces termes étaient repris dans la Classification Internationale des Handicaps (CIH – 1980) alors construite autour des notions de « déficience – incapacité – désavantage social ». Dans cette conception, le handicap n'était pas assimilé à sa cause mais il était considéré comme la conséquence d'une maladie, dont les effets pouvaient être atténués par une assistance technique et/ou humaine.

Ce modèle a fait l'objet de nombreuses critiques notamment, celle d'imputer toute la responsabilité du handicap à la maladie ou à l'accident d'origine et d'ignorer l'impact des obstacles environnementaux et des exigences de la société sur la production du handicap. Sur la base de ces remarques, l'OMS s'est alors engagée dans la révision de la classification et en 2001 a publié la Classification Internationale du Fonctionnement (CIF). Le concept du handicap, contenu dans la CIF, tente de ne plus stigmatiser la personne en faisant apparaître son mode de fonctionnement, sa participation sociale, et le rôle de son environnement dans la production du handicap. L'objectif de la mise en avant de la notion de participation sociale est, l'égalisation des chances des personnes handicapées.

L'évolution de la classification est le constat d'un changement dans la manière d'appréhender le handicap et de sa représentation dans la vie quotidienne. Ce changement a eu comme effet de faire émerger au côté du handicap mental, le handicap psychique, qui résulte de déficiences des fonctions psychiques, des conséquences de la vie de tous les jours ou du processus de la maladie mentale.

Les personnes handicapées psychiques ne sont pas assimilables à des personnes handicapées intellectuelles, même si leur handicap peut provenir de maladies mentales invalidantes. Du fait de leurs caractéristiques difficiles à cerner ou fluctuantes et de leur prise en charge à la frontière de plusieurs dispositifs (approche sanitaire et/ou médico-sociale) ces personnes ont aussi été « classifiées » sous les termes de populations dites « limites ».

Toutefois, la frontière reste encore floue entre le handicap mental et le handicap psychique, en témoigne les différentes expressions utilisées dans les travaux de recherche. Ainsi, d'après le rapport de Monsieur CHARZAT, à l'origine de la prise de conscience du manque de couverture des besoins globaux des personnes handicapées psychiques, il n'existe « *pas de réelles frontières entre handicap mental et handicap psychique : les troubles graves des fonctions psychiques retentissent sur les capacités intellectuelles et les apprentissages, et la déficience intellectuelle est assez fréquemment associée à des troubles psychiques, soit en raison de la pathologie d'origine, soit en raison de la souffrance psychique qu'elles entraînent* ».

La difficulté de distinction provient du fait, que l'on peut appréhender le handicap psychique de deux manières. D'une part, il peut être la conséquence ou les séquelles d'une maladie mentale et avoir des répercussions au plan de l'intégration sociale. D'autre part, il peut être la réaction à un environnement défavorable et entraîner des incapacités graves, temporaires ou non. Face à ces divergences très minces, nous nous référerons aux critères de déficience psychique énumérés dans le guide « Barème pour l'évaluation

des déficiences et incapacités des personnes handicapées » utilisé par les Commissions des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Ces déficiences psychiques se composent essentiellement des troubles du caractère et du comportement, de la personnalité, de la communication et des capacités relationnelles, de la vie émotionnelle et affective, de la pensée (délire) et du jugement, de l'humeur ou de l'expression somatique des troubles psychiatriques.

Nous pouvons constater que tous ces troubles n'ont pas la même origine mais ont souvent les mêmes conséquences, qui ont été soulevées dans le rapport CHARZAT : « *Ces déficiences entraînent de nombreuses incapacités dans la vie quotidienne, ainsi que dans les relations sociales et le travail.* »

#### 1.1.1.2. Une évolution de la réglementation au profit des personnes souffrant de troubles psychiques

C'est au cours de ces dernières années, que la reconnaissance du handicap psychique en tant que tel, a réellement progressé. Tout d'abord, en 2001, avec la publication du Livre blanc des partenaires en santé mentale. Puis en 2002, avec le rapport du parlementaire CHARZAT sur l'identification des difficultés des personnes en situation de handicap du fait de leurs troubles psychiques. Enfin en 2005, pour la première fois, en reprenant la Classification Internationale du Fonctionnement de l'OMS, la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées évoque explicitement, en parallèle au handicap moteur, sensoriel, mental et cognitif, le « handicap psychique », sans toutefois apporter une définition précise du terme. Néanmoins, elle souligne les difficultés dans la vie quotidienne et sociale des personnes présentant des troubles psychiatriques, puisqu'elle met en avant l'idée de limitation d'activités et/ou de restriction de participation à la vie en société subie par ces personnes dans leur environnement.

La présence de la notion de handicap psychique dans un texte de loi a comme conséquence de « *faire exister une population* »<sup>17</sup> et ainsi de faire reconnaître le particularisme de cette population et les besoins spécifiques liés à ce type de handicap. Qui dit émergence de nouveaux besoins, pose la question des réponses apportées et notamment de leur adéquation aux besoins de ces personnes. Les avis rendus ont démontré, qu'outre des besoins sanitaires spécifiques, l'existence de besoins sociaux ou professionnels des personnes handicapées psychiques n'étaient pas couverts ni par le secteur sanitaire, ni par d'autres structures ou services spécifiques ou de droit commun. La nécessité de proposer de nouvelles réponses en complément des soins est alors devenue une évidence.

---

<sup>17</sup> Expression empruntée au Livre Blanc sur la santé mentale – Juin 2001

Outre la reconnaissance du handicap psychique, la loi du 11 février 2005 a permis de modifier les modalités d'accès à une prise en charge. En effet, avant 2005 l'accès aux services d'aide à l'insertion sociale ou professionnelle était fondé sur le constat d'une pathologie, d'où un processus d'intervention médicamenteuse avant toute autre intervention sociale. La reconnaissance du handicap psychique oblige désormais, la société à prendre en compte la situation de la personne handicapée psychique dans l'état où elle est, et à s'adapter à ses difficultés particulières, comme elle a su le faire dans le passé pour les handicaps sensoriels ou fonctionnels.

Le plan national « Psychiatrie et Santé mentale 2005-2008 » rappelle lui aussi que le champ de la santé mentale dépasse de beaucoup le cadre purement médical *« plus que tout autre domaine de la santé, il recouvre à la fois une dimension individuelle et une dimension sociétale majeures. La maladie mentale a ceci de particulier qu'une réponse uniquement sanitaire ne suffit pas. »*

Aujourd'hui, cette reconnaissance du handicap psychique est porteuse d'un modèle d'intégration, qui privilégie l'accès et le maintien en milieu ordinaire et s'opposant à toutes démarches uniformisées.

### **1.1.2. Une carence dans l'accompagnement au quotidien des personnes atteintes de troubles psychiques**

En parallèle à l'émergence d'un nouveau type de handicap, ayant comme impact la reconnaissance de besoins non couverts par les structures existantes, se greffe un déficit d'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques dans leur vie quotidienne. Cette carence a deux raisons : elle est la conséquence de la difficulté d'adaptation d'une prise en charge face aux caractéristiques du handicap psychique et provient également d'une évolution dans le mode d'hospitalisation en santé mentale.

#### **1.1.2.1. Un accompagnement difficilement adaptable aux caractéristiques spécifiques du handicap psychique**

Le handicap psychique possède des spécificités, qui le distingue des autres types de handicap, induisant des situations et des besoins particuliers.

La première caractéristique tient au fait que la maladie est une maladie de la construction de soi qui impacte la personnalité du sujet dans son ensemble. Le trouble psychique touche à l'intégrité de la personne, de ce fait, cette dernière est très souvent dans le déni de la maladie, qui se décline ensuite par l'isolement et une situation de « non demande » de soins, de prise en charge ou d'accompagnement. La stigmatisation de la maladie mentale est un facteur aggravant et entrave d'autant plus la reconnaissance de sa maladie par le patient.

Seconde particularité, les déficiences psychiques peuvent entraîner des incapacités nombreuses et plus ou moins importantes dans la vie quotidienne. Cette dimension de la

maladie est parfois difficile à appréhender car les troubles psychiques n'ont pas de symptômes dits « visibles », le malade « paraît bien portant. » Les capacités intellectuelles restent vives à la différence du handicap intellectuel, ce qui engendre une extrême vulnérabilité des individus. La perte d'autonomie qui en résulte peut aller jusqu'à l'impossibilité de réaliser les actes les plus élémentaires de la vie courante.

Enfin, dernière caractéristique essentielle est le caractère très « fluctuant » de l'état des personnes handicapées psychiques. A la différence des autres handicaps, qui sont considérés comme « fixes » car non évolutifs, la maladie psychique a comme particularités une grande variabilité, une durabilité dans le temps et une forte évolutivité.

Au regard de ces spécificités, les situations des personnes handicapées psychiques sont donc toujours des situations particulières d'où un accompagnement et une prise en charge sanitaire ordinaire souvent ressentis comme inadéquats. En effet, lors des entretiens, la majorité des adhérents ont fait part de l'inadaptation de la prise en charge sanitaire à leurs capacités intellectuelles. Les réponses sanitaires ou médico-sociales leur semblent être trop stigmatisantes pour les personnes stabilisées ou présentant des troubles psychiques légers. L'obligation de présence quelque soit leur état, mais surtout la promiscuité avec des personnes ayant d'autres handicaps ou le même trouble mais à un stade différent dans les soins et dans l'acceptation de la maladie, sont les causes d'un désengagement vis-à-vis de leur prise en charge. Les adhérents des GEM se sentent « *encore différents* » et le simple fait de se rendre dans ces structures devient alors dévalorisant pour eux.

#### 1.1.2.2. Des conséquences non négligeables de la restructuration de l'offre de soins en psychiatrie

Dans les années 60, avec les circulaires sur les secteurs psychiatriques<sup>18</sup> et l'humanisation des hôpitaux spécialisés, une nouvelle conception de la prise en charge a émergé. On y prône l'alignement des hôpitaux psychiatriques sur les réformes hospitalières<sup>19</sup>, une prise en charge par secteur territorial au plus près des besoins du patient et une diversification de l'offre<sup>20</sup>. Cette évolution a une double cause, l'hôpital psychiatrique en pâtissant d'une image « asilaire » devenait trop stigmatisant. Parallèlement, les études démontraient qu'un nombre important de personnes en hospitalisation complète ne relevait pas de ce mode de prise en charge.

---

<sup>18</sup> Loi n°85-772 du 25 juillet 1985 sur la sectorisation psychiatrique donne une base légale au secteur. Elle a été complétée par la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

<sup>19</sup> Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière

<sup>20</sup> Circulaire n°5780 du 21 décembre 1987 relative à la planification en psychiatrie et circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale

Ainsi, en 1995, 28% des lits de psychiatrie étaient concernés par l'inadéquation des prises en charge aux pathologies<sup>21</sup>.

Deuxièmement, dans un contexte de rationalisation budgétaire, les pouvoirs publics se sont interrogés sur la question du coût de l'hospitalisation complète au regard des bénéficiaires de celle-ci. Les rapports émis, ont alors indiqué que la prise en charge à temps complet avait un coût relativement élevé compte tenu des pathologies soignées dans les hôpitaux psychiatriques.

Le constat est alors très négatif, l'hôpital psychiatrique et son organisation sont trop normatifs, inadaptés et trop ignorants des besoins et intérêts de la personne, il était alors « *urgent d'intégrer [...] la santé mentale dans la cité* »<sup>22</sup>. La fin de l'hôpital psychiatrique monopolistique est alors devenue nécessaire et est passée par une restructuration de l'offre de soins.

La circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique en santé mentale rend compte de cette nouvelle vision des soins psychiatriques et de son organisation en secteur sur le territoire. Elle prône également la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire une organisation des soins et des services qui passe moins par l'hospitalisation, et davantage par des interventions qui favorisent le maintien du patient au sein de son cadre de vie.

Le paysage des soins en santé mentale s'est alors modifié en développant des ressources ambulatoires. Ainsi, entre 1989 et 2000, on constate une diminution de 49% du nombre de lits d'hospitalisation à temps plein (passage de 120 000 à 60 000 lits) et un fort développement de nouvelles structures à temps partiel. Les soins sont désormais à 85% assurés en ambulatoire, et le nombre de patients suivis à temps partiel a doublé en 12 ans. Enfin, les durées d'hospitalisation se sont réduites passant de près de 86 jours en 1989 à 45 en 2000.<sup>23</sup>

Malgré la nécessité de repenser l'organisation territoriale de la psychiatrie, la désinstitutionnalisation a eu des conséquences non négligeables sur le parcours de vie des personnes atteintes de troubles psychiques. On reprochait à l'hôpital psychiatrique d'entraîner « *une perte des aptitudes sociales, une augmentation de la dépendance et de réduire les possibilités de réadaptation sociale et d'intégration sociale et économique pour les patients* ».<sup>24</sup> Conséquence, le passage de l'hospitalisation à temps complet à d'autres modes de prise en charge en ambulatoire ou à temps partiel sans accompagnement, a engendré une perte des repères et une difficulté d'adaptation à la vie courante.

---

<sup>21</sup> Rapport de la Cour des Comptes – Service Etudes et Statistiques

<sup>22</sup> MASSE.G – *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale* - Rapport au ministre de la santé – 1992.

<sup>23</sup> DREES - Etudes et résultats – Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités - n°342 – Octobre 2004

<sup>24</sup> P.MORDELET - *Psychiatrie communautaire et hôpital. La réforme du service public de psychiatrie* - Technologies et santé – mai 2005 – N°54.

Ces patients se sont retrouvés livrés à eux-mêmes, parfois sans aidant familial, les aides administratives ou sociales sont restées partielles et difficilement accessibles compte tenu de la multiplicité des acteurs intervenants<sup>25</sup>.

Le passage de l'assistanat à l'autonomie était donc vécu difficilement par les personnes et entraînait des rechutes sans une aide adéquate dans la vie quotidienne. Comme le montre la parole d'un adhérent : « *Sortir de l'hôpital avec pour seule arme mon pilulier et le refuge de mon chez moi, investir la ville relève de l'utopie, de l'exploit surhumain.* »

Mais la conséquence la plus néfaste du retour au domicile, pour la plupart des patients suivis en ambulatoire, est l'isolement dans lequel ils se sont retrouvés. Sans activités professionnelles, la plupart souffraient de solitude, de désœuvrement et d'isolement, ce qui a pu les conduire à la rechute, voire au suicide.

Cette préoccupation a engendré une réflexion sur la mise en place de structures jouant le rôle de « contenants auxiliaires » afin de renforcer le soutien en aval de l'hospitalisation et ainsi amoindrir les effets de « l'externement ». Il fallait, alors, faire en sorte que les patients ne paient pas, par l'isolement, le prix de la « désinstitutionnalisation », en prévoyant des lieux permettant de rompre cette solitude.

### **1.1.3. Des réponses institutionnelles axées sur le soin et un déficit d'articulation entre secteurs d'intervention**

Malgré la volonté affichée, d'intégrer un modèle sociétal à la prise en charge du handicap psychique, les solutions apportées par les différentes réformes sont encore trop souvent tournées vers le soin et ont un caractère institutionnel marqué.

#### **1.1.3.1. Des prises en charge dont la « porte d'entrée » reste le soin**

Il est nécessaire de faire un point sur les modes de prise en charge, pour mieux appréhender les différences d'organisation avec le GEM et les innovations apportées par ce dernier. On distingue classiquement les prises en charge à temps complet, des prises en charge à temps partiel. L'hospitalisation 24h/24 est assurée soit par un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), soit par un Centre Hospitalier Général (CHG) ou Régional (CHR) ou encore un établissement privé participant au service public hospitalier. Pour ne pas emboliser les lits d'hospitalisation complète et assurer le retour à domicile, d'autres structures ont vu le jour telles que les centres post-cure (unités de moyen séjour dispensant des soins après la phase aiguë de la maladie), les appartements thérapeutiques (unités de soins à visée de réinsertion sociale mises à disposition des

---

<sup>25</sup> 30% des secteurs de psychiatrie proposent directement une aide aux démarches administratives et un accompagnement social. Dans les autres cas, cet accompagnement est assuré par les différents services sociaux concernés.

patients pour des durées limitées avec la présence continue de soignants) ou encore l'Hospitalisation À Domicile (HAD).

Concernant les prises en charge à temps partiel, on distingue généralement 4 formes :

- l'hospitalisation en hôpital de jour : des soins intensifs et polyvalents sont prodigués durant tout ou partie de la journée,
- les Centres d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) : leur but étant de maintenir ou favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe,
- les ateliers thérapeutiques : proposant des activités de réadaptation et cherchant à développer les capacités relationnelles des patients avec des intervenants diversifiés,
- et l'hospitalisation en hôpital de nuit : permettant une prise en charge thérapeutique en fin de journée et une surveillance médicale de nuit.

Sur chaque secteur psychiatrique, on retrouve la même organisation territoriale avec un Centre Médico-Psychologique (CMP) assurant la coordination et l'accueil en milieu ouvert, organisant les actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Outre ces établissements et services de soins, il existait peu de possibilités pour le patient de trouver un lieu d'écoute en tant que citoyen, hormis, peut-être, avec les clubs thérapeutiques, qui sont les prémices du GEM. Nés sous l'impulsion des soignants pour une démocratie au sein des murs de l'hôpital, *« ils ont leur place dans la palette des instruments de prévention, de soins et d'insertion sociale du secteur, pour soutenir les patients dans la reconstruction de leurs liens sociaux et leur insertion sociale. »*<sup>26</sup>

Malgré tout, comme leur nom l'indique, les clubs thérapeutiques restent un outil de soin avec un encadrement de soignants, s'intégrant dans le projet de soins des patients et dépendant uniquement du secteur sanitaire.

Les réponses sont donc encore très axées sur le sanitaire, ce qui interroge sur la réelle articulation du secteur psychiatrique avec les autres domaines d'intervention.

#### 1.1.3.2. Un cloisonnement entre secteurs encore très marqué

Tout l'enjeu de la politique de santé mentale actuelle est de combiner soins, réadaptation et réinsertion<sup>27</sup> grâce à une articulation entre sanitaire, social et médico-social.

Le lien entre psychiatrie et exclusion sociale est important, ainsi des personnes soignées temporairement en psychiatrie sont plus souvent sujettes aux difficultés d'accès au

---

<sup>26</sup> Annexe 3 de la Circulaire DGAS/3B n°2005-418 du 29 août 2005 relative aux modalités de conventionnement et de financement des GEM pour personnes souffrant de troubles psychiques

logement. Et, les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) accueillent de plus en plus de malades psychiques en cours de recherche de logement. Le CHRS de Lannion en est l'exemple, avec 20% des résidents présentant des troubles psychiques.

La difficulté, pour ce type de structures d'hébergement d'urgence ou temporaire, est liée à l'augmentation du nombre de personnes accueillies, présentant des troubles psychiatriques et /ou des conduites addictives, et relevant autant d'une prise en charge sanitaire, que d'un accompagnement social. En effet, les travailleurs sociaux intervenant en CHRS ont fait part de leur désarroi face à la population précarisée atteinte de troubles psychiatriques et de leur manque de formation à l'accompagnement des personnes atteintes de ce type de pathologie.

De plus, les modalités d'interventions en psychiatrie ne sont pas toujours bien connues par les professionnels du social qui regrettent que la souffrance psychique ne donne pas nécessairement lieu à une prise en charge globale. Il conviendrait de réfléchir aux modalités d'articulation entre les mesures d'accompagnement social mises en œuvre dans le cadre des circonscriptions d'action sociale ou dans le cadre de politiques ciblées (ex : logement) et l'accompagnement mis en œuvre par les équipes de secteur psychiatrique.

Le manque d'articulation est aussi visible au sein même du secteur médico-social. En effet, notre système a abouti à sectoriser la prise en charge par pathologie, ainsi, à un établissement correspond un handicap. Ainsi de 0 à 20 ans, les établissements d'éducation spéciale sont classés par type de handicap : aux déficiences intellectuelles correspondent les Instituts Médico-Éducatifs (IME), aux troubles du caractère et du comportement répondent les Instituts Thérapeutiques Éducatifs et Pédagogiques (ITEP), les déficiences motrices sont prises en charge dans des Instituts d'Éducation Motrice (IEM), et enfin le polyhandicap est soigné dans des Etablissements pour Enfants et Adolescents Polyhandicapés (EEAP).

Si on ne rentre pas dans une définition stricte soit par son âge soit par le type de handicap, les solutions ne sont souvent plus adéquates et stigmatisantes.

Concernant la prise en charge des adultes, lorsque la maladie est stabilisée, il peut être envisagé un accompagnement global dans la vie sociale, grâce aux Services d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH) ou aux Services d'Accompagnement à la Vie Sociale (SAVS), voire une insertion professionnelle en Établissements et Services d'Aide par le Travail (ESAT) ou dans les entreprises adaptées.

---

<sup>27</sup> La réadaptation vise à améliorer les habiletés sociales de la personne dans le sens d'une plus grande autonomie dans sa vie quotidienne et socioprofessionnelle, tandis que la réinsertion sociale vise à redonner une place à la personne malade au sein de la société.

A défaut d'être en milieu ordinaire, cette insertion a néanmoins l'avantage d'aller au-delà de l'occupationnel et de rendre au malade son autonomie financière.

Ces nouvelles modalités de prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiques sont encore des solutions embryonnaires, malgré l'effet d'annonce de la loi du 11 février 2005. En effet, le dispositif est actuellement plus adapté au handicap mental (en terme de déficience intellectuelle), qu'au handicap psychique. Les ESAT « généralistes » sont assez réticents à accueillir ces populations, dans la mesure où les activités professionnelles et occupationnelles, traditionnellement proposées, sont souvent inadaptées aux personnes psychotiques.

Même s'il est évident que les établissements en charge de la santé mentale interviennent clairement en faveur de l'ensemble des populations des secteurs social et médico-social, cette participation se fait à des degrés divers d'implication et de façon très contrastée. Et c'est le secteur prenant en charge les handicapés adultes qui semble le moins investi.

C'est dans ce contexte législatif et au regard de la reconnaissance de besoins non couverts que les groupes d'entraide mutuelle ont été institués.

## **1.2. Face à des enjeux sanitaires et sociaux forts, en quoi les GEM sont-ils une réponse innovante ?**

La loi du 11 février 2005 et notamment ses articles 4 et 11 reconnaissent aux GEM une double vocation, reprise et appuyée dans la circulaire du 29 août 2005.

Ainsi, le développement des GEM s'inscrit dans une politique de prévention du handicap, et constitue également un moyen de compensation des conséquences du handicap.

Mais les GEM sont essentiellement une réponse novatrice en plaçant la personne au cœur du dispositif, comme personne responsable, en intégrant une organisation et un fonctionnement singuliers et en disposant d'une liberté d'actions vis-à-vis des normes de fonctionnement édictées pour les établissements et services sociaux et médico-sociaux.

### **1.2.1. Les GEM : l'illustration du passage du sujet malade à l'utilisateur citoyen**

La circulaire du 29 août 2005 relative aux groupes d'entraide mutuelle reconnaît une place de personne, en tant que telle, à l'utilisateur. Il s'agit principalement de trouver une occupation qui prenne sens pour le malade, qui souffre non seulement de sa pathologie mais aussi de l'inactivité et du sentiment d'exclusion qui en découlent. Les GEM sont pensés comme une modalité de compensation du handicap, en permettant à l'utilisateur de se réapproprier sa qualité de citoyen.

#### **1.2.1.1. Des enjeux sanitaires : de la prévention à l'orientation vers le soin**

Derrière l'idée de rendre à la personne malade une place dans la société actuelle, on assigne aux GEM des objectifs sanitaires plus larges, en intégrant dans un seul lieu

toutes les facettes du soin et du médico-social. Tout d'abord, le GEM pourrait être un lieu de prévention des conséquences des troubles psychiques en évitant l'isolement et les actes de violence contre lui-même ou son entourage.

Second élément, le GEM pourrait permettre le dépistage de la maladie en amont des crises pour orienter par la suite la personne vers une prise en charge sanitaire adéquate.

Enfin, il aurait vocation, en redonnant une place dans la société au patient, à prévenir les rechutes. Les GEM s'inscrivent alors, dans une démarche plus préventive que curative, c'est un lieu d'éventuels repérages de la souffrance mentale et le lien social ainsi créé est un moyen de surmonter les problèmes de santé mentale.

#### 1.2.1.2. La volonté de créer du lien social entre le patient et la société

Outre la possibilité de répondre aux manques du dispositif en santé mentale, le GEM intègre aussi des enjeux sociaux plus globaux de cohésion sociale.

En effet, le GEM va plus loin que la volonté de redonner une place à l'utilisateur au sein de notre société. Le GEM leur redonne un rôle qui doit permettre de tisser ou retisser du lien social, entre les patients psychiatriques et la société, et ainsi rompre la marginalité à laquelle ils sont soumis. La réflexion initiatrice des GEM est donc tout autre, on ne parle pas de soigner une pathologie par des pratiques médicamenteuses ou uniquement centrées sur le sanitaire, ni de donner plus de droits à l'utilisateur au sein de l'institution mais on souhaite agir sur les déterminants environnementaux pour soigner et intégrer.

Aussi, les enjeux sociaux des GEM sont tout d'abord de développer et soutenir l'entraide entre les personnes souffrant de troubles psychiques, pour rompre l'isolement. De plus, ils ont comme objectif de faire participer ces personnes à la vie sociale et de développer l'idée du « *prendre soin de soi en prenant soin des autres.* » Enfin, ces groupes doivent également permettre de créer de nouveaux modes de solidarité entre associations d'utilisateurs et professionnels de la santé mentale et d'ouvrir de nouveaux espaces de solidarité dans la cité. Les GEM sont donc une nouvelle étape, où l'intervenant social ou le professionnel soignant ne sont plus les seules personnes capables d'agir ou d'aider le patient dans sa reconstruction.

### **1.2.2. Un fonctionnement et une organisation hors normes**

L'innovation du GEM provient aussi de la forme prise par ce dernier. En effet, les caractéristiques du GEM sont toutes autres par rapport aux normes habituelles d'organisation et de fonctionnement des institutions ou services sanitaires, sociaux et médico-sociaux.

#### 1.2.2.1. Un statut juridique promouvant la participation des adhérents

La principale caractéristique du GEM provient de sa forme juridique, celle-ci doit être celle d'une structure associative de la loi 1901. Elle doit permettre de laisser une liberté

d'actions et de prises de décisions aux adhérents, tout en étant fondée sur l'aide entre pairs. En effet, dans le milieu associatif, la forme juridique de type loi 1901 laisse la liberté aux créateurs et membres d'association de décider de son but, du mode d'organisation et des procédures internes de fonctionnement. Ces modalités sont introduites dans les statuts, et éventuellement dans le règlement intérieur, les membres de l'association pouvant les modifier aussi souvent que voulu ou nécessaire.

Compte tenu de la grande fragilité psychologique des adhérents, un garde-fou a été mis en place pour les accompagner dans la gestion et l'organisation de l'association.

En conséquence, tous les GEM doivent être parrainés par une association ou tout autre organisme reconnu oeuvrant dans le domaine de la santé mentale. Cet appui doit principalement concerner la gestion de la structure et l'accompagnement de son évolution vers la création de l'association d'utilisateurs. Une convention de parrainage doit être signée et doit comprendre les modalités de l'aide apportée à l'association dans le souci de favoriser son autonomie tout en lui assurant un soutien et des garanties pour un fonctionnement de qualité.

#### 1.2.2.2. Un fonctionnement laissant la place aux usagers en santé mentale

Les principes généraux de fonctionnement sont élémentaires et laissent toute liberté d'actions aux adhérents. La spécificité des GEM réside dans le fait qu'ils ne doivent pas tenter de répondre à un type de handicap précis, ainsi les GEM « *sont destinés à des personnes qu'une altération de santé met en difficulté d'insertion sociale, qu'elles se considèrent ou non comme étant handicapées, et qu'elles aient ou non choisi de faire reconnaître leur handicap.* » La seule restriction mentionnée délimite l'âge des adhérents, ainsi « *les usagers concernés sont des personnes adultes que des troubles psychiques mettent en situation de fragilité, désireuses de rompre leur isolement.* »<sup>28</sup>

Pour permettre cette mixité du public, le GEM ne doit pas être réservé aux seules personnes étant, à un titre quelconque, reconnues handicapées et doit être suffisamment ouvert pour accueillir et proposer un accompagnement à des personnes qui ne bénéficient pas d'autres voies de recours. Ainsi, la fréquentation du groupe est conditionnée par une adhésion mais les personnes souhaitant adhérer ne sont pas soumises à des contraintes de prise en charge.

La participation au GEM est fondée sur l'adhésion libre et volontaire des personnes à un projet d'entraide ouvert sur la cité. Les adhérents sont acteurs du projet du groupe, qu'ils définissent et font vivre ensemble, chacun y participant à la mesure de ses possibilités. Un règlement intérieur est réalisé en commun et définit les conditions de participation de

---

<sup>28</sup> Annexe 1 de la circulaire de 29 août 2005 relative aux GEM

l'ensemble des membres du groupe, les modalités de prises de décisions relatives à la vie interne du GEM et l'organisation de l'accueil des nouveaux membres et de leurs proches.

Enfin, des animateurs salariés ainsi que des bénévoles aident les adhérents à la gestion quotidienne du groupe, à s'organiser pour la réalisation du projet de vie, et à établir des relations avec l'environnement et les institutions de la cité. Ils veillent à la sécurité et au confort du groupe et apportent aux adhérents qui les sollicitent leur écoute, leur avis et leur conseil, mais sans jamais se substituer aux professionnels du soin ou de l'accompagnement.

### **1.2.3. Une liberté de propositions permise par un encadrement simplifié de l'Etat**

Le GEM est une réelle avancée pour l'adaptation des actions aux besoins de ce public. Cette possibilité est laissée grâce à un balisage simple de l'Etat, la circulaire de 2005 cherchant à définir collectivement le GEM.

#### 1.2.3.1. L'affichage de grands principes pour une autonomie de réalisation

La circulaire relative aux GEM a été rédigée dans un souci de ne pas uniformiser les pratiques, tout en posant les grands principes garantissant le respect des droits et la sécurité de ce public vulnérable. En effet, la volonté est de pouvoir mettre en place un dispositif suffisamment souple pour s'adapter dans le temps et à chaque instant aux besoins des personnes handicapées psychiques dont les troubles, on le sait, se caractérisent par une grande variabilité.

Dans le texte, cinq recommandations sont énoncées :

- La liberté d'aller et venir pour les adhérents : une adhésion conditionne l'entrée mais ensuite aucun « contrat de séjour » ne fixe la durée de l'accueil proposé.
- La création d'une association d'usagers s'accompagnant de la signature d'une convention de parrainage.
- Des conventions passées avec le secteur psychiatrique : pour apporter une aide ponctuelle ou urgente, et pour un accompagnement des personnes.
- L'existence de partenariats avec différents organismes pour une ouverture et une participation réelle à la vie de la cité.
- Et dans la mesure du possible, il établit des liens avec les institutions sociales et sanitaires, afin de constituer un réseau de services où les adhérents peuvent trouver des réponses à leurs besoins.

#### 1.2.3.2. En contre partie un contrôle de l'Etat par le biais du financement

L'ouverture de la structure « GEM » n'est pas soumise à autorisation et les conditions de fonctionnement et d'organisation ne sont pas examinées en Comité Régional de

l'Organisation Sociale et Médico-Sociale (CROSMS) au regard des dispositions réglementaires visant les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Il n'en demeure pas moins que pour assurer la sécurité des personnes particulièrement vulnérables, toute association de santé mentale ne peut être conventionnée sous le titre de GEM. Celui-ci devient donc une sorte de label dispensé par l'Etat par le biais d'une convention de financement.

En 2005, une enveloppe de 20 millions d'euros, en provenance de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), a été dégagée afin de développer plus de 200 structures. Cette enveloppe permet, grâce à un fonds de concours, d'abonder une ligne budgétaire de la DGAS qui est chargée de piloter le nouveau dispositif. Dans ce cadre, la circulaire définit une somme plafond de subvention (75 000 €) par GEM avec la signature d'une convention de financement entre le représentant de l'Etat dans le département via le DDASS et, soit l'association d'usagers si elle a été créée, soit l'association de parrainage. Cette dernière s'engage par-là même à soutenir la création de l'association d'usagers.

Le contrôle effectué, en DDASS, par les inspecteurs se fait au regard des missions données aux GEM et dans le sens d'une délégation de service public. Les conséquences étant que la DDASS n'a pas à apporter des modifications au projet financier, ni aux comptes administratifs de l'association. Il est, aussi demandé aux inspecteurs, dans le cadre de leurs missions, de « visiter » l'association avant l'allocation de la subvention. On peut assimiler cette rencontre à une visite de conformité sans fondement juridique et sans canevas uniformisé sur le territoire national.

Lors de la réunion annuelle du comité de suivi<sup>29</sup>, qui s'est tenue le 12 septembre 2007, un bilan a été présenté notamment sur les conditions d'attribution des subventions par les DDASS. Il en ressort qu'en 2007, seulement 37% des GEM ont fait l'objet d'une visite DDASS. De plus, le bilan a souligné qu'« à ce jour, 58 GEM réunissent ou mettent en œuvre les 3 conditions : la création d'une association d'usagers, la convention de parrainage et la convention avec les secteurs de la psychiatrie »..<sup>30</sup> Enfin, le décalage, entre le nombre de GEM et la démographie du département, a été signalé<sup>31</sup>.

Au regard de ces éléments, la marge de manœuvre laissée aux DDASS, pour le financement, et aux GEM, dans leur fonctionnement, semble vouloir être restreinte. Dans un premier temps, la DGAS prévoit de limiter le financement des GEM existants et

---

29 Composition : DGAS (responsable), représentants des trois grandes associations (F.N.A.Psy, U.N.A.F.A.M et Croix marine), représentants de la psychiatrie, association des maires de France, représentants des DDASS et DRASS, représentants de la CNSA et des représentants de la DHOS et DGS.

<sup>30</sup> Compte-rendu de la réunion du comité de suivi du 12 septembre 2007 - DGAS.

d'affecter les crédits nouveaux aux projets déposés par les départements qui sont peu ou pas pourvus de GEM, avec cette fois un financement en demi-année<sup>32</sup>.

Ce changement de cap au niveau national et la demande d'implication plus importante des DDASS répondent à des exigences de couverture homogène du territoire, de qualité et de sécurité. Malgré cette volonté d'encadrer plus fortement l'organisation des GEM, ceux-ci restent une réponse novatrice en restant un moyen de redonner à l'adhérent la capacité d'agir pour ne plus être un patient soumis.

### **1.3. Les Côtes d'Armor : un terrain propice à l'étude**

Le paradoxe français sur l'état sanitaire de la population se retrouve en Bretagne : une espérance de vie la plus élevée d'Europe et une mortalité avant 65 ans anormalement haute<sup>33</sup>. En 1998, en Bretagne, les trois pathologies les plus fréquemment diagnostiquées par les secteurs de psychiatrie générale : sont la schizophrénie, la dépression, et les troubles mentaux et du comportement liés à la surconsommation d'alcool. Ces trois pathologies représentent 45 % de l'ensemble des problèmes de santé mentale pris en charge par les secteurs bretons.<sup>34</sup>

#### **1.3.1. Un contexte en santé mentale difficile...**

Le département des Côtes d'Armor est le plus petit département de Bretagne, avec au 1<sup>er</sup> janvier 2005<sup>35</sup> : 566 946 habitants, soit 18,5% de l'ensemble de la population régionale. Cependant, il cumule des données sanitaires et sociales préoccupantes.

##### **1.3.1.1. Un état de santé défavorable...**

En 2003, le nombre total de décès, dans le département, ayant pour cause des troubles mentaux et du comportement représente 25% de ce type de décès au niveau régional.

L'état de santé de la population des Côtes d'Armor est défavorable en présentant une surmortalité de 17% chez les personnes âgées de 20 à 59 ans. Concernant les pathologies, la situation de ce territoire apparaît la plus désavantageuse de la région concernant le nombre de suicides avec un écart de +22% par rapport à la moyenne régionale.<sup>36</sup>

---

<sup>31</sup> Exemple de la région Nord – Pas-de-Calais qui ne compte que 6 GEM pour 1 456 000 habitants en 2005.

<sup>32</sup> Compte-rendu de la réunion du comité de suivi du 12 septembre 2007 - ANEGEM

<sup>33</sup> Rapport de l'Observatoire Régional de Santé de la Bretagne - « Diagnostic santé des 21 pays »

<sup>34</sup> INSERM - *Enquête nationale sur la population prise en charge par les secteurs de psychiatrie générale* - Août 1999

<sup>35</sup> Statistiques et Indicateurs de la Santé et du Social – DRASS de Bretagne - 2007

<sup>36</sup> Observatoire Régionale de Santé de Bretagne – Décembre 2005

Le nombre d'allocataires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) au 01/01/06 est de 9 155 personnes, soit 21 / 1000 habitants de 20 ans et plus, alors que la moyenne régionale se situe à 18,2 / 1000.<sup>37</sup>

#### 1.3.1.2. ...et une réponse institutionnelle présente mais inégalement répartie

En 2006, on dénombre 787 places adultes installées en hospitalisation complète et 243 places adultes installées en hospitalisation de jour<sup>38</sup>. Ce qui donne un taux d'équipement pour les lits en hospitalisation complète pour 1 000 habitants de 1,73 (2<sup>ème</sup> département de la région) et un taux d'équipement global en psychiatrie générale de 2,32 (3<sup>ème</sup> département sur 4). Concernant l'accueil des adultes handicapés, en 2006, on compte en foyer d'établissement : 532 lits ou places installés (3<sup>ème</sup> département), et en foyer de vie : 417 lits ou places installés (3<sup>ème</sup> département) avec un taux d'équipement moyen de 1,47 (2<sup>nd</sup> département).

En 1998, il apparaît que la moyenne régionale de la file active<sup>39</sup> en psychiatrie générale de 24,56 patients pour 1 000 habitants<sup>40</sup> est supérieure à la moyenne nationale constatée en 1997, qui elle est de 23 patients pour 1 000 habitants<sup>41</sup>.

On constate un taux d'équipement moyen en psychiatrie générale proche des moyennes nationales mais les équipements sont inégalement répartis sur le territoire.

Ainsi, les trois secteurs en psychiatrie du département compte trois CHS, localisés à Béguard, Léhon et à Plouguernevel (département d'Ille-et-Vilaine). Cette localisation entraîne un déficit de prise en charge au sud des Côtes d'Armor.

Il en est de même pour l'offre de soins ambulatoires qui se répartit d'une part, entre les pôles urbains (Saint-Brieuc – Dinan – Guingamp) et d'autre part, le littoral du fait de son attractivité. Les territoires plus ruraux notamment le centre Bretagne montrent des écarts plus conséquents.

### 1.3.2. ...qui a favorisé le développement des GEM dans le département

#### 1.3.2.1. Une implication importante de la DDASS

La circulaire portant création des GEM n'inscrit en rien une obligation de création tant de GEM par département. Les DDASS se sont donc saisies de ce nouveau dispositif d'une façon très hétérogène. Les inspecteurs et médecins inspecteurs de la DDASS 22 ont trouvé dans le GEM une autre façon de travailler et d'aborder sous un autre angle les problématiques sanitaires, sociales et éducatives des personnes handicapées

---

<sup>37</sup> Plate-forme de l'observatoire sanitaire et social en Bretagne

<sup>38</sup> STATISS 2007

<sup>39</sup> Ensemble des patients vus au moins une fois pendant la période de référence par un ou plusieurs membre des équipes soignantes, quelques soient le nombre et la durée des prises en charge.

<sup>40</sup> Données du travail préparatoire au SROS 2<sup>nd</sup> génération.

psychiques. La DDASS 22 a donc été très active sur ce sujet et s'est engagée dans la recherche de partenaires potentiellement porteurs de projet. Ce qui a permis à celle-ci d'impulser une dynamique sur le territoire et de favoriser la création de GEM. Il semble que certains GEM aient vu le jour grâce à la mise en exergue des besoins par la DDASS, et qu'ils ne soient donc pas toujours issus d'une volonté de terrain.

#### 1.3.2.2. 8 GEM aux caractéristiques diversifiées

Nous pouvons présenter quelques caractéristiques généralistes (cf. Annexe n°4) permettant de situer l'histoire et la création de ces 8 GEM sur le département tout en mettant en parallèle les statistiques nationales.

La répartition territoriale au niveau national est inégale (cf. Annexe n°5) a contrario du département des Côtes d'Armor où la répartition est assez homogène : 3 sont implantés dans la ville chef-lieu du département ou sa périphérie, 2 en zone rurale avec une déserte difficile et peu de structures de prise en charge, 1 dans chaque ville importante (Lannion, Guingamp, Dinan). Concernant l'origine de leur création, soit le GEM est issu d'une création ex-nihilo (50% des cas), soit le GEM est la reconnaissance d'activités déjà présentes.

Le type d'association de parrainage est aussi très diversifié. On trouve trois associations à vocation sociale, une association caritative aux activités d'autonomie sociale, une association départementale des tutelles et trois associations en santé mentale.

Aucun GEM du département n'a signé de convention de parrainage mais tous prévoient de le faire à court terme.

Le statut juridique des GEM : l'association d'usagers de type « loi 1901 » a été créée, au niveau national, pour 43% des GEM, alors qu'un seul cas est recensé sur le département. Au niveau national, l'association d'usagers est en cours de création pour 4% des GEM (et un cas pour le département) et un tiers des groupes d'entraide ne l'ont pas créée et ne la prévoient pas. Dans le département, la totalité des associations de parrainage sont les signataires de la convention de financement alors qu'au plan national elles ne représentent que 45% des signataires. Il est à noter qu'en 2008, le seul GEM étant géré par une association d'usagers assurera aussi la gestion financière de la subvention.

Les caractéristiques du public accueilli (cf. Annexe n°6) : la majorité des personnes accueillies ont entre 40 et 55 ans même si la tranche d'âges représentée est plus large (de 18 à 60 ans). Ce sont en majorité des personnes vivant seules et ayant un logement en location. On constate un lien important entre situation de précarité et santé mentale

---

<sup>41</sup> Source : DREES

avec une majorité de personnes en situation précaire. L'orientation vers le GEM se fait majoritairement par des professionnels de santé, puis par des travailleurs sociaux.

Concernant la fréquentation des GEM, sur les 242 GEM ayant répondu à l'enquête nationale, on recense au total 6.652 adhérents et on enregistre une fréquentation totale de plus de 14 500 personnes sur l'année. En moyenne, un GEM accueille 62 personnes et compte 42 adhérents. Dans le département, la moyenne est similaire avec 64 adhérents par GEM, mais avec un maximum de 200 adhérents et un minimum de 14. Si on ôte les extrêmes, la moyenne est de 50 adhérents par GEM ce qui est plus représentatif de la réalité.

Le temps d'ouverture hebdomadaire : le nombre d'heures d'ouverture par semaine est en moyenne au niveau national de 29h contre 27 heures pour le département. 53,8 % des GEM sont ouverts le week-end alors qu'on constate, pour les Côtes d'Armor, des ouvertures seulement ponctuelles le samedi après-midi et le dimanche.

L'emploi de personnel : au niveau national, les GEM emploient 502 personnes, ce qui représente 339 Equivalents Temps Plein (ETP). En moyenne, un GEM emploie 2,27 personnes soit 1,6 ETP. Concernant le département, 11 personnes sont employées et représentent 9,85 ETP soit une moyenne de 1,23 ETP par GEM.

La moyenne nationale d'encadrement est d'1 ETP pour 28 adhérents contre une moyenne départementale d'encadrement d'1 ETP pour 52 adhérents.

La subvention moyenne d'un GEM accordée par les DDASS en 2006 s'élève à 62 962€. Mais les ressources autres que la subvention de l'État sont très rares : 12,8 % ont disposé d'une subvention communale, 14,9 % ont obtenu une subvention du conseil général, 31,4% ont reçu une subvention d'autres organismes ou collectivités territoriales et 6,2 % des GEM ont eu des subventions émanant d'autres financeurs. Les chiffres du département sont représentatifs des données nationales avec très peu d'autres sources de financement : 2 subventions communales, une subvention du Conseil Général et une subvention d'une association nationale.

Les GEM apparaissent, après avoir été très attendus par les fédérations des familles en santé mentale, comme un dispositif innovant au regard des normes habituellement données. Malgré, une naissance peu remarquée par les autres secteurs, le GEM est lourd de sens pour notre société. Pensé comme un remède miracle aux manques de cohésion sociale et du dispositif sanitaire et social, le GEM doit répondre à trois objectifs essentiels. Mais qu'en est-il de la réalité ? Comment les GEM s'organisent-ils pour tendre vers des résultats efficaces ?

## **2. Les GEM : des objectifs similaires mais des approches différentes**

Les troubles psychiques sont associés à une perte d'autonomie et d'initiative. Face à l'impression d'altération de leurs capacités et à l'agression du monde extérieur, la personne handicapée psychique se protège en se mettant en retrait de la société. Cette rupture a comme conséquence la lente progression vers la perte des repères de la vie courante, et la non confiance en soi. Ces personnes sont alors en décalage avec la société, qui par incompréhension va les rejeter à son tour. Ce processus engendre la désocialisation des personnes atteintes de troubles psychiques et il est souvent difficile de rompre ce cercle vicieux compte tenu des multiples déterminants sur lesquels il faudrait agir. Les GEM par leur organisation novatrice tentent de répondre aux trois problématiques de l'exclusion sociale à savoir : l'isolement (2.1), la perte de l'identité de citoyen (2.2) et la difficulté d'insertion dans la cité (2.3).

### **2.1. Un concept innovant : rompre l'isolement par l'entraide**

L'isolement est une cause de rechutes pour de nombreuses personnes atteintes de troubles psychiques et l'une des premières priorités de la mise en place des GEM. C'est en mettant en place des actions pour lutter contre l'isolement que les GEM captent leur public. Ainsi, lors des entretiens avec les adhérents, à la question « *quelles sont vos motivations pour adhérer au GEM ?* » la majorité exprime le désir de « *rencontrer d'autres personnes* » et ceci en première intention. Mais comment les GEM s'organisent-ils pour répondre à ces attentes et quelles peuvent être les difficultés ou les dérives rencontrées ?

#### **2.1.1. Une proposition d'activités multiples aux effets induits bénéfiques**

Les GEM sont organisés pour « capter » leur public par la mise en place d'une multitude d'activités ou d'animations, dont les résultats sur les personnes sont très positifs. Ce fonctionnement va au-delà de certaines espérances en engendrant des effets bénéfiques non prévus.

##### **2.1.1.1. De l'activité ludique à l'accès à la culture**

Pour rompre l'isolement des personnes souffrant de troubles psychiques, les GEM proposent des activités diversifiées pouvant répondre aux envies de chacun ainsi qu'à leurs aptitudes. Les animations majoritairement proposées sont d'ordre artistique et manuel (peinture, poterie, création de bijoux, bricolage...), mais elles peuvent aussi être ludiques (jeux de sociétés, partie de cartes,...). Ce type d'activités permet un premier contact simple, d'égal à égal.

Les animateurs proposent aussi des activités permettant d'acquérir des compétences nouvelles comme les cours d'informatique ou l'écriture journalistique par le biais de la production d'un journal interne. Les activités telles que les cours de cuisine, les sorties sportives ou encore les ateliers de sophrologie ont des objectifs sous-jacents, permettant aux adhérents dans un moment convivial, d'apprendre à prendre soin de soi et à se réapproprier un corps souvent malmené.

La force du GEM vient du fait qu'il propose une ouverture à caractère convivial : « *on peut y venir pour boire un café, lire le journal ou simplement discuter comme dans un café ordinaire* ». C'est toujours l'esprit de partage qui prédomine, comme le souligne la Présidente d'un GEM « *leur principale motivation étant de faire quelque chose ensemble, d'être avec les autres* ». L'organisation d'activités communes entre plusieurs groupes d'entraide tente de répondre à cette logique. Ces rencontres permettent aux adhérents d'agrandir leur cercle de connaissances et de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls dans cette situation.

De plus, la participation aux activités, outre l'objectif de rompre l'isolement des personnes permet, en les mettant en valeur, de leur renvoyer une image positive d'eux-mêmes.

En effet, le GEM en proposant des activités manuelles ou artistiques valorise leurs compétences : « *il donne les moyens de se sentir capable de faire quelque chose* ». Lorsque que les objets, qu'ils ont créé, sont vendus et achetés par des personnes « ordinaires », ils ont alors l'impression d'une « reconnaissance » de leurs pairs et des « non malades ». Le plus valorisant pour eux c'est la revanche prise sur la société, qui les a si souvent exclus.

Enfin, un des bénéfices non attendu concerne l'accès des adhérents à la culture sous toutes ses formes et aux loisirs. Le GEM est un moyen de partir en vacances, de sortir de leur milieu ordinaire lors de balades, de voyages ou de séjours estivaux. La totalité des GEM sont devenus des partenaires de l'association « Culture du Cœur », association qui propose des entrées gratuites aux activités culturelles telles que le cinéma, les concerts, le théâtre, les expositions..., aux personnes à revenu modeste. Par cet accès à la culture, et par les actions d'accompagnement et de sensibilisation que les GEM développent autour de ces sorties, ils favorisent l'intégration sociale, le dépassement du sentiment d'exclusion, l'éveil du sens critique mais aussi l'autonomie de ce public fragilisé.

Le GEM va donc plus loin que le simple objectif de rompre l'isolement par de l'occupationnel comme d'autres structures le font, il facilite l'accès à un domaine autrefois « interdit », favorise la lutte contre l'exclusion culturelle et revalorise l'image de la personne.

### 2.1.1.2. La création d'une entraide dont l'origine n'est pas le statut des adhérents

Le constat fait dans le département est plutôt positif avec une atteinte de l'objectif très prometteur. En effet, compte tenu des données quantitatives recueillies, notamment les statistiques concernant le nombre d'adhérents, le nombre de passage à l'année ainsi que la fréquence quotidienne des venues, on peut dire que les GEM des Côtes d'Armor attirent et fonctionnent bien. Ainsi, on dénombre en moyenne une cinquantaine d'adhérents, dont une dizaine compose le noyau dur de l'association, la majorité venant au moins trois fois par semaine.

Néanmoins, il faut souligner le manque de données quantitatives sur le nombre réel de participants aux ateliers et son adéquation aux nécessités réelles du territoire. Il est donc difficile de juger de la bonne couverture des besoins sur l'ensemble du département. En parallèle, le surnombre d'adhérents, n'est pas à favoriser en raison de la rupture des repères et la perte potentielle d'un accueil convivial et adapté. Le nombre d'adhérents n'est donc pas le meilleur critère d'évaluation ou il est à mettre en relation avec d'autres données.

Il est donc nécessaire d'observer les pratiques et d'avoir une analyse plus qualitative pour juger de l'atteinte de cet objectif. Ce qui démontre la réussite du GEM, provient du fait, que les adhérents organisent eux-mêmes des temps de rencontres et de sorties sans intervention de l'animateur. Grâce aux activités, ils ont repris confiance en eux, et ont pu construire des relations pour la première fois sur un plan d'égalité. Ce qui leur permet à l'extérieur du GEM de reproduire les relations qu'ils ont construit dans l'association. Mais ces simples liens vont plus loin en créant une réelle solidarité, une entraide en dehors du lieu géographique défini par le GEM. Par exemple, le déménagement d'un adhérent se fera avec l'aide des membres du groupe. On peut tout à fait estimer que ce réseau d'amis nouvellement créé pourrait à moyen terme se substituer à la nécessité ressentie par les personnes de se rendre au GEM.

L'entraide est une notion essentielle qui fonde la réalité même du GEM. L'exemple qui me semble le plus marquant et représente au mieux la situation d'entraide est celui où, l'un des adhérents ne se présentant plus au GEM, les membres du groupe ont pris l'initiative de le joindre par téléphone dans l'optique de prendre « *des nouvelles, pour lui montrer qu'on s'inquiète pour lui, qu'on est là et qu'on l'attend* » sans pour autant s'imposer ou juger. L'adhérent concerné dira à ce sujet qu'il a ressenti à ce moment « *une présence qui ne s'imposait pas. Enfin, une personne pense à vous et vous devenez quelqu'un. On a alors envie de donner des nouvelles et de revenir au GEM pour les remercier de cette attention* ».

Le GEM a su créer un lien préventif de la rechute vers l'isolement pour les personnes atteintes de troubles psychiques sans pour autant définir des règles strictes d'adhésion.

### **2.1.2. Un environnement incertain qui rend les directions craintives**

On peut noter quelques difficultés dans la mise en œuvre de ces activités notamment d'un point de vue financier. Comme nous l'avons souligné en première partie, les GEM reçoivent pour la majorité une subvention unique de l'Etat qui doit couvrir les charges de fonctionnement (rémunérations, charges sociales, loyer, transport, équipement...) mais aussi les charges liées aux activités (appel à un prestataire extérieur, achat de matériel...). Les GEM perçoivent également une adhésion annuelle et une participation des adhérents aux activités, sommes toutefois symboliques. Même si l'équilibre budgétaire des actions est toujours recherché, elle peut être parfois difficile à réaliser. Aussi, les projets d'animation plus conséquents sont souvent abandonnés.

Même si la question de la pérennité du système n'est pas d'actualité, les GEM doivent s'interroger sur la nécessité de trouver d'autres financeurs (Conseil Général, communes, associations). Cette recherche demande en contrepartie une implication plus forte soit, des adhérents soit, des animateurs dont le temps est souvent limité. Ainsi, dans les petites structures, l'animation est assurée en grande partie par des bénévoles et des adhérents, le poste d'animateur se transforme alors pour les  $\frac{3}{4}$  de son activité en gestionnaire / coordinateur : recherche de partenariats, de financements, communications externes. Cette gestion est difficilement tenable sachant que les bénévoles ont une durée d'engagement limitée et que les adhérents ne sont pas toujours en capacité d'assurer leurs fonctions quotidiennement.

Enfin, les GEM, non soutenues par une association de parrainage conséquente (association tutélaire...), ont fait part de leur réticence à s'engager dans d'autres activités demandant une logistique plus importante ou un temps d'animateur supplémentaire, et cela en raison du financement non pérenne. Cette « peur » non justifiée peut bloquer le développement du GEM, par exemple en ne faisant aucune publicité sur leurs activités, ou en refusant de mettre en place de nouvelles animations pouvant potentiellement être attractives pour d'autres publics.

La question de la gestion financière des GEM est une question centrale pour un accueil de qualité répondant aux besoins de chaque public. Les directions ne doivent pas constituer des réserves financières importantes en présage d'une période difficile. Il semble nécessaire de repenser le mode de versement de la subvention et d'appliquer des règles de gestion uniformes pour permettre aux GEM de se concentrer uniquement sur la réalisation de leurs missions premières.

### **2.1.3. Une adhésion conditionnée par une situation financière stable et un passage par les soins**

L'adhésion aux GEM n'est pas conditionnée par la reconnaissance administrative d'un handicap, ni par un passage par le secteur psychiatrique. Il doit être le fait de la seule volonté d'adhérer à un projet d'entraide. Cette libre adhésion est un acte revendiqué prenant de sens uniquement dans le cas d'un acte réfléchi et volontaire. Le GEM doit donc accueillir tout type de public mais la réalité du terrain peut être tout autre dans certains cas.

#### **2.1.3.1. La situation financière des personnes atteintes de troubles psychiques : un handicap non négligeable**

Chaque adhérent doit verser une cotisation annuelle pour accéder aux activités du GEM. Il est nécessaire de rappeler que cette somme est un engagement financier important pour la majorité des personnes accueillies, dont le revenu principal provient, soit du versement de l'allocation d'adulte handicapé qui s'élève au 1<sup>er</sup> janvier 2007 à 621,27 € par mois maximum, soit du versement du revenu minimum d'insertion, actuellement de 447,91€ pour une personne seule. Si on compte les participations aux activités même minimales soient-elles (souvent 1€) et le coût du déplacement pour la personne, ces contributions mensuelles peuvent être une conséquence de non-adhésion pour les personnes à faible revenu.

Ce point a été essentiellement soulevé par les animateurs, seuls quelques adhérents font part de difficultés liées au manque ou au coût des transports, les obligeant à ne pas se rendre quotidiennement au GEM. Mais, ils ne font pas état nécessairement de difficultés financières assez fortes pour les contraindre à ne pas adhérer à l'association.

La problématique des transports est à souligner pour certains groupes qui, pour répondre aux besoins des zones déficitaires en structures, se sont implantés en zone rurale. Il est essentiel de garder cette implantation mais les services de transports en commun étant rares, il est nécessaire de réfléchir à la possibilité d'un partenariat avec les communes environnantes ou avec les associations d'aide à domicile pour organiser une aide au transport pour les adhérents.

Ces réflexions doivent nous interpeller sur la possible non couverture des besoins de certains publics tels que les personnes les plus en difficulté financière (sans minima sociaux, personne retraitée en situation d'exclusion...) ou le public marginalisé.

#### **2.1.3.2. La nécessité d'admettre son handicap et d'accepter les soins pour devenir adhérent**

Le cahier des charges relatif au GEM, indique que les personnes accueillies dans les GEM « *ne sont pas soumises à des contraintes de prise en charge* ». En réalité, on se

rend compte que ce principe est difficilement applicable, selon certains animateurs les personnes niant leurs problèmes de santé, étant en situation de non demande ou n'ayant pas eu les soins adéquats, sont potentiellement des « *perturbateurs* » de la vie du groupe. L'exemple le plus récurrent est celui d'un adhérent cumulant une problématique de dépendance à l'alcool et des troubles psychiques, et perturbant le groupe par une attitude agressive. Cette situation renvoie aux membres du groupe, leurs propres difficultés et leurs pathologies. L'adhérent perturbateur ne voulant pas se faire soigner est alors temporairement exclu du GEM sur décision collective. Cette sanction est très perturbante pour le groupe et dans ce cas, les animateurs doivent prendre le temps d'expliquer la sanction au groupe et à l'adhérent, pour l'orienter par la suite, vers une structure de soins. Ce n'est qu'à la suite d'une prise en charge sanitaire que l'adhérent sera réadmis dans le groupe. On peut se demander, quel retour est possible dans ce cas, où l'adhérent déjà exclu de la société se retrouve jugé par un groupe de pairs ?

Enfin, certains adhérents au regard de leurs troubles psychiques peuvent être « manipulateurs » et face à un public vulnérable, peuvent faire des ravages si l'animateur ne veille pas à la bonne marche du groupe. Pour cela, l'animateur doit instaurer un lien de confiance entre lui et les adhérents pour maintenir un dialogue. Une formation pour les animateurs à l'accueil des personnes atteintes de troubles psychiques et au repérage des pathologies semble alors nécessaire.

Au regard de ces différents constats, le principe de libre adhésion n'est pas toujours applicable. Compte tenu de la nécessité d'être stabilisé pour être adhérent, on constate que le public est « trié » automatiquement afin de ne pas fragiliser le groupe constitué. Mais cette « sélection » se fait sans réelle volonté de bloquer l'accès au GEM à des personnes non stables ou à un certain type de public, telles que les personnes sans domicile fixe. Toutefois, cette dérive est possible et doit être surveillée.

La première étape qui est celle de « faire sortir » les personnes atteintes de troubles psychiques de leur isolement est atteinte même s'il est essentiel de rester vigilant. Mais sortir de la psychiatrie vers la ville, et vers le GEM, ne saurait se limiter à quitter physiquement l'hôpital intra-muros ou extra-muros. Il faut, en effet, que la personne se débarrasse également de son statut de « malade ».

Face à cette réflexion, on peut se demander qu'en est-il du second objectif assigné aux groupes d'entraide mutuelle, qui est de valoriser la personne en lui rendant ou en lui donnant sa place de citoyen ?

## **2.2. Donner ou redonner une place de citoyen à l'utilisateur**

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins, la loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale ou encore la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ont vocation à asseoir la place du patient ou de l'utilisateur, comme acteur de sa prise en charge, dans les institutions et structures sanitaires, sociales et médico-sociales. La place des usagers au sein de nos institutions de prise en charge prend de plus en plus d'importance, il en est de même au sein des organes institutionnels. Mais hors des murs des établissements, où seule la déclaration des droits de l'homme et du citoyen régit les droits et les devoirs des personnes, comment redonner sa place de citoyen à une personne « cataloguée » comme « incapable » ?

La notion de citoyen sera entendue dans cette analyse, non pas, comme la reconnaissance administrative de la citoyenneté française, donnant accès à des droits civiques et politiques. Mais comme, la personne à part entière, qui peut parler et être entendue, à qui on reconnaît des compétences et les mêmes droits et devoirs, au regard des lois morales régissant notre société, que toute personne « ordinaire », sans jugement de valeur lié à son handicap ou à sa situation sociale et économique.

### **2.2.1. Le GEM fait pour et par les adhérents ?**

L'environnement des soins est souvent ressenti par les patients et leurs familles comme une violence contre eux, les soignants ne reconnaissant pas la responsabilité individuelle de la personne. Le GEM a été créé dans une autre logique, celle de donner ou redonner une place dans la société aux personnes atteintes de troubles psychiques en passant par la valorisation de la personne. Le GEM se base sur la notion anglo-saxonne d'empowerment, c'est-à-dire le fait d'avoir une plus grande maîtrise de sa vie par sa participation active aux décisions qui le concerne. Le GEM a donc vocation à lutter contre le déni de la compétence des personnes handicapées psychiques vis-à-vis d'eux-mêmes mais aussi du citoyen lambda.

La valorisation de la personne peut se faire en trois étapes différentes qui peuvent s'acquérir de façon concomitante ou successive : par la participation aux activités, par la participation à l'organisation des activités ou par la participation au fonctionnement de l'association.

#### **2.2.1.1. Redonner une place dans la société en valorisant leurs compétences**

La première démarche est essentielle et consiste à recueillir leurs avis sur le type d'activités à organiser et les moyens à mettre en oeuvre. Les processus sont différents selon les GEM : réunions hebdomadaires, mensuelles, boîtes à idées, tableaux

d'inscription,...mais tous valorisent l'idée que les activités doivent être organisées en fonction des désirs des adhérents. Par conséquent, l'écoute de leurs demandes et la prise en considération de leurs attentes sont primordiales. Pour les adhérents, c'est la première étape vers la reconnaissance de leur capacité à avoir des besoins comme tout citoyen : « *enfin on est entendu et non plus écouté* »<sup>42</sup>. Ils passent de sujet passif, où les activités lui sont imposées, à un sujet actif libre de ses choix.

La seconde étape, est l'organisation en elle-même de l'activité, organisation souvent en lien avec l'animateur. Chacun prépare une partie de l'animation, mais les choix d'organisation se prennent collectivement et la réalisation se fait toujours en groupe dans un esprit d'entraide. Outre la volonté de leur laisser la possibilité d'assumer seul ou avec une aide ponctuelle l'organisation d'une activité, c'est aussi l'occasion de les amener progressivement vers l'extérieur. Par exemple, lors de la prise de contact avec un responsable d'un magasin de fournitures pour une ouverture de compte au nom de l'association.

La troisième étape est celle de l'adhérent - animateur de l'activité. Dans ce cas, l'animateur se base sur les compétences des adhérents pour leur proposer l'animation d'une activité. Parfois, la volonté première provient de la personne elle-même. L'organisation de l'activité s'adapte aux besoins de l'adhérent - animateur : activités ponctuelles ou non, présence d'un animateur ou non, individuelle ou collective,...

Compte tenu de l'ouverture récente des GEM, le recours aux adhérents pour animer une activité est un fonctionnement encore embryonnaire. On compte à ce jour, environ 3 à 4 personnes par GEM cumulant ces deux statuts. Ce fonctionnement permet aux adhérents de se rendre compte de leurs compétences et de leurs possibilités. Ils réacquièrent des automatismes (se lever, être à l'heure, préparer, savoir expliquer) permettant de s'adapter plus facilement au monde du travail. Il tente de les réaccoutumer à la vie de groupe par le réapprentissage des gestes essentielles de la vie courante.

L'autre façon de donner une place de citoyen à l'adhérent est de rendre ses gestes similaires aux pratiques des associations ordinaires. Pour cela, les animateurs soulignent notamment l'importance d'une participation financière des adhérents malgré les difficultés préalablement citées. Elle se fait en premier lieu lors de l'adhésion annuelle, qui est variable selon les GEM en moyenne 12€, avec un minimum demandé de 8€ et un maximum de 16€. Une somme qui peut sembler dérisoire, mais qui est nécessaire pour rendre cet acte symbolique et responsabiliser la personne dans sa démarche. L'adhésion s'accompagne pour certain GEM de la remise d'un coupon d'adhérent correspondant à

---

<sup>42</sup> Entretiens avec un adhérent.

une carte d'adhérent. « *Pour nous, l'adhésion est la marque d'un acte volontaire qui rompt avec l'assistance et permet de les positionner en tant que sujet acteur* »<sup>43</sup>.

Le fait de demander une participation financière permet aux adhérents de casser la chaîne de l'assistanat, de ne pas se positionner en tant que consommateurs passifs. Cette similitude avec les pratiques des associations « ordinaires » permet de les valoriser et de les mettre sur le même plan d'égalité.

#### 2.2.1.2. Le GEM permet à chacun de trouver sa place à son rythme

Les avantages cités, par l'ensemble des adhérents du GEM par rapport aux structures sanitaires, font état du libre choix laissé à chacun pour trouver sa place « *non-obligation de venir* », sans aucune exigence de réussite. L'adhérent a la possibilité de ne pas participer aux animations proposées, de venir ou non, de s'engager davantage ou non dans le fonctionnement du groupe sans pour autant être jugé.

De plus, l'adhérent prend une place à part entière dans le groupe et surtout une place différente de celle qui lui est généralement dévolue celui de « *sujet malade* ». On passe ainsi du sujet contraint à celui de sujet libre et autonome à contrario des prises en charge sanitaires, telles que le CATTP où l'admission est fonction du nombre de places, où les horaires sont encadrés et où la durée de prise en charge est décidée par prescription médicale. Les adhérents ont le sentiment d'avoir, enfin, une emprise sur leur vie et de pouvoir décider de ce qui est bien pour eux : « *on vient quand on veut sans contraintes* ». Les adhérents et les animateurs mettent aussi en avant l'idée d'avancer à son rythme, on ne décide plus à sa place des niveaux à franchir pour sa guérison, ni des délais pour cela. S'ils le souhaitent le GEM peut-être un passage ponctuel, quotidien, à vie...L'essentiel étant que l'adhérent puisse trouver un lieu d'écoute, de vie à n'importe quel moment.

#### 2.2.2. La participation des adhérents aux décisions, un moyen de les rendre acteurs

La DGAS, dans la circulaire de 2005, a introduit comme objectif final la création d'une association d'usagers de type « *loi 1901* ». Les adhérents volontaires seraient alors chargés de la gestion financière et du fonctionnement général du GEM avec le soutien de l'association de parrainage.

##### 2.2.2.1. Des modalités variées pour favoriser la prise de décisions par les adhérents

Sur le département, un seul GEM répond réellement aux principes de l'association d'usagers et du GEM fait par les usagers en santé mentale. Pourtant, ce n'est pas le seul

---

<sup>43</sup> Extrait de l'interview du Directeur de l'Association L'autre Regard à Rennes.

GEM à permettre aux adhérents d'avoir une réelle emprise sur les décisions internes de l'association. Ainsi, malgré le manque de création « stricto sensus » de l'association de type « loi 1901 », ceci ne fait pas obstacle à la réalisation de l'objectif initial qui est celui de faire participer les adhérents aux prises de décisions. L'esprit du texte est donc respecté et cette participation active peut prendre différentes formes.

La première forme de participation, fortement plébiscitée par les animateurs, est celle du collectif d'usagers : « *ensemble de personnes caractérisées par des traits communs qui se regroupent pour le même intérêt mais ce groupe ainsi constitué n'a pas de valeur juridique* ». Dans le contexte du GEM, le collectif d'usagers fonctionne sur la base du volontariat, toutes les décisions affectant la vie du groupe sont débattues par les adhérents lors de réunions. Ils élaborent ensemble les documents régissant la vie du groupe : règlement de fonctionnement, charte de co-voiturage, charte de l'adhérent, règlement intérieur,... Ces réunions sont plus ou moins formelles selon les GEM et c'est l'animateur qui tiendra le rôle de régulateur. Les demandes des adhérents pour aborder un sujet sont toujours bien respectées et les décisions font l'objet généralement d'un vote.

Certaines directions de la structure de parrainage, ont souhaité faire participer activement les adhérents aux orientations de politique générale. Ainsi, des adhérents élus par leurs pairs assurent la représentativité du GEM au sein des instances (Conseil d'Administration et bureau) de l'association de parrainage. Cette volonté intègre un mécanisme à double sens, où les représentants du GEM font remonter les demandes des adhérents auprès de la direction et font entendre leurs opinions sur les projets de l'association, et informent également les adhérents des orientations données par l'association de parrainage. Mais les décisions concernant la gestion budgétaire et « stratégique » du GEM (recrutement, investissements...) sont prises essentiellement par la direction de l'association de parrainage en lien avec l'animateur. Les adhérents sont consultés pour ces décisions par l'animateur mais ils n'ont pas de réelle emprise sur celles-ci.

Dans le cas de la création effective de l'association d'usagers, les adhérents ont des fonctions au sein du bureau de l'association (président, trésorier et secrétaire) et le conseil d'administration est composé essentiellement des membres du groupe d'entraide. Pour assurer l'accompagnement dans la gestion financière et en cas de difficultés ou d'absences de la personne, chaque fonction est doublée par une autre personne de l'association de parrainage. Celle-ci ne substitue pas à l'adhérent mais reste un soutien. Les fonctions décisionnelles sont donc réellement assurées par des personnes handicapées psychiques et les questions sur l'organisation du GEM sont examinées avec les adhérents et c'est au bureau que revient la décision finale. Actuellement, la gestion

budgétaire est réalisée par l'association de parrainage avec l'aval du bureau et la comptabilité est effectuée par un prestataire externe.

A l'autre extrême, on trouve des GEM sans association d'usagers, sans réel collectif et qui dépend totalement de l'association de parrainage. Dans ce cas, les questions concernant l'organisation et le fonctionnement du GEM sont laissées à l'appréciation de la direction de l'association de parrainage. Ce constat peut être le fruit du manque d'engagement des adhérents à vouloir plus de responsabilités.

La dérive potentielle serait de ne plus pouvoir distinguer le GEM de l'association de parrainage et que les instances décisionnelles de la première soient à l'identique celles du GEM. Le groupe d'entraide ne fait pas parti d'un ensemble de services proposés par l'association parrainage et il doit être affiché comme tel c'est-à-dire indépendant de toutes autres structures. Il est donc nécessaire de bien distinguer les différents circuits d'informations, de gestion, et d'accueil.

L'empowerment dans le GEM peut-être envisagé de différentes manières par le collectif d'adhérents, les animateurs, l'association de parrainage et l'association d'usagers. Le GEM n'est pas un carcan règlementaire, il peut s'adapter aux besoins et attentes de chacun dans le temps.

#### 2.2.2.2. La nature du handicap : une des réticences à la création de l'association d'utilisateur

Les données nationales montrent le manque d'engouement pour créer une association d'usagers : sur 249 GEM, seulement 115 ont créé une association d'usagers, soit moins de 46%. Sur ces 115, 73 GEM associations d'usagers sont directement signataires de la convention de financement avec les DDASS (soit 29,3%) et seulement 68 associations d'usagers gèrent eux-mêmes leur subvention, ce qui représente seulement 27% des GEM. Toutefois, il faut rappeler que le dispositif est récent, et que la volonté nationale a été dans un premier temps de développer le dispositif, pour ensuite s'attacher à les accompagner vers l'association d'usagers.

Le type de handicap est l'une des difficultés pour la mise en place de l'association d'usagers ou tout du moins ses caractéristiques entraînent de vives réticences tant de la part des adhérents que de la part de certains animateurs.

Pour les premiers, la peur des responsabilités est très forte et un besoin d'informations et d'explications sur leurs fonctions prédomine.

Les seconds ont des craintes quant à la possible rechute si les responsabilités deviennent trop pesantes ou si les attentes vis-à-vis de l'adhérent deviennent trop fortes : « *dans ce*

*cas, se serait leurs faire plus de mal que de bien »<sup>44</sup>. Les animateurs s'interrogent sur les réelles prérogatives laissées aux adhérents, alors même que gérer une subvention de 75 000 € demande des compétences spécifiques, qu'il est difficile d'acquérir, et un encadrement important de l'association de parrainage, qui est souvent débordée par ses propres activités. Et pour un animateur, la création d'association d'usagers « ne serait pas leur rendre service à moins que les fonctions données soient des coquilles vides, dans ce cas se serait leurs mentir les responsabilités données ».*

Enfin, le risque de prise de pouvoir de certains adhérents sur les autres membres du groupe plus fragiles a été mis en avant comme une dérive potentielle face à la rupture d'égalité des fonctions entre personnes. Le lien « hiérarchique », nouvellement créé, entre adhérents, amplifie les tentatives d'influence d'un des adhérents sur les autres. Même si, la volonté est celle qu'aucun leadership ne vienne remplacer d'autres types de pouvoir subis par le passé, au sein de la famille ou de l'hôpital psychiatrique, il est nécessaire que l'animateur surveille cette possibilité.

La création de l'association d'usagers fait autant débat dans les différentes associations nationales en santé mentale. Ainsi, selon le représentant régional de la F.N.A.Psy<sup>45</sup>, son association défend fortement la création des associations d'usagers avec des délais de réalisation à court terme voire un financement conditionné par l'exécution de ce critère.

La gestion de A à Z du GEM devant revenir exclusivement aux adhérents avec un soutien simple de l'association de parrainage. Pour cela, la fédération propose la mise en place de formations de gestion, de comptabilité...adaptées pour les adhérents.

Le point de vue de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques (U.N.A.F.A.M) est moins tranché. Elle est favorable à la création d'une association d'usagers mais ce projet doit être issu d'une volonté de terrain et d'une réflexion sur le long terme. Cette création ne doit pas être imposée, c'est aux adhérents de se saisir de cette possibilité. Cet objectif est à atteindre s'il y a des possibilités, car tout l'esprit du GEM est là : laisser le choix à chacun de trouver sa place : adhérents, animateurs, président,...Pour eux, on doit être vigilant sur la place laissée aux adhérents dans la prise de décisions. Ainsi, une place importante dans les instances décisionnelles de l'association de parrainage doit leur être réservée. L'association doit assurer un parrainage actif au niveau de la gestion et laisser l'autonomie aux adhérents dans les activités, le fonctionnement et la programmation.

---

<sup>44</sup> Extrait d'entretien avec des animateurs de GEM

<sup>45</sup> Fédération Nationale des Associations de Patients et ex-patients « Psy »

Pour la DGAS<sup>46</sup>, le parrainage d'associations nationales est essentiel car les associations composées seulement d'usagers sont très fragiles. Les fonctions au bureau de l'association induisent un stress important qui peut entraîner une forte angoisse voire une hospitalisation. L'exemple cité, est celui de la période estivale 2007, où le versement de la subvention annuelle s'est fait avec retard, ce dernier a été la cause de rechute de plusieurs adhérents ayant des fonctions. Ce qui pose aussi la question du réel accompagnement de certaines structures de parrainage.

Malgré tout, la DGAS souhaite que la création d'une association d'usagers soit réaffirmer comme un but à atteindre.

La place du citoyen, que l'on souhaite redonner, est limitée par des principes de sauvegarde (tutelle, curatelle) et par des barrières émises par la société. Mais, en imposant l'association d'usagers, ne voulons nous pas trop, pour ces personnes à qui on ne demande pas réellement leurs avis ? Quelle est la nécessité de ce projet d'envergure, si eux-mêmes ne s'en emparent pas ?

#### 2.2.2.3. L'animateur : une personne stratégique dans le GEM

Le rôle de l'animateur a été unanimement souligné lors des entretiens tant par les directions que par les adhérents. Sa présence a une triple signification :

- présence du cadre institutionnel : « celui qui pose les limites »,
- présence active au sein du groupe « qu'il anime et fait vivre »,
- présence auprès de la personne « présence rassurante ».

L'animateur doit « *favoriser la prise d'initiative et la prise de parole dans le respect des rythmes de chacun et à travers l'écoute et la valorisation de leur expression* ». <sup>47</sup>

Cette référence à l'animation n'est pas anodine, elle apparaît comme la moins stigmatisante en se rapprochant le plus du milieu ordinaire.

Néanmoins, son rôle va plus loin en étant souvent à l'initiative des projets d'envergure et à la recherche des partenaires potentiels. Il a également un rôle de coordination entre le parrain et les adhérents.

Pour les adhérents, l'animateur incarne le cadre et celui-ci est indispensable à l'équilibre de la vie du groupe. Il peut toutefois prendre moins d'importance et partager les responsabilités avec les adhérents faisant fonction, lorsque l'association d'usagers est créée.

---

<sup>46</sup> Entretien avec la chargée de mission de la DGAS

<sup>47</sup> Extrait compte rendu de la troisième réunion du collectif GEM Ouest – 8 décembre 2006

Omettre que le GEM fonctionne grâce aussi à l'engagement des animateurs et ne pas prendre en compte la problématique de sa place et de la définition de ses missions, peut alors devenir une faiblesse dans l'organisation et le fonctionnement des GEM.

Un exemple marquant le démontre : un des GEM du département est parrainé par une association à vocation sociale, et les animateurs du GEM étaient auparavant moniteur éducateur et éducateur spécialisé dans d'autres pôles de cette association. « *Leur mutation d'un service à l'autre* » a fait évoluer leur rôle et ils ont ressenti ce changement comme une remise en cause de leurs pratiques professionnelles. Ils ont alors eu des difficultés à se positionner dans le GEM et à trouver leur place, avec la crainte de la perte de l'identité de professionnel, en passant d'après eux, « *du moniteur éducateur à un accueillant simple* ». Le recrutement d'une nouvelle animatrice a permis de bousculer les pratiques et de trouver un certain équilibre dans la structure.

Le choix de l'animateur est aussi une étape importante dans la vie du GEM car par son expérience et son profil professionnel car ils orientent les choix de développement du GEM.

La question du statut juridique du GEM est essentielle : celui-ci est-il le seul facteur permettant de redonner une place de citoyen ? Le simple fait d'être associé à l'organisation d'activités ou de donner des responsabilités ne les rend-il pas déjà acteurs ? Peut-on imposer un modèle strict à des personnes ayant des pathologies, des besoins, des attentes et des craintes très diverses ? Si après les avoir informés sur les tenants et aboutissants de cette création, ils décident que ce mode de fonctionnement n'est pas adéquat, pourquoi l'imposer ? N'existe-t-il pas d'autres solutions ?

### **2.3. De la réadaptation de la personne à la réinsertion dans la cité**

Les animateurs rappellent que le but ultime des GEM est d'amener l'adhérent à n'avoir plus besoin de l'accueil du GEM en trouvant dans la ville une espace de vie « ordinaire ». Deux conditions se posent à la réalisation de l'insertion dans la cité : les moyens mis à disposition de l'adhérent pour s'insérer dans la ville et la modification du regard de la société vis-à-vis de la maladie mentale. Comme le démontre la définition de la l'intégration<sup>48</sup>, celle-ci se constitue en réciprocité avec la société.

Les GEM ont-ils les compétences pour dépasser l'auto-exclusion que s'imposent les personnes atteintes de troubles psychiques ainsi que le fossé creusé par la société devant « l'anormalité » ?

---

<sup>48</sup> L'intégration, en sociologie, est un processus de rapprochement entre une personne, ou un groupe de personnes, et un autre groupe de personnes plus vaste.

### 2.3.1. Les GEM : une passerelle solide vers le milieu ordinaire ?

Les GEM par le réapprentissage de la vie de groupe et en apportant un accompagnement vers l'extérieur ont souvent été qualifiés de « tremplin » ou « passerelle » vers le milieu ordinaire. Pourtant, les premières données montrent une sortie des adhérents vers les associations ordinaires somme toute très relative. En effet, seuls trois GEM engagent de réels partenariats avec des associations accueillant un public « valide ». Quelles sont les raisons de ce décalage entre les objectifs assignés et les pratiques ?

#### 2.3.1.1. Le réapprentissage des gestes simples de la vie quotidienne

Le groupe d'entraide est une passerelle dans le sens où il permet aux adhérents de réapprendre des gestes simples de la vie ordinaire facilitant leur insertion dans la cité. C'est un lieu où le relationnel est réamorcé facilitant ainsi les futures relations. L'adhérent réapprend à vivre en communauté pour être plus à l'aise dans notre société.

Les adhérents sont en autonomie dans leurs choix, et le fait de ne pas ouvrir le GEM systématiquement le week-end correspond à cette volonté. Les animateurs organisent des sorties thématiques le week-end mais l'ouverture se veut occasionnelle pour que les adhérents « *ne deviennent pas des assistés* ». Selon un animateur « *leur donner de l'autonomie c'est aussi leur permettre de trouver par eux-mêmes des activités au moins un jour par semaine.* »

Après avoir acquis une certaine autonomie et une confiance en soi, l'adhérent est en capacité d'aller vers la cité, et s'il le désire le GEM peut être la béquille sur laquelle on s'appuie pour franchir cette étape très symbolique. Cette étape se réalise lors de l'organisation d'activités avec les associations extérieures. Ainsi, la première démarche de l'animateur est, et doit être, de rechercher les ressources et compétences en interne auprès des adhérents eux-mêmes, mais il doit également chercher à développer l'activité en externe. La démarche est la suivante : l'animateur visite, tout d'abord, l'association qui pourrait dispenser l'animation aux adhérents ainsi que le responsable pour se rendre compte de la possibilité d'accueil de personnes atteints de troubles psychiques dans les clubs dits « ordinaires ». Si c'est le cas, l'animateur peut proposer l'activité aux adhérents et les accompagner les premiers temps. Si les adhérents s'intègrent bien et souhaitent rester, l'animateur les laisse en totale autonomie dans cette nouvelle structure. Ce sont leurs premiers pas vers le milieu ordinaire.

#### 2.3.1.2. La tentation de créer un « ghetto » pour personnes handicapées psychiques

Tous les animateurs et directions ont comme objectif l'insertion vers le milieu ordinaire et le « *résultat ultime de leur réussite serait la disparition du GEM* ». Mais la réalité est très

différente selon les pratiques professionnelles, son histoire, la typologie du public accueilli mais aussi des caractéristiques de l'association de parrainage.

Tous les animateurs mettent en place des activités tournées vers l'extérieur et organisent le GEM en conséquence ou tentent de le faire. Car face à eux, on peut observer certaines réticences qui peuvent être compréhensibles. Celles-ci proviennent tout d'abord, des adhérents eux-mêmes qui ne le cachent pas et voient dans le GEM « *un cocon protecteur où il fait bon vivre* ». La peur de l'extérieur les pousse à vouloir sauvegarder à tout prix le GEM tel qu'ils ont pu le connaître, soit en ne souhaitant pas l'évolution vers l'association d'usagers, soit en ne voulant pas participer à certaines activités extérieures. Mais, également, en refusant la venue d'un public différent moins marqué par le handicap psychique et plus par la souffrance psychique, par exemple : les sans domiciles fixes, les populations marginales. Pour eux, le GEM leur appartient « *c'est notre GEM, il a été fait pour nous* », c'est-à-dire aux personnes handicapées dont l'origine est une maladie mentale. La dérive serait que l'exclusion qu'ils s'auto infligeaient soit reproduite dans le cadre du GEM.

Le désir d'ouverture affiché à un plus large public et le souhait d'évitement de la ghettoïsation des personnes atteintes de troubles psychiques s'opposent souvent au souhait de préserver un espace associatif bien délimité et facile d'accès pour des personnes atteintes de troubles psychiques.

On constate que ce désir de préserver un espace réservé à ces personnes est souvent en corrélation avec l'objet de l'association de parrainage. Ainsi, les associations des familles d'usagers en santé mentale, qui se sont battues pendant des années, pour faire reconnaître les droits, les besoins spécifiques de leur proche et donc avoir un lieu de vie pour eux, acceptent difficilement de voir le GEM s'ouvrir vers un public plus large englobant la souffrance psychique due à un environnement économique et social défavorable. Ainsi, on observe des réticences de certaines associations à accueillir et à ouvrir le GEM à des publics aux problématiques diverses (personnes plus lourdement handicapées, personnes en très grande difficulté sociale), comme le démontre la parole d'un président d'association « *les GEM ne sont pas faits pour les personnes de l'ADAPEI* ». Ou encore celle d'un adhérent « *dans le GEM, on doit tous se ressembler pour être bien* » ce qui implique l'exclusion des personnes ayant d'autres problématiques.

Les associations à vocation d'insertion sociale ont la culture de l'entraide et semblent prendre plus facilement le recul nécessaire pour gérer les intérêts de chacun des publics. Leur but étant l'insertion de tous dans la cité et non pas la « *volonté inconsciente* » de créer un second lieu fermé protecteur.

Une attention toute particulière doit être menée pour éviter le cloisonnement, la non mixité du public et le manque d'échanges avec l'extérieur qui seraient alors facteurs d'immobilisme et de ghettoïsation de ce public. Ce qui serait tout à fait contre productif eu égard aux objectifs assignés par la circulaire. Car comme le dit très bien un animateur « *on ne doit pas faire du mimétisme par rapport au secteur psychiatrique* », et « *la mixité est une richesse, le mélange des personnes sans distinction, sans étiquettes, c'est cela qui apporte et aide à déstigmatiser la maladie mentale* ».

### **2.3.2. Une volonté qui appelle une réciprocité dans les échanges**

La réciprocité dans l'ouverture et les échanges est nécessaire, pour améliorer l'image de la maladie mentale et ainsi favoriser l'insertion des personnes handicapées psychiques dans le milieu ordinaire. L'évolution des mentalités et de la perception globale de la maladie, a été très souvent souhaité, mais elle reste difficile à réaliser. Il implique des moyens conséquents et une politique nationale volontariste.

#### **2.3.2.1. Le GEM, un moyen de déstigmatiser la maladie mentale ?**

La stigmatisation a un effet nocif sur la guérison de la personne, sur sa possibilité d'accéder aux services, sur le type de traitement, l'appui qu'elle pourra recevoir et sur son acceptation dans la communauté. Les mythes, les idées erronées et les stéréotypes négatifs sur les troubles mentaux que bien des gens véhiculent au sein des collectivités constituent des causes importantes de stigmatisation. Pour favoriser l'insertion sociale, il faut donc, aussi, travailler sur le public extérieur en tentant de changer l'image négative du « malade mentale ». On ne peut se limiter à travailler uniquement sur la réadaptation de la personne au milieu ordinaire, il est également nécessaire que ce dernier l'accepte avec ses incapacités et son histoire. Comme le montre la parole d'un adhérent : « *Dans l'opinion publique, aller chez les fous ça ne passe pas, en plus de la maladie on reste marqué par la mauvaise réputation* ». Il sera très difficile pour les adhérents de dépasser leur handicap tant que la société ne changera pas son regard et ses a priori vis-à-vis de la maladie mentale.

Chaque GEM tente à sa façon de changer le regard de la société dans le périmètre limitrophe au local. A titre d'exemple, l'un des groupes d'entraide a mis en place une activité jardinage pour les adhérents, mais ce bout de jardin est aussi loué à la ville et prêté à d'autres associations. Ainsi, peut-on côtoyer dans le même espace et pour la même activité : des personnes atteintes de troubles psychiques, des personnes plus lourdement handicapées, des enfants de la crèche du quartier ou encore des adolescents du lycée agricole voisin. La mixité du public autour des mêmes valeurs partagées (jardinage, produire soi-même, puis cuisiner pour les autres) est vraiment intéressante.

Cet échange permet de changer le regard des personnes « valides » sur la maladie psychique et sur les capacités de ces personnes.

La réinsertion suppose donc une réintégration dans la société. Mais cette équation entraîne également une action envers la société qui doit modifier son seuil d'acceptation de « l'anormalité ». Cette augmentation de la tolérance de la société, diminuerait de fait l'inadaptation sociale des personnes souffrant d'une maladie psychiatrique.

#### 2.3.2.2. Une réalisation difficile qui appelle des moyens nationaux

Il semble difficile, à ce jour, de pouvoir juger de l'effet des actions des GEM sur la représentation de la maladie mentale dans leur commune d'implantation. Néanmoins, on peut noter qu'aucun incident n'a été relevé à l'égard des personnes se rendant dans un GEM. Les adhérents n'ont ressenti aucune animosité lors de l'installation des associations dans les locaux se situant en centre-ville. Mais l'exemple suivant, vécu par le membre d'un groupe, nous montre toute la difficulté à influencer positivement sur le regard des citoyens vis-à-vis de leurs pairs. Ainsi, lors de la parution, dans un journal local, d'un article sur les activités du GEM, un des adhérents a eu des remarques de non-compréhension de la part de ces voisins. Des actions plus globales dans le domaine de la santé mentale, telles que la « semaine en santé mentale », ont été entreprises sur le département et plus particulièrement auprès des professionnels de la santé et des travailleurs sociaux. Pour toucher un public plus large et moins ciblé, les GEM organisent aussi des « portes ouvertes ». Celles-ci ont toujours été un succès, mais ont-elles réellement permises de changer le jugement porté par la société sur les personnes atteintes de troubles psychiques ? Ces réflexions nous amènent à nous positionner pour une intervention nationale volontariste sur la santé mentale.

L'étude des 8 GEM du département des Côtes d'Armor, nous démontre l'importance de ce dispositif pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Outre un rôle indiscutable de lutte contre l'isolement, le GEM a des effets bénéfiques en terme de revalorisation de leur image et de réapprentissage de la vie en communauté. Le GEM est donc une passerelle vers plus d'autonomie, vers une place de citoyen à part entière. A l'adhérent, ensuite, de choisir la voie qui lui convient : le milieu ordinaire, le GEM ou pourquoi pas les deux ?

Néanmoins, on note quelques difficultés dans la réalisation des objectifs et des questions ont été mises en évidence sur le fonctionnement et l'organisation actuels ainsi que sur le développement futur désiré par les GEM. Face à ces constats, quel est le rôle de l'inspecteur ? Comment peut-il améliorer le dispositif des GEM en terme de qualité du fonctionnement, d'organisation mais aussi de parcours de vie des personnes atteintes de troubles psychiques ?

### **3. L'Inspecteur de l'action sanitaire et sociale : un maillon stratégique pour l'améliorer le dispositif des GEM**

Au regard des constats effectués, le dispositif demande à être amélioré. Dans ce cadre, l'inspecteur de la DDASS doit renforcer l'écoute et le suivi des GEM, dans le but de l'amélioration continue de l'accueil et de l'accompagnement des adhérents par l'association (3.1). Il doit également participer aux évolutions nécessaires des règles de fonctionnement pour répondre aux textes réglementaires, tout en les mettant en adéquation avec les attentes des adhérents (3.2). Enfin, pour que le dispositif ne se renferme pas sur lui-même, l'inspecteur doit valoriser le dispositif et permettre aux GEM de s'intégrer dans le réseau sanitaire, social et médico-social existant (3.3).

#### **3.1. Garantir l'application des règles par un accompagnement des groupes d'entraide mutuelle**

Cet accompagnement auprès des structures et associations doit se faire dans le respect de la loi, tout en adoptant une posture professionnelle adéquate permettant le développement et l'impulsion d'une dynamique partenariale au profit des adhérents. L'inspecteur doit également savoir s'adapter et adapter son discours à ses interlocuteurs dans l'objectif d'avancer ensemble, grâce à une base de travail et un langage communs.

##### **3.1.1. L'inspecteur : le garant de l'application des textes**

L'inspecteur a un double regard sur les situations, il est le garant du texte de loi et de son application, permettant ainsi, une égalité de traitement entre les GEM du département ainsi que celle des populations sur l'ensemble du territoire. L'inspecteur doit, également, se positionner en tant qu'interlocuteur territorial, sachant ajuster les discours nationaux aux besoins et attentes de la population cible locale.

###### **3.1.1.1. Un rappel à la loi nécessaire pour garantir la sécurité et le respect des droits des adhérents**

La mission première de l'IASS est de recadrer le fonctionnement des GEM et des associations de parrainage en cas de dérives. Par conséquent, il semble nécessaire de rappeler certains principes édictés par la circulaire de 2005 et réaffirmer dans celle de 2007<sup>49</sup>. Notamment, le rôle de l'association de parrainage me semble une donnée sensible à laquelle l'inspecteur doit porter son attention.

---

<sup>49</sup> Circulaire N° DGAS/3B/2007 du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques

Le moment du dépôt de la demande de subvention par le GEM est une période opportune pour rencontrer les directions mais également les adhérents. Ainsi, l'inspecteur peut organiser une réunion de travail pour faire le point sur la situation actuelle, échanger sur les difficultés rencontrées et connaître les évolutions souhaitées.

Cette visite doit également permettre de suivre la gestion financière du groupe et de rattraper, si nécessaire, une situation difficile avant qu'elle ne mette en péril la structure. C'est un moment privilégié entre l'association et l'autorité de financement, qui doit se préparer en amont. Cette visite, pour examiner les points clés de fonctionnement, peut être réalisée à partir d'une grille d'audit et d'une grille d'analyse identique pour les 8 GEM. Une pondération des critères d'appréciation peut être réalisée, au regard des objectifs prioritaires par la DDASS.

#### 3.1.1.2. Un rappel à la loi qui doit être mesuré par l'adaptation aux besoins

Dans le cas des GEM, le rappel à la loi, au sens stricte du terme, est malaisé compte tenu de la nature juridique du texte fixant des principes de fonctionnement et d'organisation. Il est donc aisé pour les associations de les interpréter d'une façon ou d'une autre. C'est alors à l'inspecteur de se positionner et d'expliquer clairement les orientations de l'Etat et de rappeler l'esprit de la loi. C'est notamment le cas, pour le principe de mixité du public. En effet, le texte ne définit pas précisément le type de population à accueillir, dans le but de laisser de la largesse et de permettre l'adaptation des GEM au contexte local. Mais certaines associations peuvent l'entendre d'une autre façon en développant des structures protectrices s'apparentant négativement à l'image de « ghettos » pour personnes handicapées. L'inspecteur doit aussi savoir adapter ses demandes à ses interlocuteurs.

### 3.1.2. L'inspecteur, un interlocuteur privilégié et stratégique

Pour que les exigences, de qualité de service et de respect des droits des adhérents, soient réellement effectives, l'inspecteur devra accompagner les GEM en assurant un soutien méthodologique. Cet accompagnement doit également se faire sur un plan financier au regard du manque d'expérience en la matière, de certaines structures.

#### 3.1.2.1. Proposer un soutien méthodologique dans la construction de leur organisation

L'inspecteur, outre son rôle de recadrage en cas de dérives, doit intervenir en amont, en prévention des risques, par un rôle de conseils, de soutien pédagogique et méthodologique. Et cela plus particulièrement auprès des GEM soutenus par des associations de moyenne envergure, il sera nécessaire de les accompagner dans la construction de leur organisation.

En effet, ces petites structures n'ont pas le soutien financier et humain que peuvent recevoir les GEM parrainés, par exemple, par les associations de tutelles.

L'aide de l'inspecteur doit donc être personnalisée, et les structures doivent pouvoir s'appuyer, en cas de questionnements ou de problèmes, sur les compétences du IASS.

Ainsi, l'inspecteur doit se positionner en tant que partenaire privilégié et ne pas hésiter à contacter les structures et les aider dans leurs démarches administratives. Par exemple, lors de la recherche par un GEM d'un local plus approprié, l'inspecteur peut activer son réseau de connaissances et même aller plus loin en soutenant leur demande auprès de l'autorité représentant l'Etat dans le département.

### 3.1.2.2. Adopter une stratégie de financement dynamique

L'inspecteur a peu de moyens « coercitifs » à sa disposition pour faire évoluer les GEM dans le sens voulu par les textes. C'est pourquoi, il doit développer une stratégie de financement, permettant d'éviter les dérives de gestion.

Tout d'abord, il arrive que les GEM constituent une réserve financière conséquente. Cette méthode est due à la « peur » de ne pouvoir assurer la couverture des besoins de l'association sur du long terme. La mission de l'inspecteur, en tant que responsable de la délégation des crédits nationaux aux GEM est d'orienter les gestionnaires vers une administration plus saine, où les réserves de trésorerie ainsi constituées permettront de financer l'achat d'équipements. Les GEM doivent pouvoir fournir les justificatifs de leurs dépenses à la DDASS, et par conséquent les amener à être plus attentif à la nécessité d'une gestion financière rigoureuse et non excessive.

Il semble aussi important de privilégier le versement de la subvention en deux temps (janvier et juin) pour permettre aux associations de pérenniser leur dispositif et leurs actions tout au long de l'année. Ces deux versements permettront de ne plus créer d'angoisse et de stress pour les adhérents gérant un GEM.

Enfin, il est nécessaire de définir un budget moyen de financement, reconductible d'une année sur l'autre, comme pour les autres établissements et services médico-sociaux, et de financer les projets ponctuels par des crédits non reconductibles. Cette stratégie de financement poussera les GEM à être plus attentifs aux principes de la circulaire et aux attentes du département. Ainsi, certains projets comme : permettre l'expression des adhérents, proposer une ouverture vers l'extérieur ou des projets travaillant sur l'image de la santé mentale, seront en priorité financés.

Il ne faut pas oublier que le financement des projets en santé mentale, doit aussi se faire en lien avec les autres services internes à la DDASS, pour ne pas observer de redondances dans les sources de financement.

Ces stratégies de financement permettront de valoriser, lors de l'attribution des subventions, les GEM proposant des actions innovantes tournées vers l'extérieur et en adéquation avec le cahier des charges.

### **3.1.3. Favoriser la création d'un collectif GEM 22**

La création d'un collectif départemental, réunissant les 8 GEM, aurait comme objectif de mutualiser les compétences et les moyens. Ce collectif favoriserait l'émergence de projets communs, permettant un seul financement mais aussi la réalisation de projets d'envergure. Le réseau fonctionnerait avec l'idée d'une implication forte des adhérents et d'une ouverture vers l'extérieur.

De plus, ce réseau pourrait être à l'initiative d'échanges de bonnes pratiques : rencontres entre animateurs pour échanger sur leurs missions, entre directions pour la mise en commun des expériences et idées, et entre adhérents pour réfléchir à des projets conjoints. Dans cette optique, le collectif pourrait rédiger un guide des bonnes pratiques, permettant une libre interprétation de chacun, de rassembler les expériences réussies, et inversement, de souligner les risques et écueils potentiels. Ce guide pourrait faire l'objet de groupes de travail réunissant adhérents, animateurs, directions et inspecteurs de la DDASS. Forte de son expérience départementale, ce guide pourrait être diffusé à un niveau régional, voire national, pour favoriser le développement des GEM sur l'ensemble du territoire.

Enfin, le collectif aurait comme mission la rédaction des outils communs (fiche de poste, conventions de partenariat, convention de parrainage,...) permettant la formalisation par écrit du fonctionnement et de l'organisation des GEM.

Le collectif ne demande pas un fonctionnement très important, avec par exemple, une présidence et un secrétariat tournant pour soulager les missions de chacun. Les projets collectifs pourraient être financés par la DDASS grâce à des crédits non reconductibles de l'enveloppe des GEM.

D'ailleurs, l'inspecteur, dans son rôle de conseils, pourrait être aidé par ce réseau. En effet après, quelques temps de fonctionnement, il pourrait être intéressant de laisser cette mission d'accompagnement méthodologique au réseau. Celui-ci deviendrait alors le relais d'informations privilégié, entre les GEM et l'inspecteur, pour les questions de fonctionnement, d'organisation et de méthodologie générale.

## **3.2. Faire évoluer le fonctionnement des GEM dans le respect des droits et attentes des adhérents**

Suite à l'analyse, certains points sur l'organisation et le fonctionnement actuels des GEM du département questionnent. Il semble donc nécessaire de s'arrêter sur certains débats et tenter d'apporter quelques pistes de réflexions. Ces réflexions concernent plus particulièrement : la création de l'association d'usagers, la responsabilité juridique des adhérents et, le rôle et la place de l'association de parrainage dans le dispositif.

### **3.2.1. Laisser le libre choix aux adhérents pour la création de l'association d'usagers**

Lors des entretiens à la question « *Que souhaiteriez-vous voir évoluer dans le GEM pour mieux correspondre à vos besoins ?* », la majorité des adhérents ont répondu de manière ferme : « *le fonctionnement convient parfaitement à nos attentes* ». Les animateurs constatent un manque d'enthousiasme concernant le projet de création de l'association d'usagers : « *Les adhérents ont du mal à appréhender les enjeux et se saisir du projet.* »

#### **3.2.1.1. L'adhésion au projet passe par l'information les adhérents**

Il me semble important de veiller à l'émancipation de la structure GEM pour laisser plus de poids aux adhérents dans la prise de décisions. Toutefois, cette volonté ne doit pas aller à l'encontre du bien-être et de la volonté des adhérents. On ne peut décider à leur place et imposer un mode de fonctionnement, ce discours est contraire à l'esprit du GEM. Compte tenu de cette dichotomie, il est nécessaire que l'inspecteur expose et informe les adhérents des enjeux et perspectives de l'association d'usagers. L'objectif étant de les rassurer quant aux prérogatives pouvant leurs être laissées.

Une réunion d'informations et des modalités de réalisation pourrait être tenu dans chaque GEM avec l'inspecteur en tant que référent. Ou des adhérents, ayant des fonctions dans une association d'usagers, pourraient être invités à une table ronde pour témoigner de leurs engagements et des responsabilités prises.

#### **3.2.1.2. Favoriser l'émergence de nouveaux modes de participation**

Cependant, pour éviter les dérives, notamment celle de considérer le GEM comme un service de l'association de parrainage, l'inspecteur doit favoriser l'indépendance du GEM par rapport à d'autres entités. Dans ce cadre, la création de l'association d'usagers a un avantage celui « *d'être reconnu comme une association à part entière.* » Néanmoins, il ne faut pas limiter le groupe d'entraide à l'association d'usagers et valoriser d'autres modes de fonctionnement également garant de l'esprit des GEM.

De ce fait, l'inspecteur doit accompagner la participation effective des adhérents aux décisions et cela en favorisant l'émergence de modalités d'organisation plurielles.

L'objectif étant d'offrir autant de possibilités individuelles de s'investir dans le GEM et de ne pas développer un modèle unique stéréotype de GEM.

Si les adhérents souhaitent s'engager dans la démarche de l'association d'usagers, il est nécessaire d'accompagner le processus et d'en surveiller la finalité. L'inspecteur pourrait alors se positionner en tant qu'expert conseil et proposer des modalités de réalisation notamment l'obligation d'une élection des personnes aux fonctions clés. L'IASS, dans ce contexte veillera à la définition des pouvoirs des adhérents et des modalités de prises de paroles et décisions. L'association d'usagers, veillera à fournir tous les documents nécessaires permettant à l'inspecteur de suivre la création et ses premiers mois de vie. Un troisième point pourrait être proposé par l'inspecteur, celui d'externaliser la partie comptable et juridique à un organisme comptable. Par exemple, certaines associations sont des lieux ressources, pour le monde associatif, en proposant un soutien technique dans la gestion de leur association.

Dans le cas, où peu d'adhérents souhaitent prendre des responsabilités dans la structure juridique de l'association, d'autres solutions s'offrent à eux avec les mêmes garanties de participation. En effet, contrairement à ce que l'on pourrait croire, il n'est pas obligatoire que l'association soit administrée par un bureau ou par un conseil d'administration. Elle peut fonctionner sur un mode horizontal sans structure hiérarchisée : président/trésorier/secrétaire. Le seul poste obligatoire au sein d'une association « loi 1901 », est celui du responsable face à la loi, nommé « administrateur » ou encore « président, directeur ».

Si aucun adhérent n'est prêt à s'engager dans la démarche, il ne faut pas l'imposer sinon on court le risque de mettre en péril la mission du GEM. Dans ce cas là, il est important de demander à ce que le GEM se transforme en collectif d'usagers, avec l'obligation de formaliser par écrit les liens régissant les deux entités : le groupe d'entraide et l'association de parrainage.

Quoi qu'il en soit, il semble assez inopportun d'engager la subvention sur ce seul critère de réalisation. Il faut accepter que le but de l'adhérent - décideur et autonome ne soit pas atteint ou le soit de diverses façons.

#### 3.2.1.3. Une solution intermédiaire : le doublement des fonctions décisionnelles

Dans le cas de l'association d'usagers, une solution intermédiaire entre une autonomie totale et un accompagnement excessif est envisageable notamment en demandant le doublement des fonctions. Ainsi, pour garantir la sécurité et la pérennité du dispositif les trois postes clés seraient accompagnés par trois personnes de l'association d'usagers.

Dans ce cas, la convention de parrainage et les statuts sont des documents essentiels pour un fonctionnement en adéquation avec les objectifs fixés aux GEM.

Cette modalité d'organisation permettrait également aux adhérents sous tutelle d'accéder à des fonctions. En effet, l'une des difficultés de l'association de type « loi 1901 », c'est qu'elle écarte automatiquement les personnes sous tutelles des fonctions décisionnaires.

La question de la responsabilité juridique des adhérents ayant des fonctions dans l'association reste, tout de même, un point à éclaircir. En effet, toute association peut être condamnée en tant que personne morale, tant au niveau civil (paiement de dommages et intérêts) qu'au niveau pénal (paiement d'une amende) par exemple pour mauvaise gestion.

### **3.2.2. Une réflexion nécessaire sur le rôle et la place de l'association de parrainage**

Quelque soit la forme juridique du GEM ou ses modalités de fonctionnement, il est nécessaire et primordial que l'inspecteur veille à ce que le rôle et la place de l'association parrain du GEM soient définis clairement. De même, l'objet de l'association de parrainage est une donnée importante à intégrer dans la gestion du GEM et pour l'acceptation des futurs projets d'ouverture d'un groupe.

#### **3.2.2.1. Une formalisation claire et écrite des engagements de chacun**

La circulaire demande que les engagements de l'association de parrainage vis-à-vis du GEM soient formalisés sous la forme d'une convention écrite. Celle-ci doit définir clairement les principes d'aide et de soutien, mais également, la place que peut tenir les adhérents dans les instances de l'association de parrainage. C'est sur ce critère que peut être engagé une partie de la subvention.

La convention est un outil très important, c'est pourquoi, l'inspecteur doit insister sur la nécessité de passer cette convention et de la formaliser en lien avec les adhérents. Il semble que la méthode du groupe de travail rassemblant les adhérents, l'animateur, et la direction de l'association de parrainage soit la plus opportune. Pour vérifier de la réelle participation des adhérents et du respect de leurs droits, l'inspecteur peut demander la communication du document.

Concernant le fond, la convention doit définir clairement les rôles de chacun, et les cas où l'intervention du parrain est nécessaire. La convention ne doit être uniforme cependant, pour éviter les dérives et l'ingérence de l'association de parrainage dans le GEM, l'inspecteur doit veiller à son contenu au regard du contexte et l'environnement dans lequel s'inscrit le GEM. Le groupe d'entraide n'est pas un service de l'association de parrainage et doit être clairement identifié comme tel.

L'inspecteur doit contrôler, par des rencontres fréquentes et par la communication de toutes pièces justificatives, la place laissée aux adhérents dans le GEM tant au niveau de l'organisation des activités, que lors des prises de décisions importantes.

Les GEM s'adressant à des personnes fragilisées, il est essentiel d'exiger une parfaite transparence quant au mode de gestion et de fonctionnement du groupe. Cette transparence est la contrepartie indispensable de la souplesse voulue pour les GEM.

#### 3.2.2.2. Le libre choix de l'association de parrainage

Enfin, une liberté dans le choix de l'association de parrainage doit être affirmée clairement dans un texte réglementaire. En effet, la circulaire impose un parrainage du GEM par « *une association d'usagers, une association de familles, une association ou un organisme oeuvrant dans le champ de la santé mentale ou du handicap ou un établissement de santé mentale* ».

Ni la circulaire, ni le guide des bonnes pratiques édité par l'ANEGEM ne font état des associations d'insertion sociale comme parrains potentiels. Il serait opportun, au regard des objectifs d'insertion sociale donnés aux GEM, de soutenir la possibilité d'un parrainage d'une association ou d'une structure oeuvrant dans ce domaine, comme porteur potentiel du projet.

### **3.3. Placer le GEM comme acteur à part entière du dispositif en santé mentale et de l'insertion**

Il est nécessaire de structurer l'intervention du GEM en lien et en complémentarité avec les autres professionnels intervenant dans le champ de la santé mentale et de l'insertion sociale. L'inspecteur peut également favoriser la structuration d'un réseau avec les services d'insertion sociale et d'accompagnement vers l'emploi.

#### **3.3.1. Valoriser le dispositif auprès des partenaires institutionnels et du grand public**

L'information des partenaires potentiellement co-financeurs et l'ouverture aux grands publics sont des démarches que l'inspecteur doit plébisciter et favoriser, par un soutien « politique » dans le premier cas, et financier pour le second.

##### 3.3.1.1. Favoriser l'implication des politiques locaux dans la problématique de la santé mentale

J'ai pu constater, lors de mon stage, d'une méconnaissance voire d'une absence d'informations sur le dispositif GEM. Il est donc important de valoriser celui-ci par une information auprès des partenaires institutionnels pour expliquer l'objectif, l'apport de celui-ci et les différences avec autres structures. C'est l'idée d'un inspecteur promoteur des nouvelles réponses nationales au niveau local.

Cette démarche de valorisation du dispositif GEM doit se réaliser aussi dans l'optique de l'instauration d'un co-financement, notamment dans le cas où les GEM accueillent un public majoritairement RMistes.

L'une des problématiques soulevée, malgré la présence de l'association nationale des maires au comité de suivi, est l'implication parfois partielle des élus locaux. Il est nécessaire de travailler en commun sur cette thématique pour les faire adhérer au projet et ainsi faciliter l'implantation du GEM dans les communes.

Un nouvel outil, institué suite au plan national en santé mentale de 2001, permet une articulation entre les décideurs institutionnels locaux : préfets ; conseils généraux, municipalités et agences régionales d'hospitalisation. Nommé, contrat pluriannuel en santé mentale, il doit tenir compte des priorités du SROS, des schémas départementaux sociaux et médico-sociaux et des programmes régionaux de santé. Il serait opportun de rappeler l'intérêt de cet outil de coordination et d'institutionnalisation, d'un partenariat entre décideurs, et d'inclure le soutien aux GEM comme priorité pour les différents partenaires institutionnels.

#### 3.3.1.2. Encourager l'information envers le grand public

Il est possible de diminuer le phénomène de stigmatisation des personnes atteintes de troubles psychiques en parlant ouvertement des troubles mentaux, mais surtout en donnant une information exacte sur les maladies mentales. Pour combattre les stéréotypes négatifs et les idées erronées sur le sujet, différents dispositifs peuvent être mis en place en lien avec l'inspecteur de la DDASS. Notamment, lors de programmation de journée d'information sur la santé mentale dans le département et dans la perspective d'une campagne nationale d'information sur les troubles psychiques destinée au grand public.

Pour faire connaître les GEM à un plus large public, attirer de nouveaux adhérents et diffuser l'information aux institutionnels, l'inspecteur pourrait être à l'initiative de l'organisation d'une journée ou d'une semaine départementale des GEM. Concrètement, celle-ci pourrait s'organiser autour de tables rondes, de présentation des activités et des objets réalisés par les adhérents, des témoignages... Cette organisation doit bien sûr, toujours dans l'objectif de valoriser les compétences, être programmée en lien avec les adhérents eux-mêmes. Des groupes de travail autour de thématiques (invitations, organisation d'un repas, organisation des stands...) pourraient être mis en place avec une présence obligatoire des membres des associations. Le tout serait supervisé par l'inspecteur. Mais l'inspecteur doit aussi promouvoir le dispositif comme une association ordinaire pour qu'elle ne soit pas stigmatiser dès son ouverture. Ainsi, l'IASS doit favoriser les projets d'information envers le grand public comme l'organisation de « portes ouvertes » pendant la semaine des associations.

### **3.3.2. Impliquer le secteur psychiatrique dans la formation, le soutien et l'accompagnement des animateurs dans leurs missions**

Si les maladies mentales, notamment les affections psychotiques, prennent souvent une forme chronique et favorisent le processus de désaffiliation sociale, il n'est pas possible de faire de la seule réinsertion sociale un but thérapeutique exclusif. Une prestation de soin se réduisant à une intervention sociale présente le risque d'aboutir à une sortie prématurée du patient au mépris des dangers encourus. C'est pourquoi, les GEM, lieu de prévention et d'accompagnement après les soins, doivent intégrer l'idée qu'ils ne peuvent travailler sans lien avec le secteur psychiatrique.

#### **3.3.2.1. Valoriser le dispositif auprès des professionnels de la santé**

On constate une certaine distance, voire parfois, une remise en cause de l'existence de ces groupes par les professionnels de la santé. Le nombre de conventions signées entre les GEM et le secteur psychiatrique peut être un élément démontrant le peu d'intérêt du secteur psychiatrique à travailler avec les GEM. Toutefois, cette explication est à nuancer, car on observe aussi, une certaine réticence des adhérents à s'associer par convention formelle à ces institutions sanitaires.

Les directions d'établissements sont engagées et sont disposées à intégrer dans leur réseau ce nouveau partenaire. La réserve vient du côté des équipes soignantes qui ne sont pas toutes favorables à l'implantation des GEM dans le département. Deux raisons sont invoquées : tout d'abord, les animateurs des GEM n'auraient pas les compétences, ni les moyens pour intervenir auprès des personnes ayant des problèmes psychiatriques. Et il semblerait que les professionnels de santé aient le sentiment que le GEM pourrait, à terme, concurrencer les activités des CATTP voire des CMP et réduire leur file active. Ces ressentis énoncés démontrent de la mauvaise information sur l'objet même du GEM et sur le public accueilli.

Face à ces constats, il est nécessaire que l'inspecteur informe les professionnels du secteur psychiatrique des objectifs des GEM, pour tenter de créer un lien de confiance, permettant par la suite, une meilleure orientation vers le soin.

Le deuxième temps serait de réellement appuyer la nécessité de passer des conventions avec les établissements et services de soins pour faciliter l'orientation des adhérents vers le soin. Mais aussi, permettre un échange, avec une orientation des établissements sanitaires vers le GEM.

La convention pourrait également stipuler l'organisation de témoignages des membres du groupe d'entraide aux patients en structures psychiatriques.

### 3.3.2.2. Pour une intervention auprès des animateurs et des bénévoles

Les animateurs déplorent un manque de connaissances sur les maladies psychiatriques ainsi que sur les modalités d'accueil de ce public. En effet, les animateurs en majorité issus des formations initiales, telles qu'éducateur spécialisé, sont insuffisamment préparés à l'accueil de personnes souffrant de troubles psychiques et pouvant présenter des troubles du comportement. *« Les animateurs ont besoin d'un temps d'échanges avec des professionnels du secteur psychiatrique pour les former sur les pathologies. Ainsi, que des temps d'échanges sur leurs pratiques et leurs difficultés ».*

Pour l'instant, aucun incident n'est à déplorer mais sans rentrer dans une formation poussée, les animateurs pourraient bénéficier d'une information sur les comportements à adopter en cas de difficultés. La convention passée avec les CHS devrait intégrer un paragraphe sur la formation des animateurs de GEM.

Dans le même ordre d'idée, l'inspecteur devra être attentif aux demandes de formation faites dans le cadre des demandes de subvention et il doit favoriser celles-ci par un financement particulier non reconductible.

Ces conventions doivent aussi intégrer, l'inspecteur y veillera, des interventions auprès des animateurs dans l'objectif de leur apporter un soutien, une écoute et un accompagnement lors d'événements conflictuels avec un adhérent. Ce travail peut se faire avec l'équipe mobile de psychiatrie qui intervient déjà dans les CHRS du département pour soutenir les professionnels sociaux dans leur démarche. Cet accompagnement par des professionnels est nécessaire car les animateurs se retrouvent souvent seuls dans la structure et sans soutien, une écoute autour des événements difficiles serait un bon moyen d'améliorer l'accueil des personnes.

Ce partenariat pourrait faire l'objet d'une charte précisant les objectifs, la nature ainsi que les modalités d'engagements des équipes mobiles envers les animateurs et bénévoles du GEM. Les animateurs pourraient solliciter ces professionnels en cas de demande des adhérents pour un accompagnement sanitaire.

### **3.3.3. Etablir une dynamique partenariale avec les services d'insertion sociale et professionnelle**

Le GEM ne doit pas se développer seul, il doit intégrer dans ses orientations la nécessité de tisser un réseau, un lien avec les structures d'insertion sociale et professionnelle.

### 3.3.3.1. Intégrer le GEM dans le réseau social pour une ouverture au public en désavantage social

On constate dans le public accueilli dans les groupes d'entraide une part importante d'adhérents ayant des difficultés sociales et économiques marquées.

Ce public ne répond pas précisément à la définition de la population marginale prise en charge dans les structures sociales, type CHRS, accueil de jour ou abris de nuit. Néanmoins, de plus en plus de personnes marginalisées souffrent de troubles psychiques. C'est pourquoi, il est important que le GEM s'inscrive dans cette dynamique d'ouverture vers ce public.

De plus, pour une orientation des adhérents vers les services adéquats lors de problématiques financières ou administratives (recherche de logement, difficultés de paiement des factures...) par les GEM, il est essentiel que l'inspecteur facilite le travail en commun de l'association et des structures et services sociaux.

Enfin, pour les questions touchant le public de la santé mentale ou les difficultés d'insertion des publics précaires, l'inspecteur doit intégrer les membres du GEM dans les groupes de travail. Sur des thématiques précises, les GEM doivent être associés aux démarches de planification et de connaissance des besoins, comme les autres institutions.

### 3.3.3.2. L'insertion professionnelle n'est pas une mission du GEM

Le GEM n'a pas vocation à se substituer aux missions des services d'insertion professionnelle, mais il contribue à faciliter l'insertion professionnelle des personnes handicapées psychiques en les réadaptant à la vie en société. Mais également par le soutien que le GEM (adhérents, bénévoles ou animateurs) apporte dans les démarches administratives ou par l'orientation vers les professionnelles adéquates. Il est donc nécessaire de réaliser une journée d'informations commune (GEM et travailleurs sociaux) pour informer les travailleurs sociaux du dispositif, et les GEM, des services sociaux existants. Ces échanges pluridisciplinaires seraient la base d'un partenariat efficient.

Enfin, les adhérents des GEM ont été signalés deux dysfonctionnements des services d'insertion sociale et professionnelle, la méconnaissance des besoins spécifiques des personnes atteintes de troubles psychiques et l'inadaptation des services d'insertion professionnelle à leur problématique. Ces problématiques rendent difficiles la prise en charge de l'insertion professionnelle de ces personnes, par le réseau ordinaire. Dans ce contexte, le GEM et ses adhérents peuvent avoir un rôle à jouer et l'inspecteur doit créer le lien reliant le GEM aux services d'insertion professionnelle.

Dans le cas de la mauvaise connaissance des besoins, il peut être mis en place par l'inspecteur des sessions d'information aux services de droit commun d'insertion par l'emploi. De plus, les GEM pourraient employer bénévolement ou de façon salariée des personnes handicapées orientées par les organismes spécialisés.

Dans le cas de l'inadaptation des structures spécialisées à leur problématique, il peut être envisagé qu'une réflexion soit menée sur cette thématique avec les services concernés et les adhérents. La DDASS pourrait proposer, dans le cadre d'un groupe de travail, réunissant : les adhérents et représentants des GEM et les directions des ESAT, de réfléchir à la création d'une structure « spécialisée » pour l'insertion professionnelle des personnes atteintes de troubles psychiques.

L'inspecteur doit asseoir le dispositif en recadrant, accompagnant et en favorisant son insertion dans le réseau existant. Par son positionnement et ses missions, l'inspecteur de la DDASS doit être un partenaire privilégié des GEM.

Pour une vision globale des dispositifs et pour mettre du lien entre les différentes politiques, l'inspecteur doit aussi remettre en question ses pratiques et l'organisation de son travail en interne. Ainsi, il doit favoriser une étroite collaboration avec les inspecteurs des autres services de la DDASS.

## Conclusion

Après deux années d'existence, on constate une diversité dans les fonctionnements et l'organisation des GEM, cette diversité est à promouvoir et à préserver pour que cette réponse innovante reste adaptable aux besoins variés des personnes atteintes de troubles psychiques.

Au regard des entretiens avec les adhérents et des données qualitatives, le premier bilan est positif, dans le sens où les GEM tentent de répondre aux trois objectifs et aux besoins de ce public. L'inspecteur doit accompagner leurs développements et aider à la formalisation de leur fonctionnement pour le respect des engagements et la sécurité des personnes. Il doit rappeler la nécessité du travail partenarial du GEM avec les autres structures et services d'intervention.

Il est à noter quelques dysfonctionnements pouvant potentiellement nuire à l'accueil des adhérents, à la mixité du public et à l'ouverture vers l'extérieur. Néanmoins, ceux-ci restent à la marge et sont facilement ré ajustables.

Comme le dit positivement le directeur d'une association de parrainage, le GEM se conçoit comme « *une véritable micro société qui inscrit sa mission dans le soutien social et relationnel* ». Mais derrière ce discours, le mot « micro société » peut prendre un autre sens tout à fait défavorable au public et à contre courant de l'objectif et de la volonté politique initiatrice de la création du GEM. Le principal écueil des GEM serait de recréer un « ghetto » pour personnes souffrant de troubles psychiques. Le rôle de l'inspecteur doit alors principalement être axé sur l'application du texte tout en étant le garant de la mise en oeuvre locale de l'esprit du texte.

Le GEM reste, à mon sens, un outil à promouvoir et à défendre auprès des institutionnels et des professionnels. C'est aussi un modèle d'intervention qui pourrait être étendu dans d'autres domaines. En effet, le GEM a été une réponse à un manque de couverture du sanitaire et du social pour un type de public, et il répond aujourd'hui également aux attentes de la population en souffrance psychique dont la conséquence est une situation économique et sociale défavorable.

Pourquoi, ne pas favoriser le mixage de l'autonomie du GEM à l'accompagnement social prodigué en maison relais. Le GEM pour les personnes en grande difficulté sociale pourrait ainsi être un lieu convivial de réapprentissage des gestes simples de la vie et d'un rôle de citoyen. Car ces deux types de public, même si beaucoup s'en défendent, ont souvent les mêmes attentes de reconnaissance, d'autonomie et d'écoute.

---

# Bibliographie

---

➤ Textes réglementaires :

Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité de droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Circulaire n°577 du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale

Circulaire DHOS/02 n°507-2004 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régionale d'organisation sanitaire de troisième génération

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/3B n°2007- du 30 mars 2007 relative aux groupes d'entraide mutuelle pour personnes handicapées psychiques

➤ Plans et schémas

Ministère de l'emploi et de la solidarité et Ministère délégué à la santé – *Plan santé mentale : L'usager au centre d'un dispositif à rénover* – Novembre 2001

Ministère des Solidarités, de la santé et de la famille - *Plan Nationale Psychiatrie et Santé Mentale 2005-2008*

Schéma Régional de l'Organisation Sanitaire de la région Bretagne et ses travaux préparatoires

➤ Revue et périodiques :

Fédération d'aide à la santé mentale - *Les Groupes d'Entraide Mutuelle* - Pratiques en santé mentale - Août 2007 - n°3

➤ Articles de périodique

EBERSOLD.S - *La personne handicapée : du citoyen à l'usager. Enjeux et perspectives de la Classification Internationale des Handicaps* - Handicaps et Inadaptations – *Les cahiers du CTNERHI* – 1998 – N°79-80.

EBERSOLD.S – *Le champ du handicap, ses enjeux et ses mutations : du désavantage à la participation sociale* - Handicap –2002 - N°94-95.

COLDEFY.M et SALINES.E - *Les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités* - Publication de la DREES, Etudes et Résultats – octobre 2004 - N°342.

BELLAMY.V – *Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale* - Publication de la DREES, Etudes et Résultats – Octobre 2004 - N°347.

ROQUES.M – *Les clubs thérapeutiques* - Lien social - mars 2005 - N°747

BONNET.C – *Santé mentale et vie associative* - Technologies et Santé – mai 2005 – N°54

MORDELET.P - *Psychiatrie communautaire et hôpital. La réforme du service public de psychiatrie* - Technologies et santé – Mai 2005 – N°54.

DEMAILLY.L et BRESSON.M - *Les modes de coordination dans le champ de la prise en charge du trouble psychique* - La lettre de la MIRE – Juillet 2005 - N°6.

DE VAUBLANC.E – *Les GEM vus par les associations* - Perspectives Sanitaires et Sociales - Novembre / décembre 2005 – N°183.

BOUGEARD.N – *La guérison passe aussi par la réinsertion* - Lien social – Octobre 2006 - N°813.

LAMBOY.B – *La santé mentale : Etat des lieux et problématique* – Santé Publique – Décembre 2005 – N° vol. 17, n°4.

➤ Rapports

MASSE.G – *La psychiatrie ouverte, une dynamique nouvelle en santé mentale* - Rapport au ministre de la santé – 1992.

Livre blanc sur la santé mentale - *Accompagnement des personnes en souffrance psychique pour améliorer leur vie et celles de leurs proches* - Les partenaires de la santé mentale - Juin 2001

Dr PIEL et ROELANDT – *De la psychiatrie vers la santé mentale* – Juillet 2001

M. CHARZAT – *Pour mieux identifier les difficultés des personnes en situation de handicap du fait de troubles psychiques et les moyens d'améliorer leur vie et celle de leurs proches* - Rapport parlementaire adressé à Madame Ségolène ROYAL - Mars 2002.

Groupe de travail de la DHOS – *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* - Présenté au Comité consultatif en santé mentale - avril 2002.

Conférence Ministérielle Européenne de l'OMS - *La santé mentale : relever les défis, trouver des solutions* – 2006.

➤ Guides :

Mission d'appui en santé mentale et l'administration centrale - *Guide méthodologique de création et de redéploiement de structures sociales et médico-sociales* – Janvier 2001.

Association Nationale d'Expertise des Groupes d'Entraide Mutuelle - *Le guide pratique des GEM* - 1<sup>ère</sup> édition – 2007.

➤ Mémoires et rapports professionnels :

GABORIT R. - *La réinsertion sociale et professionnelle des personnes souffrant de maladie mentale* - Mémoire de la filière des IASS - ENSP - Promotion 2001

Module Interprofessionnel en Santé Publique – *Place actuelle et à venir de l'utilisateur en santé mentale* – ENSP - 2003

Module Interprofessionnel en Santé Publique – *Aspects de l'articulation entre sanitaire, médico-social en psychiatrie et en santé mentale* – ENSP - 2006

➤ Sites Internet consultés :

<http://www.sante.gouv.fr>

<http://www.social.gouv.fr>

Agence Régionale de l'Hospitalisation de la Bretagne : <http://www.arh-bretagne.fr>

Organisation Mondiale de la Santé : <http://www.who.int/fr>

Association nationale en santé mentale : <http://www.croixmarine.fr>

Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale : <http://www.mnasm.fr>

---

## Liste des annexes

---

<u>Annexe 1</u> : Méthodologie de l'étude .....	P.II
<u>Annexe 2</u> : Liste des personnes rencontrées .....	P.V
<u>Annexe 3</u> : Grilles d'entretien	
– Adhérents,.....	P.VII
– animateurs,.....	P.VIII
– Directeurs ou Présidents de l'association de parrainage,.....	P.IX
– DGAS.....	P.X
<u>Annexe 4</u> : Tableau récapitulatif des caractéristiques générales des GEM du département.....	P.XI
<u>Annexe 5</u> : Carte de la répartition des GEM par départements.....	P.XII
<u>Annexe 6</u> : Tableau récapitulatif des caractéristiques du public accueilli.....	P.XIII

## **Annexe 1 : Méthodologie de l'étude**

### **Première étape : Recherche documentaire et appropriation du sujet**

La recherche documentaire ne m'a pas permis de constituer une bibliographie très riche sur les GEM au regard de la jeunesse de ces derniers. Il est donc très difficile d'avoir un recul nécessaire à toute analyse.

### **Deuxième étape : Etat des lieux des fonctionnements et organisations**

A partir des points clefs décrits dans le cahier des charges annexé à la circulaire de 2005, j'ai construit une grille d'évaluation permettant de faire un premier état des lieux du fonctionnement et de l'organisation des 8 GEM.

Cette grille a été testée sur 5 GEM, en présence de l'inspecteur principal (IP) du pôle de cohésion sociale et santé publique, lors de la discussion du renouvellement de la subvention. Les visites ont eu deux temps, une visite des locaux par les directeurs des associations gérant la subvention et un entretien avec ce dernier et les animateurs.

Le remplissage de cette grille a été réalisé à partir du dossier fourni par les GEM lors du dépôt de leur demande de subvention mais aussi à partir de la fiche de suivi, élaborée par la DGAS, et renseignée par les GEM et l'IP.

Les thèmes abordés dans la grille d'évaluation sont :

- Organisation spatiale du GEM,
- Organisation de la vie quotidienne et activités proposées,
- Adaptation du service au public accueilli et respect des personnes,
- Partenariats développés avec l'environnement sanitaire, social et culturel,
- Structure juridique et principes de fonctionnement,
- Fonctions des animateurs.

Cette première visite m'a aussi permise de me présenter à la structure et d'avoir un premier contact avec les adhérents et ainsi pouvoir recueillir plus facilement leurs témoignages.

### **Troisième étape : Entretiens**

A partir de grilles d'entretien, une par type de public rencontré, j'ai effectué des entretiens en majorité semi-directifs mais au déroulement très hétérogène.

#### **Entretiens avec les usagers adhérents** : (7 GEM sur 8)

Entretiens semi-directifs axés sur les apports du GEM dans leur vie quotidienne, les activités proposées et leur organisation, la place des usagers dans l'organisation et le fonctionnement du GEM et les améliorations souhaitées.

A chaque fois, ma venue a été annoncée par l'animatrice et notée sur le planning des activités proposées.

La méthodologie d'entretien a été laissée à l'appréciation des adhérents :

- les entretiens pouvaient être **collectifs ou individuels**. Dans le premier cas, le groupe se composait de **5 à 7 personnes**. Et à chaque question les personnes répondaient librement tour à tour ou en échange libre. La durée de ces entretiens était de **1 heure à 2 heures**. Dans un GEM, à la demande des adhérents le début de l'entretien s'est réalisé en présence de l'animateur. La prise de note s'est fait en dactylographie et/ou avec enregistrement lorsque les adhérents me l'ont permis.

Dans le cas d'entretien individuel, la durée moyenne était de 20 minutes.

- ma visite durant généralement la journée, j'ai pu participer à quelques animations et aux repas collectif, ce qui m'a permis d'échanger avec d'autres adhérents mais aussi de recueillir des informations plus « intimes ».

Les adhérents ayant une fonction dans le bureau de l'association d'usagers : cet entretien ne concerne qu'un GEM avec la rencontre de 2 personnes. Les thématiques abordées sont leurs motivations à une prise de fonction dans l'association, les apports du GEM, les difficultés rencontrées et les améliorations souhaitées. L'entretien a duré 1h30.

Les animateurs : J'ai pu rencontrer les animateurs ou coordinateur de 7 GEM soit en tout 10 personnes. Les entretiens semi-directifs se sont déroulés individuellement sauf dans un cas où les deux animateurs ont souhaité répondre à mes questions à deux. Les thèmes abordés concernent les activités proposées et leur organisation, la place des adhérents, les liens entre le GEM et l'association de parrainage, leurs attentes par rapport au GEM, les apports et les limites du GEM et les améliorations à apporter. Les entretiens ont duré entre 1 heure et 2 heures.

Les organismes de parrainage : j'ai pu rencontrer pour la totalité des GEM l'organisme les parrainant soit 5 directeurs et 3 Présidents. Les sujets développés sont leurs attentes du partenariat, leur vision du GEM, leur rôle actuel et futur, les difficultés du GEM et les améliorations nécessaires.

La prise de note s'est faite en dactylographie et les entretiens ont duré de 1 heure à 1h30.

Des représentants régionaux des 3 associations nationales (croix marine, U.N.A.F.A.M, F.N.A.Psy) composant le collectif GEM Ouest, soit 6 personnes en entretien collectif. Cet entretien a duré 2h30.

La chargée de mission de la DGAS : L'entretien semi-directif a duré 3 heures avec une prise de note en dactylographie. Les thématiques abordées sont la politique générale envers les personnes handicapées, le lien avec les autres politiques, les objectifs nationaux de la création des GEM, les données nationales, les améliorations souhaitées et le devenir des GEM.

Une assistance sociale travaillant dans une CMP, un CATTP et un hôpital de jour et travaillant en lien avec l'un des GEM : Je l'ai interviewé en entretien directif et téléphonique. La durée de cet entretien est de 20 minutes. Les sujets abordés sont les atouts et apports du GEM par rapport à d'autres structures, ses liens avec le GEM et le partenariat développé avec le GEM.

#### **Quatrième étape : Analyse des données recueillies**

Chaque entretien audio a été retranscrit par écrit et les prises de note en dactylographie ont été revues avant analyse.

J'ai choisi de traiter à part les entretiens ayant eu lieu avec des personnes directement en contact avec les 8 GEM concernés (adhérents, association de parrainage et animateurs) et les autres publics.

Pour les premiers, l'analyse a été réalisée en deux temps : par GEM, puis en fonction des rôles des personnes rencontrées. A partir d'une même grille d'analyse reprenant les grandes thématiques abordées, j'ai donc élaboré une synthèse des entretiens par GEM pour avoir une vision en kaléidoscope du fonctionnement et de l'organisation de chacun des 8 GEM complétant les données de ma première visite. La seconde synthèse reprenant les points essentiels des entretiens par type de personnes rencontrées pour avoir une synthèse des avis selon leur place et rôle dans le dispositif.

Concernant les autres entretiens, ils ont été traités individuellement en essayant de reprendre les grandes thématiques.

## **Annexe 2 : Liste des personnes rencontrées**

### ***Lors de l'état des lieux des fonctionnements et de l'organisation du GEM***

- GEM L'arbre de vie – Loudéac - 12 juin 2007 :

Présidente du GEM : Melle M.J DUFRAUD

Trésorier du GEM : M. B.

Secrétaire du GEM : M. CADIN

Présidente de l'association de parrainage : Mme E. ANGOUJARD

Animatrice : Melle H. CARIMALO

- GEM L'espace Crumble - Saint Briec – 14 juin 2007

Président de l'association de parrainage : M. D. MORIN

Coordinatrice de l'association de parrainage : Mme V. CORBEL

Animatrice : Mme S. MONTALAND

- GEM ADT – Rostrenen - 19 juin 2007

Directeur de l'association de parrainage : M. L. PASSAVANT

Chef de service ADT : M. LECOQ

Coordinatrice : Mme LE MOIGNE

- GEM Jardin des Spoutniks – Lamballe – 28 juin 2007

Directeur de l'association de parrainage : M. D.BRICHON

Animateur : Vincent

- GEM Vivre au pluriel - Saint Briec – 22 août 2007

Directeur de l'association de parrainage : M. J.MAHE

### ***Lors des entretiens***

- GEM Un pas en avant : 26 juin 2007 de 13h30 à 17h30

Animateur du GEM : Jean-Luc

Présidente de l'association de parrainage : Mme HELIAS.M.T

Trésorière de l'association de parrainage : Mme AMATHIEU

- GEM Le bon cap : 28 juin 2007 de 14h00 à 18h00

Animateur du GEM : Pierrick

Présidente de l'association de parrainage : Mme JOUANNO.M.J

Adhérents : 2 personnes

➤ GEM Le jardin des Spoutniks : 7 août 2007 de 9h30 à 14h00

Animateurs du GEM : Vincent et Aline

Adhérents : Fatima + 6 personnes

➤ GEM Espace Crumble : 14 août 2007 de 10h00 à 15h00

Animatrices du GEM : Sylvie et Emilie

Adhérents : Thierry, Yvan, Anne, Quentin, Jean-Yves, Jean-Luc et Brigitte

➤ GEM L'arbre de Vie : 16 août 2007 de 10h à 17h

Présidente de l'association de parrainage : Mme E.ANGOUJARD

Animatrice du GEM : Melle H. CARIMALO

Présidente du GEM : Melle M.J DUFRAUD

Secrétaire du GEM : M. CADIN

Adhérents : 5 personnes

➤ GEM Chlorophylle : 28 août 2007 de 9h à 12h

Animatrices du GEM : Christelle et

Directrice de l'association de parrainage : Mme M.DAVID

Adhérents : 3 personnes

➤ GEM ADT : 13 septembre 2007 de 9h à 12h

Coordinatrice du GEM : Mme LE MOIGNE

Adhérents : Fanny, Rachel, Jean-Luc, Brigitte

➤ DGAS - 7 septembre de 9h30 à 12h30 :

Chargée de mission : Melle C. MAILLARD –DOJKA.

➤ Représentants des associations nationales - Jeudi 13 septembre 2007 de 9h30 à 12h :

- M. Daniel GESTIN, délégué régional de la F.N.A.Psy,
- M. Jean-Yves MENER, délégué régional de l'U.N.A.F.A.M,
- M. Dominique LAUNAT, coordinateur régional de la Croix Marine,
- M. Bernard LELIEVRE, Directeur de l'association L'autre Regard, secrétariat du collectif GEM Ouest,
- Melle Fanny BIHAN, coordinatrice de l'association L'autre Regard,
- M. Jean-Luc CHEVALIER, psychiatre du CHGR, membre du CA de la fédération Croix Marine

### **Annexe 3 : Guide d'entretien pour les adhérents**

1. Pouvez-vous me parler du GEM et des activités proposées ?
2. Quel est plus particulièrement votre rôle dans l'association ? (participation)
3. Comment avez-vous connu l'association ? Et à quelle date y avez-vous adhéree ?
4. Quelles ont été vos motivations à adhérer à ce GEM ? Quelles sont vos attentes vis à vis de la structure ?
5. Concrètement que vous a apporté l'adhésion au GEM?
6. Quelles sont pour vous les forces et les faiblesses de cette structure ?
7. Aujourd'hui quelles sont vos attentes vis à vis du GEM?
8. Que souhaiteriez-vous voir évoluer pour mieux correspondre à vos besoins ? (là vous devriez avoir des éléments sur la situation actuelle de la personne)
9. Que pensez-vous de la création d'une association d'usagers où les adhérents auraient des fonctions administratives ?

Avez-vous d'autres informations à me communiquer ?

## Guide d'entretien pour les animateurs

1. Pouvez-vous me parler de la création du GEM ?
2. Pouvez-vous me parler de votre recrutement et de vos fonctions au sein du GEM ?
3. Pouvez-vous me parler du fonctionnement du GEM et des activités proposées ?
4. Comment définiriez-vous le public accueilli (âge, pathologie, exclusion sociale, comment sont ils orientés) ? Si statistique à prendre.
5. L'association des usagers a-t-elle été créée ? Si oui, comment ?
6. Quelle est la place laissée aux usagers concernant les sujets suivants :
  - Participation au CA de l'association ou de l'association de gestion :
  - Informations des décisions prises par le CA :
  - Participation au fonctionnement administratif du GEM :
  - Participation à la recherche des partenaires extérieurs :
  - Participation aux décisions générales sur le fonctionnement du GEM :
  - Propositions des activités / Participation à la mise en place des activités :
7. Pouvez-vous me parler du degrés d'autonomie et de responsabilisation laissé aux adhérents ?
8. Pouvez-vous me parler des relations que vous avez avec l'association vous parrainant ?
9. Quels sont les partenariats que vous avez pu établir ?
10. Pouvez-vous me dire quelles sont les difficultés de ces partenariats ?
11. Quels sont pour vous les objectifs poursuivis par le GEM ?
12. Quelles sont pour vous les forces et les faiblesses du fonctionnement du GEM ?
13. Quelles sont les limites des GEM ?

Quelle seraient les améliorations a apporté aux fonctionnements du GEM pour laisser plus de place aux adhérents du GEM ? (association d'usagers)

## **Guide d'entretien pour les responsable de l'association de parrainage**

1. Pouvez-vous me parler de la création du GEM ?
2. Pouvez-vous me parler de vos fonctions actuelles dans le GEM ?
3. Pouvez-vous me parler du GEM et des activités proposées ? (date de création, nombre d'adhérents, fonctionnement, activités)
4. Pouvez-vous me dire quelles ont été vos motivations à participer activement au GEM ?  
Si adhérents : Que vous a apporté concrètement l'adhésion au GEM ? (projets, réinsertion)
5. Quels sont les objectifs poursuivis par la création du GEM ? Pensez-vous les avoir atteint ?
6. Qu'attendez vous du GEM par rapport aux autres formes de prise en charge ?
7. Quelle est la place laissée aux usagers concernant les sujets suivants :
  - Participation au Conseil d'Administration :
  - Informations des décisions du CA
  - Participation au fonctionnement administratif du GEM :
  - Participation à la recherche des partenaires extérieurs :
  - Participation aux décisions générales sur le fonctionnement du GEM (qui prend les grandes décisions ?) :
  - Propositions des activités :
  - Participation à la mise en place des activités :
8. Quels sont les partenariats que vous avez pu établir ? (avec financeurs, structures de soins, autres associations)
9. Pouvez-vous me dire quelles sont les difficultés de ces partenariats ?
10. Quelles sont pour vous les forces et les faiblesses des GEM ?
11. Quelles sont les limites des GEM ?
12. Quelle seraient les améliorations a apporté aux fonctionnements du GEM ?

Avez-vous des remarques à faire ?

## **Grille d'entretien chargée de mission – DGAS :**

1. Pouvez-vous m'indiquer quelles sont selon vous les tendances récentes les plus importantes de la politique en faveur des personnes handicapées ?
2. Quelle est la place des GEM dans la politique globale en faveur des personnes handicapées ?
3. Quel est le lien fait avec les autres politiques en faveur des personnes handicapées ?
4. Quels sont les objectifs nationaux recherchés par la création des GEM ?
5. Comment définiriez-vous le public concerné par les GEM ?
6. Comment définiriez vous le rôle des associations de parrainage ?
7. Quelles sont aujourd'hui les principales difficultés rencontrées par les GEM ?
8. Comment seront-ils évalués ?
9. Avez-vous pu observer des dérives induites par la création des GEM ?
10. Quels sont les axes d'améliorations envisagées par le niveau national ?
11. Que pouvez-vous me dire sur le devenir des GEM ?
12. Pensez-vous qu'il existe des besoins non couverts en matière de lutte contre l'exclusion sociale des personnes atteintes de troubles psychiques ?
13. Quel est votre avis concernant la création à terme d'une association d'usagers ?

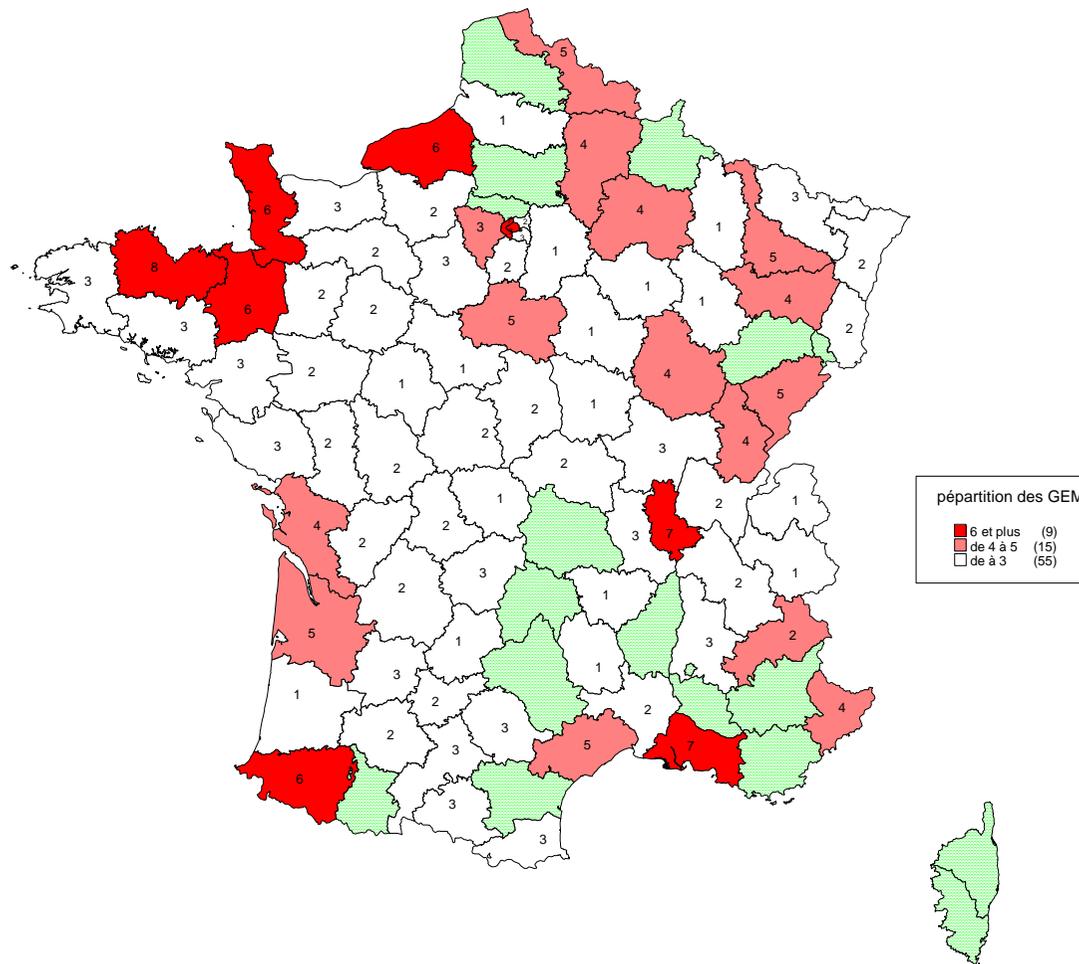
Statistiques : nombre de GEM, couverture territoriale, nombre d'adhérents, nombre d'associations d'usagers, nombre de fermeture

**Annexe 4 : Tableau synthétisant les caractéristiques du public accueilli**

	<b>Lannion</b>	<b>Saint-Brieuc 1</b>	<b>Saint-Brieuc 2</b>	<b>Dinan</b>
Age moyen	42 ans Fourchette de 22 à 66 ans	34% : entre 40 et 50 ans 12,5% moins de 30 ans	50 ans	Majorité entre 40 et 60 ans
Sexe	50/50	56%H / 44%F	Féminin majoritairement	50 / 50
Situation familiale	95% vivent seuls 50% ont des enfants qui ne sont plus à charge	63% seul 19% couple 8,5% chez leur parent	90% seuls	Seuls : 66%
Mode d'hébergement	Majorité location en T1	70% : appartement 6,5% foyer 4% hôtel	Hébergement autonome Chez leurs parents	Location : 50% Maison : 50%
Vie sociale et professionnelle	Majorité sans emploi			
Statut	42,5% AAH, 17,5% retraités, 15% pensions d'invalidité.	27,5% AAH 24% RMistes 15% invalides 13,5% demandeurs d'asile 8,5% retraités	Majorité AAH	AAH : 40% Invalidité : 30%
Orientation	Secteur sanitaire (institutions) Secteur social (associations) Bouche à oreille Information au public	Travailleurs sociaux Services de tutelles Secteur psy CADA Bouche à oreille Associations de quartier	Professionnels secteur sanitaire et social Services de tutelle Centres sociaux adhérents	Professionnels Bouche à oreille

**Annexe 5 : Carte de la répartition des GEM par départements**

**REPARTITION DES GEM PAR DEPARTEMENTS**



**Annexe 6 : Présentation des caractéristiques générales des 8 GEM du département**

	<b>ADT</b>	<b>L'espace crumble</b>	<b>Un pas en avant</b>	<b>Le bon cap</b>	<b>Chlorophylle</b>	<b>Le Jardin des Spoutnicks</b>	<b>Vivre au pluriel</b>	<b>L'arbre de vie</b>
Date d'ouverture	Février 2007	Décembre 2005	Décembre 2003	Novembre 2005	Décembre 2006	Décembre 2006	25 ans GEM : janvier 2005	Février 2007
Nb d'adhérents	15	110	40	72	30	30	200	14
Association d'usagers	En cours-	Collectif d'usagers	Non	Collectif d'usagers	Non	Collectif d'usagers	Non	Oui
Signataire convention de financement	Parrain : association tutélaire	Parrain : Association à vocation sociale	Parrain : association en santé mentale	Parrain : association en santé mentale	Parrain : association à vocation sociale	Parrain : Association gérant chantiers d'insertion	Parrain : association à vocation sociale	Parrain : association en santé mentale Mais en cours de transfert
Existence d'une convention de parrainage	Non	En cours	Non	Non	Non		Non	Non
Salariés	0,80 ETP CESF	2,80 ETP DEFA	1 ETP	1 ETP	1,25 ETP	1 ETP	1 ETP	1 ETP
Bénévoles	5 bénévoles	13 bénévoles	10 Bénévoles	10 Bénévoles	0 bénévole			

	<b>ADT</b>	<b>L'espace crumble</b>	<b>Un pas en avant</b>	<b>Le bon cap</b>	<b>Chlorophylle</b>	<b>Le Jardin des Spoutnicks</b>	<b>Vivre au pluriel</b>	<b>L'arbre de vie</b>
Rôle des adhérents	Participation des choix des activités Mise en place des activités Décision sur fonctionnement Tenu des permanences	2 représentants du GEM au CA 3 au bureau de l'association de parrainage	Participation au CA	Participation au CA	Décision sur activités	Participation des décisions des activités Mise en place des activités Décision sur fonctionnement	Décision sur activités	
Conventions passées avec d'autres partenaires	Aucune formelle Négociation avec CHS Contact avec CMP-Hôpital de jour	CADA CHS – hôpital de jour Associations caritatives Centre médico-social Services des tutelles Etablissements pour handicapés Lycée agricole	CHS	Mairie Association gestion de la paye CHS F.N.A.PSY Croix Marine	Contact CHS Service d'aide à domicile U.N.A.F.A.M	En cours CHS	En cours CHS	Mairie Organisme comptable