

Université Lille 2

Université Paris 13

APHM/CHU Sainte-Marguerite, Marseille

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé mentale dans la communauté : étude et applications »

Année 2019

De la question du logement à la notion de promotion de la  
santé mentale.

Céline GERMAIN épouse PARENTY

INTRODUCTION .....	3
I) PROBLÉMATIQUE :.....	5
1) POURQUOI LE LOGEMENT ? .....	5
1.1) La notion de l’Habitat.....	5
1.2) Différents rapports .....	6
1.3) Le programme « Un chez Soi d'Abord » .....	7
1.4) Le logement : oui mais accompagné ! Comment, pourquoi, pour qui et par qui ?.....	8
2) CONTEXTE INSTITUTIONNEL DE L’ETUDE. ....	9
2.1) Le pôle de Psychiatrie Adultes de Saint Nicolas de Port (54G07) .....	9
2.2) Les différents dispositifs de soins en santé mentale .....	9
3) L'UNITE DE REHABILITATION ET DE REINSERTION : HISTORIQUE ET PRINCIPES .....	10
3.1) Création et historique.....	10
3.2) Un accompagnement orienté rétablissement .....	10
3.3) Un accompagnement favorisant l'empowerment.....	11
3.4) Un accompagnement vers le Droit Commun et dans la Communauté.....	12
pour une meilleure citoyenneté .....	12
4) L'UNITE DE REHABILITATION ET DE REINSERTION : LES MOYENS.....	12
4.1) Une équipe .....	12
4.2) Des Missions.....	13
4.2.1) L'évaluation .....	13
4.2.2) Les activités de réhabilitation .....	13
4.2.3) Le logement accompagné .....	14
4.3) Un partenariat .....	14
4.4) Le rapprochement avec l’unité de Réhabilitation de G03 .....	15
5) LES DIFFICULTES RENCONTREES.....	15
5.1) Des difficultés financières. ....	15
5.2) Des difficultés d’ordre légal qui amènent de la stigmatisation.....	16
5.3) Des problèmes de santé rencontrés par les résidents .....	16
5.4) Comment le Pôle s’organise pour répondre à ces problématiques ? .....	17
6) QUESTIONNEMENT .....	17
II) L’ENQUETE.....	18
1) METHODOLOGIE.....	18
1.1) Choix du questionnaire comme outil d’enquête .....	18
1.2) Construction des différents questionnaires.....	18

1.3) Choix des interviewés.....	19
2) METHODE DE RECUEIL DES QUESTIONNAIRES .....	19
3) DIFFICULTES RENCONTREES .....	20
4) METHODE D'ANALYSE DES QUESTIONNAIRES.....	20
III) RESULTATS DE L'ENQUETE.....	21
1) PRESENTATION DES TROIS GROUPES CIBLES.....	21
2) PLACE DE L'USAGER DANS LA CONSTRUCTION DE SON PROJET DE LOGEMENT ET NOUVELLES COMPETENCES ACQUISES.....	21
3) ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT : POINTS FORTS ET AXES A AMELIORER .....	23
4) LOGEMENT IDEAL : COMPARAISON DES POINTS DE VUE.....	24
5) ANALYSE LEXICALE .....	24
6) DIFFICULTES RENCONTREES LORS DE LA RESTITUTION DE CETTE ENQUETE.....	25
IV) DISCUSSION.....	25
CONCLUSION .....	29
REMERCIEMENTS.....	32
BIBLIOGRAPHIE .....	33
ANNEXES .....	35

## INTRODUCTION

Assistante sociale de formation, diplômée en 1998, j'ai eu l'occasion d'exercer dans plusieurs institutions et de côtoyer de nombreuses personnes.

Mais il suffit, parfois, d'une seule rencontre, dans le cadre d'un cocktail de départ en retraite d'une collègue, par exemple, pour que tout un parcours professionnel se voit modifier voire chambouler. C'est ce qui s'est passé pour moi en ce mois de novembre 2017.

Au détour d'une conversation, je découvre que le poste de coordination de l'Unité de Promotion de la Santé Mentale (UPSMP) sur le pôle de Saint Nicolas de Port est vacant. Occupé, jusqu'à maintenant par un infirmier, le profil de poste s'ouvre aux assistants sociaux.

Je saisis cette opportunité tout en étant consciente que cette décision va changer radicalement mon identité professionnelle. Et c'est ce qui se passe effectivement.

J'occupe donc, depuis plus d'un an maintenant, le poste de coordinatrice de l'Unité de Promotion de la Santé Mentale et de Prévention du Pôle de Saint Nicolas de Port 54G07.

Ce changement de poste a profondément bouleversé ma zone de confort. Certes mon métier d'assistante sociale et les valeurs que je défends m'aident dans mes nouvelles missions. Mais, je ne m'attendais pas à vivre ce tourbillon que peut représenter le travail en promotion de la santé mentale. Aller vers les partenaires, essayer d'agir sur les déterminants du bien-être, être confrontée aux résistances face au changement font de ce poste un challenge à relever au quotidien.

Le Pôle de Psychiatrie adultes de Saint Nicolas de Port où je travaille actuellement, couvre un secteur géographique d'environ 90 000 habitants sur un territoire semi-rural en périphérie de l'agglomération nancéienne.

C'est un secteur en mouvement. Rattaché au Centre Psychothérapique de Nancy (CPN) depuis 2015, il était auparavant sous la tutelle du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port. Ce transfert juridique a donc été l'occasion idéale pour écrire un nouveau projet médical 2015-2019 orienté sur un renforcement des dispositifs ambulatoires et la fermeture de 55 lits d'hospitalisation.

Cette réorientation ambulatoire a permis la création d'une unité d'hospitalisation de soins intensifs à temps partiel, l'unité Séraphine, de deux Centres Médico-psychologiques (CMP) et deux Centres d'Accueil Thérapeutique à temps Partiel (CATTP). Deux unités d'hospitalisation, une en soins libre et l'autre en soins sans consentement ont été maintenues pour un total de 33 lits.

Le dispositif logement, existant depuis 2003, est alors devenu une Unité de Réhabilitation et de Réinsertion au premier trimestre 2018 avec la création d'un temps plein de coordination et une équipe soignante dédiée.

Quant aux missions de promotion de la santé mentale, elles se déploient dorénavant dans une Unité Fonctionnelle de Promotion de la Santé Mentale dont j'ai la charge de coordonner les différentes

actions. Cette unité a pour objectif de décliner sur notre territoire la politique institutionnelle du CPN à ce sujet et ce, en lien avec le Département de Promotion de la Santé Mentale et de Prévention (DPSMP) créé en 2015. Promouvoir la santé mentale, c'est agir sur les différents déterminants du bien être avec les différents acteurs d'un territoire donné. Et c'est en mettant en place des actions coconstruites qu'il est alors possible de faire en sorte que la santé mentale devienne l'affaire de tous. L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion et l'UPSMP sont transversales sur les différents dispositifs de soin du pôle. Leurs valeurs socles sont le respect des usagers, le travail en partenariat et l'intégration de la psychiatrie dans la communauté. A noter qu'à l'origine il n'existait qu'un seul Equivalent Temps Plein (ETP) de coordination pour ces 2 missions.

Elles développent, chacune à leur manière, des missions autour des déterminants du bien-être.

Par exemple, le logement prend une place prépondérante dans les préoccupations des usagers mais aussi des professionnels qui les accompagnent dans le quotidien. En effet, parmi les besoins fondamentaux, celui d'avoir un toit est essentiel. La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme en 1948, inscrit dans son article 25.1 : « Toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'habitation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que les services sociaux nécessaires. » Selon H. Dorvil (2009), il semble inimaginable qu'une règle devant servir de référence à la population générale ne soit pas appliquée aux personnes souffrant d'un trouble psychique. Le rétablissement durable ne passe que par cette base. En 1986, la Charte d'Ottawa (Organisation Mondiale de la Santé, 1986) énonçait le logement comme « une condition indispensable à la santé, devant l'accès à l'éducation et à la nourriture. »

Ce travail de mémoire porte donc sur cette question du logement, de la place qu'il prend dans la construction des projets de vie des usagers et de l'accompagnement des professionnels dans ce domaine. Nous essayerons de démontrer comment le logement peut être un levier pour une meilleure inclusion dans la cité et favoriser le sentiment de citoyenneté.

Une première partie aura pour objet de poser la problématique de ce travail et son contexte d'étude. Puis une enquête tripartite croisera les regards des usagers, des professionnels de santé et des partenaires autour de ces questions. Les résultats de cette enquête et la discussion permettront enfin, de poser un état des lieux des pratiques actuelles et ouvrirons d'autres perspectives de travail et des pistes d'amélioration.

# I) PROBLÉMATIQUE :

## 1) Pourquoi le logement ?

### *1.1) La notion de l'Habitat*

Selon la brochure « Le Point Villes-Santé » et son article Santé Mentale et Habitat » (avril 2019), le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS déclare que « *le logement est un déterminant fondamental de la santé.* » Les travaux de Maslow dans les années 1940 permettent de classer les besoins humains par ordre d'importance en cinq niveaux. L'habitat fonde le socle des besoins de sécurité essentiels au bien-être physique, psychique et social. « *Un habitat ne représente pas seulement des murs et un toit, c'est aussi un lieu de sécurité, d'intimité, d'expression personnelle (décoration, aménagement ...) et de convivialité (on peut y inviter des amis, de la famille, des voisins ...) C'est également un espace de liberté où l'on peut aller et venir, se reposer, se ressourcer, se soigner.* ».

Alice Casagandre, en 2012, souligne pour sa part que le « *logement n'est pas un toit mais un chez soi* ». Quant à Pelpt (2002) elle explique que le logement ne se borne pas à être une réponse à un besoin physiologique de bien-être, de protection contre diverses agressions, mais répond également à des besoins physiologiques de type sécuritaire (sécurité affective, sécurité contre l'agression d'autrui), d'un sentiment d'appartenance, d'une intimité ou d'une expression personnelle. Il est, ici, évident que le logement et le sentiment d'habiter un chez soi va bien au-delà d'un simple endroit où vivre.

De plus, selon H. Dorvil (2009), l'accès et le maintien dans un logement adapté est une priorité et un besoin fondamental pour toute la population et à fortiori dans les parcours de vie de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap. S'agissant des situations de handicap psychique, c'est un enjeu crucial dans le rétablissement des personnes et donc une priorité absolue dans l'organisation des réponses aux besoins.

Par ailleurs, pour Jean Canneva, ancien Président de l'Unafam, « *le logement est la pierre angulaire de toute prise en charge des maladies psychiques.* » Il place celui-ci en condition sine qua non à la continuité des soins et à l'accompagnement à la vie sociale. En 2009, dans son « Livre blanc sur le logement et le handicap psychique à Paris », l'Unafam a estimé que sur 40 000 personnes souffrant de troubles psychiques sévères sur Paris, 2 300 seulement bénéficient de logements accompagnés, de maison relais ou de structures d'accueil.

## 1.2) Différents rapports

Les pouvoirs publics se questionnent depuis de nombreuses années sur cette thématique du logement. Ils ont diligenté de nombreux rapports et plans mettant l'accent à ce sujet, et ce, depuis le début des années 2000. On peut citer en autres : le rapport Piel Roeland (2001), le rapport Couty (2008) et le rapport Girard (2010).

Plus récemment, les plans « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 et 2011-2015 rappellent, quant à eux, la primauté du principe de droit commun. Cela concerne tout autant les soins somatiques et psychiatriques que l'accès au logement. Ce dernier est ainsi présenté comme un objectif prioritaire qui favorise et conditionne la continuité des soins.

Le Rapport de l'HAS 2013-2016 précise, quant à lui, que l'accès au logement est un facteur essentiel de l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique. Ce rapport souligne l'importance de l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique notamment grâce à l'accès et au maintien dans un logement.

De même, M. Laforcade (2016) dans son rapport explique que : « *dans une logique de parcours sans rupture, la question du logement et du maintien dans ce logement est la première clé du succès* ». Il relève également l'insuffisance d'accès au logement.

Enfin, le Rapport CNSA Logement (2018) : « Empowerment, habitat et citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique » met en lumière des expériences innovantes d'accès et de maintien dans le logement pour des personnes en situation de handicap psychique de nos voisins européens (Italie, Royaume Uni et Espagne) et amènent ainsi des recommandations et des pistes d'améliorations.

Ces différents rapports confortent l'idée selon laquelle, le logement est l'un des facteurs essentiels du rétablissement et de l'inclusion dans la cité des personnes en souffrance psychique. Cependant, il est, également, évident que la question du logement implique à la fois, les villes, l'Etat, les organismes HLM et/ou bailleurs, les services publiques, les services de soins en santé mentale ... Le logement s'appuie également sur de nombreux documents cadres tels que le Plan Départemental d'Action pour le Logement des Personnes Défavorisées (PDALPD), le Programme Local de l'habitat intercommunal etc...

### *1.3) Le programme « Un chez Soi d'Abord »*

Il est difficile de traiter le thème du logement sans évoquer le programme Un Chez Soi d'Abord. L'Abrégé du rapport final du volet qualitatif de recherche sur ce programme publié en 2016 rappelle que le collectif « Logement Santé » ouvre, en 2007, un squat au cœur de Marseille. L'objectif de proposer à des personnes sans abri de longue durée, vivant avec des troubles psychiatriques sévères, une alternative aux foyers et à l'hôpital. Ce squat thérapeutique géré par une équipe soignante emmenée entre autres par le psychiatre Vincent Girard sera légalisé au bout de 18 mois d'occupation. En 2008, cette équipe communique dans un espace scientifique des résultats positifs de l'accès au logement sur la réduction des inégalités de santé.

La visite du squat par Madame Roselyne Bachelot-Narquin, alors Ministre de la Santé, conduit à l'écriture d'un rapport national sur la santé des personnes sans chez-soi. (Girard, Estecahandy, Chauvin, 2010). Ce rapport souligne que la plupart des dispositifs proposés pour sortir du sans-abrisme ont une philosophie de type : traitement d'abord et exigence de l'abstinence aux produits toxiques ; ce qui écarte de nombreuses personnes parmi les plus malades et les plus exclues.

De ce rapport, naît un programme expérimental « un chez soi d'abord » mené conjointement par le Ministère de la Santé et le secrétariat d'Etat au Logement. Quatre sites sont alors ciblés (Lille-Marseille-Paris-Toulouse) et concernent spécifiquement des personnes sans abri de longue durée ayant des troubles psychiatriques sévères. Cette expérimentation permet donc à environ à 350 personnes sur un échantillon de 700, d'accéder directement depuis la rue à un logement ordinaire. Cela se fait sans obligation initiale de suivre un traitement ni d'être dans une démarche d'abstinence quant aux consommations de substances psychoactives. Le maintien dans le logement est, par contre, soumis à la condition d'être accompagné par une équipe médico-sociale.

Un chez soi d'Abord reprend le modèle américain du « Housing First » initié à New-York dans les années 1990 et du rétablissement.

L'expérimentation vise à assurer un accompagnement spécifique à des personnes ayant des besoins singuliers en valorisant leurs compétences, à faciliter l'articulation entre le sanitaire et le social et à évaluer le dispositif en termes de qualité de vie, de rétablissement et de coût social.

Après quatre années d'expérimentation, les résultats sont sans ambiguïté. L'évaluation met en lumière l'amélioration de la situation des bénéficiaires mais aussi l'optimisation des moyens mobilisés par les pouvoirs publics. En effet, on peut noter une baisse significative du nombre de symptômes, une réduction de moitié des durées d'hospitalisation pour les personnes logées et accompagnée par rapport au groupe témoin, une meilleure inclusion sociale et une plus grande autonomie des personnes.

Face à ce tel résultat, le programme expérimental « un chez soi d'abord » se pérennise et se généralise dans le cadre d'un décret paru au journal officiel du 28 décembre 2016 pour une entrée en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017. La France dispose donc dorénavant d'un dispositif réglementaire pour permettre l'accès directement au logement pour les personnes en situation de grande précarité et présentant des troubles psychiatriques sévères sous condition d'un accompagnement renforcé. Actuellement, en plus d'être pérennisé « un chez soi d'abord » a vocation à s'étendre à d'autres villes en France.

Ce programme « Un Chez Soi d'Abord » est l'exemple concret que le principe de la primauté du droit commun est une prérogative essentielle dans le mode d'accompagnement des personnes. En effet, permettre l'accès à un logement et donc d'améliorer un déterminant du bien être essentiel permet ensuite la prise en soins de la pathologie. Ici l'individu ne se résume plus à un symptôme.

#### *1.4) Le logement : oui mais accompagné ! Comment, pourquoi, pour qui et par qui ?*

Tous les textes, les rapports et l'expérience de l'Housing First mettent en avant la nécessité d'occuper un logement pour favoriser, l'empowerment, le rétablissement et l'inclusion dans la cité.

Selon la brochure « Le Point Villes-Santé » et son article Santé Mentale et Habitat » (avril 2019), le Réseau Français des Villes Santé de l'OMS estime que les personnes souffrant de troubles de santé mentale peuvent avoir une relation avec l'habitat qui peut devenir complexe et nécessiter un accompagnement. En effet, des difficultés peuvent apparaître en termes d'investissement, de lien avec le voisinage, de respect de l'intimité, de la sécurité ou d'isolement voir de réclusion. Il en est de même en termes de gestion des tâches de la vie quotidienne (cuisine, ménage, entassement, incurie) ou administratives (gestion du budget et des démarches administratives). Certes les proches et la famille sont les aidants naturels mais ils ne doivent pas se sentir seuls.

Ce groupe de Villes Santé a identifié 4 valeurs fondamentales dans le champ de l'habitat et de la santé mentale. A savoir : le droit à un logement pour tous, une ville inclusive pour tous, la bienveillance envers l'autre et la confiance entre usagers et professionnels. C'est donc de la responsabilité de nombreux acteurs tels que : les villes, les communautés de communes, les bailleurs publics et privés, les services publiques et les services de soins en santé mentale de s'impliquer dans cette question du logement.

Pour autant, de nombreuses questions demeurent. Quel type de logement ? Comment habiter ce logement ? Quel accompagnement proposé aux usagers ? Par qui ?

L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion du Pôle de Saint Nicolas de Port dans ses missions d'hébergement accompagné s'est penchée sur ces questions et c'est sur cette unité que se situe le contexte de mémoire.

## 2) Contexte institutionnel de l'étude.

### *2.1) Le pôle de Psychiatrie Adultes de Saint Nicolas de Port (54G07)*

Le Centre Psychothérapique de Nancy, établissement public de psychiatrie, a la responsabilité de six secteurs de psychiatrie adultes sur les neuf que couvre le Sud du département de Meurthe et Moselle. Le Pôle de Saint Nicolas de Port, qui nous intéresse ici, est rattaché au CPN en 2015 suite à un transfert juridique. Il doit répondre aux besoins de santé en psychiatrie d'une population de 90 000 habitants sur un territoire mêlant des zones rurales et une urbanisation de petites et moyennes communes dont sept d'entre elles sont rattachées à la Communauté Urbaine du Grand Nancy.

Au niveau géographique, ce secteur forme un croissant au sud de l'agglomération nancéienne. Il est situé au croisement de plusieurs secteurs de psychiatrie adultes et doit s'adapter à plusieurs découpages administratifs multipliant ainsi les différentes instances institutionnelles

Il regroupe une population hétéroclite, nécessitant une offre de soins au plus près de celle-ci et un développement des soins ambulatoires. Les communes réparties sur ce territoire sont regroupées dans trois communautés de communes, dont deux ont été porteuses de Contrats Locaux de Santé (CLS). Le territoire ne compte qu'un seul Conseil Local en Santé Mentale (CLSM) concernant uniquement les communes situées dans l'agglomération de Nancy.

Ce territoire compte plus de 16% de chômage en 2014 contre 13,5 % en 2012 pour une moyenne de 10,4 % pour la Lorraine. On note aussi une population vieillissante.

Ce pôle est donc au cœur d'un maillage partenarial important qu'il est essentiel de connaître.

### *2.2) Les différents dispositifs de soins en santé mentale*

En 2017, 1 838 personnes ont reçu des soins au sein du pôle, 1 719 concernaient les dispositifs ambulatoires. Pour répondre aux besoins de cette population, le secteur 54G07 dispose donc de plusieurs structures localisées sur les communes de Saint Nicolas de Port et de Neuves-Maisons.

La Maison Antigone à Saint Nicolas de Port<sup>1</sup> regroupe dans une seule et même structure, un Centre Médico-Psychologique (CMP), un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP), l'Unité

---

<sup>1</sup> Annexe 1 : plaquette La Maison Antigone

de Réhabilitation et de Réinsertion et l'Unité de Promotion de la Santé Mentale. La Maison Antigone est située en cœur de ville dans des locaux du Centre Hospitalier de Saint Nicolas de Port cédés au CPN. Cette implantation stratégique la positionne entre l'hôpital et la cité.

L'Unité Séraphine<sup>2</sup>, sa voisine, est une unité d'hospitalisation à temps partiel qui accueille des usagers de 9h à 17h tous les jours de la semaine, week-end compris, pour un contrat de séjour d'un mois.

Sur la commune de Neuves-Maisons, la Passerelle<sup>3</sup> regroupe, quant à elle, un CMP et un CATPP. Située au centre-ville, elle partage ses locaux avec les services de psychiatrie infanto-juvénile.

En ce qui concerne les services d'hospitalisation, ils ont été mutualisés avec le pôle voisin de Lunéville 54G03 depuis plusieurs années. Ces deux pôles disposent donc, au total, de 18 lits d'hospitalisation en soins libres situés à Lunéville (l'Unité de Psychologie Médicale) et 15 lits d'hospitalisation en soins sans consentement (Philia) localisés à Laxou au sein même du CPN.

### 3) L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion : historique et principes

#### 3.1) Création et historique

Le pôle 54G07 ouvre en 2003 plusieurs appartements associatifs de transition. Quatre places sont alors disponibles. A cette époque, ce projet comporte deux volets : « *la réhabilitation qui permet un accompagnement du patient vers un projet de vie alternatif à la chronicité et à l'hospitalisation et l'hébergement où un accompagnement est mis en place tout au long de la semaine par un infirmier pivot. Un appartement d'urgence verra ensuite le jour.* » (Projet de service<sup>4</sup> de l'unité)

Le projet médical du Pôle 2015-2019 a permis une évolution de ce dispositif. L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion est reconnue administrativement en 2018.

#### 3.2) Un accompagnement orienté rétablissement

Quelques définitions données par les usagers illustrent le processus de rétablissement. Selon P. Deegan : « *le rétablissement c'est une attitude, une façon d'aborder la journée et les difficultés qu'on y rencontre. Cela signifie que je sais que j'ai certaines limitations, et qu'il y a des choses que je ne peux pas faire. Mais plutôt que de laisser des limitations être une occasion de désespoir, une raison de laisser tomber, j'ai appris qu'en sachant ce que je ne peux pas faire, je m'ouvre aussi aux possibilités liées à tout ce que je peux faire.* » Pour W. Anthony, le rétablissement est « *une démarche*

---

<sup>2</sup> Annexe 2 : plaquette SERAPHINE

<sup>3</sup> Annexe 3 : plaquette La Passerelle

<sup>4</sup> Annexe 4 : projet de service de l'unité de Réhabilitation-Réinsertion

*personnelle et unique visant à changer l'attitude, les valeurs, les sentiments, les objectifs, capacités et /ou rôles de chacun. C'est une façon de vivre une vie satisfaisante où l'espoir a sa place malgré les limites imposées par la maladie. Pour guérir le malade doit donner un nouveau sens à sa vie et passer outre aux effets catastrophiques de la maladie mentale. »*

L'équipe soignante de l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion est consciente que le rétablissement est le phare qui doit guider les nouvelles pratiques de soins. A ce titre, elle essaye au maximum de mettre à disposition des personnes des environnements favorables permettant de les amener à se rétablir et de réfléchir avec elle à un parcours de rétablissement. Au quotidien, elle insuffle cette position qui tend à se dégager et de sortir de la maladie mentale ou du moins du statut de malade.

### *3.3) Un accompagnement favorisant l'empowerment*

La position du rétablissement implique nécessairement la position d'empowerment pour le patient. Il doit être l'acteur de son projet de vie et retrouver le contrôle de ses propres actions.

L'Organisation Mondiale de la Santé définit l'empowerment comme faisant référence « *au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle, que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements.* » N. Wallerstein (2006).

Au sein de l'offre de logement accompagné par l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion, les usagers vivent sur le principe de la colocation. Ce système impulse donc la notion de pair-émulation entre chaque locataire, qui au fur et à mesure du temps, apprennent ou réapprennent à gérer le quotidien d'un logement. « *La pair émulation consiste, pour les professionnels de l'unité, à instaurer un climat d'échange dans le collectif. Les modalités d'accompagnement en activités et le mode de fonctionnement des logements permettent d'inscrire cette notion comme point d'orgue du dispositif. Chaque usager peut être acteur d'une transmission de compétence, de savoir et d'expériences.* » (Projet de service de l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion)

Les infirmiers présents lors des différents moments clé de la journée garantissent le bon fonctionnement de la vie en collectivité. Ils travaillent les besoins de chaque usager dans l'objectif de retrouver une autonomie suffisante qui lui permettra de sortir de ce dispositif. Pour chacune des personnes et en fonction des évaluations posées, un projet individualisé est mis en œuvre ; le patient doit en être le principal acteur.

### *3.4) Un accompagnement vers le Droit Commun et dans la Communauté pour une meilleure citoyenneté*

Que ce soit dans le cadre d'activités thérapeutiques ou dans l'accompagnement quotidien, l'équipe soignante de l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion a pour objectif de favoriser l'inclusion des usagers dans leur communauté. Le recours au droit commun est la règle. C'est en agissant comme un citoyen lambda qui a les mêmes droits et les mêmes devoirs que tout à chacun, que les usagers de cette unité pourront trouver ou retrouver un sentiment de citoyenneté. L'accompagnement vers les services sociaux publics (Centre Communal d'Action Communal, Maison des Solidarités, Permanence d'accès aux soins de santé), vers les services de soins de proximité (médecin traitant et spécialiste, cabinet infirmier) est prioritaire.

Quant aux activités, comme indiqué précédemment, elles se déroulent pour la plupart dans la cité (piscine, salle de sport, salle communale).

En lien avec l'Unité de Promotion de la Santé Mentale, l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion est en recherche permanente de partenaires. Ces actions tendent à se développer dans le cadre d'activités sportives et culturelles.

## **4) L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion : les moyens**

### *4.1) Une équipe*

Actuellement, l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion est sous la responsabilité médicale du Dr Béatrice DUGNY, chef de Pôle.

L'équipe se compose d'un médecin psychiatre, d'une équipe infirmière, d'un Cadre de Santé, d'un Psychologue et d'une Assistante de Service Social.

La particularité de cette unité se caractérise par un temps de coordination. En effet, depuis 2015, une infirmière coordinatrice est en charge de plusieurs missions permettant à l'équipe d'être déchargée de certaines tâches, notamment administratives, et ainsi, de se concentrer uniquement sur l'accompagnement des usagers. Ces missions s'articulent autour de la synthèse et la coordination des actions menées par l'équipe, la centralisation des informations concernant le suivi quotidien des personnes accompagnées etc... C'est également une personne ressource pour les usagers, les professionnels et les partenaires.

A ce jour le projet d'intégrer un médiateur de sante pair (MSP) est en cours d'élaboration. La question sur l'intérêt d'embaucher un éducateur spécialisé est également soulevée.

## 4.2) Des Missions

Les missions de l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion se déclinent de trois façons : l'évaluation, les activités de réhabilitation et l'hébergement accompagné.

### 4.2.1) L'évaluation

Depuis plusieurs années, l'équipe soignante se forme à différents outils d'évaluation (COP13, ELADEB, AERES, ReVIM). Elle est, également, en mesure d'évaluer les Plans de Compensation du Handicap (PCH) quand ce type d'aide est sollicitée auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Ces évaluations permettent ainsi de mettre en avant les compétences, les points à améliorer et les besoins des personnes accompagnées. Elles objectivent les prises en soins ; l'équipe peut donc cibler et adapter son suivi au plus près des besoins et des souhaits des personnes.

Depuis 2018, l'unité de Réhabilitation et de Réinsertion a ouvert une place d'évaluation. Il s'agit d'un studio situé dans l'immeuble où se trouve le dispositif de transition (voir point 4.2.3). Ainsi pendant 3 semaines, les usagers sont accueillis et sont évalués dans les actes de la vie quotidienne. Ce temps d'évaluation permet aux personnes et aux équipes demandeuses d'avoir un regard objectif et ainsi de travailler le projet de vie au plus près des besoins des patients. Cette place d'évaluation est ouverte à tous les pôles du CPN et ses partenaires. Ce dernier prend en charge son coût intégralement.

### 4.2.2) Les activités de réhabilitation

De nombreuses activités thérapeutiques sont également mises en place à visée de réhabilitation. Elles sont organisées par les infirmiers en lien avec le Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Elles sont diverses et variées et peuvent se dérouler au sein même des structures de soin mais aussi et surtout dans la cité. A ce titre, l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion s'est rapprochée du Groupe d'Entraide Mutuel (GEM) mais aussi auprès d'une association locale, l'Envol, qui met l'accent sur un travail d'entraide et de resocialisation grâce à l'inscription dans un collectif et une approche du monde du travail.

Parmi ces activités, nous pouvons citer, en outre : le sport, la randonnée, la natation, la balnéo, le repas sympathique etc...

Toutes ces activités visent un gain dans l'autonomie, une insertion sociale et professionnelle, afin que la personne souffrante puisse trouver une place pleine et entière dans la société.

### 4.2.3) Le logement accompagné

L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion dispose de trois types de dispositifs de logement accompagné : le dispositif de transition, le dispositif intermédiaire et un appartement d'urgence.

Le dispositif de transition se compose de huit places. « *Ce dispositif s'appuie sur le principe de la pair-émulation avec la présence de soignants la semaine et le samedi matin. Il existe un référent réhabilitation pour chaque résident. Les résidents ont des droits mais aussi des devoirs ; la durée du séjour varie entre 6 mois et 2 ans.* » (Projet de service). Dans les faits, il existe peu de courts séjours et durant cette période, une réflexion d'orientation doit s'engager. Le dispositif comporte également une place d'évaluation déclinée ci-dessus (point 4.2.1).

Le dispositif intermédiaire, quant à lui, dispose de cinq places. Il est destiné à un public plus autonome où la présence soignante est moins importante. Il n'y a pas de durée limitée.

Ces deux dispositifs fonctionnent dans le cadre d'une intermédiation locative gérée par un partenaire historique du CPN, l'Association Ensemble.

Enfin, l'appartement d'urgence permet de proposer une solution d'hébergement temporaire aux personnes souffrant de troubles psychiques et/ou se trouvant en détresse sociale. La durée du bail est de trois mois renouvelables une fois ; ce temps devant être consacré à rechercher une solution d'hébergement ou de logement plus pérenne.

### 4.3) Un partenariat

L'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion ne peut fonctionner sans développer un partenariat riche. Que ce soit dans le cadre des activités de réhabilitation ou dans le logement accompagné, l'aller-vers est essentiel. En cela, le travail avec sa voisine, l'Unité de Promotion de la Santé Mentale et de Prévention, est primordial. Améliorer le bien-être et travailler autour des déterminants de la santé des usagers va de pair avec la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale.

Ce partenariat dans la communauté s'est contractualisé par la signature de plusieurs conventions afin de pérenniser les actions mises en place (Associations de réinsertion, Mairie, Sport adapté etc...) Par ailleurs, le recours au droit commun est une priorité ; des liens avec les services sociaux, médicaux du territoire sont régulièrement renouvelés.

#### *4.4) Le rapprochement avec l'unité de Réhabilitation de G03*

Les Pôles de Psychiatrie Adultes de St Nicolas de Port et de Lunéville mutualisent de plus en plus leurs moyens. Les services d'hospitalisation fonctionnent ainsi depuis plusieurs années et maintenant, il en va de même pour les deux unités de réhabilitation respectives.

Le constat pose une complémentarité dans les missions du logement accompagné et il s'agit de pouvoir proposer aux usagers des deux pôles le bénéfice de l'un ou l'autre des dispositifs d'hébergement. Si sur Saint Nicolas de Port, les logements proposés sont dans un cadre collectif, à Lunéville, les logements sont individuels. Pour autant, pour chacun des deux dispositifs, le fonctionnement est basé sur le principe de l'intermédiation locative gérée par la même association, partenaire historique du Centre psychothérapique de Nancy. Un bureau de coordination se réunit régulièrement et réfléchit aux moyens à mettre en œuvre pour améliorer l'offre de soins. Nous pouvons citer en exemple : la mutualisation des formations aux outils d'évaluation. Une limite reste cependant à noter dans la réelle possibilité des usagers à s'inscrire dans un dispositif éloigné de son réseau de vie initial.

### **5) Les difficultés rencontrées**

Depuis plusieurs mois, les résidents du dispositif de transition sont confrontés à trois grandes difficultés.

#### *5.1) Des difficultés financières.*

Les usagers accueillis actuellement au sein du dispositif de transition rencontrent des difficultés financières. Si certains sont sous mesure de protection, d'autres gèrent seuls leurs revenus. Il s'avère que le coût de location pour le résident est plus cher qu'un loyer dans le droit commun. En effet, le bâti occupé génère des coûts importants de fournitures d'énergie et le principe de la colocation diminue le montant de l'Allocation Logement. Ainsi le résident doit avoir des ressources au moins égales à l'Allocation Adulte Handicapé (AAH) pour pouvoir faire face aux dépenses courantes mensuelles. Cette condition d'admission limite certains usagers qui, ne percevant pas l'AAH, ne peuvent intégrer le dispositif.

Ceci est lié à un défaut de compréhension entre les soignants et le gestionnaire à la création du dispositif. En effet, toutes les personnes orientées vers ces places d'hébergement étaient hospitalisées ou connues des services médicaux depuis longtemps et percevaient toutes cette allocation.

Actuellement, le dispositif fait face à de la vacance que l'association gestionnaire facture au CPN ;

cette vacance augmente donc mathématiquement les charges des locataires présents. Le quotidien financier des usagers est donc de plus en plus compliqué.

### *5.2) Des difficultés d'ordre légal qui amènent de la stigmatisation*

A la fermeture en 2016 et 2017 des 55 lits d'hospitalisation, il a fallu matériellement trouver de nouvelles voies d'accompagnement. Le logement est devenu un levier dans un long parcours de rétablissement. L'équipe de Réhabilitation et de Réinsertion a travaillé les différentes compétences du savoir habiter. Les parcours de vie ont donc évolué vers des dispositifs de droit commun (appartement en ville, structures médico-sociales etc ...) D'autres ont donc intégré le dispositif d'appartement de transition.

De ce fait, les logements ont été occupés par des personnes ayant vécu de nombreuses années en services de soins fermés. Ce dispositif leur a permis de quitter les unités d'hospitalisation qui fermaient.

A la fin de l'année 2017, la plupart de ces résidents ont quitté le dispositif. Actuellement, les logements sont loués par de jeunes adultes ayant un parcours sanitaire très court et ayant un parcours social compliqué. Certains comportements ont entraîné des tensions avec le voisinage qui s'est plaint à plusieurs reprises auprès de nos services mais aussi auprès des forces de l'ordre. Le bruit, les allers-venues, les consommations excessives d'alcool et de produits toxiques sont fréquents. Tous ces éléments ont créé malheureusement de la stigmatisation.

### *5.3) Des problèmes de santé rencontrés par les résidents*

Les jeunes adultes locataires du dispositif ont été orientés rapidement après leur prise en soins. Ils rencontrent des difficultés à gérer leur pathologie qui n'est pas totalement stabilisée et l'équipe soignante de l'Unité de Réhabilitation et de Réinsertion est confrontée à une recrudescence des comorbidités associées à la pathologie. Elles sont essentiellement addictives et entraînent des comportements inadaptés dans le logement. Les professionnels ne sont pas aguerris à des accompagnements de cet ordre. Ces comportements deviennent un réel frein à l'empowerment de nos résidents qui perdent une partie de leur capacité dans les volutes de cigarettes et de cannabis qu'ils fument.

Cette problématique de santé accentue aussi les deux autres difficultés exposées ci-dessus. Ces

consommations ont un coût qui pèse lourd sur les budgets déjà serrés de nos usagers et sont une des raisons principales de la stigmatisation dont ils sont victimes.

#### *5.4) Comment le Pôle s'organise pour répondre à ces problématiques ?*

Pour faire face à ces difficultés, l'unité de Réhabilitation et de Réinsertion en lien avec l'Unité de Promotion de la Santé Mentale a travaillé avec ses partenaires pour essayer de trouver des solutions. Elle s'est donc rapprochée de différents professionnels pour améliorer la qualité de vie des locataires, pour apaiser les tensions avec le voisinage et réfléchir avec l'association gestionnaire à une solution qui permettrait de réduire le coût du dispositif. Des actions de prévention en faveur des résidents sont en cours de réflexion. Les résidents et les soignants se forment par le biais de l'intervention de l'infirmière hygiéniste du CPN et d'une cadre pédagogique formée en addictologie. Quant aux actions de promotion de la santé mentale organisées par l'Unité de Promotion de la Santé Mentale, elles ont pour objectif de travailler sur les déterminants du bien être en lien avec tous les acteurs du territoire. C'est une démarche de santé publique qui a pour finalité de créer des environnements favorables et lutter contre la stigmatisation.

Ce travail de partenariat en aval a permis de répondre pour partie aux problématiques rencontrées.

## **6) Questionnement**

Les difficultés décrites précédemment permettent de poser le constat suivant : les dispositifs de soins rencontrent des problématiques qu'ils ne peuvent gérer seuls. Il est nécessaire de créer sur le territoire un maillage partenarial qui permettra de multiplier les expertises et ainsi d'accompagner les usagers le plus loin possible. La co-construction des projets de vie est donc essentielle et l'utilisateur doit en être l'acteur principal.

Trois questions se posent alors :

Comment la question du logement s'est posée dans la construction du projet de vie de l'utilisateur et quelle était la place de l'utilisateur, quelles ont été les compétences nouvelles acquises depuis l'arrivée dans le logement ?

Quelles seraient les évolutions à apporter aux Unités de Réhabilitation et de Réinsertion pour améliorer l'accompagnement des usagers, de favoriser leur empowerment et de les orienter vers le rétablissement et la citoyenneté ?

Les réponses de logement et d'accompagnement apportées par ces Unités de Réhabilitation et de Réinsertion répondent-elles vraiment aux souhaits des résidents dans leur vision de leur logement idéal ?

## II) L'ENQUETE

### 1) Méthodologie

#### *1.1) Choix du questionnaire comme outil d'enquête*

Afin d'essayer de répondre aux trois questions exposées ci-dessus, j'ai choisi de mener une enquête tripartite (usagers, professionnels et partenaires).

Pour effectuer ce travail, j'ai choisi le questionnaire qualitatif comme outil d'enquête. En effet, c'est un procédé pratique qui permet d'interroger un nombre de personnes conséquent. Par ailleurs, il permet de comparer les différentes réponses des interviewés aux trois questions posées et de croiser ainsi les regards.

#### *1.2) Construction des différents questionnaires<sup>5</sup>*

La construction des questionnaires s'est organisée en fonction des interrogations posées dans la problématique afin de recueillir les réponses relatives à ces dernières. Une première partie a donc questionné l'identité des interviewés et leurs catégories socio-professionnelles pour une partie de l'échantillon. Une deuxième partie a essayé de mettre en lumière la place de l'utilisateur dans son projet de logement et les compétences que ces derniers ont acquies depuis l'entrée dans leur logement. Une troisième partie avait pour objectif de recueillir les différents points de vue sur l'accompagnement effectué par les professionnels des Unités de Réhabilitation et de Réinsertion, d'en cibler les points forts mais aussi les axes à améliorer. Enfin, les dernières questions étaient relatives au logement idéal tel que les interviewés l'envisagent ; le but étant d'en comparer ce qui en est projeté pour chacun des différents groupes.

Trois questionnaires ont donc été construits en miroir (Résidents/usagers-Professionnels- Partenaires) pour permettre une comparaison des résultats par groupes mais aussi par thématiques.

---

<sup>5</sup> Annexe 5 : questionnaires

### *1.3) Choix des interviewés*

Comme évoqué précédemment, il me paraissait intéressant de confronter sur les mêmes questionnaires les points de vue des usagers, des professionnels mais aussi de partenaires.

Les pôles de Psychiatrie Adultes de Saint Nicolas de Port 54G07 et de Lunéville 54G03 mutualisent de plus en plus leurs moyens. Ces deux pôles ont, chacun, une unité de réhabilitation et de réinsertion qui remplissent les mêmes missions notamment dans la cadre du logement accompagné. Si sur le pôle 54G07, le dispositif est basé sur le collectif, l'équipe du 54G03 accompagne ses usagers dans des logements individualisés. L'Unité de Réhabilitation de Saint Nicolas de Port est une unité relativement récente. Sa voisine lunévilloise, plus connue sous le nom d'Intermède existe depuis les années 1990. Il m'a donc paru intéressant d'interroger les usagers de ces deux unités. En effet, ils sont accompagnés par deux équipes travaillant de manière distincte et leurs expériences du logement sont également différentes.

14 usagers ont donc été interrogés.

Concernant le groupe dit « Professionnels », il m'a semblé pertinent d'interroger des agents travaillant dans différents services de soins et ayant des profils variés. En effet, le logement est une problématique qui se retrouve à tous les niveaux des prises en soins : au long cours dans le cadre d'un suivi sanitaire.

15 professionnels ont ainsi été interrogés.

Quant au groupe « partenaires », nous avons mis en évidence dans la problématique la nécessité de développer un partenariat riche et varié pour co construire les projets de vie des usagers. Le travail partenarial peut éviter certains écueils et favorise la réflexion et la résolution de certaines problématiques qui peuvent être annexes au logement. Pouvoir recueillir leur point de vue, c'est aussi essayer de comprendre les difficultés qu'ils rencontrent, de questionner les connaissances qu'ils ont des missions et des actions de nos différentes unités de réhabilitation.

13 partenaires ont été interrogés.

## **2) Méthode de recueil des questionnaires**

Pour chacun des trois groupes interrogés, un questionnaire martyre a été travaillé et proposé à un représentant. En fonction des observations reçues et des questionnements des testeurs, ils ont été remaniés. Cette étape a permis d'éviter certains écueils non perçus lors de la phase d'élaboration.

Pour le groupe « usagers » : une aide a été sollicitée auprès des professionnels des deux unités de réhabilitation. En effet, il a été parfois difficile de présenter ce travail à certains usagers qui ne me

connaissaient pas. La présence rassurante et bienveillante de ces derniers a permis aux personnes concernées de se sentir plus à l'aise pour répondre aux questions. En effet, plusieurs usagers étaient inquiets des répercussions de certaines de leurs réponses ; d'autres étaient méfiants car certaines questions étaient perçues comme intrusives.

Pour le groupe « professionnels » : une présentation de ma démarche a été réalisée. Ce temps d'échange a permis d'expliquer ce travail de mémoire, ses objectifs et une lecture du questionnaire a pu être faite. Une mise à disposition par la suite a bien évidemment été proposée.

Pour le groupe « partenaires » : la passation un à un des questionnaires sur RDV a été sollicitée au préalable lors d'entretien de visu ou téléphonique. De nombreux partenaires ont souhaité l'envoi du questionnaire par courriel afin de pouvoir prendre le temps nécessaire pour y répondre.

### **3) Difficultés rencontrées**

Plusieurs difficultés ont été recensées pendant toute la phase de recueil des questionnaires. En effet, pour certains professionnels et partenaires, la notion de logement accompagné n'avait pas forcément la même signification. Beaucoup d'entre eux m'ont, par ailleurs, signifié la difficulté à répondre à certaines questions ouvertes.

La quantité des retours est également inférieure au nombre de questionnaires envoyés malgré de nombreuses relances par téléphone ou par courriel.

En ce qui concerne le groupe « usagers », il s'est rapidement avéré que ce questionnaire ne pouvait pas être soumis à tous les usagers ; en effet, pour certains, la formulation des questions les rendaient difficiles à traiter et il était hors de question de générer des inquiétudes inutiles, ou de mettre les personnes en difficultés.

### **4) Méthode d'analyse des questionnaires**

Afin de pouvoir analyser les différents questionnaires, j'ai choisi d'utiliser le logiciel SPHINX après avoir sollicité l'accord puis l'aide du Service Qualité du CPN. Cette démarche a permis de mettre en forme et en lumière les données et d'en récupérer une analyse par groupes interrogés. Des groupements de mots ont également été listés.

L'étude de ces données a été travaillée en fonction des trois groupes cibles mais aussi en fonction des trois questions posées dans la problématique. Quant aux différentes listes des groupements de mots, elles vont permettre une analyse lexicale des réponses. Cette analyse concerne uniquement les

questions ouvertes où sont demandés 3 mots aux interviewés.

### **III) RESULTATS DE L'ENQUETE<sup>6</sup>**

Pour présenter les résultats de cette enquête, j'ai fait le choix de découper les questionnaires en quatre parties ; la première partie présente les trois échantillons d'interviewés et les suivantes reprennent une interrogation évoquée dans la problématique de ce travail de mémoire.

#### **1) Présentation des trois groupes cibles**

Le groupe « Usagers » est constitué de 14 personnes : 64,3% sont des hommes, 37,5% sont des femmes. Leurs tranches d'âge se situent pour plus de 42% entre 40 et 50 ans et pour 37,5% entre 20 et 30 ans. Près de 93% vivent en ville ; la plupart en appartement et seuls. A noter que 28,6% sont résidents dans des appartements thérapeutiques associatifs.

Près de 79% sont satisfaits de leur logement actuel.

Le groupe « Professionnels » est constitué de 15 personnes. 60 % sont infirmiers, et plus de 26 % sont assistants socio-éducatifs. 13,3 % sont médecins. Ils travaillent à plus de 86 % en réhabilitation, à 26,7% dans un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel et 20% en CMP. Tous les professionnels ont eu l'occasion d'accompagner un jour un usager dans son projet de logement.

Le groupe « Partenaires » quant à lui, est constitué de 13 personnes. Les catégories principalement représentées sont les associations à plus de 30%, les mairies pour 23,1 %. Les services tutélaires et le Conseil Départemental représentent chacun plus de 15% de l'échantillon.

46,2% sont travailleurs sociaux et plus de 23% sont personnels encadrants. A noter que 15,4 % sont des élus. 84,6 % d'entre eux ont eu l'occasion d'accompagner un résident dans un projet de logement.

#### **2) Place de l'utilisateur dans la construction de son projet de logement et nouvelles compétences acquises.**

La deuxième partie du questionnaire avait pour objectif de repérer qu'elle était la place de l'utilisateur dans la construction de son projet de logement et quelles avaient été les compétences acquises depuis

---

<sup>6</sup> Annexe 6 : résultats SPHINX

leur entrée dans ce dernier. A noter que les interviewés avaient la possibilité de choisir plusieurs réponses.

Pour le groupe « usagers », presque 79% d'entre eux ont participé à la construction de leur projet de logement. Le personnel soignant et les services sociaux représentaient respectivement 71,4% et 35,7%. L'entourage et la famille ne sont cités qu'à 27,3%.

En ce qui concerne le groupe « professionnels », 100 % des personnes interrogées ont répondu que les professionnels du soin et les usagers avaient construit les projets de logement. Interviennent ensuite les travailleurs sociaux et la famille/entourage à hauteur de 71,4% chacun.

Pour le groupe « partenaires » l'utilisateur, cité à 81,8%, a eu une place dans la construction de son projet de logement. Les personnels du social et du soin (63,6%) viennent ensuite à exæquo. La famille/entourage n'aura été citée qu'à 27,3%.

En ce qui concerne les compétences acquises, les professionnels à hauteur de 93,3%, 100% des partenaires et près de 93% des usagers ont estimé que de nouvelles compétences avaient été développées. La gestion de la solitude, l'investissement du logement et son entretien sont celles ciblées en premier.

Il est ensuite questionné le lien entre l'accès à un logement et le sentiment de citoyenneté et quelles seraient les éventuelles améliorations à apporter pour le favoriser davantage.

Pour le groupe « usagers » 71,4% se sentent citoyen dans la commune où ils vivent. Selon eux, faire ses sorties, aller dans les commerces, faire des activités de loisirs, entretenir des relations avec le voisinage sont des leviers qui leur permettent d'accentuer encore plus ce sentiment de citoyenneté.

Pour le groupe « partenaires » 100% des personnes interrogées estiment qu'intégrer un logement accompagné favorise la citoyenneté. Les améliorations possibles sont à envisager dans la vie associative, et les activités par exemple.

Pour le groupe « professionnels » 93,3% d'entre eux adhèrent à cette idée selon laquelle le logement favorise le sentiment de citoyenneté. Pour eux aussi, la vie associative est une piste à améliorer mais ils mettent également en avant le travail.

### 3) Accompagnement soignant : points forts et axes à améliorer

Cette partie du questionnaire a cherché à identifier dans un premier temps si les personnes interrogées estimaient que la pathologie pouvait avoir des incidences sur le projet de vie des usagers.

Pour les professionnels, comme pour les partenaires, cela est le cas à plus de 92%. Le pourcentage est un peu moindre en ce qui concerne le groupe « usagers » (76,9%). Que ce soit pour les partenaires ou pour les professionnels, tous les interviewés ont déclaré que l'accompagnement des soignants limite ces incidences. Les précisions apportées à ces réponses mettent en avant les notions de cadre, d'aide et de soutien, de connaissances de la pathologie, des capacités d'adaptation. Viennent ensuite la réassurance et la confiance.

Les usagers, quant à eux, estiment à 80% que l'accompagnement soignant permet de limiter les incidences de la maladie. Ils évoquent l'aide apporté par les équipes de soins, la possibilité de faire des activités et le travail. Le soutien et l'entretien sont également évoqués.

Dans un second temps, deux questions ont porté sur les forces ou effets positifs de l'accompagnement soignant mais aussi sur les faiblesses et les effets négatifs de ce dernier.

Pour le groupe « usagers », les taux de réponse à cette question étaient de 78,6% pour les aspects positifs et seulement de 35,7% sur les aspects négatifs. Les répondants estiment que les effets positifs des soignants se tiennent dans leur présence, leur aide et leurs conseils. La communication est citée à 63,6%. Quant aux effets négatifs, sont abordés, en autres, le manque de temps des soignants, la difficulté à faire confiance et à comprendre la maladie car « elle n'est pas vécue par les soignants. »

Le taux de réponse à ces deux questions est de 100% en ce qui concerne le groupe « professionnels ». Les forces évoquées sont la réassurance, la bienveillance, la connaissance, les compétences et le partenariat. Les faiblesses abordées sont les moyens, la peur, le risque, les limites, la stigmatisation ...

Quant au groupe « partenaires », près de 77% ont répondu à la question sur les forces des soignants. Ont été mis en avant ici, la connaissance de la pathologie, des symptômes, les compétences, le relationnel. 69,2% ont répondu à la question sur les faiblesses. Les principales citées sont les limites, les difficultés, les manques de moyens mais aussi la peur et l'angoisse.

#### 4) Logement idéal : comparaison des points de vue

La question du logement idéal avait pour objectif de comparer les différents points de vue entre les usagers, les professionnels et les partenaires.

Face à cette interrogation, les usagers ont répondu à près de 93%. Pour 92,3% de ces derniers, ils ont un projet de logement idéal. Celui-ci serait un appartement ou une maison, une villa ou un palace. Un jardin, un accès à la mer ou une piscine ainsi que des rangements avec plus de place ont également été évoqués. Les avantages de ces logements idéaux seraient l'environnement mais les verbes « profiter et inviter » sont aussi cités. Les inconvénients relevés sont le prix élevé, l'entretien, l'éloignement, la solitude.

Le groupe « partenaires » a un taux de réponse de 100%. Pour ceux-ci, le logement idéal est un logement collectif, entouré dans un cadre et un espace respectant les besoins et les envies. Il doit être adapté. La notion d'accompagnement est également évoquée. Les termes « soignant et médical » sont aussi cités ainsi que la notion d'accessibilité. Selon eux, les avantages se situent dans les relations sociales et collectives. Le souhait et le besoin sont également évoqués. Concernant les inconvénients, l'élaboration, les contraintes et les devoirs sont nommés ainsi que la localisation et le voisinage.

Le groupe « professionnels » a, quant à lui, répondu à 93,3%. Pour ces derniers, le logement idéal est associé à une équipe et des soignants ; il doit être adapté et possible. Il permettrait l'apprentissage et une évolution. Il doit répondre aux besoins et aux envies des usagers, être entouré et dans un collectif. Les avantages mis en avant sont le développement et l'amélioration, la souplesse et le respect. Les inconvénients se situent dans les contraintes, l'élaboration, les charges et le coût.

#### 5) Analyse lexicale

Grâce au logiciel SPHINX, des listes de groupements<sup>7</sup> de mots ont été établies en fonction des réponses aux questions ouvertes. Une reprise des commentaires a également été réalisée.

Concernant les groupements de mots relatifs à la question sur la citoyenneté, certains reviennent pour chacun des trois groupes d'interviewés. On peut y lire des termes tels que : travail, activités, droit, participation, intégration, échange...

---

<sup>7</sup> Annexe 7 : liste de groupements de mots par groupes

En ce qui concerne les interrogations concernant l'accompagnement soignant et ses effets positifs, là aussi, les mêmes termes reviennent pour les groupes « partenaires » et « professionnels » : compétences, connaissances, soins, relationnel etc... Les mots employés par le groupe « usagers » sont un peu différents. On peut lire communication, confiance, activité ou présence par exemple. Sur la question des effets négatifs de l'accompagnement soignant, les groupements de mots sont plus hétérogènes pour les groupes « partenaires » et « professionnels ». On peut, cependant, retrouver les notions de peur et de moyens pour chacun de ces deux groupes. Il n'y a pas de groupement de mots relevés à cette question sur les réponses des usagers.

Les trois listes de groupement de mots sont, par contre, différentes sur la question du logement idéal. Pour le groupe « usagers » on peut lire jardin, villa, palace, grand ... Pour les deux autres groupes, les mots utilisés ne sont pas les mêmes. On peut soulever les termes d'accompagnement, d'autonomie ou de sécurité.

## **6) Difficultés rencontrées lors de la restitution de cette enquête**

Au même titre que la phase de passation des questionnaires, j'ai rencontré des difficultés dans la restitution des résultats. Malgré les explications fournies aux différents interviewés, certaines règles de remplissage n'ont pas été respectées. En effet, sur plusieurs questions, une priorisation des réponses avait été demandées. De nombreux questionnaires sont revenus sans cette dernière. J'ai donc fait le choix de ne pas en tenir compte dans la lecture des résultats.

De même, il est arrivé à plusieurs reprises que des questions ou des demandes de précisions ne soient pas renseignées.

Enfin, plusieurs retours de personnes interrogées avaient mis en avant leur difficulté à répondre à plusieurs questions, et le manque de réponses semble le confirmer.

## **IV) DISCUSSION**

Cette enquête avait pour objectif de répondre à certaines interrogations relatives à la place de l'utilisateur des dispositifs de santé mentale dans la construction de leur projet de logement et donc de vie, mais aussi d'aller questionner les notions de citoyenneté. Par ailleurs, il a été intéressant de pouvoir comparer les différentes réponses entre les trois groupes cibles concernant le rôle des soignants dans la réduction des incidences de la maladie et les forces et faiblesses de ces derniers. Quant à la question

du logement idéal, il est aisé de se rendre compte du delta entre les envies des personnes et les recommandations proposées par les partenaires et les professionnels.

Tout d'abord, il est important de souligner tout l'intérêt de développer une culture et un langage communs. En effet, certains mots n'ont pas eu le même sens pour les différents groupes interrogés. L'utilisateur a sa propre expertise qu'il est nécessaire de prendre en compte. De même, il est primordial de travailler avec lui sur ses besoins et non sur ses incapacités.

De nombreuses réponses apportées, et ce dans les trois groupes interrogés, mettent en évidence la nécessité de développer le partenariat, les activités dans la cité afin de favoriser le sentiment de citoyenneté. Un travail de déstigmatisation est également à effectuer pour permettre une meilleure inclusion dans la communauté. Le logement, s'il est choisi par la personne concernée et qu'il répond à un minimum de critères souhaités par l'utilisateur peut être un réel levier d'intégration dans la cité. Posséder un toit, dans un quartier, être reconnu comme un habitant lambda, avoir des voisins, des activités quotidiennes sont autant de facteurs essentiels dans le rétablissement des personnes que l'on accompagne. C'est ici la notion de désirabilité sociale qui est mise en avant par l'utilisateur.

Concernant les accompagnements soignants, les forces fréquemment citées par les partenaires et les professionnels sont celles liées à la connaissance de la maladie et ses conséquences. Une assistante sociale travaillant en unité de réhabilitation explique que « le soignant de par la connaissance fine des pathologies et de leurs manifestations cliniques permet d'être un pont entre les patients et la cité qui connaît souvent mal les pathologies ou qui les craint. » De même, les compétences des soignants dans le domaine de l'évaluation sont soulignées au même titre que leurs capacités à permettre l'acceptation et la compréhension de la maladie ainsi que le développement de l'autonomie des usagers. Il paraît donc ici essentiel de continuer à favoriser de type d'accompagnement visant l'empowerment des usagers.

Les usagers mettent en avant les qualités de bienveillance, de disponibilité et d'humanité des soignants. Pour certains « ils pallient à l'absence de l'entourage », ils se sentent à l'aise et non jugés. Les relations soignants-soignés sont respectueuses et horizontales « on rigole bien avec la Rehab » « ils nous font toujours rire ». Cette attitude professionnelle et les liens établis démontrent qu'il est tout à fait possible de développer un lien de confiance et de fait une alliance thérapeutique au-delà des murs d'un bureau et d'un hôpital par exemple. Le lien humain n'est-il pas ici le plus thérapeutique des outils de soins ?

En ce qui concerne les points faibles de l'accompagnement des soignants, les professionnels mettent avant la nécessité de travailler davantage avec les familles et les partenaires. Ils pointent également

la manque d'approche globale des situations et déplorent « des projets de soins incohérents » Certains évoquent même le risque de dépendance de l'utilisateur ou de perception d'intrusion dans sa vie. A ce sujet, il apparaît primordial de toujours replacer les objectifs des accompagnements en positionnant l'utilisateur au cœur des décisions qui le concernent. Il est important que le patient attentiste des décisions de la sphère médicale devienne un patient-partenaire qui coconstruit son projet de soins et fortiori son projet de vie. Sont également soulevés ici, les aspects éducatifs qui échappent au corps infirmier et une méconnaissance des dispositifs médico-sociaux. La pluriprofessionnalité des équipes apparaît, ici, nécessaire. En effet, les équipes trop souvent constituées de personnels soignants se voient dans l'obligation de mener des missions qui relèvent du champ social et/ou éducatif. Un glissement de tâches est facile et ne permet plus aux infirmiers de se concentrer sur leur mission de soins. Un travailleur social a, de fait, toute sa place dans ces équipes. Il peut ainsi apporter une expertise complémentaire, une analyse différente et donc favoriser une approche globale de la situation de l'utilisateur.

Les partenaires font le même constat. Ils déplorent le manque de regard global et le risque de développer une relation de dépendance entraînant ainsi un frein à l'autonomisation des patients et un enfermement dans la pathologie. Est aussi évoqué un quotidien soignant éloigné de la réalité des partenaires. Au même titre que l'utilisateur et les équipes soignantes, les partenaires doivent être acteur dans la construction des projets de soins, de logement, de vie de manière à ce que toutes les compétences soient réunies au profit des intéressés. Depuis la création des Conseils Locaux en Santé Mentale (CLSM), des instances de concertations de type « situations complexes » réunissant tous les personnes gravitant autour d'une situation compliquée se concertent et essaient ensemble de réfléchir à des pistes de résolution de problème. Cette volonté de travailler ensemble fonctionne dans le cas de situations difficiles. Pourquoi donc attendre que les situations deviennent « complexes » pour travailler ensemble ?

Les usagers, pour leur part, évoquent, parfois le manque de présence de l'accompagnement des soignants qui sont trop souvent trop occupés. Un usager a également précisé que « les soignants rencontraient des difficultés à comprendre la maladie car ils ne la vivent pas » Face à ce type de remarques, les équipes soignantes doivent non seulement s'ouvrir au savoir social et/ou éducatif mais surtout au savoir expérientiel. Quel professionnel n'est mieux placé dans une équipe qu'un Médiateur de Santé Pair (MSP) ? Selon le site internet de l'AQRP : Programme Québécois Pairs Aidants Réseau « *Le MSP est un membre du personnel qui, dans le cadre de son travail, divulgue qu'il vit ou qu'il a vécu un trouble mental. Le partage de son vécu et de son histoire de rétablissement a pour but de redonner de l'espoir, de servir de modèle d'identification, d'offrir de l'inspiration, du soutien et de l'information auprès de personnes qui vivent des situations similaires à celles qu'il a vécues* » Des rencontres avec des équipes ayant des MSP confirment la nécessité et l'importance de les avoir à leurs

côtés au quotidien. Quant aux MSP, ils estiment qu'ils auraient gagné plusieurs années dans leur processus de rétablissement s'ils avaient eu la chance de croiser le chemin de l'un des leurs. L'organisation des soins est donc, ici, questionnée quant au nombre de professionnels dédiés à ces équipes de réhabilitation mais aussi à leurs catégories professionnelles. Le projet de soins et notamment des dispositifs, tel qu'il a été pensé et écrit, est effectivement bien construit mais il reste à compléter.

Le dernier point de cette enquête traite de la question du logement idéal. C'est sur cette question précise que l'on peut noter de grandes différences dans les réponses apportées par les usagers et certains professionnels et/ou partenaires. Ces derniers évoquent des lieux collectifs, encadrés proches des commerces et des services. Les usagers rêvent de villa, de grande maison, de mer !! Il est surprenant de voir, ici, un tel delta dans les choix de réponses. Les usagers ont les envies de tout à chacun. La maladie n'entre plus en ligne de compte. Les professionnels et les partenaires sont plus pragmatiques dans leurs réponses. La maladie et ses conséquences sont présentes dans les choix de logement même idéal ! L'utilisateur se résume-t-il à sa maladie ? Dirait-on la même chose pour une personne souffrant d'un problème de santé somatique ? Il est, cependant, à noter que certains professionnels, expliquent que le logement idéal est « est celui qui correspond au besoin du patient, qui s'adapte à celui-ci et non l'inverse. Sa priorité serait l'humanisme et l'éthique ». Pour le programme « Un chez soi d'abord », le bien-être du locataire passe par l'inconfort du professionnel qui l'accompagne.

La responsabilité des soignants est donc de mettre à disposition des usagers qu'ils accompagnent des environnements favorables en lien avec les autres acteurs des territoires. La charte d'Ottawa pour la santé met en avant ces notions notamment celle de la promotion de la santé mentale.

## CONCLUSION

Depuis la première semaine de présence à ce DIU « santé mentale dans la communauté : étude et applications », je souhaite traiter la question du logement dans ce travail de mémoire. En effet, c'est un déterminant du bien-être et d'une bonne santé mentale et il est aussi l'affaire d'un grand nombre d'acteurs sur un territoire donné. Le logement est un facteur du rétablissement qui place l'utilisateur au cœur d'une cité et dans une communauté. Qu'il soit accompagné ou pas, il peut être un véritable levier dans l'inclusion de personnes souffrant d'un trouble psychique. Pour autant, il n'empêche pas l'auto-stigmatisation, la stigmatisation et la discrimination dont sont souvent victimes les usagers des dispositifs de santé mentale.

Au-delà des notions d'habitat et de logement, les résultats de l'enquête se sont ainsi élargis aux notions de rétablissement et de promotion de la santé mentale.

Le rétablissement tel qu'il est défini par N. FRANCK (2017) se compose de quatre dimensions. La première se situe sur un plan clinique. Cette dimension est basée sur des interventions psychologiques et pharmacologiques. Ce point doit être travaillé avec le psychiatre référent des usagers pour les prescriptions et les différentes équipes soignantes et/ou infirmières libérales.

La deuxième dimension, quant à elle, est dite sociale. Elle se situe sur le plan de l'autonomie en termes de logements, d'emploi, de revenus, de relations sociales. Ces éléments sont à travailler avec les différents travailleurs sociaux (Assistante sociale en psychiatrie et les partenaires locaux).

La troisième dimension relève du domaine fonctionnel. Elle est relative à la restauration de la capacité à affronter les situations du quotidien, de se saisir de ses capacités et connaître ses limitations. Cette dimension peut être travaillée selon différents outils de remédiation cognitive.

La dernière dimension concerne le rétablissement personnel. Il est au cœur des trois dimensions citées ci-dessus. Il vise la restauration du sens de l'existence, la responsabilisation et l'espoir d'un autre avenir et d'un autre ailleurs.

Les pouvoirs publics, dans leur arrêté de 16 janvier 2019 relatif au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires, ont voulu mettre l'accent sur le rétablissement fonctionnel. Les usagers l'ont très peu, voire pas du tout, évoqué lors de cette enquête.

En effet, les réponses apportées et la discussion mettent bien en évidence la nécessité de travailler chaque dimension. Chacun a sa part de travail et de responsabilité. L'utilisateur doit reprendre le pouvoir sur sa vie et les décisions qui le concernent. Les professionnels de soins se doivent de créer des environnements favorables pour permettre à l'utilisateur de réaliser cet empowerment. Et les partenaires, quant à eux, ont aussi un rôle à jouer en place de ces environnements. Le logement n'est donc ici qu'un élément de ce rétablissement. La psychiatrie, seule, ne peut faire face à un tel chantier. Elle ne doit plus avoir de partenaires mais doit être un partenaire dans un collectif d'acteurs locaux sur un

territoire donné.

D'un accompagnement individualisé dans un projet de logement, l'objet de ce mémoire se déplace sur la notion d'une collectivité œuvrant ensemble pour mettre à disposition des citoyens des environnements favorables et d'améliorer ainsi le bien être d'une population. Il s'agit donc bien là de la notion de promotion de la santé mentale.

La Charte d'Ottawa pour la santé en 1986 insiste sur la nécessité de mettre en place des moyens pour pouvoir donner aux individus l'occasion de réaliser pleinement leur potentiel de santé tout en s'appuyant sur un environnement favorable et sur l'accès à l'information. Elle décline également le renforcement de l'action communautaire, la réorientation des services de santé, l'acquisition d'aptitudes individuelles etc...

Promouvoir la santé mentale c'est travailler sur les déterminants du bien-être. Cela relève de la responsabilité de tous. La psychiatrie doit rester une spécialité de médecine s'occupant des personnes souffrant d'un trouble psychique. Elle n'est qu'un élément parmi les autres qui doit œuvrer au quotidien pour améliorer la santé mentale de la population.

Agir contre la stigmatisation des troubles psychiques est un autre enjeu important dans le travail de promotion de la santé mentale. Cette notion a été abordée à plusieurs reprises dans cette enquête. Elle reste un frein essentiel au rétablissement des personnes souffrant de troubles psychiques. Lutter contre la stigmatisation, c'est avant tout communiquer avec la communauté. Les Semaines d'Information sur la Santé Mentale en sont un exemple mais d'autres moyens et actions peuvent aussi être mobilisés tout au long de l'année.

Le Centre Psychothérapique de Nancy a fait le choix en 2015 d'inscrire dans son projet d'établissement cette notion de promotion de la santé mentale. Un département a été créé, une coordinatrice nommée. Aidé d'un Comité de Pilotage réunissant professionnels du soins et partenaires, il mène des actions qui visent à promouvoir la santé mentale. Faire en sorte qu'elle devienne l'affaire de tous. C'est une démarche d'aller-vers et de santé publique.

Le pôle de psychiatrie adulte 54G07 s'est inscrit dans cette dynamique innovante en créant, une unité de promotion de la santé mentale et en mettant en place une coordination des actions. Cette unité a pour ambition de déployer sur son territoire les objectifs fixés au niveau institutionnel. Elle développe avec ses partenaires différentes actions tel un colloque sur le thème du logement « un logement pour tous dans la cité<sup>8</sup> » qui s'est déroulé le 26 septembre 2019. Elle se doit également de diffuser à l'ensemble des agents travaillant au sein de ce pôle ces notions essentielles que sont la santé mentale,

---

<sup>8</sup> Annexe 8 : affiche colloque « un logement pour tous dans la cité » et article presse locale

la promotion de la santé mentale, le rétablissement, l'empowerment ... La lutte contre la stigmatisation relève d'un combat au quotidien que tout agent se doit de mener.

Si le déploiement de ces unités à tous les pôles du CPN est un enjeu institutionnel ; quid des autres établissements publics de santé mentale ?

# REMERCIEMENTS

Ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour sans l'aide de nombreuses personnes que je remercie sincèrement.

Je tiens à saluer particulièrement :

Monsieur le Dr Jean-Luc ROELANDT et toute son équipe pour la création et l'organisation de ce DIU.

Merci à Aude CARIA pour sa disponibilité et sa bienveillance tout au long de ces trois semaines.

Merci à tous les intervenants, usagers, professeurs, professionnels pour nous avoir permis de découvrir leurs dispositifs et leurs services.

Merci à tous les collègues de cette promotion 2019 qui ont même réussi à me convertir à WhatsApp

Un grand merci à Arnaud BACHER pour son accompagnement tout au long de ma réflexion, de l'écriture de ce mémoire et sans qui je n'aurais pas pu participer à ce DIU. Merci d'y avoir cru.

Merci à Cécile PHILIPPE pour sa gentillesse et son soutien.

Merci à tous les usagers, aux collègues et aux partenaires qui ont accepté de répondre à mes questionnaires.

Merci aux collègues de l'unité de Réhabilitation de la Maison Antigone et d'Intermède pour leur aide.

Et un grand merci à Olivier, Clémence et Elliot qui m'ont soutenue pendant toute cette année.

# BIBLIOGRAPHIE

AQRP. (s.d.). Récupéré sur Programme Québécois Pairs Aidants Réseau.

Casagrande, A. (2012). Ce que la maltraitance nous enseigne. Dunod.

Couty. (2009). Rapport : missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie.

Dorvil, H. (2009). Hébergement, logement et rétablissement en santé mentale. Presse de l'Université du Québec.

Franck, N. (2012). Les dimensions du rétablissement adapté de Van Der Stek.

GCS pour la recherche et la formation en santé mentale. (2018). Appel à projet CNSA " et nos voisins européens, comment font-ils ?".

Gesmond sous la direction de Laval et Estecahandy. (2016). Le programme "un chez soi d'abord" Abrégé du rapport final du volet quantitatif de recherche.

Girard, Estecahandy, Chauvin. (2010). Rapport : la santé des personnes sans chez-soi.

HAS. (2013-2016). Programme pluri annuel.

Laforcade, M. (2016). Rapport relatif à la Santé Mentale, page 7.

MASLOW, A. (années 1940). Pyramide des besoins.

Ministère des solidarités et de la santé. (2019, janvier 16). arrêté n° DGOD/R4/2019/10 relative au développement des soins de réhabilitation psychosociale sur les territoires.

Organisation Mondiale de la Santé. (1986). Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, Document Politique.

Pelt, V. (2002). Logement et sciences humaines. Récupéré sur Forum 218, forum.lu.

Piel et Roelandt. (2001). Rapport : de la psychiatrie vers la santé mentale.

Plans psychiatrie et santé mentale 2005-2008 et 2011-2015 . (s.d.).

Réseau Français des Villes Santé de l'OMS, Le point Villes-Santé. (2009, avril). Santé Mentale et Habitat.

Unafam, D. P. (2009). Livre blanc sur le logement des personnes en difficultés psychiques.

Wallerstein, N. (2006). Quelles sont les preuves de l'efficacité de "l'empowerment" dans l'amélioration de la santé ? Health Evidence Report, OMS.

# ANNEXES

Annexe 1 : plaquette Maison Antigone

Annexe 2 : plaquette Unité Séraphine

Annexe 3 : plaquette La Passerelle

Annexe 4 : projet de service de l'Unité de réhabilitation et de réinsertion du pôle 54G07

Annexe 5 : questionnaires de l'enquête

Annexe 6 : résultats SPHINX

Annexe 7 : liste de groupements de mots

Annexe 8 : affiche rencontre partenariale « un logement pour tous dans la cité ». Article presse locale

## Une Unité de Promotion de la Santé Mentale et de Prévention

La Promotion de la santé mentale englobe toutes les actions contribuant à améliorer la santé mentale des individus c'est-à-dire, selon l'Organisation Mondiale de la Santé, un bien être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie et contribuer à la vie de la Communauté.

Les objectifs de cette unité sont :

- Développer la culture de la Promotion de la santé mentale
- Connaître et travailler avec tous les partenaires du secteur
- Participer aux actions d'information, de communication, de prévention etc...

**La Psychiatrie ne doit plus avoir de partenaires mais être partenaire**

Coordinatrice : Mme Céline PARENTY  
☎ 06 88 94 88 49

## Autres Services du G07

- **La Passerelle** à Neuves Maisons regroupant un CMP et un CATTP
- **Séraphine** à Saint Nicolas de Port : hôpital de jour intensif

**2 unités d'hospitalisation mutualisées avec le Pôle de psychiatrie adulte de Lunéville :**

- **Unité de Psychologie Médicale (UPM)** à Lunéville (unité d'hospitalisation en soins libres)
- **PHILIA** à Laxou (unité d'hospitalisation de soins sans consentement)

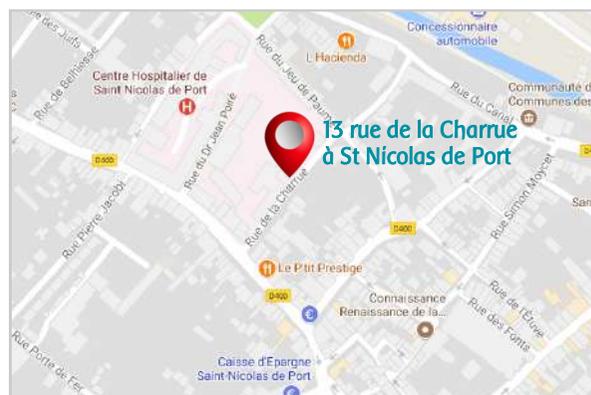
## Une équipe pluriprofessionnelle

Chef de pôle : Dr Béatrice Dugny

Elle se compose de :

- médecins psychiatres
- cadre supérieur de santé
- cadres de santé
- psychologues
- coordinatrices en promotion de la santé mentale et en réhabilitation
- infirmiers et aides soignants
- secrétaires
- assistantes de service social

## Plan d'accès



**Centre Psychothérapique de Nancy**  
1 rue du Dr Archambault - BP 11010  
54521 LAXOU CEDEX  
Tél : 03 83 92 50 50  
www.cpn-laxou.com

**Centre Psychothérapique  
de Nancy**



## La Maison Antigone

Pôle de Psychiatrie Adultes  
de Saint-Nicolas de Port (G07)



13 rue de la Charrue  
54210 SAINT-NICOLAS DE PORT  
☎ 03 57 80 60 00

## Un Centre Médico-Psychologique (CMP)

C'est une structure pivot de coordination et d'organisation des soins psychiatriques pour la population du secteur de Saint-Nicolas-de-Port.

C'est un lieu d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement ambulatoire.

### IL PROPOSE :

- des entretiens infirmiers
- des visites à domicile
- des consultations médicales psychiatriques
- une psychiatrie de liaison
- des psychothérapies
- un accompagnement social

### Le CMP est ouvert :

du lundi au vendredi  
de 9h00 à 17h00



Pour tout renseignement,  
vous pouvez contacter le :  
03 57 80 60 00

## Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Le CATTP est un lieu d'écoute, d'échanges et d'initiatives.

Sur indication médicale, il propose des activités thérapeutiques d'expression, de création et de développement personnel.

Ces activités se présentent sous forme d'atelier où sont utilisées de nombreuses médiations telles que le théâtre, le modelage, la peinture, la musique, l'écriture, les marionnettes etc.

Le CATTP offre également un accueil libre sous la forme d'un atelier ouvert permettant à chaque usager de profiter de la présence des professionnels pour créer du lien et favoriser ainsi un temps d'échange privilégié.

### Le CATTP est ouvert :

du lundi au vendredi  
de 9h00 à 17h00



Pour tout renseignement,  
vous pouvez contacter le :  
03 57 80 60 00

## Une unité de Réhabilitation

Ce dispositif s'articule autour de 4 axes de travail :

- Un accompagnement individuel tout au long du projet de vie des usagers.
- Un dispositif d'hébergement en partenariat avec l'association Ensemble.
- Une évaluation : l'utilisation de différents outils d'évaluation des capacités des usagers.
- Des activités : des activités sont proposées aux usagers pour favoriser l'insertion et la citoyenneté dans la cité.

Coordinatrice :  
Cécile PHILIPPE  
☎ 07 89 79 57 28



## Histoire...

Antigone est associée à la mythologie grecque, le personnage le plus connu étant la fille d'Œdipe, figure aidante et accompagnante ...

... Toutefois, d'autres contes la dépeignent comme la fille du roi de Troie. Pour avoir osé comparer sa propre beauté à celle d'Héra, elle vit ses cheveux changés en serpents.

Les dieux prirent pitié d'elle et la changèrent en cigogne. Elle devient alors la protectrice de ces oiseaux. Le nom de cette structure témoigne également au quotidien d'une particularité portoise où de nombreuses cigognes vivent en liberté.

## Modalités pratiques et administratives

L'unité Séraphine est ouverte 7 jours sur 7 de 9h00 à 17h00.

L'unité Séraphine n'est pas une unité d'urgence. Cependant, une admission peut être prononcée rapidement après concertation entre médecins et sous réserve de l'accord des psychiatres référents de l'unité. Il n'y a pas d'admission le week-end.

L'unité Séraphine a une capacité de 12 places.

La durée du séjour est de 4 semaines renouvelable sur décision médicale.

Le séjour est pris en charge par la caisse de sécurité sociale et la mutuelle de la personne.

Le transport peut être prescrit par le médecin.

Le traitement est délivré par la pharmacie du Centre Psychothérapique de Nancy.

## Autres Services du G07

- **La Passerelle** à Neuves Maisons regroupant un CMP et un CATT

- **La Maison Antigone** à Saint Nicolas de Port regroupant un CMP, un CATT, une unité de réhabilitation et une unité de promotion de la santé mentale.

**2 unités d'hospitalisation mutualisées avec le Pôle de psychiatrie adulte de Lunéville :**

- **Unité de Psychologie Médicale (UPM)** à Lunéville (unité d'hospitalisation en soins libres)

- **PHILIA** à Laxou (unité d'hospitalisation de soins sans consentement)

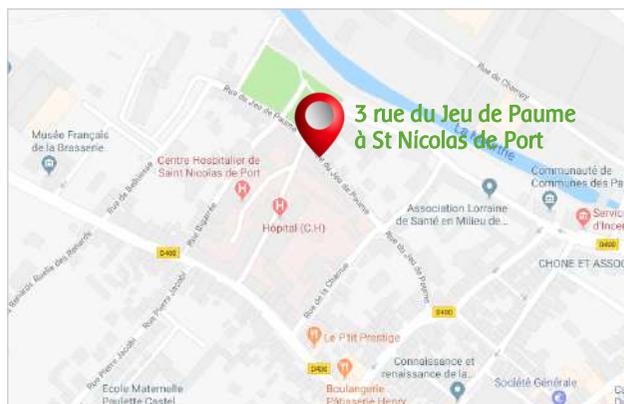
## Une équipe pluriprofessionnelle

Chef de pôle : Dr Béatrice Dugny

Elle se compose de :

- médecins psychiatres
- interne de spécialité
- cadre supérieur de santé
- cadre de santé
- psychologue
- infirmiers
- assistante de service social
- assistant médico-administratif

## Plan d'accès



**Centre Psychothérapique de Nancy**  
1 rue du Dr Archambault - BP 11010  
54521 LAXOU CEDEX  
Tél : 03 83 92 50 50  
www.cpn-laxou.com

**Centre Psychothérapique  
de Nancy**



## L'unité Séraphine

Pôle de Psychiatrie Adultes  
de Saint-Nicolas de Port (G07)



**3 rue du Jeu de Paume**  
**54210 SAINT-NICOLAS DE PORT**  
**☎ 03 57 80 60 10**

## Les indications et les missions

L'unité Séraphine propose des soins actifs, intensifs et réactifs dans une unité à temps partiel.

Il s'agit de proposer une prise en charge spécifique, intensive et limitée dans le temps, articulée avec les autres dispositifs du secteur en aval et en amont.

Cette unité de jour accueille des patients en état aigu ou subaigu.

Elle est une véritable alternative à l'hospitalisation à temps complet ou elle permet d'en réduire la durée.

Elle favorise aussi le maintien du lien avec l'entourage familial ou institutionnel.

On entend par prise en charge réactive la possibilité d'être hospitalisé très rapidement à l'issue de la visite du service.

On entend par prise en charge intensive, une offre de soins quotidienne contractualisée dès l'entretien d'admission du patient.

## Les activités



L'UNITÉ SÉRAPHINE PROPOSE :

- Des consultations auprès d'un médecin psychiatre du service plusieurs fois par semaine et la mise en place, le cas échéant, d'un traitement médicamenteux.
- Un suivi psychologique
- Des entretiens infirmiers tous les jours.
- Deux activités thérapeutiques quotidiennes utilisant des médiations expressives. A cela, s'ajoute le déjeuner pris avec les soignants de l'unité.
- Une évaluation sociale à l'admission et mise en place d'un accompagnement si nécessaire.



## L'organisation

A chaque demande d'admission sont proposés :

- une visite du service
- et un entretien d'accueil et d'orientation au cours duquel sont expliqués le mode de prise en charge et le fonctionnement du service.

Tout au long du séjour, le patient bénéficie d'un accompagnement infirmier individualisé et personnalisé permettant ainsi de créer une alliance aux soins.

Par ailleurs, et avec l'accord de la personne, la famille ou les aidants sont rencontrés ; favorisant ainsi leur implication dans la dynamique des soins.

Enfin, au cours de l'hospitalisation, le relais de la prise en charge sera discuté et une orientation vers les partenaires de l'unité sera organisée.

## Histoire...

« L'art que l'on dit « brut », celui que l'on produit pour soi, loin de tout regard, sans connaître la moindre des règles enseignées aux Beaux-Arts, commence dans l'ombre, forcément et finit parfois dans la lumière ».

C'est par exemple l'histoire de Séraphine Louis, dite Séraphine de Senlis (1864-1942). Cette femme de ménage, sans formation artistique et souffrant de troubles mentaux, symbolise bien le profil des artistes « bruts ».

L'unité Séraphine propose des ateliers de médiation artistique basés sur l'art cru. Se rapprochant de l'Art brut, il se définit comme un processus de création que des personnes sans expérience artistique déclenchent à l'occasion d'une crise intérieure. Il est centré sur la connaissance et la réalisation de soi, non sur l'objet et la performance.

## Des partenaires

La Passerelle s'inscrit dans de nombreuses activités transversales et pour ce faire, elle est en lien avec différents partenaires pour mener à bien ses missions de soins, de prévention, de réhabilitation, d'insertion et de promotion de la Santé Mentale.

Elle travaille notamment avec :

- le Conseil Départemental de Meurthe-et-Moselle
- la Communauté de Communes de Moselle et Madon
- la Maison Départementale des Personnes Handicapées de Meurthe-et-Moselle
- les associations : Ensemble, Espoir 54, UNAFAM etc ...
- le Groupe Entraide Mutuelle (GEM) Le Coucou à Chaligny
- la MAPH-Psy de Toul
- les médecins généralistes du secteur.
- ...

## Autres Services du G07

- **Séraphine** à Saint-Nicolas-de-Port : hôpital de jour intensif
- **La Maison Antigone** à Saint Nicolas de Port regroupant un CMP, un CATT, une unité de réhabilitation et une unité de promotion de la santé mentale.

**2 unités d'hospitalisation mutualisées avec le Pôle de Psychiatrie Adultes de Lunéville (G03) :**

- **Unité de Psychologie Médicale (UPM)** à Lunéville (unité d'hospitalisation à temps complet)
- **PHILIA** à Laxou (unité d'hospitalisation à temps complet en soins sans consentement)

## Une équipe pluriprofessionnelle

Chef de Pôle : Dr Béatrice Dugny

Elle se compose de :

- médecins psychiatres
- cadre supérieur de santé
- cadre de santé
- psychologues
- infirmiers
- assistante de service social
- assistante médico-administrative

## Plan d'accès



**Centre Psychothérapique de Nancy**  
1 rue du Dr Archambault - BP 11010  
54521 LAXOU CEDEX  
Tél : 03 83 92 50 50  
www.cpn-laxou.com

**Centre Psychothérapique  
de Nancy**



## La Passerelle

Pôle de Psychiatrie Adultes  
de Saint-Nicolas de Port (G07)



**21 bis rue Aristide Briand  
54230 NEUVES-MAISONS**  
☎ 03 83 50 22 24

## Un Centre Médico-Psychologique (CMP)

C'est une structure pivot de coordination et d'organisation des soins psychiatriques pour la population du secteur de Neuves-Maisons.

C'est un lieu d'accueil, d'évaluation, d'orientation et de traitement ambulatoire.

Il propose :

- des entretiens infirmiers
- des visites à domicile
- des consultations médicales psychiatriques
- des psychothérapies
- un accompagnement social

**Le CMP est ouvert :**

du lundi au vendredi  
de 9h00 à 17h00



Pour tout renseignement,  
vous pouvez contacter le :  
03 83 50 22 24

## Un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)

Le CATTP est un lieu d'écoute, d'échanges et d'initiatives.

C'est une structure intermédiaire entre le CMP et l'hôpital de jour. Il fonctionne de façon diversifiée pour assurer, par une approche pluri-professionnelle, les activités thérapeutiques favorisant l'expression, la réadaptation et la réinsertion des patients.

Il aide à maintenir ou à favoriser une existence autonome par des actions de soutien et de thérapie de groupe.

Le CATTP offre également un accueil sous la forme d'un atelier ouvert. Il permet aux participants, en présence des professionnels, de créer du lien et de favoriser ainsi un temps d'échange privilégié.

Le CATTP est animé par l'équipe du CMP.

**Le CATTP est ouvert :**

du lundi au vendredi  
de 9h00 à 17h00



Pour tout renseignement,  
vous pouvez contacter le :  
03 83 50 22 24

## Une psychiatrie de liaison

Les professionnels de la Passerelle se déplacent dans le cadre de la psychiatrie de liaison dans les structures médico-sociales ou sanitaires, et participent à la prise en charge des usagers en souffrance psychique.

Ils apportent également conseils et soutien aux équipes pluridisciplinaires et aux aidants.

Cette activité est particulièrement développée et des conventions ont été signées avec de nombreux établissements du secteur.

**Par exemple :**

- EHPAD Ste Thérèse à Ludres,
- l'Association Hospitalière St Eloi,
- l'OHS de Flavigny sur Moselle et de Bainville sur Madon,
- l'AGAFAB avec la Résidence Sociale Aristide Briand et la Pension de Famille Dominique Noirez,
- les ESAT de la Faisanderie et de Ludres.



## PROJET DE SERVICE : REHABILITATION - REINSERTION

Mis à jour Juin 2019

### ❖ EQUIPE PLURIPROFESSIONNELLE

Médecin psychiatre  
Equipe infirmière : 4,6 ETP  
Cadre de santé  
Assistante Sociale  
Psychologue  
Coordination

❖ HISTORIQUEMENT, **2003** est l'année de l'ouverture d'appartements associatifs de transition. Un **double projet** y est lié :

- Un volet **réhabilitation** avec accompagnement du patient vers un projet de vie alternatif à la chronicité et à l'hospitalisation.
- Un volet **hébergement** avec 4 places disponibles et un accompagnement infirmier en semaine et le samedi matin, réalisé par 1 infirmier pivot.

Ce projet amène alors des **évolutions partenariales**. Ainsi la **création d'un appartement d'urgence** est contractualisée avec la DDASS pour ensuite voir le financement assuré par l'ARS.

Actuellement, le dispositif de réhabilitation est une **déclinaison du projet médical 2015-2019**.

La diminution importante du nombre de lits d'hospitalisation, la création d'une Unité de Soins à Temps Partiel Séraphine, le développement de l'Unité de Promotion de la santé et le projet de réhabilitation sont des points forts de ce projet médical.

### ❖ CONCEPTS

Le mode de fonctionnement de ce service est basé sur trois concepts principaux : rétablissement, réhabilitation et empowerment au sens individuel du terme.

Le rétablissement est « une attitude ... de prise de conscience ... permettant d'affronter les défis ...et de mieux voir les possibilités offertes... »<sup>1</sup>

Il existe 4 dimensions au rétablissement :

- **Clinique**. Dimension basée sur des interventions psychologiques et pharmacologiques.  
Ce point est travaillé avec le psychiatre référent pour les prescriptions, l'équipe soignante et des infirmiers libéraux pour l'observance.
- **Social**. Dimension basée sur l'autonomie en termes de logements, d'emploi, de revenu, de relations sociales.  
Ce point est travaillé avec l'assistante sociale du service, l'équipe soignante, et les partenaires locaux pour exemple : l'Envol, Ensemble, mandataires judiciaires..

---

<sup>1</sup> Patricia Deegan 1996

- Fonctionnel : Dimension basée sur la restauration de la capacité à affronter des situations, à se saisir de ses capacités et de ses limitations.  
Ce point est travaillé avec l'équipe soignante, le service de remédiation cognitive, l'infirmière coordinatrice en ETP...
- Ces trois dimensions permettent le rétablissement Personnel, c'est-à-dire la restauration du sens de l'existence, la responsabilisation, l'espoir<sup>2</sup>

Le rétablissement des usagers du dispositif est donc un processus fluctuant.

Il existe plusieurs moyens de le travailler : les actions en réhabilitation : au sens français du terme, c'est-à-dire un état des lieux des compétences par des évaluations puis un renforcement des compétences fonctionnelles.

Les actions en promotion de la santé. C'est-à-dire la réflexion sur les déterminants de la santé (soutien social, éducation, emploi, ressources, environnements physiques, habitudes de santé, culture...) et des actions extérieures au domaine sanitaire. Seul le partenariat peut permettre d'agir sur le plus grand nombre de déterminants possibles.

La finalité de ce processus est la prise de pouvoir de l'utilisateur sur sa vie ( le mot empowerment peut être employé si pondéré au niveau individuel), c'est-à-dire le développement de savoirs, savoirs agir et pouvoir agir.

« L'empowerment fait référence au niveau de choix, de décision, d'influence et de contrôle que les usagers des services de santé mentale peuvent exercer sur les événements de leur vie. (...) La clé de l'empowerment se trouve dans la transformation des rapports de force et des relations de pouvoir entre les individus, les groupes, les services et les gouvernements ».<sup>3</sup>

## ❖ VALEURS

○ Le mode de fonctionnement de l'équipe de Réhabilitation Réinsertion est axé sur le travail des compétences et se situe à deux niveaux :

Le point principal est **le travail orienté sur les compétences des usagers**.

Depuis la création du dispositif, les professionnels soignants ont fait évoluer le paradigme de réflexion. D'un suivi pointant des symptômes comme problèmes à résoudre, l'évolution du dispositif permet dorénavant de réfléchir en collaboration avec les usagers à un projet de vie le plus pertinent possible basé sur des compétences à consolider et/ou à développer.

Le second point est **le travail axé sur la montée en compétence des professionnels** du dispositif. Dans une réflexion transdisciplinaire (vision systémique d'un accompagnement à visée résolutive), les différentes catégories professionnelles du dispositif se nourrissent d'apports mutualisés et vont aussi chercher des ressources extérieures (partenaires du médicosocial, formateurs suisses de Lausanne, colloque, congrès...).

<sup>2</sup> Franck, 2017, adapté de van der Stel, 2012

<sup>3</sup> Site Psycom

- Une valeur fondamentale du dispositif du territoire de Saint Nicolas de Port, défendue depuis son origine, est ***la pair émulation***.

A différencier de la pair-aidance par la professionnalisation que cette dernière vit actuellement avec le recrutement de Médiateurs Santé Pair.

La pair-émulation consiste, pour les professionnels du dispositif, à **instaurer un climat d'échange dans le collectif**. Les modalités d'accompagnement en activités et le mode de fonctionnement des logements permettent d'inscrire cette notion comme **point d'orgue du dispositif**.

Chaque usager peut être **acteur d'une transmission de compétence, de savoir et d'expériences**. Cela développe les compétences individuelles, la valorisation narcissique, le positionnement dans les habiletés sociales et les représentations véhiculées sur les personnes souffrant de troubles psychiques.

- Un troisième point important est ***le travail sur les représentations***.

Depuis de nombreuses années, des partenariats avec les acteurs locaux se sont tissés. Le point d'orgue fut la signature de conventions (avec L'Envol, la Mairie de Varangéville par exemple), ce qui inscrit chaque usager dans sa citoyenneté.

Ce travail s'oriente dans **une réflexion de promotion en santé mentale et prévention**.

Les notions de stigmatisation et de représentations sont abordées. Une évolution d'inscription des usagers dans la cité est objectivée.

En conclusion de ce chapitre sur les valeurs, nous pouvons acter que l'implication de tous les professionnels du dispositif est axé sur la **création d'un environnement favorable** pour les usagers. Cela inclut la **notion de *capabilité***<sup>4</sup>. Il faut non seulement prendre en compte ce que possèdent les individus, mais aussi leur capacité, leur liberté à utiliser leurs biens pour choisir leur propre mode de vie.

Donc, ce qu'un individu peut réaliser étant donné les biens qu'il possède (se nourrir suffisamment, se déplacer sans entraves, savoir lire et écrire), décrit son état et les différentes combinaisons possibles pour cet individu.

Une *capabilité* est un vecteur de mode de fonctionnement exprimant **la liberté pour un individu de choisir entre différentes conditions de vie**.

Cela complète la **notion d'empowerment**.

Il existe donc différents niveaux de lecture : le pouvoir individuel à mobiliser, le pouvoir collectif à mobiliser et le pouvoir de l'environnement à favoriser la mobilisation des usagers. Il serait donc péremptoire de définir le projet de service comme orienté sur l'ensemble de ces axes.

Toutefois, l'Unité Fonctionnelle de Réhabilitation-Réinsertion tend vers ces deux notions et permet de viser un objectif de rétablissement pour les usagers qui s'y inscrivent.

---

<sup>4</sup> Selon Amartya Sen, économiste et philosophe indien. Spécialiste des problématiques de la pauvreté et du développement, il a reçu le prix Nobel d'Economie 1998 pour « sa contribution à l'économie du bien-être »

Pour cela, l'équipe décline ses actions sur **3 points** :

1. **L'Evaluation** :

Actuellement, l'équipe pluri professionnelle travaille à partir de différents **outils** à visée de rétablissement fonctionnel:

- **COP 13** : Clinique Organisée de Psychoses est une évaluation en équipe de chaque patient à travers 26 items conjuguant la clinique psychiatrique, la psychopathologie psychanalytique et les enseignements de la psychiatrie de secteur. Cela permet de voir émerger des axes de travail en rapport avec les projets de vie des résidents.

- **ELADEB** : échelle de *mesure subjective des difficultés et du besoin d'aide*. Sur la base d'une activité de tri de cartes effectuée par la personne évaluée, il est rapidement possible de *dresser son profil de difficultés psychosociales*, et de *mettre en évidence les domaines dans lesquels elle estime avoir besoin d'une aide supplémentaire* par rapport à celle qui existe peut-être déjà.

- **AERES** : Auto Evaluation des Ressources. Echelle de *mesure des ressources adaptée* aux patients souffrant de troubles psychiques. Sur la base d'un tri de cartes effectué par la personne évaluée, il est possible de *dresser son profil de ressources*, de *mettre en évidence les ressources contribuant à son rétablissement*, ainsi que les ressources que la personne souhaite développer davantage ou renforcer.

- **Formation MDPH** : Un partenariat s'est créé entre le dispositif de Réhabilitation-Réinsertion et la MDPH de notre territoire. Celui-ci a permis de mettre en œuvre une formation d'évaluation du droit de compensation du handicap et de la prestation associée. Différents professionnels sont formés et s'inscrivent dans cette définition de la compensation par les services sociaux.

Ainsi posé dans la loi, le « droit à compensation » dépasse largement le cadre de la seule prestation de compensation. Cet outil permet donc d'ouvrir un panel environnemental supplémentaire d'aide à la construction du projet personnel des usagers.

Cela offre une objectivation des représentations professionnelles sur les pathologies mentales et le handicap associé, et un langage commun avec nos partenaires de la MDPH.

Ce qui permet de cibler un accompagnement global au plus proche des souhaits et besoins des usagers.

## 2. Réhabilitation :

Les activités proposées, à visée de rétablissement social, sont :

- **Sport** : pratique d'une activité physique, apprentissage du respect des règles de jeu, travail sur la dynamique de groupe et la solidarité.
- **Randonnée** : pratique d'une activité physique extérieure, découverte d'un environnement proche, faciliter les liens sociaux entre usagers et avec les professionnels.
- **Natation** : pratique d'une activité physique, rappel des règles d'hygiène corporelle, travail sur l'image de soi.
- **Balnéo** : activité de détente, rappel des règles d'hygiène corporelle, travail sur l'image de soi.
- **Repas sympathique** : participation à la préparation d'un repas complet et à un moment de convivialité dans un lieu de droit commun.
- **Le petit déj'** : participation à un moment de convivialité avant le we
- **L'Envol** : travail d'entraide et de resocialisation, inscription dans un collectif, approche du monde du travail.
- **GEM** : travail d'entraide et de resocialisation,

Les activités sont réalisées par le dispositif de **réhabilitation** et par le **CATTP**.

Le lien entre les structures de La Maison Antigone (CMP, CATTP, Réhabilitation) est travaillé et permet d'améliorer le projet de vie des usagers du dispositif.

Le **poste d'infirmier coordinateur**, créé en 2015, est une spécificité de ce dispositif. Suite à des échanges avec l'équipe et l'encadrement paramédical, les missions principales sont les suivantes :

- Synthèse et coordination des actions menées par l'équipe.
- Centralisation des informations pour le suivi quotidien des situations et des projets de vie grâce à des échanges réguliers avec l'équipe (bureau commun).
- Lien régulier avec les partenaires du pôle et également extérieurs (Association Ensemble, UDAF, Espoir 54,...).
- Représentation de l'équipe auprès des partenaires.
- Personne ressource (par rapport aux différentes demandes faites auprès de l'équipe).
- Allègement du travail, notamment administratif, ce qui permet à l'équipe de se concentrer sur l'accompagnement des patients au quotidien.
- Organisation, préparation des rencontres et des réunions, rédaction des comptes-rendus.

## 3. Hébergement accompagné, à visée de rétablissement social:

- Dispositif de transition :

- **8 places situées au 10 rue du jeu de Paume** à SNDP.

Ce dispositif s'appuie sur le principe de **pair-émulation**, avec présence de soignants la semaine et le samedi matin. Il existe un référent réhabilitation pour chaque résident.

Les résidents ont des droits et des devoirs, la durée de séjour varie de **6 mois à 2 ans**. Il existe peu de séjours courts. Pendant ces deux ans, une réflexion d'orientation doit s'engager.

- sur ce lieu de vie, existe une **9<sup>ème</sup> place, d'évaluation et de courte durée.**

Ce dispositif est ouvert aux usagers de tous les pôles du Centre Psychothérapique de Nancy, pour une durée de trois semaines. Il s'adresse aux personnes qui, de manière temporaire, nécessitent une évaluation globale.

Cela peut, à titre exceptionnel, servir d'accueil afin d'éviter une hospitalisation ou de garantir un éloignement d'un environnement de vie délétère. Ce lieu est **gratuit** pour le bénéficiaire.

- **Un appartement d'urgence** existe à Saint Nicolas de Port.

Il est destiné à des personnes souffrant de troubles psychiques et/ou en détresse sociale. Le bail est **de 3 mois renouvelable 1 fois**. Il s'adresse à des personnes relativement autonomes.

- Dispositif intermédiaire :

**5 places situées au 70 rue Charles Courtois** à SNDP (3 Places en rez-de jardin, 2 places en rez de chaussée).

L'intérêt principal est de trouver une solution d'hébergement pour des personnes ne pouvant et/ou ne voulant pas totalement accéder à l'autonomie et pour qui l'accompagnement sur le dispositif du Jeu de Paume est trop développé. La présence infirmière y est moins importante.

## ❖ PARTENARIAT

Dans le cadre d'un travail en promotion de la santé mentale et de réflexions sur ses déterminants, l'équipe a créé de nombreux partenariats dans la communauté.

Ainsi, un lien existe avec :

- Les cabinets d'infirmiers libéraux et les médecins généralistes pour la dispensation de traitement et le travail à l'autonomie des résidents.
- Les mandataires judiciaires : la majorité des résidents sont sous mesure de protection, il s'agit donc d'un partenaire essentiel au travail au quotidien et à la concrétisation des projets de vie.
- L'Envol pour le travail sur les compétences des usagers et une valorisation de celles-ci au travers de missions de réinsertion professionnelles.
- La Mairie de Varangéville qui permet le bon déroulement du repas sympathique.
- Le GEM pour un moment d'échange, de partage et de convivialité.

## ❖ PROJETS

- ReVIM
- SIMS 4
- Médiateur Santé Pair
- Création d'une association

❖ ANNEXES

1. Document Dispositif Logement G07
2. Dossiers d'admission aux appartements associatifs
3. Place d'évaluation (Projet + Dossier d'admission + Grille d'évaluation + Bilan Final)
4. Outils Eladeb / Aeres / PCH
5. Activités (Planning)
6. Profils de poste (IDE+ Coordination)
7. Appartement d'urgence
8. 10 (+règlement de fonctionnement) et 70

## DIU Santé Mentale dans la Communauté : études et applications

Dans le cadre de ce DIU, nous réalisons une enquête afin de réfléchir à la place que le logement a pris dans la construction du projet de vie des usagers des services de santé mentale.

Nous avons besoin de votre avis et de votre point de vue. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous hésitez, répondez ce qui vous vient en premier à l'esprit. Toutes vos réponses demeureront confidentielles et votre nom ne sera cité en aucun cas.

### Questionnaire Partenaires des services de soins

---

#### 1) Catégorie de partenaires

- |                                                             |                                                                     |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Association d'usagers et d'aidants | <input type="checkbox"/> Conseil Départemental                      |
| <input type="checkbox"/> Services tutélaire                 | <input type="checkbox"/> Services d'accompagnement dans le logement |
| <input type="checkbox"/> SAVS                               | <input type="checkbox"/> Association                                |
| <input type="checkbox"/> Mairies                            | <input type="checkbox"/> Bailleurs                                  |
| <input type="checkbox"/> Autres                             |                                                                     |

#### 2) Quelle est votre profession ?

- |                                             |                                             |                                                  |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Travailleur social | <input type="checkbox"/> Personnel soignant | <input type="checkbox"/> Personnel d'encadrement |
| <input type="checkbox"/> Psychologue        | <input type="checkbox"/> Ergothérapeute     | <input type="checkbox"/> Elu                     |
| <input type="checkbox"/> Médecin            | <input type="checkbox"/> Bénévole           | <input type="checkbox"/> Autres                  |

#### 3) Avez- vous déjà eu l'occasion d'accompagner un usager dans un projet de logement accompagné ?

- Oui  Non

#### 4) Qui a construit le projet de logement de cet usager ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 6)

- |                                                       |                                                   |                                               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'usager lui-même            | <input type="checkbox"/> Sa famille/son entourage | <input type="checkbox"/> Le personnel du soin |
| <input type="checkbox"/> Le mandataire le cas échéant | <input type="checkbox"/> Le personnel du social   | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)     |

**5) Selon vous, l'utilisateur a-t-il développé de nouvelles compétences depuis son arrivée dans ce logement ?**

**Oui :**

Lesquelles : plusieurs réponses possibles, (merci de prioriser de 1 à 7)

- |                                                     |                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien du logement      | <input type="checkbox"/> Confection repas         | <input type="checkbox"/> Gestion de la solitude |
| <input type="checkbox"/> Gestion administrative     | <input type="checkbox"/> Gestion du suivi médical | <input type="checkbox"/> Courses                |
| <input type="checkbox"/> Investissement du logement |                                                   |                                                 |

**Non :**

Selon vous, quelles seraient les compétences à développer ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 7)

- |                                                     |                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien du logement      | <input type="checkbox"/> Confection repas         | <input type="checkbox"/> Gestion de la solitude |
| <input type="checkbox"/> Gestion administrative     | <input type="checkbox"/> Gestion du suivi médical | <input type="checkbox"/> Courses                |
| <input type="checkbox"/> Investissement du logement |                                                   |                                                 |

**6) Selon vous, l'intégration dans ce type de logement permet-elle de favoriser le sentiment de citoyenneté de l'utilisateur ? On entend par citoyenneté le sentiment d'appartenir à la population d'une ville ou d'un village, de bénéficier des mêmes droits que les autres habitants et d'avoir les mêmes devoirs et obligations.**

Oui

Non

Selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser cette citoyenneté ?

Citez-en 3

- 
- 
-

**7) Pensez-vous que la pathologie a une incidence sur le projet de vie de l'utilisateur ?**

**Oui**

Selon vous, un accompagnement effectué par l'équipe de soins entourant l'utilisateur permet-il de limiter ces incidences ?

Oui : pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-  
-  
-

Non : Quelles seraient les améliorations à apporter ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-  
-  
-

Passez directement à la question 8

**Non** : pourquoi ? (Pouvez-vous préciser votre réponse en 3 idées ?)

-  
-  
-

**8) Selon vous, quelles sont les forces d'un accompagnement soignant ? Citez-en 3 au maximum**

-  
-  
-

**9) Selon vous, quelles sont les faiblesses d'un accompagnement soignant ? Citez-en 3 au maximum**

-  
-  
-

**10) Selon vous, quel serait le projet de logement idéal pour l'utilisateur ? (réponse libre)**

**Quels seraient ses avantages ? (Citez en 3)**

- 
- 
- 

**Quels seraient ses inconvénients ? (Citez en 3)**

- 
- 
-

Date :

Questionnaire n°

## DIU Santé Mentale dans la Communauté : études et applications

Dans le cadre de ce DIU, nous réalisons une enquête afin de réfléchir à la place que le logement a pris dans la construction du projet de vie des usagers des services de santé mentale.

Nous avons besoin de votre avis et de votre point de vue. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous hésitez, répondez ce qui vous vient en premier à l'esprit. Toutes vos réponses demeureront confidentielles et votre nom ne sera cité en aucun cas.

### Questionnaire Professionnels du Pôle G07 élargi G03

---

#### 1) Dans quelle structure du pôle élargi G07/03 travaillez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

- |                                                |                                                                  |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> CMP                   | <input type="checkbox"/> Réhabilitation                          |
| <input type="checkbox"/> Hospitalisation libre | <input type="checkbox"/> Hospitalisation soins sans consentement |
| <input type="checkbox"/> Hôpital de jour       | <input type="checkbox"/> CATTP                                   |

#### 2) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

- |                                    |                                  |                                         |                                                   |
|------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infirmier | <input type="checkbox"/> Médecin | <input type="checkbox"/> Cadre de santé | <input type="checkbox"/> Assistant socio-éducatif |
| <input type="checkbox"/> Autre     |                                  |                                         |                                                   |

#### 3) Avez déjà eu l'occasion d'accompagner un usager dans son projet de logement ?

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
|------------------------------|------------------------------|

#### 4) Qui a construit le projet de logement de cet usager ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 6)

- |                                                       |                                                   |                                               |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> L'utilisateur lui-même       | <input type="checkbox"/> Sa famille/son entourage | <input type="checkbox"/> Le personnel du soin |
| <input type="checkbox"/> Le mandataire le cas échéant | <input type="checkbox"/> Le personnel du social   | <input type="checkbox"/> Autre (Précisez)     |

**5) Selon vous, l'utilisateur a-t-il développé de nouvelles compétences depuis son arrivée dans ce logement ?**

**Oui :**

Lesquelles : plusieurs réponses possibles, (merci de prioriser de 1 à 7)

- |                                                     |                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien du logement      | <input type="checkbox"/> Confection repas         | <input type="checkbox"/> Gestion de la solitude |
| <input type="checkbox"/> Gestion administrative     | <input type="checkbox"/> Gestion du suivi médical | <input type="checkbox"/> Courses                |
| <input type="checkbox"/> Investissement du logement |                                                   |                                                 |

**Non :**

Selon vous, quelles seraient les compétences à développer ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 7)

- |                                                     |                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Entretien du logement      | <input type="checkbox"/> Confection repas         | <input type="checkbox"/> Gestion de la solitude |
| <input type="checkbox"/> Gestion administrative     | <input type="checkbox"/> Gestion du suivi médical | <input type="checkbox"/> Courses                |
| <input type="checkbox"/> Investissement du logement |                                                   |                                                 |

**6) Selon vous, l'intégration dans un logement permet-elle de favoriser le sentiment de citoyenneté de l'utilisateur ? On entend par citoyenneté le sentiment d'appartenir à la population d'une ville /village, de bénéficier des mêmes droits que les autres habitants et d'avoir les mêmes devoirs et obligations.**

Oui

Non

Selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser cette citoyenneté ?  
Citez-en 3

-

-

-

**7) Pensez-vous que la pathologie a une incidence sur le projet de vie de l'utilisateur ?**

**Oui**

Selon vous, l'accompagnement effectué par l'équipe de soins qui entoure l'utilisateur permet-il de limiter ces incidences ?

Oui : pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-  
-  
-

Non : Quelles seraient les améliorations à apporter ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-  
-  
-

Passez directement à la question 8

**Non** : pourquoi ? (Pouvez-vous préciser votre réponse en 3 idées ?)

-  
-  
-

**8) Selon vous, quelles sont les forces de l'accompagnement soignant ? Citez-en 3**

-  
-  
-

**9) Selon vous, quelles sont les faiblesses de l'accompagnement soignant ? Citez-en 3**

-  
-  
-

**10) Selon vous, quel serait le projet de logement idéal pour l'utilisateur ? (réponse libre)**

**Quels seraient ses avantages ? (Citez-en 3)**

- 
- 
- 

**Quels seraient ses inconvénients ? (Citez-en 3)**

- 
- 
-

Date :

Questionnaire n°

## **DIU Santé Mentale dans la Communauté : études et applications**

Dans le cadre de ce DIU, nous réalisons une enquête afin de réfléchir à la place que le logement a pris dans la construction de votre projet de vie.

Nous avons besoin de votre avis et de votre point de vue. C'est pourquoi, nous vous remercions de bien vouloir répondre à ce questionnaire. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Si vous hésitez, répondez ce qui vous vient en premier à l'esprit. Toutes vos réponses demeureront confidentielles et votre nom ne sera cité en aucun cas.

### **Questionnaire Usagers**

---

#### **1) Sexe :**

Homme

Femme

#### **2) Tranche d'âge :**

20 ans - 30 ans

30 ans - 40 ans

40 ans - 50 ans

Plus de 50 ans

#### **3) Où vivez-vous actuellement ? (3 réponses)**

Ville

Appartement

Seul

Campagne

Maison individuel

En couple

Pension de famille

En famille

En colocation

En foyer

Autre

Appartements thérapeutiques associatifs

Autre

#### **4) Votre logement vous convient-il ?**

Oui

Non

**5) Qui a construit votre projet de logement ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 6)**

- Vous                               Votre famille                               Le personnel soignant  
 Les services sociaux       Votre mandataire le cas échéant       Autre

**6) Selon vous, pensez-vous avoir développé de nouvelles compétences depuis votre arrivée dans ce logement ?**

**Oui :**

Lesquelles : (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 7)

- Entretien du logement                       Courses       Confection repas  
 Investissement du logement               Gestion administrative  
 Gestion du suivi médical                       Gestion de la solitude

**Non :**

Selon vous, quelles seraient les compétences à développer ? (Plusieurs réponses possibles, merci de prioriser de 1 à 7)

- Entretien du logement                       Courses       Confection repas  
 Investissement du logement               Gestion administrative  
 Gestion du suivi médical                       Gestion de la solitude

**6) Actuellement, vous sentez-vous citoyen dans la commune où vous habitez ?**

**On entend par citoyenneté le sentiment d'appartenir à la population d'une ville/village, de bénéficier des mêmes droits que les autres habitants et d'avoir les mêmes devoirs et obligations.**

Oui

Non

Quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser ce sentiment de citoyenneté ? (Citez en 3) ?

-

-

-

**7) Pensez-vous que la maladie a une incidence sur votre projet de vie ?**

**Oui**

L'accompagnement effectué par l'équipe de soins qui vous entoure permet-il de limiter ces incidences ?

Oui : Pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-

-

-

Non : quelles seraient les améliorations à apporter ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

-

-

-

**Passez directement à la question n° 8**

**Non :**

Pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 mots)

-

-

-

**8) Selon vous, quels sont les effets positifs de l'accompagnement des soignants ?  
(Citez en 3)**

-

-

-

**9) Selon vous, quels sont les effets négatifs de l'accompagnement des soignants ?  
(Citez-en 3)**

- 
- 
- 

**10) Avez-vous un projet de logement idéal ?**

Oui : Lequel ? (réponse libre)

Quels seraient ses avantages ? **(Citez en 3)**

- 
- 
- 

Quels seraient ses inconvénients ? **(Citez en 3)**

- 
- 
- 

Non : Pourquoi selon vous ? (Réponse libre)

# Santé Mentale dans la Communauté : études et applications

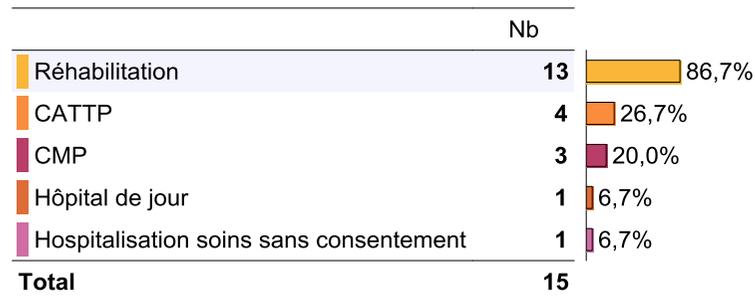
La place du logement dans la construction du projet de vie des usagers des services de santé mentale

## I/ IDENTITE

PROFESSIONNEL DU POLE G07 ELARGI G03  
15 Observations

### 1) Dans quelle structure du pôle élargi G07/03 travaillez-vous ? (Plusieurs réponses possibles)

Taux de réponse : 100,0%



### 2) Quelle est votre catégorie socio-professionnelle ?

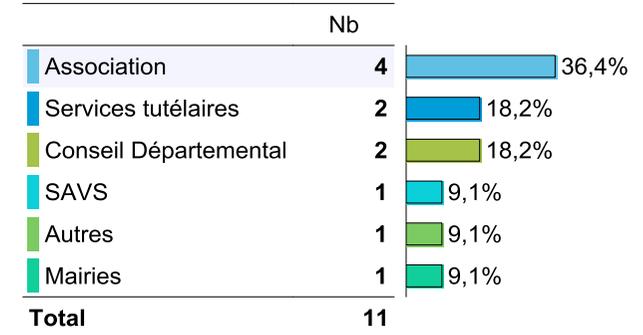
Taux de réponse : 100,0%



PARTENAIRES DES SERVICES DE SOINS  
11 Observations

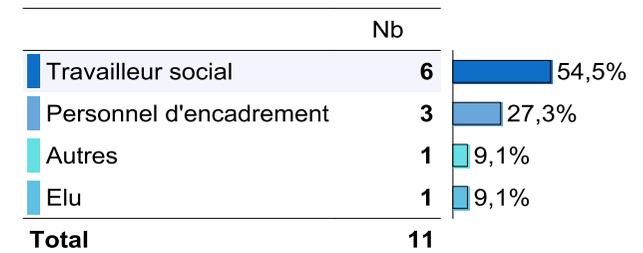
### 1) Catégorie des partenaires

Taux de réponse : 100,0%



### 2) Quelle est votre profession ?

Taux de réponse : 100,0%



## II/ ACTEURS DE LA CONSTRUCTION DU PROJET

### PROFESSIONNEL

#### 3) Avez-vous déjà eu l'occasion d'accompagner un usager dans son projet de logement ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Oui	15	100,0%
Non	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>15</b>	

#### 4) Qui a construit le projet de logement de cet usager ?

Taux de réponse : 93,3%

	Nb	Imp.	
Le personnel du soin	14	4,71	100,0%
L'utilisateur lui-même	14	5,57	100,0%
Le personnel du social	10	2,50	71,4%
Sa famille / son entourage	10	2,29	71,4%
Le mandataire le cas échéant	7	2,07	50,0%
Autre	2	0,14	14,3%
<b>Total</b>	<b>14</b>		

Priorisation : 86,7 %

### PARTENAIRES

#### 3) Avez-vous déjà eu l'occasion d'accompagner un usager dans un projet de logement accompagné ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Oui	10	90,9%
Non	1	9,1%
<b>Total</b>	<b>11</b>	

#### 4) Qui a construit le projet de logement de cet usager ?

Taux de réponse : 90,9%

	Nb	Imp.	
L'utilisateur lui-même	9	5,00	90,0%
Le personnel du social	7	3,00	70,0%
Le personnel du soin	7	3,20	70,0%
Autre	3	1,40	30,0%
Sa famille/son entourage	3	1,50	30,0%
Le mandataire le cas échéant	2	0,80	20,0%
<b>Total</b>	<b>10</b>		

Priorisation : 70 %

#### Si 'Autre' précisez :

	Nb
CCAS	1
chat	1
Ergothérapeute	1

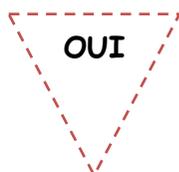
# III/ DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES COMPETENCES

## PROFESSIONNEL

5) Selon vous, l'usager a-t-il développé de nouvelles compétences depuis son arrivée dans ce logement ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Oui	14	93,3%
Non	1	6,7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	



5) a) Si oui, lesquelles ?

Taux de réponse : 86,7%

	Nb	Imp.	
Investissement du logement	13	6,15	100,0%
Entretien du logement	11	4,69	84,6%
Confection repas	10	3,54	76,9%
Gestion de la solitude	10	3,38	76,9%
Gestion du suivi médical	10	2,46	76,9%
Courses	9	3,00	69,2%
Gestion administrative	7	0,92	53,8%
<b>Total</b>	<b>13</b>		

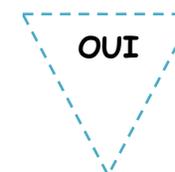
Priorisation : 100 %

## PARTENAIRES

5) Selon vous, l'usager a-t-il développé de nouvelles compétences depuis son arrivée dans ce logement ?

Taux de réponse : 90,9%

	Nb	
Oui	10	100,0%
Non	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	



5) a) Si oui, lesquelles ?

Taux de réponse : 90,9%

	Nb	Imp.	
Investissement du logement	9	4,00	90,0%
Entretien du logement	8	4,70	80,0%
Courses	6	2,80	60,0%
Gestion de la solitude	6	3,40	60,0%
Confection repas	5	2,00	50,0%
Gestion administrative	5	2,80	50,0%
Gestion du suivi médical	3	1,70	30,0%
<b>Total</b>	<b>10</b>		

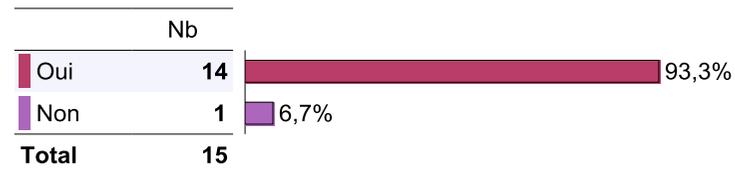
Priorisation : 90 %

# IV/ SENTIMENT DE CITOYENNETE

## PROFESSIONNEL

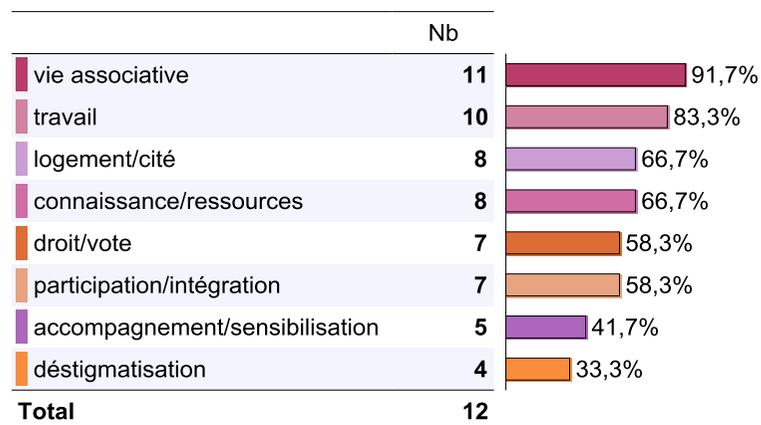
6) a) Selon vous, l'intégration dans un logement permet-elle de favoriser le sentiment de citoyenneté de l'usager ?

Taux de réponse : 100,0%



6) b) Selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser cette citoyenneté ? Citez-en 3

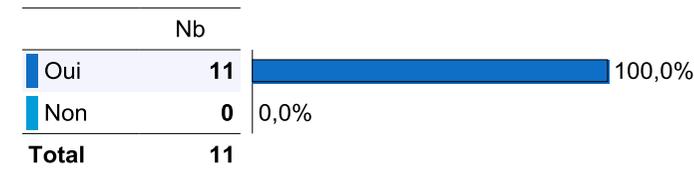
Taux de réponse : 80,0%



## PARTENAIRES

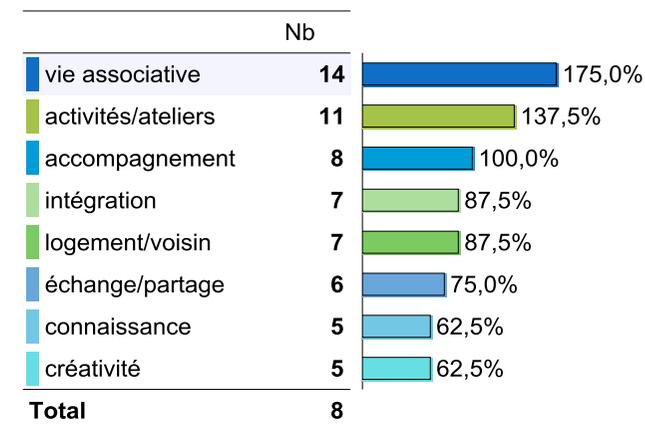
6) a) Selon vous, l'intégration dans ce type de logement permet-elle de favoriser le sentiment de citoyenneté de l'usager ?

Taux de réponse : 100,0%



6) b) Selon vous, quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser cette citoyenneté ? Citez en 3

Taux de réponse : 72,7%



# V/ INCIDENCE DE LA MALADIE SUR LE PROJET DE VIE

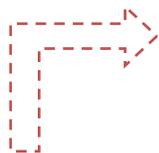
## PROFESSIONNEL

7) Pensez-vous que la pathologie a une incidence sur le projet de vie de l'utilisateur ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Oui	14	93,3%
Non	1	6,7%
<b>Total</b>	<b>15</b>	

OUI

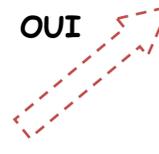


7) a) Si oui, selon vous, l'accompagnement effectué par l'équipe de soins qui entoure l'utilisateur permet-il de limiter ces incidences ?

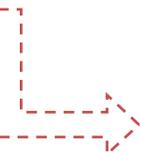
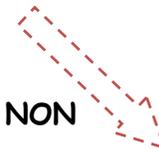
Taux de réponse : 93,3%

	Nb	
Oui	14	100,0%
Non	0	0,0%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

OUI



NON



NON

7) b) Si non, pourquoi ? Pouvez-vous préciser votre réponse en 3 idées ?

Taux de réponse : 6,7%

Ce n'est pas la pathologie, c'est le "moment" dans cette pathologie, l'équilibre

Le milieu, social, familial de soins peut faire la différence

7) a) 1) Si oui, pourquoi ? Merci de préciser votre réponse en 3 idées

Taux de réponse : 93,3%

	Nb	
le cadre	15	107,1%
connaissance/compétences	11	78,6%
adaptation/compréhension	10	71,4%
réassurance/confiance	9	64,3%
déstigmatiser	9	64,3%
soins thérapeutiques	6	42,9%
travail	5	35,7%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

7) a) 2) Si non, quelles seraient les améliorations à apporter ? Merci de préciser votre réponse en 3 idées

Taux de réponse : 6,7%

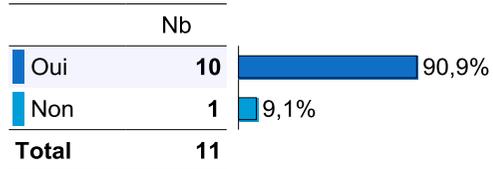
Systematisation de l'intervention cognitive

Systematiser l'intervention globale (famille, voisinage, amis)

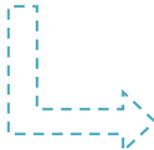
## PARTENAIRES

### 7) Pensez-vous que la pathologie a une incidence sur le projet de vie de l'utilisateur ?

Taux de réponse : 100,0%

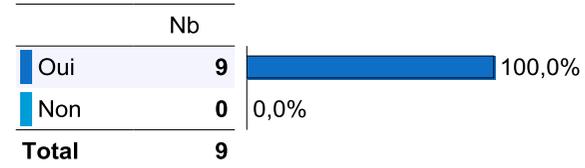


OUI



### 7) a) Si oui, selon vous, un accompagnement effectué par l'équipe de soins entourant l'utilisateur permet-il de limiter ces incidences ?

Taux de réponse : 81,8%

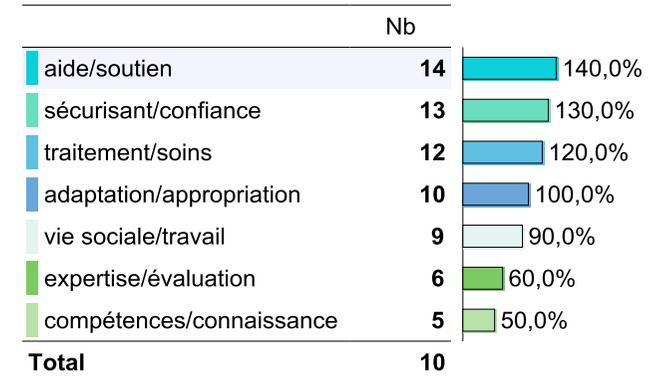


OUI



### 7) a) 1) Si oui, pourquoi ? Merci de préciser votre réponse en 3 idées

Taux de réponse : 90,9%

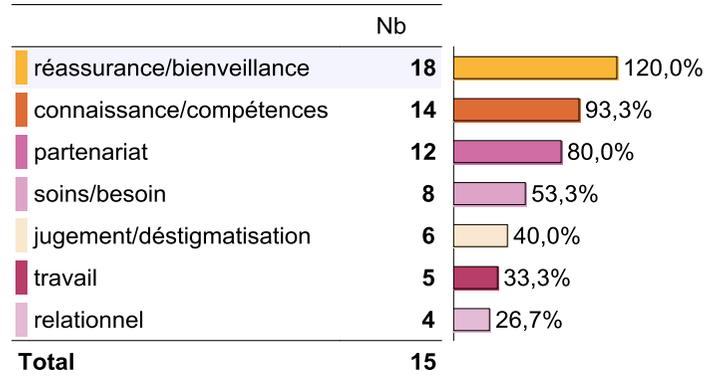


# VI/ ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT

## PROFESSIONNEL

8) Selon vous, quelles sont les forces de l'accompagnement soignant ? Citez-en 3

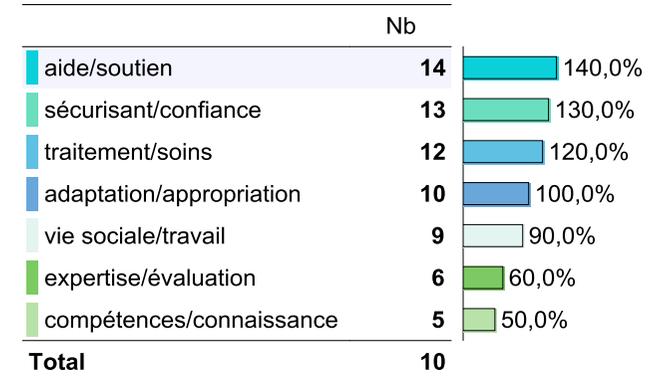
Taux de réponse : 100,0%



## PARTENAIRES

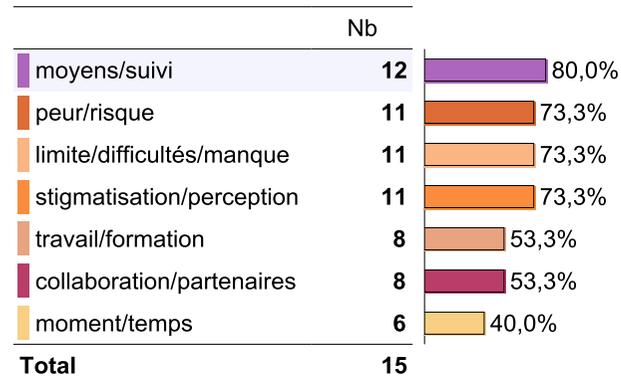
7) a) 1) Si oui, pourquoi ? Merci de préciser votre réponse en 3 idées

Taux de réponse : 90,9%



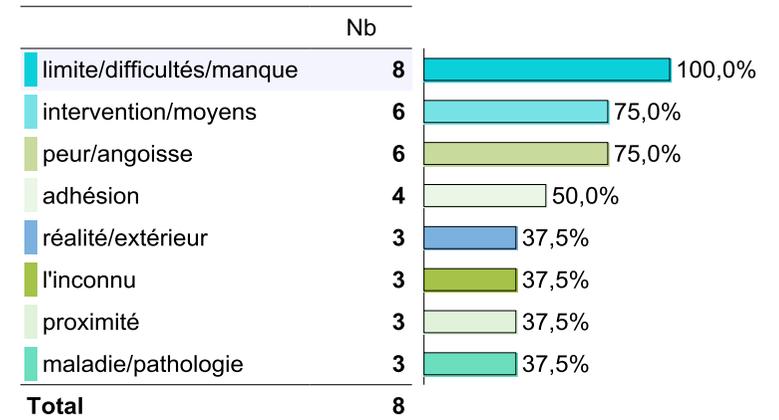
9) Selon vous, quelles sont les faiblesses de l'accompagnement soignant ? Citez-en 3

Taux de réponse : 100,0%



9) Selon vous, quelles sont les faiblesses d'un accompagnement soignant ? Citez-en 3 au maximum

Taux de réponse : 72,7%

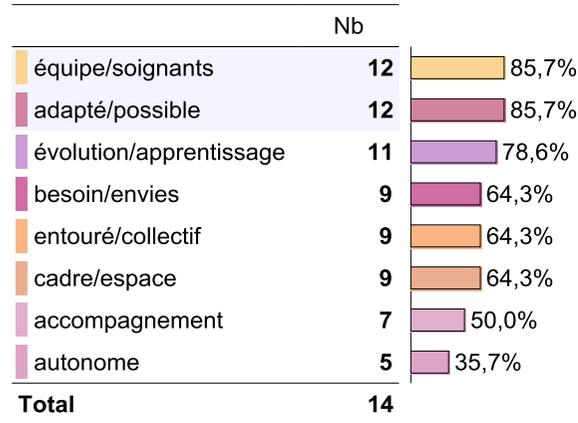


# VII/ PROJET DE LOGEMENT IDEAL

## 10) Selon vous, quel serait le projet de logement idéal pour l'utilisateur ? (réponse libre)

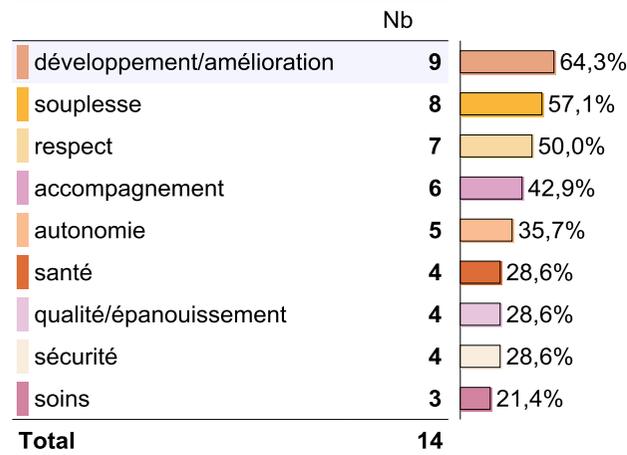
Taux de réponse : 93,3%

PROFESSIONNEL



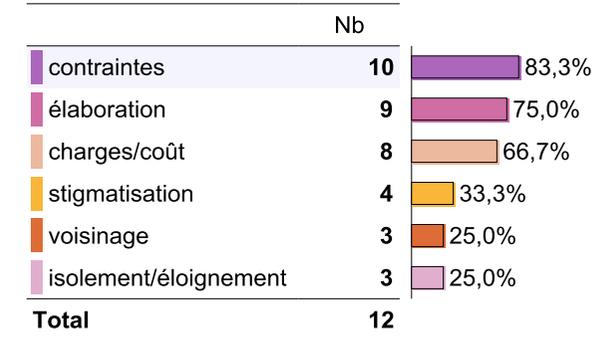
## 10) a) Quelles seraient ses avantages ? (Citez-en 3)

Taux de réponse : 93,3%



## 10) b) Quels seraient ses inconvénients ? (Citez-en 3)

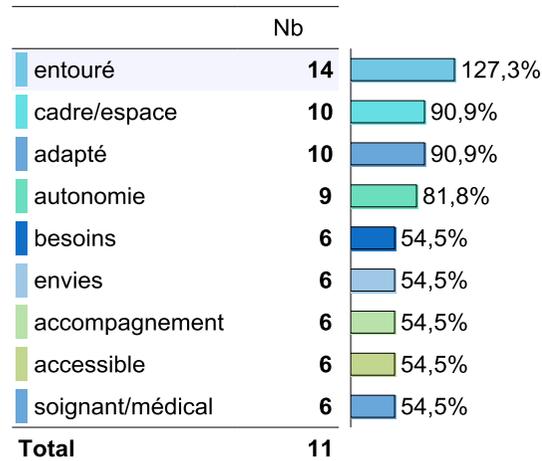
Taux de réponse : 80,0%



## 10) Selon vous, quel serait le projet de logement idéal pour l'utilisateur ?

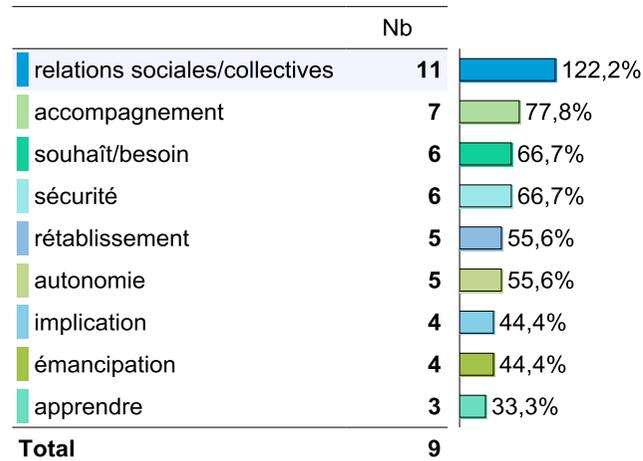
Taux de réponse : 100,0%

PARTENAIRE



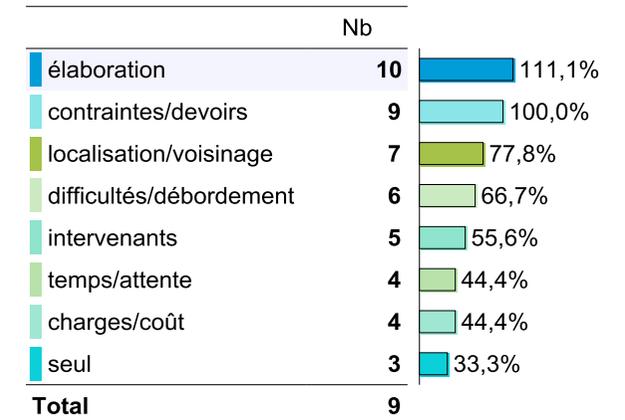
## 10) a) Quels seraient ses avantages ? Citez-en 3

Taux de réponse : 81,8%



## 10) b) Quels seraient ses inconvénients ? Citez-en 3

Taux de réponse : 81,8%



# Santé Mentale dans la Communauté : études et applications

La place du logement dans la construction du projet de vie des usagers des services de santé mentale

**USAGERS**  
14 Observations

## I/ IDENTITE

### 1) Sexe :

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Homme	9	64,3%
Femme	5	35,7%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

### 2) Tranche d'âge :

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
20 ans - 30 ans	5	35,7%
30 ans - 40 ans	1	7,1%
40 ans - 50 ans	6	42,9%
Plus de 50 ans	2	14,3%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

### 3) Où vivez-vous actuellement ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Ville	13	92,9%
Appartement	9	64,3%
Seul	8	57,1%
Appartements thérapeutiques associatifs	4	28,6%
En colocation	3	21,4%
En couple	2	14,3%
Autre situation	1	7,1%
Campagne	1	7,1%
En famille	1	7,1%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

## II/ ACTEURS DE LA CONSTRUCTION DU PROJET

### 4) Votre logement vous convient-il ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	
Oui	11	78,6%
Non	3	21,4%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

### 5) Qui a construit votre projet de logement ?

Taux de réponse : 100,0%

	Nb	Imp.	
Vous	11	4,00	78,6%
Le personnel soignant	10	3,86	71,4%
Les services sociaux	5	1,64	35,7%
Votre mandataire le cas échéant	4	1,57	28,6%
Autre	2	0,86	14,3%
Votre famille	1	0,36	7,1%
<b>Total</b>	<b>14</b>		

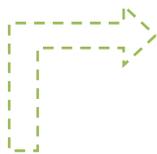
Priorisation : 78,6%

## III/ DEVELOPPEMENT DE NOUVELLES COMPETENCES

### 6) a) Si oui, lesquelles ?

Taux de réponse : **92,9%**

OUI



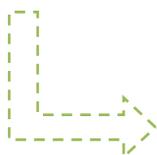
	Nb	Imp.	
Gestion de la solitude	8	3,31	61,5%
Investissement du logement	8	3,15	61,5%
Entretien du logement	7	3,46	53,8%
Gestion du suivi médical	7	2,69	53,8%
Confection repas	6	2,77	46,2%
Courses	5	2,31	38,5%
Gestion administrative	4	1,46	30,8%
<b>Total</b>	<b>13</b>		

Priorisation : 84,6%

### 6) Selon vous, pensez-vous avoir développé de nouvelles compétences depuis votre arrivée dans ce logement ?

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Oui	13	92,9%
Non	1	7,1%
<b>Total</b>	<b>14</b>	



NON

### 6) b) Si non, selon vous, quelles seraient les compétences à développer ?

Taux de réponse : **7,1%**

	Nb	Imp.	
Gestion du suivi médical	1	5,00	100,0%
Confection repas	1	6,00	100,0%
Courses	1	7,00	100,0%
Gestion de la solitude	1	4,00	100,0%
Investissement du logement	0	0,00	0,0%
Entretien du logement	0	0,00	0,0%
Gestion administrative	0	0,00	0,0%
<b>Total</b>	<b>1</b>		

Priorisation : 100%

## IV/ SENTIMENT DE CITOYENNETE

### 7) a) Actuellement, vous sentez-vous citoyen dans la commune où vous habitez ?

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Oui	10	71,4%
Non	4	28,6%
<b>Total</b>	<b>14</b>	

### 7) b) Quelles pourraient être les améliorations à apporter pour favoriser ce sentiment de citoyenneté ? (Citez en 3) ?

Taux de réponse : **64,3%**

	Nb	
sorties/commerces	15	166,7%
activités/loisirs	9	100,0%
relations	5	55,6%
famille/voisinage	3	33,3%
<b>Total</b>	<b>9</b>	

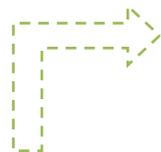
# V/ INCIDENCE DE LA MALADIE SUR LE PROJET DE VIE

8) a) Si oui, l'accompagnement effectué par l'équipe de soins qui vous entoure permet-il de limiter ces incidences ?

Taux de réponse : 71,4%

	Nb	
Oui	8	80,0%
Non	2	20,0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

OUI



OUI



8) a) 1) Si oui, pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 idées)

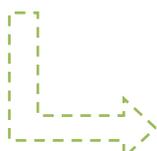
Taux de réponse : 57,1%

	Nb	
aide	12	150,0%
activités/travail	6	75,0%
soutien/entretien	5	62,5%
progression	5	62,5%
comportements	4	50,0%
<b>Total</b>	<b>8</b>	

8) Pensez-vous que la maladie a une incidence sur votre projet de vie ?

Taux de réponse : 92,9%

	Nb	
Oui	10	76,9%
Non	3	23,1%
<b>Total</b>	<b>13</b>	



NON

8) b) Si non, pourquoi ? (Merci de préciser votre réponse en 3 mots)

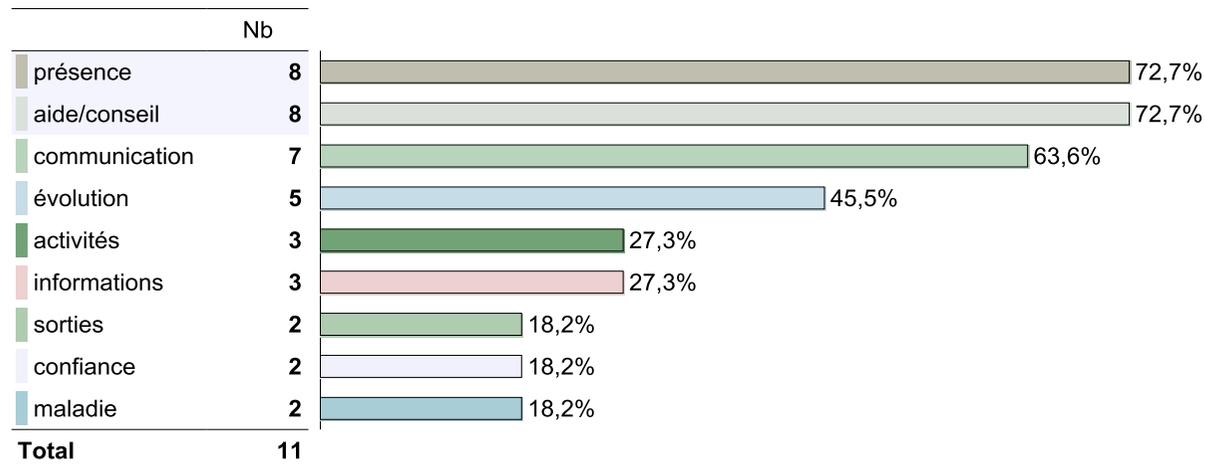
Taux de réponse : 21,4%

	Nb
meilleure communication : on rigole bien avec la réhab	1
à l'aise avec la réhab	1
cela ne change rien	1
grâce au traitement que je prends	1
maladie bien stabilisée	1
<b>Total</b>	<b>3</b>

## VI/ ACCOMPAGNEMENT SOIGNANT

### 9) Selon vous, quels sont les effets positifs de l'accompagnement des soignants ? (Citez en 3)

Taux de réponse : **78,6%**



### 10) Selon vous, quels sont les effets négatifs de l'accompagnement des soignants ? (Citez-en 3)

Taux de réponse : **35,7%**

	Nb
trop occupés parfois	1
au début je n'avais pas confiance, maintenant ça va	1
ça me fatigue ("saoule") d'y aller tous les jours (arcades et GEM)	1
difficultés à comprendre la maladie car non vécue par les soignants	1
il faut faire attention à ne pas déresponsabiliser en s'appuyant trop sur le soin	1
j'aimerais plus d'entretiens à domicile	1
je ne vois pas d'autres effets négatifs	1
manque de présence	1
parfois j'ai envie de rester chez moi	1
sentiment d'infériorité par rapport aux soignants	1

# VI/ PROJET DE VIE IDEAL

## 11) a) Si oui, lequel ? (réponse libre)

Taux de réponse : **85,7%**

	Nb	
appartement	4	33,3%
maison	3	25,0%
villa/palace	3	25,0%
jardin	3	25,0%
mer/piscine	3	25,0%
rangement/place	3	25,0%
grand	2	16,7%
travaux	2	16,7%
<b>Total</b>	<b>12</b>	

OUI

## 11) Avez-vous un projet de logement idéal ?

Taux de réponse : **92,9%**

	Nb	
Oui	12	92,3%
Non	1	7,7%
<b>Total</b>	<b>13</b>	

NON

## 11) b) Si non, pourquoi selon vous ? (Réponse libre)

Taux de réponse : **7,1%**

	Nb
je viens d'intégrer un logement qui me plaît	1
mais peut être qu'un jour si j'ai une copine et que j'ai un bébé, il faudra un logement plus grand	1
<b>Total</b>	<b>1</b>

## 11) a) 1) Quels seraient ses avantages ? (Citez en 3)

Taux de réponse : **78,6%**

	Nb	
environnement	9	81,8%
profiter	7	63,6%
inviter	4	36,4%
famille	3	27,3%
<b>Total</b>	<b>11</b>	

## 11) a) 2) Quelles seraient ses inconvénients ? (Citez en 3)

Taux de réponse : **71,4%**

	Nb	
cher	6	60,0%
entretien	3	30,0%
seul/loin	2	20,0%
famille	2	20,0%
travail	2	20,0%
<b>Total</b>	<b>10</b>	

## Liste groupements de mots - Questions ouvertes - Partenaires de santé

Questions	Thèmes	Mots
6) b)	activités/ateliers	"travail" = "activités" = "ateliers" = "actions" = "action" = "loisirs" = "animations"
	connaissance	connaissance" = "connaître" = "apprentissage" = "savoir"
	accompagnement	"accompagner" = "accompagnant" = "partenariat" = "aider" = "professionnel" = "conseil" = "Accompagnement"
	logement/voisin	"logement" = "voisins" = "quartier" = "habitants" = "jardin"
	vie associative	"vie" = "collectives" = "locale" = "locales" = "sociale" = "associative" = "associations" = "événements" = "culturelles" = "collective"
	créativité	"création" = "artistiques" = "déco" = "créer"
	échange/partage	"partagé" = "échanges" = "ensemble" = "commun" = "mixité"
	intégration	"intégrer" = "accepter" = "participer" = "participation" = "respect" = "approprié"
7) a) 1	aide/soutien	"coordination" = "pilote" = "investissement" = "accompagnement" = "partenariat" = "aide" = "conseiller" = "soutenir" = "soutien" = "intervention" = "besoins"
	traitement/soins	"thérapeutique" = "pathologie" = "traitement" = "soins" = "soignante" = "médical" = "santé"
	compétences/connaissance	"compétences" = "connaissance"
	sécurisant/confiance	"assurer" = "charge" = "sécurisant" = "Relation" = "rassurer" = "rassurant" = "régularité" = "régulière" = "confiance" = "vigilance"
	expertise/évaluation	"évaluer" = "expertise" = "évolution" = "gestion" = "jugement" = "évolutions" = "questionnement"
	adaptation/appropriation	"valorisation" = "appropriation" = "commodités" = "cadre" = "adaptation" = "adapté" = "acceptation"
	vie social/travail	vie" = "sociale" = "travail" = "logement" = "quartier" = "éducation"
8)	adaptation	"adaptation" = "adapatation" = "adaptés"
	connaissances/compétences	"maîtrise" = "connaissance" = "connaissances" = "compétences" = "comprendre"
	amélioration	"orientation" = "amélioration" = "mieux" = "évolution" = "développer" = "évolutions"
	soins	"soins" = "médicaments" = "soin" = "traitement" = "suivi"

	relationnel	"lien" = "liens" = "liés" = "humains" = "relationnel" = "humain" = "partenaires" = "équipes"
	stabilisation	"stabilisation" = "maintien"
	pathologie/symptôme	"pathologie" = "pathologies" = "symptômes" = "maladie"
9)	limite/difficultés/manque	"limites" = "limité" = "difficultés" = "difficile" = "manque" = "oublier"
	l'inconnu	"inconnus" = "étrangers" = "aléatoire"
	peur/angoisse	"peur" = "angoisse" = "freiner" = "pression" = "éloigné" = "enfermer"
	maladie/pathologie	"maladie" = "pathologie" = "pathologies"
	adhésion	"adhésion" = "admettre" = "alliance" = "reconnaître"
	proximité	"proximité" = "présence" = "relation"
	intervention/moyens	"intervention" = "moyens" = "missions" = "vision" = "organisation" = "parcours"
	réalité/extérieur	"réalité" = "extérieur"
10)	adapté	"adapter" = "adapté" = "adaptée" = "adaptent" = "personnalisé" = "profil" = "mieux" = "favoriser" = "développer"
	entouré	"social" = "proche" = "lien" = "accueil" = "famille" = "collectif" = "entouré" = "membres" = "présence" = "présent"
	accompagnement	"accompagnement" = "accompagnants" = "accompagner" = "éducatif"
	autonomie	"autonomes" = "expériences" = "autonome" = "autonomie" = "individuelle" = "seul" = "personnel" = "personnelles"
	envies	"envies" = "choisi" = "espérant" = "bon" = "attentes" = "décidé"
	cadre/espace	"attendant" = "cadre" = "verts" = "balcon" = "chaise" = "espace" = "RDC" = "jardin" = "terrasse" = "espaces" = "extérieur"
	accessible	"accessible" = "disponible" = "facilement" = "commodités" = "joignable" = "mobilité"
	suffisant	"suffisant" = "suffisamment" = "suffisamment"

	charges	"loyer" = "charges" = "ressources" = "nourri"
	maison/appartement	"maison" = "appartement" = "construction" = "résidence"
	soignant/médical	"santé" = "soignants" = "soignant" = "pathologie" = "médical" = "troubles"
<b>10) a)</b>	accompagnement	"suivi" = "accompagnement" = "suivie"
	apprendre	"apprendre" = "responsabilisation" = "gestion"
	autonomie	"autonomie" = "autonomes" = "individualisation"
	émancipation	"émancipation" = "liberté" = "intimité" = "réalisation"
	implication	"impliquer" = "cohésion" = "participation" = "engagement"
	sécurité	"sécurité" = "sécurisante" = "sécurisant" = "rassurante" = "cadre" = "assurer"
	relations sociales/collectives	"collective" = "entourée" = "entourer" = "commun" = "sociale" = "sociaux" = "social" = "liens" = "rencontrent" = "résidents" = "présence"
	espace	"espace" = "espaces"
	souhait/besoin	"choix" = "souhaite" = "offrir" = "joie" = "besoin"
	rétablissement	"rétablissement" = "soins" = "professionnel" = "entretiens" = "acteur"
<b>10) b)</b>	temps/attente	"temps" = "attente"
	cher	"cher" = "financement" = "tarifs" = "moyens"
	contraintes/devoirs	"impacter" = "nécessite" = "contraignantes" = "conditions" = "exiger" = "manque" = "règles" = "devoir"
	difficultés/débordement	"difficultés" = "difficulté" = "débordements" = "échec" = "entraver" = "infantiliser"
	localisation/voisinage	"voisinage" = "résidents" = "ghetto" = "localisation" = "climat" = "terrain" = "place"
	seul	"seule" = "cloisonnement" = "autonome"
	famille	"famille" = "familiale"

	intervenants	<i>intervenants</i> = "social" = "relations" = "correspondance" = "pro"
	élaboration	"attribution" = "évaluation" = "élaboration" = "coordonner" = "composition" = "générer" = "capacité" = "actions" = "résultat"
	disponibilité	"disponibles" = "disponibilité"

## Liste groupements de mots - Questions ouvertes - Professionnels de santé

Questions	Thèmes	Mots
6) b)	travail	"travail" = "Travailler" = "tâches"
	droit/vote	"droit" = "Vote" = "devoirs" = "droits"
	participation/intégration	"intégration" = "participation" = "adhésion" = "rencontre"
	connaissance/ressources	"besoins" = "Connaissance" = "ressources" = "information" = "moyens"
	accompagnement/sensibilisation	"accompagner" = "sensibilisation" = "renforcer"
	logement/cité	"logement" = "cité" = "immeuble" = "municipalité" = "habitat" = "quartier"
	vie associative	"associations" = "animations" = "sociaux" = "activités" = "sport" = "médiathèque"
	déstigmatisation	"déstigmatisation" = "stigmatisé"
7) a) 1)	connaissance/compétences	"connaissance" = "connaissance" = "connaissances" = "informations" = "ressources" = "connaître" = "capacités" = "compétences" = "capacité"
	le cadre	"cité" = "public" = "voisins" = "structure" = "société" = "bailleur" = "entourage" = "cadre" = "sociales" = "associations"
	soins thérapeutiques	"thérapeutique" = "soins" = "traitement" = "surveillance" = "surveillance"
	déstigmatiser	"destigmatiser" = "stigmatisation" = "regard" = "déstigmatisation" = "sensibiliser" = "dédramatiser"
	réassurance/confiance	"disponibilité" = "rassure" = "assurer" = "réassurance" = "rassurer" = "confiance"
	adaptation/compréhension	"développer" = "évaluations" = "adapte" = "adapter" = "orienter" = "compréhension" = "expliquer" = "démarches"

<b>8)</b>	partenariat	"psychiatre" = "partenariat" = "associations" = "lien" = "alliée" = "partenaires" = "médecin"
	réassurance/bienveillance	"accueil" = "proximité" = "confiance" = "disponibilité" = "accessibilité" = "présence" = "réassurance" = "rassurant" = "bienveillance" = "bienveillant"
	connaissance/compétences	"capacités" = "compétences" = "capacité" = "évaluation" = "analyse" = "connaissance" = "évaluation" = "explication"
	soins/besoin	"soins" = "besoins" = "aider" = "soutien" = "traitements" = "ressources"
	relationnel	"compréhension" = "communication" = "échanges" = "partager"
	jugement/déstigmatisation	"jugement" = "destigmatisation" = "estime" = "empathie"
<b>9)</b>	stigmatisation/perception	"stigmatisation" = "stigmatisant" = "croyances" = "perception" = "représentations" = "perçu"
	travail/formation	"travail" = "travailler" = "formation" = "travaille"
	moment/temps	"moment" = "temps" = "long" = "délai"
	moyens/suivi	"dispositifs" = "projet" = "suivi" = "organisation" = "moyens" = "projets" = "échanges" = "soin"
	collaboration/partenaires	"collaboration" = "partenaires" = "partenariat" = "égos" = "lien" = "liens"
	limite/difficultés/manque	"dépit" = "faute" = "incohérent" = "diminuer" = "manque" = "limites" = "limitation" = "absence" = "difficultés"
	peur/risque	"confrontation" = "obstacle" = "risque" = "intrusif" = "échappent" = "dépendance" = "dépendante" = "inquiétudes" = "insuffisant"
<b>10)</b>	autonome	"autonome" = "indépendant" = "autonomie"
	accompagnement	"accompagnement" = "bienveillante" = "démarche" = "ressources"
	besoin/envies	"besoins" = "besoin" = "souhait" = "choisit" = "changement"

	adapté/possible	"possible" = "adapte" = "adaptant" = "adapter" = "individualisé" = "souplesse" = "souple"
	équipe/soignants	"dispositif" = "équipe" = "acteurs" = "soignant" = "soignants" = "soins" = "soin" = "prescription"
	cadre/espace	"ville" = "cité" = "commerces" = "campagne" = "accès" = "passage"
	entouré/collectif	"liens" = "présence" = "collectif" = "communauté" = "communautaire" = "proximité" = "lien" = "proche" = "population"
	évolution/apprentissage	"capacités" = "favoriser" = "éducatif" = "évolution" = "apprentissage" = "développer" = "développement"
<b>10) a)</b>	accompagnement	accompagnement" = "assistanat" = "démarche" = "soutien"
	développement/amélioration	"évaluation" = "satisfaction" = "amélioration" = "avantages" = "développement" = "compétences"
	respect	dignité" = "respectueux" = "respect" = "adapté" = "adhésion" = "adhère" = "accepté"
	souplesse	"équilibre" = "souple" = "modulable" = "souplesse" = "flexible"
	qualité/épanouissement	"qualité" = "épanouissement" = "vertueux"
	autonomie	"autonomie" = "personnel" = "personnalisation"
	sécurité	"rassurant" = "sécurité" = "réassurance" = "soucieux"

Liste groupements de mots - Questions ouvertes - Usagers

Questions	Thèmes	Mots
7) b)	activités/loisirs	"fêtes" = "activités" = "bénévolat" = "activité" = "participer" = "loisir"
	sorties/commerces	"transport" = "sortir" = "aller" = "ville" = "commerces" = "proximité" = "alentours" = "accès" = "services" = "navette"
	relations	"relations" = "connaissance" = "rencontres" = "sociaux"
	famille/voisinage	"lier" = "voisinage" = "famille"
8) a) 1)	aide	"aide" = "présence" = "aident"
	soutien/entretien	"soutien" = "rassurent" = "comprendre" = "entretien" = "discussion" = "entretiens" = "discussions"
	progression	"améliorer" = "progresse" = "réfléchir" = "réinsérée" = "rechercher"
	activités/travail	"actes" = "activités" = "travail" = "gestion" = "occupation" = "déplacements"
	comportements	"comportement" = "gentillesse" = "sentiment" = "comportements"
9)	communication	"parole" = "communication" = "parler" = "compréhension" = "compris" = "dialogue"
	informations	"information" = "informations" = "connaissance"
	confiance	"confiance" = "réassurance" = "confiance"
	activités	"activités" = "actes" = "gestion"
	aide/conseil	"aide" = "conseils" = "réactivité"
	évolution	"impulsivité" = "évolution" = "mieux" = "autonomie" = "booster"
	présence	présents" = "présence" = "proximité" = "gentillesse" = "sympa"
11) a)	jardin	"jardin" = "jardinet"
	villa/palace	"villa" = "palace"

	grand	"grande" = "grand"
	mer/piscine	"mer" = "océan" = "piscine"
	rangement/place	"rangement" = "place" = "endroit"
	travaux	"travail" = "travaux"
<b>11) a) 1)</b>	famille	"famille" = "fils" = "fonder"
	environnement	"jardin" = "jardiner" = "soleil" = "mer" = "temps" = "chat" = "maison" = "espace"
	inviter	"inviter" = "recevoir" = "amis"
	profiter	"profiter" = "heureux" = "liberté" = "stabilité" = "baigner" = "qualité" = "mieux"
<b>11) a) 2)</b>	cher	"cher" = "coût" = "impôts" = "loyer" = "prix"
	entretien	"entretien" = "ménage" = "nécessite"
	seul/loin	"seul" = "loin"

2ÈME JOURNÉE PARTENARIALE

# UN LOGEMENT POUR TOUS DANS LA CITÉ

JEUDI 26 SEPT. 2019

Salle Polyvalente  
Av. du Léomont  
Dombasle-sur-Meurthe

Renseignements et inscriptions :  
03 57 80 60 10



## Un logement décent pour tous dans la cité

À l'initiative du Centre Psychothérapique de Nancy, les professionnels, élus et associations du territoire avaient été conviés à un colloque sur les dispositifs existants en matière de logement pour les personnes handicapées sur le territoire. Objectif ? Créer un espace de rencontre et d'échanges.

L'accès et le maintien dans un lieu de vie adapté sont fondamentaux pour toute personne. Cela est d'autant plus prégnant lors de parcours accompagnés de vulnérabilité et/ou de handicaps.

Diverses expériences de logement accompagné ou adapté ont été présentées et une réflexion a été engagée autour de l'incurie et de l'habitat indigne. Cette journée a permis de construire des réponses partenariales aux différentes situations évoquées.

David Fischer, maire et président de la CCPSV (com'com des Pays du Sel et du Vermois), a ouvert le colloque. « C'est un sujet majeur de notre territoire. Des solutions sont en place et des



**Professionnels de santé, associations et élus du territoire ont participé au colloque organisé à la salle polyvalente de Dombasle.**

plans d'aide à l'habitat sont programmés. Avec les rénovations à long terme des centres urbains, cette réflexion permettra d'avancer demain », a-t-il souligné.

Dans ses propos introductifs, Gilles Barou, directeur du Centre Psychothérapique de Nancy, a rappelé la nécessité de fluidifier les parcours de santé pour les patients. « Faire en sorte que la durée de séjour en hôpital soit aussi longue que nécessaire, mais aussi courte que possible », a-t-il résumé.

Michel Bonnefoy, directeur de l'Observatoire régional de la santé Grand Est, a, dans sa conférence, posé les jalons. « La santé s'inscrit dans la globalité. On ne peut pas travailler que sur le sanitaire et le social, il faut travailler sur les déterminants que sont le logement, l'argent, l'éducation, la culture, la nourriture », a-t-il souligné, s'appuyant sur la charte d'Ottawa qui stipule que pour mettre en place une politique sociale, il faut regarder l'environnement.

**Université Lille 2, Université Paris 13 ; APHM/CHU Sainte Marguerite  
Marseille, CCOMS, EPSM Lille Métropole**

**Titre :** De la question du logement à la notion de promotion de la santé mentale

**Auteur :** Céline PARENTY

## **RESUME :**

Ce mémoire a pour objectif de réfléchir à la question du logement et de la place qu'il prend dans le projet de vie des usagers des dispositifs de santé mentale. Depuis la réduction du nombre de lits d'hospitalisation et du virage amorcé de l'ambulatoire, la psychiatrie publique n'a pas eu d'autres choix que de réfléchir à cette question du logement et de fait à l'inclusion dans la cité de personnes souffrant de troubles psychiques. De nouveaux enjeux sont alors apparus. Quelle place dans la cité ? Quelle citoyenneté ? Quid de la stigmatisation et de la discrimination ?

Rapidement, les services de psychiatrie se sont confrontés à des difficultés qu'ils n'ont pas pu résoudre seuls. L'utilisateur, sa famille, le partenariat local sont autant d'acteurs essentiels et nécessaires dans la co-construction des projets de vie. Le rétablissement prend ici tout son sens.

Mais il faut aller au-delà de l'accompagnement individuel. Les questions de la santé mentale, de sa promotion, du bien être des personnes doivent devenir l'affaire de tous, la psychiatrie n'étant qu'un partenaire parmi les autres. Le challenge des années à venir se pose là. Changer les mentalités de la population face aux troubles psychiques doit également passer par un changement de paradigmes des services de psychiatrie.

**Mots Clés :** usagers, logement, rétablissement, promotion de la santé mentale