



**Appel à projets CNSA
« Et nos voisins européens, comment font-ils ? »**

« Empowerment, habitat et citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique »

Expériences innovantes d'accès et de maintien dans le logement pour des personnes en situation de handicap psychique :

**Trieste, Italie
Nottingham, Royaume Uni
Séville, Espagne**

Rapport final du 10 septembre 2018

SOMMAIRE

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude	3
2. Dispositifs étudiés	10
3. Comparaison avec la France et recommandations	24
4. Retour d'expérience	26
5. Conclusion	31

Annexes :	34
1 – Méthodologie	35
2 – Témoignages d'usagers	38
3 – Bibliographie et note de synthèse des connaissances documentaires	40
4 – Grilles d'observation	44
5 – Photographies et documents	47

1. Objectifs et contexte de la mission d'étude

Organisme porteur du projet

Le Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour la recherche et la formation en santé mentale est le porteur administratif de la réponse à cet appel à projet. Le GCS a pour objet la recherche, la formation et la mise en œuvre d'actions visant le développement de dispositifs de santé mentale intégrés dans la communauté, incluant la prévention et l'insertion des publics souffrant de troubles mentaux. Le GCS regroupe 18 établissements de santé¹. Il œuvre à la promotion des échanges professionnels et à toute action de lutte contre la stigmatisation en santé mentale et en psychiatrie. Il favorise et soutient la participation des représentants des usagers, des familles et des aidants. Il valorise toutes les études et expériences de ses membres allant dans le sens d'une santé mentale communautaire et intégrée.

Le GCS travaille en lien avec le Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS, Lille) avec lequel il partage le même conseil scientifique. Le GCS relaie les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé au niveau national et au niveau local. Le centre collaborateur est un service de l'Etablissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole. Il est l'un des 46 centres collaborateurs OMS dans le monde spécialisés en santé mentale (le seul en France). Son histoire est jalonnée d'expériences de benchmarking international réussies dans le domaine de la santé mentale.

Pour plus d'information www.ccomssantementalelillefrance.org

Titre de la mission d'étude (thème(s) d'observation et pays visités)

Thème : « L'accès et le maintien dans le logement des personnes ayant des troubles psychiques »

Titre de la mission : « Empowerment, habitat et citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique »

Objectifs et enjeux

La mission vise l'observation et le recueil de données sur des pratiques innovantes en Europe concernant l'accès et le maintien dans le logement des personnes en situation de handicap psychique.

Sous le titre « Empowerment, habitat et citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique », le groupe de travail a conjointement défini cinq thèmes d'observation privilégiés :

- - L'articulation entre le sanitaire et le social : quelles passerelles entre acteurs de ces deux mondes pour assurer la continuité des prises en charge dans le projet de vie de l'utilisateur ?
- - Habiter ensemble : quelle citoyenneté pour quelle inclusion sociale ? Quelle participation à la vie de la société ? Quel accompagnement au-delà du soin ?
- - Quelles transitions ? Face aux situations d'urgence, d'hospitalisation ou de rupture dans le parcours de soins (par exemple suite au décès d'un parent qui hébergeait la personne), quels dispositifs de logement ou d'hébergement peuvent faciliter une continuité de prise en charge, souple et réactive ?
- - Pratiques d'accompagnement au domicile : quels services et quelles organisations pour faciliter l'inclusion à la communauté ?
- - Avec l'entourage : comment faciliter la création ou l'entretien de liens avec les proches et les familles ?

Outre ces thèmes principaux, le groupe de travail a souhaité intégrer un principe fondamental, lors des visites des sites, celui du respect des souhaits des usagers et de la stimulation de la capacité de faire soi-même, l'auto-détermination, l'auto-gestion : «l'empowerment».

¹ Établissement Public de Santé Mentale Lille-Métropole, Armentières ; CH de Cadillac ; CH de la Chartreuse, Dijon ; CH Edouard Toulouse, Marseille ; MGEN Lille ; Centre d'Accueil et de Soins Hospitaliers de Nanterre ; Fondation Bon Sauveur de la Manche ; CH Sainte-Marie, Nice ; CH Sainte-Anne, Paris ; CH de Plaisir ; CH Guillaume Régnier, Rennes ; CH de Rouffach ; CH de Montéran, Saint-Claude ; Centre de Santé Mentale Angevin, Saint-Gemmes-sur-Loire ; Hôpitaux de Saint-Maurice ; Établissement Public de Santé Mentale de la Réunion, Saint-Paul ; CHS de Savoie, Centre Psychothérapeutique de Nancy. Pour plus d'information : www.recherche-sante-mentale.fr/

Le choix des sites de visites a été réalisé en fonction de ces critères ci-avant énumérés, et de la connaissance, par le CCOMS, des lieux et des acteurs ayant mené une/des action(s) innovante(s) dans ce domaine notamment au travers de deux réseaux de pratiques innovantes : International Mental Health Collaborative Network (www.imhcn.com) et l'EUCOMS (European Community based Mental Health Services Providers Network (www.eucoms.net)). Par ailleurs ces 3 sites font figure d'exemples en la matière pour l'OMS en Europe (Daumerie et al. 2009).

Trois sites ont été retenus et étudiés :

- Le service d'habilitation et de résidence de Trieste, Italie ;
- La fondation Framework et son réseau, Nottingham, Royaume Uni ;
- La fondation FAISEM (Fondation Publique Andalouse pour l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble psychique), Séville, Espagne.

A noter que, initialement, la visite d'un dispositif développé à Skien en Norvège avait été envisagée. Toutefois, ce projet n'a pu aboutir car notre correspondant sur place (l'élu en charge du logement) a quitté ses fonctions. Il a donc été décidé de changer de site et de nous réorienter vers un dispositif préalablement repéré, celui de la FAISEM à Séville.

L'accès et le maintien dans un logement adapté est une priorité et un besoin fondamental pour toute la population et a fortiori dans les parcours de vie de personnes en situation de vulnérabilité et/ou de handicap (Dorvil 2009). 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.

A l'échelle internationale et européenne, on trouve de nombreuses références étayées scientifiquement sur ce sujet depuis les années 2000 dans :

- les recommandations de l'OMS International depuis 2001 ;
- les recommandations de l'OMS pour la zone Euro depuis 2005 ;
- les recommandations et les rapports de la commission européenne depuis 2002.

Au niveau national, de nombreux rapports et plans mettent l'accent sur le logement : le rapport Piel Roelandt en 2001, le rapport Couty en 2008, le rapport -Girard en 2010.

Plus récemment, le rapport Laforcade diffusé en 2016 relève l'insuffisance d'accès au logement. Le programme pluri annuel édité par l'HAS 2013-2016 souligne l'importance de l'insertion sociale des personnes en situation de handicap psychique notamment à travers l'accès au logement. Les Plans « Psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 et 2011-2015 rappellent la primauté du droit commun qui concerne tout autant les soins somatiques et psychiatriques que l'accès au logement. L'accès au logement est ainsi présenté comme un objectif prioritaire qui favorise et conditionne la continuité et l'accès aux soins. Ce sont également les conclusions du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale : données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes vivant avec un handicap psychique en lien avec un trouble mental sévère et persistant. MC Hardy-Baylé. 2015.

Les recommandations des associations d'usagers et d'aidants en France vont dans le même sens : dans un rapport de 2009 élaboré par l'UNAPAM, Jean Canneva écrit « *le logement est la pierre angulaire de toute prise en charge des malades psychiques. Sans logement, il ne peut y avoir de continuité de soin et d'accompagnement à la vie sociale* ». Enfin, l'un des enjeux de la santé mentale et de la psychiatrie présentée par la Ministre des Solidarités et de la Santé en juin 2018 porte sur l'amélioration de l'accès et le maintien des personnes dans un logement autonome ou accompagné (action 36).

Toutes ces données insistent sur l'importance du développement de ressources variées, adaptées aux besoins, selon les périodes des parcours de vie, et accompagnées pour le logement, le soutien communautaire à l'autonomie et la promotion de la citoyenneté.

Les effets du processus « un logement d'abord » sont clairs et les données sont probantes, avec des bénéfices persistants un à deux ans après l'entrée dans le programme (Piat et al. 2008, Laberge et al. 2010, Girard et al. 2010, Stergiopoulos et al. 2014; S. Tsemberis 2014, Rapport Pleace 2017).

Ces bénéfices portent sur :

- la satisfaction des usagers,
- une stabilité résidentielle,
- des améliorations du fonctionnement global,
- une amélioration de la qualité de vie,
- une réduction de l'utilisation des soins d'urgence et hospitaliers,

- une baisse des procédures judiciaires.

On retrouve des résultats similaires dans les sites visités lors de la mission d'étude dans trois pays : l'Italie, l'Angleterre et l'Espagne qui sont des exemples avancés de processus de désinstitutionnalisation et d'intégration sociale des personnes dans leur environnement avec des services et des soins de proximité.

Le Service d'habilitation et de Résidence du Département de Santé Mentale de Trieste Italie (Marsili et al. 1998, Mezzina et al. 1995, Ridente et Mezzina 2016, Coldefy 2012)

En Italie, la réforme de 1978 instaure l'établissement de services psychiatriques dans des petites unités à l'hôpital général pour des soins aigus, avec un maximum de 15 lits chacun. Les critères pour les hospitalisations sans consentement sont restreints et la réforme promeut l'implantation de nouveaux services communautaires offrant des soins psychiatriques sur une aire géographiquement définie.

Cette réforme engendre la fermeture progressive de tous les hôpitaux psychiatriques et le développement de nombreuses structures d'hébergement non hospitalières, 17 000 lits étaient ainsi dénombrés en 2006. Le nombre total de lits de soins aigus et résidentiels a baissé de 68 % depuis la réforme de 1978. En 2000, l'Italie compte 10 083 lits de psychiatrie, dont plus de la moitié est implantée dans des établissements privés à but lucratif.

La situation nationale est très inégale, les plans pluriannuels du Ministère de la Santé ont recommandé la mise en place d'organismes administratifs regroupant plusieurs unités locales de santé et responsables des services en santé mentale d'une zone géographique regroupant environ 150 000 habitants. Un réseau national de 211 départements de santé mentale délivre maintenant des soins ambulatoires et hospitaliers, mais aussi des structures résidentielles dans des zones géographiquement définies. 707 centres de santé mentale communautaire fournissent l'essentiel des soins ambulatoires et non résidentiels douze heures par jour, cinq à six jours par semaine.

Le réseau territorial des services de santé mentale qui existe aujourd'hui à Trieste (Département de santé mentale de Trieste) s'est développé progressivement sur une période d'un quart de siècle. Il est le produit d'un processus novateur réalisé à partir de 1971 et basé sur des postulats épistémologiques précis et sur des objectifs clairs sur les plans éthique et politique :

- Restituer une pleine citoyenneté effective à tous ceux qui, à cause d'un internement, ont été privés de la possibilité et de la capacité d'exercer leurs droits.
- Empêcher que s'affirment de nouvelles formes d'exclusion des personnes souffrant de troubles mentaux en offrant une présence et une réponse qualifiées aux besoins dans le milieu de vie des personnes et ce pour être en mesure de prendre en charge la demande de la population en services de santé mentale sur l'ensemble du territoire.
- Promouvoir à tous les niveaux des actions concrètes de sensibilisation de la population pour impliquer le milieu social et remettre en question le mandat traditionnel de la psychiatrie.

De l'hôpital au territoire

Le climat culturel qui prévalait en Italie durant les années soixante et soixante-dix était caractérisé par une effervescence sociale qui a débouché sur des réformes importantes au niveau de grandes questions sociales. Il s'agit d'une période marquée par des luttes pour la reconnaissance des droits civils qui a conduit à cette époque à l'adoption de changements législatifs successifs d'une portée révolutionnaire pour la vie sociale du pays (loi sur le divorce, loi sur la tutelle et la maternité, loi de la réforme sanitaire). C'est dans ce contexte que se sont insérées les premières poussées de la transformation de la psychiatrie et de ses institutions qui étaient particulièrement arriérées autant sur le plan humain, culturel et scientifique.

L'hôpital psychiatrique de Trieste au début des années soixante-dix n'était pas différent des autres hôpitaux italiens et il était surpeuplé. Mille deux cents (1200) personnes étaient internées et la majeure partie de ces personnes étaient hospitalisées définitivement. Le Docteur Franco Basaglia initia son travail à l'hôpital psychiatrique de Trieste en août 1971.

Son arrivée fut précédée par la loi 431 de 1968 qui prévoyait sur le plan administratif la légalisation des structures hospitalières psychiatriques au sein des hôpitaux généraux et qui introduisait l'hospitalisation volontaire pour des motifs de cure tout en maintenant le caractère coercitif de l'admission au sein de l'hôpital psychiatrique traditionnel. Cette loi prévoyait également la création de dispensaires territoriaux appelés "Centres d'hygiène mentale".

La fermeture de l'hôpital psychiatrique

En 1972, a débuté la sectorisation des unités psychiatriques. La répartition des patients au sein des différentes unités de l'hôpital est passée d'une distribution fondée sur la nosographie et la gravité des comportements à une distribution géographique en fonction du lieu de provenance. Ainsi, l'hôpital comme la ville furent divisés en cinq zones d'opération et tout le personnel fit l'objet d'un redéploiement en cinq équipes pour couvrir les besoins émergeant d'un territoire bien délimité.

Le projet de construire un réseau des services alternatifs sur le territoire

Ce projet est né d'une pratique novatrice et a permis de travailler également la question de la réinsertion sociale des anciens patients dans leur lieu d'origine. Au moment même où a été consolidé le réseau de services territoriaux pour soutenir cette activité, les équipes ont acquis la conviction de la nécessité d'acquérir de nouvelles capacités d'intervention pour être en mesure de donner une réponse différente aux nouveaux usagers qui se présentaient à eux pour recevoir de l'aide.

Le "malade" et non la maladie se retrouve au cœur des préoccupations pour offrir des parcours thérapeutiques fondés sur la réhabilitation et l'émancipation des personnes.

Désignation d'un statut d'"hôte" dès 1973 pour les personnes qui résidaient à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique, non pas pour des motifs reliés à une hospitalisation, mais parce qu'elles étaient en attente d'un placement en hébergement externe.

La création de résidences de groupe (appartements) intégrées dans le tissu social de la ville pour les personnes fortement handicapées suite à un séjour prolongé dans l'hôpital psychiatrique.

La création de coopératives de travail, dont la première fut la "coopérative des travailleurs unis" fondée par le Docteur Basaglia en 1973, qui a surpassé l'ergothérapie traditionnelle et qui est devenue subséquemment un instrument formidable de formation professionnelle et d'émancipation sociale.

Les centres 24 heures : hospitalité/refuge

Dans une première phase (1975-1980), le centre de santé mentale a mis en place une nouvelle façon de dispenser les prestations sanitaires, sociales et de réhabilitation qui s'est avérée déterminante par la suite, notamment par l'organisation d'un suivi à domicile des personnes qui graduellement étaient réinsérées dans différentes formes d'hébergement dans la communauté.

Cet objectif s'est concrétisé en 1980 avec la fermeture définitive de la dernière unité d'admission de l'hôpital psychiatrique St-Giovanni et la mise en place de huit lits dans chacun des centre de santé mentale pour être en mesure d'offrir l'hospitalité nocturne pour les patients ayant besoin de soins intensifs.

1978/1990 La désinstitutionnalisation comme modèle : la construction d'un réseau de services.

La promulgation de la loi 180 du 13 mai 1978 a ouvert un nouveau chapitre pour l'évolution de la psychiatrie italienne. Cette loi décrétait en premier lieu le droit à la citoyenneté pour les personnes affectées par un trouble mental et elle distinguait, du moins sur le plan conceptuel, le traitement psychiatrique (et le droit au traitement) des instances du contrôle social.

Le nouveau modèle de services qui a été proposé à tout le pays est celui qui a été initié et développé à Trieste. Le cadre d'opération pour la santé mentale devait être constitué par des services offerts sur une base territoriale et non plus par l'hôpital psychiatrique.

Les coopératives sociales sont devenues une ressource du Département de santé mentale et elles font partie intégrante de la gamme des services offerts. Par le biais des coopératives est recherché simultanément le traitement, la réhabilitation, la formation et l'intégration sociale par l'intégration en milieu de travail.

Le développement d'un **réseau de structures résidentielles** a été également une autre étape d'importance stratégique pour surmonter le problème de l'intégration sociale des personnes ayant des habiletés sociales réduites et des troubles mentaux stabilisés mais avec un impact au long cours.

Pour atteindre cet objectif, l'équipe de Trieste a d'abord transformé certaines unités de l'ancien hôpital en résidences et a successivement recherché des appartements en ville pour dégager des possibilités de

cohabitation dans des logements de droit commun soit pour des personnes qui provenaient directement de l'hôpital psychiatrique soit pour des personnes plus jeunes sans passé institutionnel qui avaient besoin de suivre un parcours thérapeutique et de réhabilitation sur le plan résidentiel.

Actuellement, trente (30) groupes d'appartements fonctionnent (12 sur le terrain de l'ancien hôpital psychiatrique et 18 en ville) et ils hébergent 160 personnes. Ces groupes d'appartements (gruppi-appartamento) accueillent entre trois et dix personnes et des intervenants apportent du soutien au niveau de l'organisation de la vie quotidienne durant la journée en fonction de l'intensité des besoins exprimés par les usagers. Seulement cinq groupes ont besoin de la présence d'un intervenant durant la nuit.

La fondation Framework et son réseau à Nottingham en Angleterre (Rapports annuels² 2016, 2017, Repper et al. 2003, Coldefy 2012)

En Angleterre, la création d'un système national de santé en 1948 (NHS) et un climat politique et social favorable vont amener à la fermeture progressive des anciens hôpitaux psychiatriques.

En 1959, le Mental Health Act, abolit la distinction entre hôpitaux psychiatriques et généraux et encourage le développement des soins dans la communauté.

Le plan Hôpital du National Health Service (NHS) de 1962 présente les soins psychiatriques hospitaliers comme une « composante des services des hôpitaux généraux » et un rapport de 1965, Better Services for the Mentally Ill, décrit les structures appropriées pour une offre de services complète en santé mentale basée dans la collectivité.

Depuis deux décennies, 112 hôpitaux psychiatriques sur 126 ont été fermés. Le nombre total de lits est passé de 140 000 à 25 000. Des structures d'hébergement non hospitalières, plus ou moins médicalisées, ont été développées et proposaient en 2012 41 330 places (dont 21 280 avec un fort encadrement soignant).

En 1998, le National Service Framework for Mental Health (NSF-MH) établit des normes et objectifs détaillés pour les services de santé mentale des adultes de 18 à 65 ans. La responsabilité de leur mise en œuvre est confiée à des Local Implementation Teams (LITs) **associant les élus locaux, les offreurs de soins publics et privés, les représentants des usagers et des proches.**

Les équipes de santé mentale communautaire pluriprofessionnelles (médecins, infirmiers, travailleurs sociaux, psychologues, pair aidants...) Community Mental Health Teams – au nombre de 762 en 2008 assurent l'accompagnement dans la communauté.

Trois autres d'équipes font partie du paysage local de santé : des équipes de résolution de crise ou de soins intensifs à domicile (Crisis Resolution Service) chargées d'éviter les hospitalisations (270 en 2008 disponibles 24h/24, 7 jours sur 7) ; des Assertive Outreach Teams, équipes spécialisées dans la prise en charge de patients peu observants ou désocialisés (248 en 2008), ainsi que des équipes de dépistage et d'intervention précoce des troubles psychotiques (151 en 2008). Des équipes spécialisées dans la réhabilitation (52 en 2008) ou la prise en charge des sans-abri (32 équipes en 2008) se sont également développées.

Un programme de soins permet d'assurer la tenue des standards de qualité et de permettre la vie dans la communauté dans les meilleures conditions. Ce programme comprend : la prévention et la gestion de crise, la réduction et la gestion des risques, la préparation de la sortie d'hospitalisation et donc la question du logement et de l'habitat, ainsi qu'une évaluation annuelle de l'accompagnement et des besoins des aidants.

Les périodes de récession économique 70, 80, 2008, ont souvent freiné ce mouvement de désinstitutionnalisation et la croissance des sans-abris dans les rues des grandes villes, dont certains souffrent de troubles psychiques, ont posé de nouveaux défis. Nottingham, ville industrielle du centre de l'Angleterre, et le travail de la fondation Framework en lien avec les équipes de santé de la NHS (National Health Service), en est un exemple particulièrement illustratif.

La Fondation Framework a été créée lors de la période de crise économique des années 70 et 80, initialement pour répondre aux besoins de personnes sans abri en forte augmentation. A cette époque, elle

2 Framework rapports d'activités : http://www.frameworkha.org/assets/0002/1274/Annual_Report_2017.pdf

offrait des accueils de nuit et développait l'aller vers avec des équipes de bénévoles. Elle n'était financée que sur la base de dons.

Au milieu des années 80, la Fondation a commencé à bénéficier de fonds publics (au niveau national et au niveau de la municipalité de Nottingham). Elle a diversifié et professionnalisé ses activités notamment en engageant et formant d'anciens bénévoles. A cette période, elle crée des résidences « Second Stage » dont l'accès est proposé à des personnes en situation de vulnérabilité notamment des personnes en situation de handicap psychique.

A partir de 1990, les fonds publics augmentent et les services de santé (NHS) développent un partenariat qui prend progressivement de l'ampleur jusqu'à devenir constant et de haut niveau en 2003. De nouvelles résidences sont ouvertes, l'équipe de professionnels s'étoffe et développe un l'accompagnement dans le logement et le logement inclusif de droit commun.

Entre 2003 et 2010, les propositions de logement s'élargissent de façon importante dans la ville puis dans le comté de Nottingham avec plus de 100 appartements indépendants, 12 résidences pour les personnes sans abri, le développement de service de soutien à l'intégration sociale, l'accès à la formation et l'accès à l'emploi.

Depuis 2010, la zone géographique du réseau et les services proposés par Framework s'étendent au Lincolnshire, Leiceste, Derbyshire, North Linc's et Sheffield. Des programmes à destination des personnes rencontrant des problématiques d'abus ou de mésusage de substances psychoactives sont mis en place, de nouveaux services d'intégration sociale, de bien être ou d'activités se développent grâce aux financements de la loterie nationale (Big Lottery Fund Programmes).

En 2018, s'ouvre le Well Being Hub, guichet unique et véritable plateforme de services pour les personnes en situation de vulnérabilité à haut niveau de besoins ou besoins complexes. Dans ce réseau formalisé, Framework s'associe avec la Nottingham Community Housing Association pour favoriser l'accès au logement et soutenir une dynamique de rétablissement durable des personnes accompagnées.

Framework aujourd'hui, ce sont 85 services proposés à 12 000 personnes en situation de vulnérabilité et d'exclusion. 850 employés et autant de bénévoles. Un budget annuel 2018/2019 de 40.1 millions de livres sterling (44,8 millions d'euros). 62 % des frais de fonctionnement sont les ressources humaines. Plus de 1000 possibilités de logements et d'habitats variés du droit commun à la résidence médicalisée.

- La fondation FAISEM ville de Séville en Espagne (FAISEM, 2012 et rapports d'activités 2016, 2017)

En 1978, la Constitution espagnole instaure un système fédéral avec 17 régions autonomes qui ont leur propre corps gouvernemental et législatif, leur propre juridiction dans le domaine des services sociaux, de la santé, de l'agriculture, du logement, de l'urbanisme. L'Andalousie est l'une de ces régions autonomes. Elle compte plus de 8 millions d'habitants, et est divisée en 8 provinces (Séville est l'une de ces provinces). Il y a eu deux statuts d'autonomie consécutifs en Andalousie : 1981 et 2007 (pouvoirs régionaux, compétences et financements renforcés). Il y a 4 ministères de la communauté autonome qui sont également des bailleurs de fonds.

L'Andalousie a choisi de créer une structure de gestion spécifique, intersectorielle, sous forme d'une fondation publique appelée FAISEM, chargée de développer des programmes sociaux, en coordination avec les services sanitaires mais différenciée d'eux.

Le processus de réforme débuta en 1984 par la réforme des services sanitaires (fermeture des hôpitaux psychiatriques, intégration des ressources sanitaires dans le système andalou de santé, développement de nouveaux services sanitaires).

Les patients déficients intellectuels et ceux âgés de plus de 65 ans, sortis des hôpitaux psychiatriques, ont trouvé pour la plupart des solutions dans les structures sociales déjà existantes pour ces publics.

Mais la prise en charge « résidentielle » des personnes ayant des troubles psychiques sévères et âgés de moins de 65 ans fut le premier problème que dut résoudre le nouveau système, obligeant à créer des solutions.

A l'initiative de mouvements de professionnels et des associations de familles, fut créée en 1993, par le gouvernement andalou, cette fondation publique pour développer une offre variée de services, coordonnée avec les services sanitaires, mais pas gérée par ces mêmes services sanitaires, avec une gestion souple,

décentralisée dans les 8 provinces de la région.

La FAISEM (Fondation publique andalouse pour l'intégration sociale des personnes vivant avec une maladie mentale)

- Responsabilité publique, au travers des Ministères de la Santé, de l'Égalité et des politiques sociales, de l'emploi, entreprise et commerce, du gouvernement andalou.
- Financement majoritaire : budgets de la région Andalousie (communauté autonome).
- Instrument de la politique intersectorielle de l'Administration andalouse, a comme objectif le développement et la gestion des ressources de soutien social pour les personnes handicapées par de graves troubles psychiques.
- Une structure et un fonctionnement avec des critères d'efficacité et de qualité, avec la participation de professionnels, de familles, d'usagers et autres services de la cité.
- Un modèle de services basé sur la coordination avec les réseaux généraux des services sanitaires, sociaux et de prise en charge de la dépendance.

L'objectif général de FAISEM est la prévention de la marginalisation et de la discrimination des personnes handicapées suite à une maladie mentale grave, ainsi que le soutien à leur inclusion sociale et professionnelle.

Les associations sont des interlocuteurs très actifs dans l'élaboration des politiques et la mise en œuvre des plans d'actions. Ainsi les associations de familles siègent dans la commission consultative de FAISEM dont le rapport est obligatoire pour l'approbation annuelle des propositions de budget et des plans d'actions ainsi que des rapports de gestion. Toutes ces associations défendent le modèle communautaire, de rétablissement et citoyenneté et en sont l'un des piliers. La FAISEM soutient économiquement le mouvement associatif.

Financement :

Le financement de FAISEM est majoritairement public, à près de 90%, la contribution des usagers des programmes résidentiels (grâce au développement du système pour la promotion de l'autonomie et la prise en charge de la dépendance) est de moins de 10%.

En 2010, 80% des dépenses étaient pour le programme résidentiel.

Le coût moyen des différents dispositifs résidentiels :

- La maison-foyer (casa hogar) : 79,1 € par jour et par personne
- L'appartement supervisé (vivienda supervisada) : 29,4 € par jour et par personne
- Le soutien à domicile : 1 376 € par an et par personne

Au total, le programme résidentiel a un coût moyen de 40,6 € par jour et par personne.

Encadrement des interventions :

Au terme d'un processus de changement qui dura 17 ans, le dernier hôpital psychiatrique d'Andalousie a fermé en 1999, avec le développement de services extra-hospitaliers et le transfert des hospitalisations dans des unités des hôpitaux généraux.

Avant 1999, il y avait 8 hôpitaux psychiatriques en Andalousie. Aujourd'hui il y a 71 équipes de santé mentale communautaire.

Le premier niveau de recours non spécialisé est constitué par les médecins généralistes.

Deuxième niveau spécialisé en santé mentale : les 71 équipes de santé mentale communautaire, chaque équipe couvrant environ une population de 20 000 habitants.

Ces deux niveaux sont appuyés par un troisième niveau, celui des unités d'hospitalisation (en hôpitaux généraux), des unités de santé mentale infanto-juvénile, unités de réhabilitation, etc.

Profils des personnels :

La FAISEM a peu à peu développé un réseau de ressources de soutien social, dans lequel travaillent environ 1 100 professionnels (73% de femmes, 27% d'hommes), pour plus de 10 000 usagers.

Toute cette offre est coordonnée avec les réseaux généraux des services sanitaires et sociaux. On y accède par les services de santé mentale du système sanitaire public d'Andalousie et de l'Agence de Services Sociaux et dépendance d'Andalousie.

2. Dispositifs étudiés

Le Service d'Habilitation et de Résidence (SARS) du Département de Santé Mentale de Trieste - Italie (voir fiche évaluation de la visite en annexe 4)

Durant la visite des 23 et 24 janvier, le groupe a été accueilli dans l'espace de travail de l'équipe du SARS pour une présentation des services résidentiels et des coopératives sociales. Le budget soins et activités personnalisés a été présenté. Un des centres de santé mentale via Molina a été présenté et visité. Des visites d'appartements en collocation ou appartement clusters ont été effectuées : via Miramare, via Carducci, Vila Carsia (clusters) et un appartement loi 15 (payé et géré par le SARS).

Le SARS : Service Habilitation et de Résidence est le dispositif résidentiel du département de santé mentale de Trieste (Agence sanitaire de service public). Ce Service de santé couvre la Province et la ville de Trieste : 235 000 habitants dont 205 000 habitants de la ville de Trieste.

Les services de santé mentale adulte (plus de 18 ans) comprennent 4 centres de santé mentale (soit 1 pour 60 000 habitants). Il s'agit de centres d'accueil 24h/24h et de soins à domiciles. Ils accueillent 4600 usagers par an dont 1600 ont des troubles sévères.

Pour exemple, le centre de santé mentale visité via Molina comprend : 4,5 psychiatres 2 psychologues. Une cadre de santé infirmier diplômé d'Etat (IDE). 1 assistante sociale. 20 IDE. 10 aides soignantes. L'ensemble du département de santé mentale compte **4 pair aidants**. Ils travaillent 28h par semaine, ils ont une formation universitaire d'un an à la pair aide. Ils bénéficient d'une bourse de 300 euros / mois payée par le centre durant leur année d'étude.

La restauration et l'hygiène des locaux est confiée à une coopérative sociale de type B (voir définition ci-après).

Le **centre de santé mentale** est un centre portes ouvertes. Personne ne porte de blouse. Il n'y a pas de nom sur les bureaux. Le personnel de santé mentale ne porte pas de badge sauf dans les services de santé générale et les urgences.

Le centre comprend 6 chambres type hôtel. L'ouverture pour l'accueil ambulatoire est de 8h à 20h, 7j/7. Il existe une astreinte de nuit et une permanence téléphonique de nuit.

Les **urgences** sont gérées à l'hôpital général de la ville qui comprend 6 lits de santé mentale dans lesquelles travaillent des membres de l'équipe de santé mentale. La continuité des soins est assurée par la même équipe.

L'équipe effectue principalement des visites à domicile, même pour une situation stable.

Le travail de l'équipe de soins s'effectue en étroite collaboration avec des **coopératives sociales contractuelles** (loi 381 de 1991 : fonction et organisation du travail dans les coopératives sociales) de type B (= 30 % de personnels usagers en santé mentale et addictologie). La ville de Trieste compte 11 coopératives soit 60 intervenants appelés « operatori ».

Le budget annuel du département de santé mentale de Trieste est de 17 millions dont 3,5 millions pour le budget personnalisé en santé mentale.

Le SARS : Service Habilitation et de Résidence est le dispositif résidentiel du département de santé mentale de Trieste (Agence sanitaire de service public). Ce Service de santé couvre la Province et la ville de Trieste : 235 000 habitants dont 205 000 habitants de la ville de Trieste.

Au total, le SARS accompagne 145 projets individualisés dont 110 en appartements.

Ces 110 personnes présentent des troubles qualifiés de sévères et des situation de handicap psychique importante avec des niveaux d'autonomie différents selon les logements. Les comorbidités somatiques et de d'addictions sont fréquentes.

Elles ont plus de 18 ans, c'est une population mixte. La vie en couple est possible dans les logements thérapeutiques ou de transition.

Le **type de logement** proposé par le SARS est de deux types :

- Les « hébergements thérapeutiques » avec une présence 24h/24 d'un « opérateur » de coopérative sociale. Il peut s'agir d'une colocation de deux ou trois personnes ou d'un logement individuel. Ce sont des logements sociaux dans des immeubles HLM. Il faut compter 3 à 5 ans d'attente pour y accéder.

Plusieurs appartements sont situés dans le même immeuble. Par exemple : Via Negri (voir annexe 5, photos) 7 appartements dans le même ensemble de résidence : 3 logements individuels, 3 logements pour 3 personnes et 1 pour 2 colocataires.

Les critères accès : être usager des services de santé mentale, éligible à un logement social selon ressources économiques.

Les usagers sont locataires en titre. Ils perçoivent l'indemnité maladie (comparable à l'AAH) de 290 euros par mois. Le coût par personne pour ces logements est de 70 euros charges comprises.

- Les « appartements de transition » (Loi 15). Il s'agit de logements sociaux HLM conventionnés entre HLM et service de santé mentale. Il existe un pool de 10 logements réservés et rapidement disponibles (un mois à quelques mois), loués par le département de santé mentale.

Le résident, usager des services de santé mentale et accompagné par le centre de santé mentale à proximité ne paye ni loyer ni charge.

Niveau financier et ressources humaines

Les services sanitaires publics sont gratuits. Le réseau comprend : les centres de santé mentale, les services sociaux et les coopératives sociales qui permettent la présence d'intervenants « operatori » (accompagnant, auxiliaire de vie, régisseur, aide comptable...) très disponibles pour les personnes en situation de handicap psychique.

Le projet est porté par le SARS auprès des agences de logements sociaux (bailleurs sociaux) puis une coopérative sociale est mandatée ce qui assure une relation de confiance durable auprès des bailleurs.

On retrouve dans le projet personnalisé signé : l'usager, ses proches, l'agence sanitaire, la coopérative sociale, les bailleurs sociaux, les services sociaux). Parfois, il peut y avoir une administration de soutien : par exemple pour aide pour gestion budget (équivalent de la MASP - Mesure Accompagnement Social Personnalisé) conseiller social et financier suite à une décision de justice.

Les détails concernant la coordination entre les équipes sanitaires et sociales, l'habitat (accessibilité, proximité commerces, l'accès aux activités, moyens de communication...) sont présentés dans les fiches d'évaluation en annexe 4.

La fondation Framework et son réseau à Nottingham en Angleterre

La rencontre avec la fondation Framework et son réseau à Nottingham s'est déroulée du 16 au 18 avril. Durant ces deux jours, le groupe a visité en premier lieu le point d'entrée aux services proposés par Framework et ses partenaires : le Well Being Hub (plateforme de coordination multi service dont l'accès au logement). La visite s'est poursuivie sur 7 modes d'habitat différents avec rencontres d'une dizaine d'équipes proposant des services aux personnes en situation de vulnérabilité. Tous ces dispositifs sont en lien étroit avec les services sociaux, municipaux et sanitaires mais sont différenciés de ceux-ci.

Les services présentés ci-après sont accessibles exclusivement aux habitants de la municipalité de Nottingham et proches banlieues. Nottingham compte 300 000 habitants intra-muros. La métropole dans son ensemble compte 700 000 habitants.

Ils sont financés par des donations, des fonds publics surtout municipaux, nationaux et certains services (aucun d'accès au logement) par la loterie nationale.

Le Well Being Hub est une plateforme de coordination multi service (voir fiche de présentation en annexe 5) ouverte en octobre 2017 : il s'agit d'un guichet unique dont l'objectif est d'orienter une personne en situation de vulnérabilité et avec des besoins complexes vers les services les plus appropriés.

Il a été créé suite au constat de la mauvaise coordination des services entre eux pour les personnes faisant face à des problèmes multiples, soit la très grande majorité du public concerné. Par exemple problèmes financiers, d'addictions, de santé physique et de santé mentale, de logement.

Dans un système classique chaque service devait faire sa propre évaluation avec la répétition de questions intimes et délicates et un fonctionnement en silo.

Exemple concret de spirale négative de problème inter dépendants :

Sally mère célibataire de 2 enfants vit dans un coin de la ville où la vie est difficile.

Elle s'en sort tout juste. A Noël elle a dépensé un peu trop pour faire de cadeaux à ses enfants. Elle a des difficultés de remboursement de ses dettes.

Priorité numéro 1 = dettes

Priorité numéro 2 = risque de perte de logement

Priorité numéro 3 = problème de santé : insomnie, anxiété, éléments dépressifs, consommation d'alcool pour compenser ce qui aggrave les dettes (1) et les problèmes de santé (3) et entraîne la perte de son travail puis de son logement (2).

Si on répond à un problème à la fois avec un service pour chaque problème cela ne fonctionne pas d'où la création d'une plateforme multiservice pour répondre à tous les facteurs de risque.

Autres avantages du guichet unique : levée des barrières notamment liées à la stigmatisation, tous les services sont au même endroit, amélioration des délais d'attente et de réponse, un travail sur les critères d'inclusion souvent plutôt des critères d'exclusion

Dans le well being hub on trouve 20 services différents :

- les services sociaux
- les services de santé (général et santé mentale)
- les services municipaux
- les services associatifs ou de fondation : bien être, rétablissement, culture, loisirs, logement (Framework et NHCA Nottingham Housing Community Association), formation, emploi, abus de substances.

200 à 300 usagers y sont reçus chaque jour, tous habitants de Nottingham. Pour les autres il est proposé une orientation vers le service le plus proche et le plus approprié.

Le financement est multiple : fonds européens, Fondation Framework, Etat, Ville de Nottingham.

La visite a porté sur les services d'accès au logement et de soutien à la vie dans la ville. Nous présentons ci-après succinctement deux services rencontrés dans le Well Being Hub parmi d'autres.

Wellness in Mind (www.wellnessinmind.org)

Ecoute téléphonique 7/7 – 9h à minuit

RDV bureau ou domicile 9h 5h lundi au vendredi
RDV bureau des médecins généralistes

Personne de 18 ans et plus habitants de Nottingham.

Service : Evaluation holistique et plan d'action. Informations : santé mentale, autres services, auto assistance self help / auto gestion. Thérapies gratuites accessibles type thérapie cognitive et comportementale fournies par des personnes qualifiées mais pas nécessairement infirmiers ou psychologues ou psychiatres.

Nature in Mind

Jardin potager social. Financé par la loterie nationale tous les 3 ans depuis 2010.
Cyclisme, randonnée, percussions, conservation de la nature, observation des oiseaux.

L'association Framework

La devise de **Framework** est « ouvrir des portes pour les personnes sans domicile et vulnérables » voir plaquette en annexe. Il comprend, entre autres, un service chargé de la crise du logement qui est un service de soutien gratuit pour toutes questions concernant le logement pour les personnes vivant dans la ville de Nottingham. Le service est dédiée aux personnes sans logement ou sur le point de le devenir, âgées de plus de 16 ans. Célibataire, en couple ou en famille.

Le service offre conseils et assistance pour réduire le potentiel de sans abris soit dans le cadre de sessions de soutien sans rendez-vous ou par un programme d'assistance convenu pouvant aller jusqu'à plusieurs semaines.

Il travaille avec différents types de logement : logements sociaux, associations de logements sociaux, logement locatifs privés, les propriétaires et personnes ayant souscrit une hypothèque.

Un service de Framework **Moving Forward** est plus spécifiquement dédié aux personnes en situation de handicap psychique. Il propose l'accompagnement personnalisé par un gestionnaire de cas ("support worker").

Support workers

A noter que les « support workers » ont un niveau de qualification académique faible. Il ne s'agit ni de travailleur sociaux ni d'infirmiers. Ils sont recrutés sur la base de leur engagement et de leurs expériences de vie. 10 % d'entre eux ont une qualification en santé et 2% en santé mentale. Un quart d'entre eux sont des experts d'expérience, ex usagers ou usagers. Ils ont une formation intensive (6 mois) puis des formations continues : en santé mentale, prévention et gestion du suicide, prévention et gestion de la crise. Leur diplôme est reconnu comme celui d'un travailleur social, mais n'est pas reconnu au niveau clinique. Ils travaillent 37h/ semaine. Leur salaire moyen est de 16 000 Livres par an (17 870 euros par an).

Beaucoup de bénévoles, dont une partie importante d'usagers ou ex usagers des services de Framework, viennent renforcer l'équipe de 850 personnes.

En 2017, 11 917 personnes en situation de vulnérabilité ont reçu un soutien de Framework qui a accompagné vers le logement 3077 personnes, soutenu dans leur logement 3882 personnes, évité l'expulsion de 963 personnes, venue en aide à 352 personnes vivant dans la rue ("rough sleepers").

Par ailleurs, Framework et son réseau facilite l'accès vers les services d'addictologie, les services de santé mentale ou de wellness in mind, soutient les familles et propose des groupes de psychoéducation / formation avec des experts d'expérience, propose des modules de compétences sociales.

La population bénéficiaire est mixte (42 % de femmes, 57% d'hommes, 1% de transgenres). Au niveau des âges la population se répartit comme suit : 16-17 ans : 2,5% / 18-24 ans : 21% / 25-34 ans : 21% / 35-44 ans : 22%, 45-54 ans : 20 %, 55-64 ans : 11%, 65 ans et plus : 2,5%.

Les types d'habitats et de logements accessibles pour les personnes ayant des troubles de la santé mentale via Framework sont très variés.

New Albion (voir photos, annexe 5)

Il s'agit d'un hôtel social de 24 chambres. Pour tous publics dès 16 ans en situation de vulnérabilité. La durée de séjour varie de 1 nuit à 6 mois. 200 personnes y séjournent par an. Il s'agit d'un hébergement temporaire ou de transition.

Le loyer est payé directement par la municipalité : 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois).

Le personnel comprend : 14 « support workers » qui travaillent avec le résident son projet individualisé, 4 agents de sécurité la nuit et 7 la journée.

L'orientation se fait par la municipalité, même de nuit. Le résident doit avoir des papiers en règle, avoir été résidents à Nottingham ou avoir de la famille résident à Nottingham.

Un règlement intérieur est à signer à l'entrée. L'expulsion est possible après 6 semaines d'impayés. Aucune expulsion n'a jamais été nécessaire.

L'accès aux services de santé primaire et santé mentale est facilité.

Exemple de résidents : une mère et son fils ayant des problèmes de santé ont perdu leur logement, un jeune couple sans logement, une femme enceinte et ses deux enfants, un jeune homme issu de la communauté des gens du voyage présentant un trouble du spectre autistique, une personne sortant de prison.

L'hôtel est situé à proximité du centre ville et de la gare centrale, proximité des commerces et des services de la municipalité. Les animaux sont admis. Les visites des proches sont possibles.

London road services

Une résidence principale de 3 étages pour 55 personnes, anciennement sans domicile avec un haut niveau de vulnérabilité.

Deux résidences de 40 personnes chacune à 1 km de la résidence principale.

C'est le premier niveau d'accès au logement pour des personnes en situation d'isolement social de 18 ans et plus. L'âge moyen est de 35 ans. Il n'y a pas de limite d'âge. La plupart présente des comportements qualifiés d'anti sociaux et ont des problèmes de santé mentale et d'abus de substances comorbides.

La résidence principale était mixte jusqu'en 2018 (44 hommes / 11 femmes) ; elle est exclusivement habitée par des hommes à présent.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois). Framework établit un contrat locatif auprès du conseil municipal.

Résidences porte ouverte avec contrôle. Repas collectif ou possibilité de cuisiner (cuisine collective). Les toilettes et douches sont individuelles.

La durée de résidence est de 3 à 6 mois avec une moyenne à 4 mois. Par la suite, les personnes vont soit vers du logement privé (1/3), soit du logement social (1/3), soit sont perdus de vue (1/3).

Le personnel comprend : un coordinateur, 30 « support workers » (dont 10 % sont des ex usagers), 15 personnels « cuisine et hygiène ».

Un médecin généraliste est présent une fois par semaine avec une infirmière. Les équipes de santé physique et mentale se déplacent pour rencontrer les résidents si besoin. Les travailleurs sociaux ne viennent pas, ou peu.

Une équipe mobile en addictologie spécialisée dans la gestion des risques propose des rendez-vous individuels une fois par semaine.

Il y a peu d'expulsion. Les rares cas sont dus à des faits de violences sur un résident ou un membre du

personnel.

L'accueil d'animaux est possible et un lien avec les équipes vétérinaires est proposé.
Les résidents peuvent recevoir librement leurs proches.
Téléphone et internet sont accessibles.

32 Bentinck road : résidence pour personnes présentant des besoins complexes comprenant une situation de handicap psychique et des abus de substances (voir photo, annexe 5)

Résidence de plain-pied dans un quartier résidentiel. 19 chambres et une chambre de crise.

C'est une résidence dite core house (maison mère) avec 15 appartements clusters (en grappe) à proximité (moins de 500m) dans la communauté et une maison pouvant accueillir jusqu'à 4 familles avec enfant.

Population mixte de 18 ans et plus avec des problématiques mixtes de santé mentale et d'abus de substance. Un niveau moyen d'autonomie et des difficultés de motivations malgré des aptitudes.

L'objectif est l'autonomisation et le soutien au développement de compétences

Ces personnes sont adressées par les équipes de santé mentale.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois).

La durée de séjour est en moyenne de 2 ans, avec le projet de logement individuel vers un appartement cluster en bail associatif ou privé. Parfois la durée peut atteindre 4 ou 5 ans.

Entrée et sortie contrôlée mais libres. Vidéo surveillance des parties communes et des extérieurs.

Un repas collectif le soir, les 2 autres sont préparés avec le soutien des support workers par les résidents. Les résidents sont responsables de leurs chambres pour le nettoyage et le linge.

Personnel :

12 support workers

2 personnels « cuisine et hygiène »

1 veilleur de nuit

2 personnes en même temps minimum

24H/24

7j/7

Des bénévoles passent quotidiennement.

90 % des résidents sont accompagnés par une équipe de santé mentale communautaire professionnelle. Si nécessaire l'équipe de gestion de crise se déplace. Si un problème de violence ou d'ordre public se pose la police intervient.

L'autogestion des traitements et des difficultés de santé est soutenue par les support workers. Ces derniers accompagnent les résidents à leur rendez-vous médicaux, sociaux, addictologie, loisirs, sorties, visite proches, etc.

Les animaux sont acceptés. Les visites des proches sont acceptées. Accessibilité à un vaste jardin avec parties couvertes. Transport en commun proche. Commerces au bout de la rue.

Hughendon Lodge

Logements temporaires banalisés situés en banlieue proche.

Une résidence base (maison mère) de 15 chambres plus une chambre d'accueil temporaire / répit (pour une nuit) proche de 9 logements clusters (grappe) sont situées à Radcliff road.

Chambres meublées avec salle de bain et kitchenette.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois). Framework établit un contrat locatif auprès du conseil municipal.

Liberté d'aller et venir avec contrôle de porte au niveau de la résidence mère.

Durée de séjour de 12 à 18 mois pouvant aller jusqu'à deux ans.

Population : Mixte de 24 à 62 ans. Personnes ayant des troubles de santé mentale sur le long terme. Adressé par l'hospitalier ou les équipes de santé mentale communautaire.

Objectif : travailler l'autonomie et la stabilité au sein de la communauté. Dans un second temps proposer une orientation vers un logement autonome indépendant ou partagé.

Personnel :

1 infirmier de l'équipe de santé mentale communautaire NHS pour la gestion des médicaments

20 « support workers » – 7j/7 – 24h/24

4 la nuit avec un travail en binôme

L'accès aux dossiers patients pour les support workers est possible avec l'accord de l'utilisateur.

Accompagnements par les support workers vers tous les services requis : soins, conseils administratifs ou comptables, l'accès la formation, accès aux services locaux, activités de loisirs, sports et culture dans la communauté, sorties notamment avec Nature in Mind ou séjour de 4 jours (campagne par exemple).

Jardin accessible. Possibilité de recevoir ses proches. Accès aux dossiers patients est possible avec l'accord de l'utilisateur.

Radcliff road

Immeuble comprenant 9 appartements grappe. Il s'agit de logement HLM, le résident est locataire. Pas de durée limitée.

Edwyn house 57 – Résidence pour personnes avec un haut niveau de besoin de santé pour cause d'abus de substance (alcool, drogues)

24 personnes. Haut niveau de besoin en santé (démence Korsakoff par exemple). Adressés par les services sociaux. Souvent ces personnes ont déjà essayé toutes les autres options dans la communauté, cette résidence est considérée comme le dernier recours quand le reste a échoué.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois). Framework établit un contrat locatif auprès du conseil municipal.

La résidence est considérée comme une résidence médicalisée : les personnes ne sont pas locataires.

Le projet prévoyait initialement des séjours de 2 ans, mais la moyenne est plutôt de 4 à 5 ans. Avec souvent des accompagnements de fin de vie.

Cette résidence répond à une pression au niveau national car les hôpitaux sont saturés étant donné le vieillissement de la population, l'accroissement des inégalités et les problèmes de santé que posent les abus d'alcool et de drogue.

NHCA Nottingham Housing Community Association

Indépendante de Framework mais proposant des services similaires elle a été créée en 2012 dans le cadre du « transforming care agenda » décidé au niveau national suite à un reportage télé (Panorama) qui a tourné en caméra cachée et exposé les abus physiques et émotionnels dont étaient victimes des personnes vivant avec des troubles de santé mentale et/ou des troubles d'apprentissage en hôpital privé. Ce reportage a déclenché une enquête nationale dans tous les hôpitaux privés et publics les résultats sont que les personnes n'ont pas de projet individualisé, restent hospitalisées plus longtemps que nécessaire, sont

éloignées de leur famille et n'ont pas l'occasion de s'intégrer dans les communautés locales. Ainsi, chaque ville a reçu des objectifs précis pour que ces personnes sortent de l'hôpital et puissent vivre en ville de façon la plus autonome possible.

La NHCA accompagnent des personnes résidentes dans 40 logements.

Le ratio de personnel de la NHCA est de 3 professionnels pour 1 usager. Les services sont accessibles 24h/24 et 7j/7.

Chaque personne dispose d'un programme informatisé individuel modélisant ses objectifs et la temporalité de leurs réalisations.

L'équipe est composée de 22 support workers.

4 personnels en journée

4 personnels de nuit (dont 2 au bureau de permanence téléphonique et surveillance vidéo, et 2 en extérieur).

Un des dispositifs proposé par la NHCA : **Step down**

Il est proposé aux personnes qui sortent des grandes institutions et qui commencent à vivre dans la communauté dans les logements accompagnés pour une durée 6 mois à 2 ans. Les professionnels de la NHCA soutiennent le développement des compétences permettant de vivre dans des logements de moins en moins encadrés. D'autre part ils apportent un soutien important aux familles et aux proches des personnes accompagnées.

Autre dispositif NHCA le **Smart Center**

Il s'agit d'une ligne téléphonique pour les résidents de dispositifs NHCA et de Framework accessible 24h/24 et 7 j/7 qui reçoit 8000 à 10000 appels / mois et de propositions de solutions technologiques pour favoriser l'autonomie dans le logement (par exemple accès téléphone, internet, détecteur de fumée, sécurité : caméra de surveillance, etc.).

Maison partagée NHCA

Il s'agit d'une maison en banlieue résidentielle à 10 minutes du centre ville comprenant 3 logements pour les personnes les plus fragiles. Cette « maison mère » est entourée d'appartement individuel en cluster (grappe).

Les résidents sont locataires.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois). NHCA établit un contrat locatif auprès du conseil municipal.

La durée moyenne dans ce logement est de deux ans puis les personnes s'orientent vers un logement individuel social ou privé.

Dans cette maison partagée il y a une présence constante : 1 manager (tiers temps) et 6 support workers. Comme toujours des bénévoles viennent renforcer l'équipe.

Le projet vise l'autonomisation. Il n'y a pas d'accompagnement vers les activités mais un travail est effectué sur les motivations. Les rendez-vous sociaux ou sanitaires sont accompagnés.

Possibilité d'accueillir des animaux. Possibilité de recevoir proches. Proximité commerces et transport en commun. Accessibilité médiocre (marches escalier) pour les personnes à mobilité réduite.

Logements de Dale street NCHA

3 maisons différentes, une maison mère de 8 appartements et 2 maisons clusters pour des personnes avec un plus haut niveau d'autonomie.

Le loyer est payé directement par la municipalité 330 livres par semaine (368 euros) et les charges par les

résidents qui sont bénéficiaires des minima sociaux : 360 livres par mois (400 euros par mois). NHCA établit un contrat locatif auprès du conseil municipal.

La population âgée de 18 à 56 ans est mixte avec différents niveaux de besoins. Dans ce dispositif, les personnes ont obligatoirement un accompagnement par les équipes de santé mentale communautaire du NHS.

La durée de séjour est de 2 ans théoriquement mais il y a de pas de durée maximum. L'objectif pour les résidents est de gagner en autonomie pour aller vers la maison cluster puis vers un logement autonome.

Le personnel comprend : 1 manager (tiers temps), 8 support workers (présence minimale : 2 le matin et 2 l'après-midi).

Pas de personnel de nuit mais un système d'alarme relié au dispositif smart center avec de possibles visites à domicile la nuit.

La FAISEM (Fondation publique andalouse pour l'intégration sociale des personnes vivant avec un trouble psychique)

Au cours de la visite d'étude des 26, 27 et 28 juin, une présentation de la FAISEM et d'ASAENES, association de familles, ont été effectuées, et les lieux suivants ont été visités : La Maison-foyer de Triana (voir description des Maisons-foyers ci-dessous) ; Le complexe résidentiel Portobelo (résidence avec des appartements individuels et des espaces communs pour personnes ayant un haut niveau d'autonomie) ; Des appartements supervisés / partagés (voir description des appartements partagés ci-dessous).

La FAISEM a été dès le départ un projet politique, administratif et des familles : ces différents acteurs se sont réunis en 1984 pour transformer les soins apportés à l'époque, sur un modèle essentiellement sanitaire, par 8 hôpitaux psychiatriques, en un réseau communautaire pérenne, où la dimension sociale, l'adaptation aux besoins et le soutien des personnes ayant des troubles de santé mentale sont centraux. L'impulsion de départ est venue de psychiatres progressistes, puis se sont surtout les familles qui ont impulsé le changement.

L'entité opérationnelle FAISEM a été créée en 1994 sous forme de fondation publique. Un statut qui permet d'être réactif et de travailler davantage en transversalité avec l'ensemble des acteurs, y compris les quatre ministères impliqués. Cette forme juridique permet d'acheter des maisons ou des terrains, de louer des logements, ce que l'administration ne peut faire directement.

85 % du budget de la FAISEM est fléché vers le logement (bâti, personnel, accompagnement).

Suite au vote de la loi de transparence en Espagne, les comptes de la FAISEM sont publics, accessibles sur Internet et régulièrement audités par le gouvernement andalou.

Sur toute l'Andalousie, la FAISEM regroupe 71 équipes de santé mentale communautaire, intervenant chacune sur un territoire de 20 000 habitants environ, avec l'objectif de favoriser la réhabilitation et une attention continue à la continuité des soins. La coordination est fondamentale dans la mise en œuvre de ces activités ; On distingue trois niveaux d'intervention :

Niv 0 : médecine générale

Niv 1 : aides-soignants, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers... (les 71 équipes)

Niv 2 : hôpitaux et interventions auprès de publics spécifiques (enfants, jeunes, détenus...).

Au-delà du logement, des besoins multiples sont pris en compte : chaque usager a un moniteur référent et bénéficie d'un plan individuel de traitement écrit ainsi que d'un plan individuel d'accompagnement qui est évalué régulièrement.

Le programme résidentiel

Les logements proposés par la FAISEM s'adressent aux adultes (18-65 ans) usagers des services publics de santé mentale.

Le programme résidentiel comporte trois niveaux ou « sous-programmes », en fonction de l'intensité de l'accompagnement et du soutien apportés aux résidents. Il ne s'agit pas de logement social (les personnes ne sont pas des locataires) et les logements appartiennent à la FAISEM.

- Les appartements partagés et accompagnés (Las viviendas supervisadas) :

Pour 4 à 5 résidents, en milieu ordinaire. Accompagnement variable, en fonction des besoins de chacun (repas, organisation de la vie quotidienne, gestion du budget, relations sociales).

Supervision et soutien sont variables, en fonction de la périodicité des visites à domicile, qui peuvent se faire à la demande des usagers.

Ce peut être quelques heures par semaine pour un soutien ponctuel, une supervision, ou alors des interventions quotidiennes pour un accompagnement à diverses activités de la vie quotidienne (toilette, entretien du logement, repas, prises de médicaments). Dans certains cas, il y a du personnel la nuit et les fins de semaine.

Ces appartements ne sont pas mixtes. Les visites sont autorisées, mais seuls les usagers peuvent rester la nuit, après obtention d'une autorisation. Il est possible pour l'usager de dormir à l'extérieur mais il doit prévenir de son absence.

La principale difficulté dans ces logements est de faire cohabiter des personnes ayant des profils divers.

Les relations avec le voisinage sont bonnes, ces habitants étant généralement plus discrets que certains autres publics (étudiants par exemple).

- Les Maisons-foyers (Casa-hogar) :

Soutien personnel permanent, pas plus de 20 places pour maintenir un environnement relationnel et un mode de fonctionnement pas trop institutionnalisé.

Du personnel 24h sur 24, non sanitaire. Cette offre permet d'accueillir des personnes peu autonomes et de leur offrir un logement, des repas, une aide personnelle, de la supervision pour les actes de la vie quotidienne et éventuellement l'accès à des activités occupationnelles, éducatives, de loisir, etc.

- L'accompagnement à domicile (apoyo en el propio domicilio) :

La personne vit seule dans son logement, ou dans sa famille, ou en famille d'accueil ou dans une pension, partage un logement avec d'autres personnes handicapées autonomes. Cet accompagnement complète l'intervention des services sociaux communautaires (qui interviennent auprès de personnes ayant d'autres handicaps), et le suivi sanitaire (suivi à domicile par les services de santé mentale).

Niveau « moyen » de soutien à domicile spécifique pour les personnes ayant de graves problèmes de santé mentale.

Il s'agit d'aider aux tâches quotidiennes des personnes pour qui les programmes généraux des services sociaux ne sont pas adaptés.

- Les maisons pour personnes âgées de plus de 65 ans (plazas residenciales generales) : les personnes y sont le plus souvent admises après la maison-foyer (type de logement non visité dans le cadre de ce projet)

En 2017, le programme regroupait 1 937 places dans les différents dispositifs et modalités de soutien pour toute l'Andalousie :

- 689 places en appartements partagés et accompagnés (dont 192 à Séville)
- 955 places de maison-foyer (200 à Séville)
- 251 accompagnements à domicile (dont 39 à Séville)
- 42 places pour personnes âgées (dont 18 à Séville)

L'âge moyen des résidents est de 46 ans.

L'entrée dans le dispositif passe par une Commission provinciale intersectorielle d'attribution de logement et de suivi qui se réunit chaque mois, voire deux fois par mois. Elle rassemble un représentant de la FAISEM, du service de santé mentale, des services sociaux, de l'agence dépendance. La commission priorise les situations selon l'urgence et les besoins. En moyenne, 90 % des personnes dont les dossiers sont présentés en commission viennent de leur famille, 10 % sont sans logement.

La FAISEM propose des places de logement et le service de santé mentale publique décide de diriger tel usager vers telle solution.

Le dialogue avec l'utilisateur/la famille a lieu après l'attribution. Les usagers ne sont pas présents dans la commission d'attribution des logements. Dans les appartements partagés, ils n'ont pas le choix des personnes avec lesquelles ils cohabitent. L'intégration d'un nouveau résident est progressive (plusieurs rencontres et échanges ont lieu avant l'emménagement en tant que tel), et l'utilisateur peut refuser le logement proposé.

Pour les appartements autonomes, un appartement témoin existe : il permet de faire un essai afin de s'habituer progressivement à vivre dans ce type de logement.

Le taux de rotation dans les logements est relativement faible : 15 % par an environ. Il faut du temps pour former les personnes à davantage d'autonomie. Selon le responsable du programme à la FAISEM : « *Le modèle "vers la sortie" ne fonctionne pas pour tous. Ici, le modèle est résidentiel. Il couvre les besoins les plus urgents.* »

Urgence, crise, transitions

Pour les situations de crise, des protocoles spécifiques existent. Ils sont coordonnés avec les hôpitaux généraux. Des « Plans de crise » sont élaborés avec les usagers et familles à leur arrivée.

Les Maisons-foyers ont du personnel permanent (24h/24) et pour les appartements (dans lesquels du personnel passe tous les jours), une astreinte téléphonique d'urgence de la FAISEM existe 7j/7 et 24h/24. Celle-ci fait éventuellement le lien avec les services d'urgence.

Une liste de personnes à contacter en cas d'urgence (avec les numéros de téléphone portable) est disponible dans chaque logement.

Pour les résidents des appartements souhaitant quitter leur logement, la place est conservée un temps pour faciliter l'éventuel retour en cas de problème. Les familles sont impliquées et les dispositifs expliqués.

Les transmissions et la coordination entre les différents acteurs (dont la FAISEM) passent par des conventionnements écrits.

Activités

De nombreuses activités sont proposées par la FAISEM (préparation de repas en commun, animations...), qui facilite aussi l'accompagnement, à l'aide d'un service de transport, vers les activités extérieures, notamment celles des centres de jour et des communautés thérapeutiques (établissements gérés par les

hôpitaux généraux qui accueillent des personnes pour une durée inférieure à un an après une hospitalisation).

Au titre des activités proposées par la FAISEM, certaines visent directement à sensibiliser aux alternatives à la prise de médicaments : thérapie de groupe, formation à la santé et au rétablissement (ETP).

Pour les personnes vivant dans les appartements partagés, des assemblées de cohabitation sont organisées régulièrement, pour que les résidents se rencontrent.

De nombreux liens existent par ailleurs avec les associations d'usagers et de familles et l'accès aux activités qu'elles proposent est facilité.

Au moins 70% des bénéficiaires du programme résidentiel ont un parcours de formation professionnelle et d'emploi en lien avec les services d'orientation et de soutien à l'emploi.

Une entreprise sociale de la FAISEM emploie aussi directement des usagers. Il s'agit d'ateliers de type "atelier d'insertion" pour préparer au retour à l'emploi (activités appelées "occupationnelle" chez eux). Cette entreprise effectue par exemple le nettoyage et fournit les repas des appartements partagés.

Les allers et venues des usagers dans la journée sont par ailleurs libres dans les différents logements.

Le bâti

Les logements visités étaient accueillants et accessibles, avec une bonne intégration dans le tissu social : équipements culturels, scolaires, santé, commerces à proximité.

Au niveau architectural, on note de beaux volumes (à l'exception des chambres de la Maison de Triana - un peu petites - voir photo annexe 5), une bonne luminosité, des espaces verts, une impression générale de propreté et d'entretien régulier (intérieur/extérieur), du matériel en bon état et fonctionnel, des équipements récents, un bon éclairage et une bonne ventilation.

L'impression d'enfermement dégagée par le complexe résidentiel Portobello (appartements individuels pour personnes ayant un degré d'autonomie important - voir photo annexe 5) s'est en fait avéré être un moyen de protéger les résidents vis à vis de l'extérieur (squatteurs, voleurs) plutôt que le contraire.

Les logements visités étaient accueillants et accessibles, adaptés, avec une bonne intégration dans le tissu social : équipements culturels, scolaires, santé, commerces, transport en commun à proximité.

Présence de signalétiques et information dans les logements ainsi que d'un téléphone permettant ainsi la communication avec les équipes.

Possibilité de recevoir amis et familles.

Au niveau architectural, on note de beaux volumes (à l'exception des chambres de la Maison de Triana un peu petites), une bonne luminosité, des espaces verts, une impression générale de propreté et d'entretien régulier (intérieur/extérieur), du matériel en bon état et fonctionnel, des équipements récents, un bon éclairage et une bonne ventilation. Présence de téléphone public au sein du bâtiment dans les parties communes.

L'impression d'enfermement dégagée par le complexe résidentiel Portobello (appartements individuels pour personnes ayant un degré d'autonomie important) s'est en fait avéré être un moyen de protéger les résidents vis à vis de l'extérieur (squatteurs, voleurs) plutôt que le contraire.

Budget personnel

Le paiement du loyer pour les usagers de la santé mentale est régit par la loi de dépendance en Espagne. L'allocation mensuelle de la région (celle la plus couramment versée) est de 369 €, versée sur 14 mois.

Il y a obligation de laisser un reste à vivre minimal de 120 €/mois aux usagers (même fonctionnement que pour les appartements supervisés que pour les structures).

Les repas, la lingerie, les fournitures liées à l'hygiène sont fournis par la FAISEM.

Pour le transport, la FAISEM prend en charge les déplacements vers les activités qu'elle propose, tout comme par exemple le déplacement et l'accompagnement aux divers rendez-vous médicaux

Ce reste à vivre peut donc être dédié aux dépenses de divertissement.

Formation du personnel

Des progrès sont encore à faire sur ce point, selon le coordonnateur de la FAISEM : la formation a été un peu oubliée au départ, en particulier en tant qu'outil de partage d'une culture commune qui pourrait passer par des formations croisées entre la santé et le social.

Des progrès sont toutefois en cours. Ils sont d'autant plus nécessaires que les besoins des usagers ont beaucoup changé ces dernières années et nécessitent de s'adapter.

Avec le vote de la loi dépendance, il y a deux ans, la FAISEM a professionnalisé ses moniteurs/éducateurs grâce à une formation complémentaire au social - technicien auxiliaire - qualification technique, socio-sanitaire (aide-soignant). Jusque-là, aucune qualification n'était requise pour exercer ce métier.

Les personnels encadrant des moniteurs/éducateurs ont quant à eux une formation universitaire de "psychologue social".

Des formations, financées par la FAISEM, sont dispensées tous les ans sur le thème de la santé mentale, de la gestion de crise ou de la gestion budgétaire.

Plusieurs projets sont en cours, dont un projet partenarial commun basé sur l'échange d'expérience entre social et la santé ou un autre sur les droits de l'homme pour les usagers.

Le volontariat (bénévolat) dans le programme résidentiel

En 2016, il y a eu deux sessions, après appel à candidatures (par le biais du site de FAISEM, de l'Université de Séville, l'Université Pablo de Olavide, le Service d'assistance à la communauté universitaire, la plateforme du volontariat social de Séville). Les différentes étapes :

- Sélection des candidats
- Formation des personnes désireuses d'être volontaires à FAISEM : 50 h de formation au volontariat-bénévolat en santé mentale (20 h de cours théoriques et 30 h de stages pratiques dans divers dispositifs résidentiels de la FAISEM).
- Intégration des bénévoles (ou volontaires) sociaux au programme résidentiel, après signature du contrat de collaboration, dans lequel est indiqué le temps disponible (en nombre d'heures par jour, ou en jours de la semaine).

Le temps moyen de chaque bénévole a été de 4,4 h par semaine (de 1,5h à 9h).

Par semaine le total d'heures de bénévolat a été de 57h.

Les activités réalisées : accompagnement, de préférence avec de petits groupes (jamais plus de 3 personnes par volontaire), en dehors des dispositifs de soutien social de FAISEM, pour l'inclusion sociale des usagers.

Accompagnement ludique, culturel, pratique d'une activité physique ou d'une activité sportive.

Il y a eu 13 volontaires dans le programme résidentiel (en maison-foyer et en appartements partagés/accompagnés).

Autres publics

La FAISEM a signé une convention avec les prisons, concernant les personnes ayant des troubles de santé mentale incarcérées dans des prisons traditionnelles, pour la recherche de ressources 6 mois avant la sortie afin de leur garantir un logement dès le premier jour de leur libération.

La FAISEM commence par ailleurs à proposer des appartements supervisés individuels pour les jeunes afin de répondre à leur demande de ne pas être logés avec des personnes plus âgées ou de ne pas vivre en colocation.

Enfin, une équipe communautaire de suivi intensif au domicile, intégrant des professionnels soignants de la santé mentale, des membres de la FAISEM et des associations de familles, est en projet pour 2019.

Evaluation

D'un point de vue médico-économique, l'intérêt du dispositif semble difficile à évaluer puisque la plupart des personnes viennent de leur famille et pas de l'hôpital.

Une étude a toutefois pu mesurer que le nombre de journées d'hospitalisation des résidents logés en maison-foyer l'année de leur arrivée par rapport à l'année précédente avait fortement baissé (sachant que le prix de journée en maison-foyer est de 85€/jour contre 500€/jour à l'hôpital).

Aucun bilan qualitatif, du point de vue de l'utilisateur, ne semble avoir été réalisé. Les personnes interrogées durant la visite ont toutefois toutes exprimé leur satisfaction sur les solutions de logement proposées.

ASAENES, association de familles (voir plaquette, annexe 5)

ASAENES, association de familles créée en 1987, gère 14 programmes : intervention familiale, logement, transport, activités artistiques, sportives, programme européen de psychoéducation Prospect... et travaille beaucoup avec la FAISEM, qui les finance (à hauteur d'environ 38% de leur budget total).

Parmi les nombreux dispositifs innovants portés par ASAENES, on peut citer :

- Création de groupes d'entraide mutuelle pour les familles avec un soutien psychologique, une aide à l'auto-gestion / organisation (ex : organisation de sorties) ou encore des ateliers pour prendre soin de soi et ateliers Mindfulness (ou pleine conscience).
- Ateliers psycho-éducatifs pour enfants : programme développé au moment de la crise économique pour aider les enfants ayant un parent ou membre de la fratrie avec un problème de santé mentale, qui deviennent souvent des aidants pour leurs familles.

ASAENES développe aussi un programme de Centres de jour pour les personnes sans domicile fixe avec un problème de santé mentale, à la demande de la mairie et en partenariat avec la FAISEM. Des moniteurs-éducateurs les détectent dans la rue, leur propose une consigne, une douche, un petit déjeuner, des vêtements. Pour l'accueil nocturne, ils travaillent en collaboration avec 16 structures associatives dédiées.

--

En conclusion

Il semble que la transition entre un système hospitalo-centré vers une organisation communautaire soit réussie en Andalousie.

On peut constater un nombre d'hospitalisations bas sans que la mise en œuvre de la santé mentale communautaire soit forcément confiée à la psychiatrie publique.

Pour obtenir ce résultats, il a toutefois fallu réunir plusieurs conditions : un lien de confiance, fort et équilibré entre les acteurs (la psychiatrie, les acteurs sociaux, les associations de familles et usagers), un travail de proximité à un échelon territorial adapté, combinant des financements, une autonomie dans la mise en œuvre et une approche horizontale (et pas « en silo »).

Il faut également une volonté politique d'appliquer une approche humaniste centrée sur l'intérêt des personnes. On notera qu'ici, la participation des personnes aux décisions qui les concernent dans ce programme résidentiel doit encore être renforcée pour se rapprocher des standards internationaux, en particulier la convention relative aux droits des personnes handicapées de l'ONU.

Concernant le parcours résidentiel en tant que tel, outre les qualités intrinsèques des logements et de l'environnement d'implantation, la notion de parcours est intéressante dans le sens où elle intègre la progression vers davantage d'autonomie. Elle est d'autant plus pertinente combinée avec un parcours individuel de soin plus général et une ouverture sur l'environnement qui passe par une incitation au retour à l'emploi, un accès facilité à des activités sociales et aux soins traditionnels. Le tout grâce à un important travail de coordination des différents intervenants.

La posture évolutive adoptée par la FAISEM, qui ne se contente pas de rester sur des acquis, permet l'évaluation et l'adaptation permanente de son dispositif - par de nouveaux programmes, de nouvelles approches - aux changements sociaux et aux nouvelles demandes qui en découlent.

Comme dans d'autres pays, on travaille ici de plus en plus avec les usagers : leur influence sur les décisions qui les concernent s'accroît, ils font de plus en plus valoir leurs droits. La FAISEM favorise l'empowerment, pour améliorer le bien-être des résidents, faciliter leur insertion sociale, imaginer et créer d'autres fonctionnements.

Le souci de faire changer le regard sur la santé mentale et de réduire la stigmatisation existe également. Il se traduit par exemple par la participation (et l'obtention) à différents prix (locaux et nationaux) autour de ces dispositifs, ou encore par des efforts de communication, par exemple, via l'organisation d'un festival du court métrage. On notera également, dans ce même ordre d'idées, que la caractérisation des publics accueillis par une approche de type « diagnostics cliniques » n'est pas privilégiée : la FAISEM parle plutôt de « trouble mental grave », avec une évaluation cognitive et des habiletés sociales. L'idée que le diagnostic peut en lui-même être une source de stigmatisation et même d'auto-stigmatisation est donc pleinement intégrée dans le fonctionnement habituel, contribuant ainsi à rendre la relation moins médicale.

3. Comparaison avec la France et recommandations

Dans les 3 sites visités, il y a eu une réduction des lits de psychiatrie et un transfert de la gestion des lits restants vers les hôpitaux généraux. Ceci s'est accompagné d'un développement de services extra-hospitaliers avec un redéploiement effectif vers des services connexes et une organisation de la santé mentale communautaire : centres de santé mentale, dispositifs ambulatoires flexibles, disponibles avec de grandes amplitudes horaires, équipes mobiles (de crise ou ACT), liens renforcés avec le niveau de santé primaire.

Parallèlement, nous avons également observé dans les 3 sites, un report des activités sur des dispositifs sociaux qui se sont développées en coordination avec les services sanitaires restructurés sur un mode communautaire. En l'absence de médico-social, le sanitaire se met donc au service du social et de facto des personnes.

Non seulement, auprès de chaque professionnel, nous avons noté la présence d'une culture de l'accompagnement et du service très différente de la France, qui se centre sur les personnes et leurs expériences plus que sur des qualifications académiques, mais aussi une souplesse dans la faisabilité.

Une gouvernance et une coordination horizontale ainsi qu'une absence de monopole décisionnel du sanitaire ont été remarquées. Et une approche globale, multidimensionnelle, centrée sur les besoins de la personne et des pratiques orientées rétablissement et citoyenneté en est ressortie fortement.

Pour finir, un autre axe fort s'est démarqué : les actions de lutte contre la stigmatisation. Celles-ci ont pour buts de changer le regard de la société sur les troubles psychiques, et de sensibiliser des services à l'accueil et à l'intégration sociale des personnes vivant avec des troubles psychiques.

Inspirations applicables en France issues de la visite des dispositifs de la ville Trieste

Favoriser l'émergence de coopératives sociales multi services. Loi Italienne de 1991.

Stimuler l'articulation système social – sanitaire et l'organisation des soins communautaires : ambulatoire accessible, accueillant et très réactif, lits de crise, équipes mobiles, coopératives multi services.

Faciliter l'accès au parc immobilier adapté pour les personnes en situation de handicap psychique avec un travail de mise en confiance auprès des bailleurs. Le service est réservataire d'un pourcentage des logements sociaux.

Inspirations applicables en France issues de la visite des dispositifs de la ville de Nottingham

Opérationnaliser le rôle de la municipalité dans la mise en pratique de l'inclusion sociale des personnes vulnérables.

Favoriser l'émergence d'un « guichet unique » reposant sur une coordination répondant à la globalité des besoins complexes (ruche de services – plateforme multi service).

Développer des services ouverts à tous publics, facilement accessibles, n'exigeant pas de reconnaissance de handicap par exemple, ni de convention, ni de contrat.

Valoriser le rôle des associations et des fondations qui proposent des services en France complémentaires à ceux proposés par les CCAS, bailleurs sociaux, SIAO écoute et liaison.

Proposer des financements de projets ou programmes pour diversifier les sources de financement en faisant appel à des financements privés tels que la loterie nationale en Angleterre.

Développer des modèles évalués, évaluables, orientés rétablissement (centrés sur les projets réels de la personne et dans une dynamique positive et optimiste).

Valoriser un haut niveau de standard de la qualité.

Favoriser le développement de la pair-aidance.

Impliquer des usagers à tous les niveaux (organisation, formation, accompagnement...).

Développer un métier de « référent », profil de gestionnaires de cas, qui accompagnent chaque personne dans l'accès aux droits, dans la résolution des problèmes pratiques de toute sorte, dans la reprise de confiance en soi et des relations avec les services de droit commun, pour retisser du lien social et favoriser l'inclusion sociale.

Intervenir en milieu hospitalier pour préparer la sortie, notamment ce qui concerne les ressources, le logement et l'accompagnement à mettre en place avec la personne.

Inspirations applicables en France issues de la visite des dispositifs de la ville de Séville :

La délégation de gestion d'un dispositif logement articulée avec une offre variée de programmes de soutien sociaux à une Fondation publique favorise l'empowerment de tous les acteurs et le pilotage de la politique logement d'un territoire.

Impliquer tous les acteurs : ville, bailleurs, usagers aidants dans les commissions d'attribution de logement.

Flécher un contingent de logements réservataires.

Développer un logiciel informatique de modélisation et de formalisation du projet de vie avec des objectifs personnels des usagers (projet de vie, professionnel, etc.) et un programme d'activités formalisés (type Projet Baromètre PL Bossé et al. 2017).

Développer des prestations multi services (hygiène des locaux, peinture, plomberie, électricité...) et de repas portées par un acteur type FAISEM (fondation) employant des usagers et ex usagers. Cela est rassurant pour les bailleurs.

Favoriser la participation des usagers et des aidants à tous les niveaux d'organisation : municipaux, logement, santé, social, loisirs.

Participation des usagers et des aidants à la formation des professionnels de santé et du social et du logement et autres secteurs.

Favoriser le développement de la pair-aidance.

Développer la labellisation et la valorisation des programmes efficaces (label, publications, communications, prix, festivals artistiques exemple : festival cinématographique pour lutter contre la stigmatisation). Favoriser et reconnaître les initiatives créatrices dans les secteurs encore non couverts par les dispositifs (exemple : programme de soutien pour les enfants ayant des parents atteints de troubles psychiques porté par l'association de familles ASAENES).

Possibilité, pour les contribuables espagnols, de flécher 0,7 % du montant de leur impôt sur le revenu pour les ONG, ce qui représente une ressource financière non négligeable pour les associations d'usagers ou de famille (cela représente 15 % des subventions reçues par ASAENES l'an dernier, par exemple).

Recommandations générales :

1- Favoriser la participation des usagers et des aidants à tous les niveaux d'organisation municipaux, logement, santé, social, loisirs, formation des professionnels, pair-aidance (associative et professionnelle).

2- Faciliter la création de dispositifs pérennes sans lourdeur administrative. Labelliser et valoriser les programmes efficaces (label, publications, communications, prix, festivals artistiques).

3- Etre dans une démarche d'inclusion sociale réelle avec une démarche qualité appliquée : logiciel informatique projet de vie, évaluation des programmes et ré ajustements des objectifs sur la base d'indicateurs, mise en œuvre de vrais dispositifs d'insertion professionnelle

4- Utiliser des sources de financement modulables et diversifiées des projets d'accès et maintien dans le logement de personne en situation de handicap psychique et d'activités d'insertion sociale : impôts locaux, impôts sur le revenu, loterie nationale, fonds européens...

5- Favoriser l'approche pluridisciplinaire pour faciliter le parcours de la personne en fonction des événements de sa vie : l'approche santé mentale seule ou logement seul, ne peuvent fonctionner sans la dimension sociale, loisir, finance, santé générale, etc.

6- Développer un métier de « référent » (appelé « monitor » à Séville ou « operatore » à Trieste ou « support workers ») : gestionnaires de cas technicien auxiliaire spécialisé aux habilités sociales, qui accompagnent chaque personne dans la résolution des problèmes pratiques de toute sorte.

7- Lutter contre la stigmatisation des troubles de santé mentale et avoir comme objectif le respect des droits de l'homme en santé mentale au sens de la convention internationale des droits des personnes handicapées.

4. Retour d'expérience

a) Enseignements tirés par les membres de l'équipe par rapport à leurs propres pratiques

I Loens (chargée de mission en santé mentale, ARS Hauts de France) :

« Le projet d'études m'a permis de mesurer l'intérêt du travail interinstitutionnel et pluriprofessionnel ainsi que la richesse du regard des usagers.

Les différentes expériences européennes démontrent qu'il est possible pour les personnes ayant des troubles psychiques ou en situation de handicap psychique, de vivre dans la communauté sans être obligatoirement institutionnalisées. Elles mettent en évidence l'importance du travail de coordination entre le social et le sanitaire qui repose, dans les sites visités, sur une confiance mutuelle entre les différents intervenants amenés à accompagner les personnes : les professionnels du soin, les professionnels du social, les usagers et leurs familles.

Les enseignements issus de cette étude confortent les objectifs retenus dans chantier santé mentale du Programme Régional de Santé des Hauts de France. Ils permettront d'enrichir les actions qui découleront de la mise en œuvre du PRS. »

MC Vincent Psychiatre, (Coordination équipe mobile ELIPSES-PASS psy, CH la Chartreuse, Dijon)

« La désinstitutionnalisation est possible, effective et durable. Elle modifie clairement et positivement la qualité de vie des personnes et permet aux acteurs de travailler de façon coordonnée et plus valorisante. Elle nécessite un éventail de solutions de logements adaptés aux personnes, le développement de dispositifs ambulatoires réellement complets et accueillants et un soutien actif par les ateliers thérapeutiques variés ainsi que d'une offre d'emplois adaptés dans des coopératives sociales ou équivalents. Pour cela, il est bien perceptible que les désirs de changement ou d'évolution ont été puissants et portés par plusieurs acteurs mais aussi que ces mouvements ont été respectés dans leur inventivité et leurs capacités de transformation dans les aspects législatifs, organisationnels et de transdisciplinarité. Une cohérence politique et une continuité leur ont permis non seulement d'éclorre mais aussi d'évoluer de façon vivante sur 20-30 années ».

A Werquin (Première adjointe au Maire de Faches Thumesnil (59), en charge du pôle habitat de l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté (reconnue par l'ARS comme CLSM)

« En ce qui me concerne, l'exercice était de faire "un pas de côté", donc ne pas s'enfermer dans un contexte politico administratif très différent du nôtre. Mes organisations sont très différentes : nous n'étions pas dans les mêmes strates, les mêmes tailles de villes, donc au premier abord difficile à transposer, mais par contre ce que j'en tire comme conclusion capacité d'innovation du milieu associatif. »

V Demassiet (Président du réseau Rev. France, réseau français sur l'entente de voix ; Président du GEM Ch'ti bonheur Faches Thumesnil)

« J'ai découvert la réalité d'un monde tourné vers une organisation en santé mentale communautaire où la psychiatrie ne trône pas comme seule et unique élément compétent. L'intégration de PET rétabli et pérenne ainsi que la suppression du caractère institutionnel permet une réelle coopération et une transversalité et une horizontalité entre les personnes concernées et les équipes de soutien et d'accompagnement pour le maintien de la personne souffrante en habitat sans tomber dans l'écueil d'un malade en hospitalisation à domicile. »

A Dannet (Coordinateur du GCS pour la recherche et la formation en santé mentale, chargé de la communication du CCOMS)

« La comparaison avec d'autres organisations institutionnelles et territoriales, avec d'autres ventilations des missions et responsabilités entre types d'acteurs, permet de remettre en perspective les habitudes françaises et de re-questionner ce que l'on n'imagine même pas pouvoir faire évoluer.

Du point de vue de la mise en œuvre des recommandations internationales de bonnes pratiques en matière de désinstitutionalisation, de prise en compte des droits des usagers des services de santé mentale, et d'empowerment de ceux-ci, il est assez motivant de constater que le mouvement est international, même si des différences existent dans les niveaux d'avancement de cette mise en œuvre. »

N Daumerie (Psychologue clinicien – Psychologue communautaire, coordinateur du service médico psychologique de proximité pôle 59g21 EPSM Lille Métropole et chargé de mission Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale Lille, France)

« Le projet a renforcé mon engagement d'accompagner le changement de culture professionnelle de l'institutionnel vers le communautaire en privilégiant la participation des usagers et des aidants à tous les niveaux. Il a renforcé ma conviction que la santé mentale est l'affaire de tous et qu'il est possible de vivre une vie de citoyen dans un habitat adapté malgré une situation de handicap psychique. L'importance du rôle des municipalités et des communes dans ce processus me paraît encore plus crucial. »

A Marcuzzi (Cadre de santé, pôle 59g21 EPSM Lille Métropole, Dispositif HabiCité, membre du pôle Habitat de l'AISSMC)

« Projet riche en découverte : j'ai conforté mon idée que aller vers le rétablissement n'est pas seulement l'affaire du service de santé mentale. Dans ces 3 pays, il existe des dispositifs et des activités qui fonctionnent et qui ne sont pas à l'initiative du sanitaire, de la psychiatrie ou de la santé mentale. Le point de départ doit être donné aux usagers, à leurs besoins, à leurs demandes et à leurs observations. Nous pouvons bien mieux, nous en rendre compte en les voyant fonctionner et travailler pour les usagers. Cela est central pour le changement de culture professionnelle dans les services français, mais aussi celle des partenaires qui nous voient, encore aujourd'hui, comme ceux qui doivent et qui ont le pouvoir de tout solutionner en ce qui concerne les personnes présentant un trouble psychique. Le parcours en santé mentale fait partie parfois de la vie d'une personne mais n'en ai pas réduite à toute sa vie. J'ai pu mesurer le travail de réseau qu'il reste à accomplir et nous avons eu la chance lors de cette étude d'y réfléchir avec des professionnels d'horizons différents et avec qui nous partageons les mêmes envies de changements. »

Laure Plais Richard Coordinatrice GCSMS santé mentale et habitat –Marseille

« Les échanges lors de nos visites se sont révélés très enrichissants sans compter la qualité de l'accueil de nos hôtes qui s'étaient appliqué à nous recevoir dans des conditions conviviales compte tenu de notre courte présence sur place. Effectivement, cela m'a permis de mieux comprendre ces nouvelles organisations orientées autour du bien-être et du respect des personnes hébergées bénéficiant d'un accompagnement sur mesure aux vues de leurs problématiques. Les psychiatres ou les responsables de services sociaux que nous avons rencontrés s'accordent tous sur cette approche davantage axée sur un accompagnement à la citoyenneté et aux droits, et constatent que cela permet à chacun de développer davantage l'autonomie tout en travers un projet de vie adapté aux compétences des personnes. Ce qui commence à émerger en France à force de lois, plans schémas, rapports, mais qui peinent à créer un réel mouvement significatif de changement d'organisation permettant une organisation d'aller vers et d'inclusion...

Mon intérêt s'est également porté sur les modes de financements mis en place en l'Italie et en Angleterre. Leur héritage culturel et historique sont bien différents, mais elles m'apparaissent très complémentaires, car les équipes de Nottingham développent le 'Fundraising' et le développement de partenariats privés de manière intensive, en étant quasiment propriétaires de l'ensemble de leur parc immobilier, mais en bénéficiant cependant de fonds public qui représentent près de 50% de leur budget global. Quant à l'Italie, ils fonctionnent à partir de fonds publics, 'sous-traitent' à partir de lancement 'appel d'offre avec des coopératives sociales. Parallèlement, un partenariat de qualité avec des bailleurs permet de bénéficier de logements compte tenu d'un contingent négocié pour ce public. Ces deux modèles de financement pourraient être davantage étudiés dans le cadre de projet à mettre en place en France, mais avant il faudrait pouvoir travailler collégialement avec les hôpitaux publics, et travailler à un modèle d'accompagnement dans le logement pour les personnes souffrant de troubles psychiques. »

b) Enseignements tirés pour le fonctionnement et l'organisation des organismes impliqués dans la mission d'étude

Roselyne Touroude (Vice - Présidente de l'UNAFAM - Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)

« J'ai pu constater la mise en œuvre de plans intégrés de santé mentale, portés politiquement et financés depuis 20 ou 30 ans, par des acteurs qui travaillent en réseau : une organisation territoriale crée et met à disposition des personnes vivant avec des troubles psychiques les ressources nécessaires à une vie digne, de bonne qualité au sein de la communauté.

Cela nécessite la volonté politique de mettre en œuvre les conditions d'accès à la citoyenneté de ces personnes et de faire de la santé mentale une priorité d'action impliquant toute la société.

Il est clair, notamment à Nottingham et en Andalousie, que la question de l'habitat, l'accès et le maintien dans le logement, est un élément majeur dans une politique globale de prise en compte des besoins des personnes, élément articulé avec les autres offres de services et de soutien social (activités, emploi, accès aux droits, loisirs, culture, socialisation, soins, etc.) pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec des troubles psychiques, pour prévenir la survenue de handicap psychique important, de la marginalisation voire de l'exclusion.

Je retiens quelques points clés :

- Une approche globale, multidimensionnelle de la situation de vie de la personne, qui n'est plus focalisée sur les seuls troubles psychiques.*
- La planification des différents services de soutien social, portés par les acteurs du social, accessibles dans l'espace et le temps, coordonnés aux services de soins.*
- La multiplicité de l'offre de soutien social, portée par les mêmes acteurs, ce qui facilite la souplesse de l'accompagnement, la coordination, les financements : un panel de dispositifs, de petite taille, au sein de la communauté, visant à développer l'autonomie des personnes, la socialisation, l'accès aux services et activités de droit commun.*
- Les capacités d'adaptation et d'évolution des porteurs de programmes : nouvelles offres pour de nouveaux profils de bénéficiaires, nouvelles formes d'accompagnement.*
- L'importance de l'accompagnement social individualisé (réfèrent social), l'attention portée au bien être des personnes, à l'accès à leurs droits de citoyens.*
- les différents acteurs impliqués dans la mise en œuvre des soins et des accompagnements entretiennent des relations de confiance. Il y a un respect mutuel et une reconnaissance de l'importance du rôle de chacun.*
- Le rôle joué par les associations de familles en Andalousie, partenaires à part entière dans l'élaboration des plans d'actions territoriaux, la gestion et le développement d'une offre de programmes sociaux pour les personnes vivant avec des troubles psychiques et pour leurs proches, les actions de sensibilisation et de lutte contre la stigmatisation.*

Ces visites démontrent que l'accès précoce à un habitat et à un programme individualisé de soutien social, dans le cadre d'une approche globale et multidimensionnelle, est déterminant pour la santé des personnes et leur qualité de vie, elles confortent l'engagement de l'UNAFAM, les revendications de notre association telles qu'exprimées dans notre plaidoyer pour un plan psychique élaboré en 2017, les actions que nous menons pour améliorer l'accès à leurs droits de citoyens des personnes vivant avec des troubles psychiques. »

V Demassiet :

« La confrontation réelle sur le terrain à la difficulté de notre culture institutionnelle d'appréhender des postes de pairs aidants présents à tous niveaux hiérarchiques sans pour autant avoir de quelconque diplômes universitaires ou autre si ce n'est celui de la vie et de leur expertise tiré que leur parcours et de celui de leurs Pairs. »

A Werquin

« Continuer à sensibiliser mes collègues élus aux besoins des usagers de la santé mentale dans la ville, communiquer sur cette étude dans notre journal municipal pour contribuer au changement de regard de la population (nul n'est à l'abri d'un trouble !) et expliquer la création d'une résidence accueil grâce à un travail en partenariat entre un bailleur social (Aréli) une équipe de l'EPSM, l'implication du CLSM et le soutien de la Ville. »

N Daumerie :

« Poursuite du soutien au développement d'une culture professionnelle, dans les équipes de santé et chez les partenaires, orientée rétablissement et organisée sur un mode de santé mentale communautaire. »

A Dannet :

« Pour les membres du GCS recherche et formation en santé mentale, un partage des pratiques observées pouvant inspirer la création de nouveau dispositif. Stimuler la découverte de dispositifs en France et à

l'étranger. »

A Marcuzzi :

« Pour le pôle dans lequel je travaille, favoriser l'accompagnement d'usagers par des pairs aidants et plus particulièrement la création d'un groupe d'auto-support avec le Projet Baromètre comme outil.

S'agissant du possible développement d'un projet de « guichet unique » très intéressant mais très ambitieux : cela implique que chaque partenaire accepte de travailler sur ses disponibilités et s'engage dans une organisation claire et co-pilotée. »

Des observations réalisées lors de cette mission d'étude seront par ailleurs intégrées à deux projets :

- Création d'une résidence accueil à Faches Thumesnil en co-gestion avec un bailleur social associatif (ARELI).*
- Conventions à travailler avec des bailleurs et/ou des associations pour créer des logements d'urgence temporaire. »*

Laure Plais Richard Richard

« Continuer à travailler avec les membres du groupement à une culture commune sur les questions de santé mentale et d'habitat dans le cadre du projet territorial de santé mentale en sensibilisant les hôpitaux publics à réfléchir sur des modèles d'organisations territoriales basées sur la coopération et le partenariat en associant les acteurs capables d'amorcer une prise en charge axée sur les besoins des personnes. Et en y associant les élus, les institutions, et tous les professionnels du secteur afin de créer une nouvelle dynamique sur notre territoire. »

c) Suites envisagées (par exemple, expérimentation, diffusion des connaissances, réseautage avec les dispositifs visités...)

Des visites d'usagers et de professionnels de Nottingham et de Séville à Lille seront programmées en 2019.

V Demassiet :

« Diffusion de l'expérience que j'ai tirée de ces sites afin d'inciter au maximum les Pairs à se préparer à investir et à promouvoir leur compétence d'expert d'expérience au sein d'équipes pluridisciplinaires sur un statut égalitaire où le rapport sera autant pour les personnes concernées accompagnées que pour les professionnels des équipes. »

MC Vincent

« Accompagnement du dispositif de création un chez soi d'abord localement avec adaptation possible au sein même des logements (colocations si souhaitables par ex) et vigilance sur des points qui semblent faciliter le logement inclusif (la question des livraisons de repas par ex, le maillage des activités extérieures). Transmission de ces exemples européens aux jeunes confrères de l'hôpital. »

A Dannel :

« Valorisation de ce projet et de ces visites dans les supports de communication du CCOMS et du GCS, de l'EPSM Lille métropole, lors du conseil scientifique du CCOMS et de l'assemblée générale du GCS. »

N Daumerie :

« Organisation de visites de découverte et d'immersion dans les sites visités lors du projet pour des collègues du pôle ou des partenaires voire des décideurs. »

d) Analyse "critique" de la mission d'étude

Le fait d'avoir constaté des « ingrédients » communs dans les avancées évidentes, durables et toujours en évolution, de l'accompagnement soins/logement dans plusieurs pays voisins est en soi un enseignement qui est très concret et vivant. Par ailleurs, il n'est pas si aisé de « saisir » si les organisations financières, administratives et politiques qui ont été nécessaires ont fait l'objet d'aménagements importants sur le plan structurels et comment ceux-ci ont été conséquences des désirs des acteurs pour « humaniser » les accompagnements.

Les rencontres avec les usagers demandent bien sûr des précautions éthiques importantes mais d'une façon générale, nous étions plutôt là pour eux en « visite » dans les structures ou appartements et sauf à créer nous-mêmes des circonstances favorables d'échanges, ils n'étaient pas préparés à témoigner de façon substantielle sur le vécu de l'accompagnement apporté. Des rencontres avec des associations

d'usagers auraient pu compléter cette mission afin de recueillir leur analyse des changements qui ont lieu sur 20-30 ans.

Il est difficile de mobiliser dans la durée l'ensemble des participants à la mission. Le remboursement des frais de voyage dans le cadre de cet appel à projet facilite clairement ce type de découverte mais l'investissement en temps, qui représente également un coût pour les différentes personnes impliquées, est parfois clairement un frein. A l'heure où la question de l'indemnisation des usagers, des représentants associatifs et des élus à la participation au fonctionnement des services est recommandée par l'HAS il faut rappeler qu'il s'agit d'une question d'équité.

A noter également que pour les sites de visite, dans ce type de mission, l'accueil d'un groupe peut être compliqué et demande d'avoir un excellent réseau car, là aussi, l'investissement en temps des équipes sur place est très important.

Difficulté lors des visites d'accéder aux usagers sans la présence des équipes.

e) Pistes d'approfondissement

Le caractère pluridisciplinaire de l'équipe est clairement un point fort : cette multitude de points de vue est d'ailleurs recommandée par l'OMS dans ses procédures d'observation de services de santé mentale.

Difficile d'évaluer les changements de pratiques instantanés, mais gageons que les futures communications sur cette mission donneront de bonnes idées à plusieurs acteurs locaux.

5. Conclusion

Le projet d'études a permis d'analyser des organisations européennes différentes de celle adoptée en France et issues d'une même évolution, une réduction capacitaire des lits d'hospitalisation. Ceci explique le développement des soins sur un mode ambulatoire et l'investissement du secteur social dans l'accompagnement socio-éducatif des personnes en situation de handicap psychique. Dans ce contexte, l'hébergement et le logement des personnes est devenue une priorité pour laquelle des réponses ont été apportées. Celles-ci reposent, en grande partie, sur une articulation forte entre les acteurs du champ sanitaire et du champ social qui s'inscrivent dans une logique de parcours de vie.

En France, le recours à l'hospitalisation reste conséquent dans certains territoires ce qui peut limiter les possibilités de réinsertion dans la cité et par la même occulter la problématique du logement. Par ailleurs, il existe encore un cloisonnement entre les secteurs sanitaire, social et médico-social, qui fonctionnent en silos. Ceci ne favorise pas la construction de parcours de soins en santé mentale et d'accompagnement dans la cité, fluides.

Plusieurs propositions peuvent y répondre : la mise en place d'une articulation pérenne, effective. L'octroi de la prestation de compensation. Le développement d'un nouveau métier sur le modèle des gestionnaires de cas. Le développement de la pair-aidance et l'intégration des experts d'expérience à tous les niveaux, les formations croisées, la communication et la valorisation...

Ces différentes propositions doivent s'inscrire dans une réflexion associant l'ensemble des acteurs concernés, professionnels du soin, usagers, acteurs sociaux et médico-sociaux, collectivités... La loi de modernisation du système de santé offre ce cadre de réflexion à travers l'élaboration des PTSM projets territoriaux de santé mentale.

Le manque de fluidité des parcours de soins en santé mentale et d'accompagnement dans la communauté est le problème majeur de l'offre actuelle en France. Trop souvent, nous nous heurtons au cloisonnement entre secteurs sanitaire, médico-social et social fonctionnant en silos.

Parce que ce sont de multiples difficultés sociales, matérielles, d'intégration, qui peuvent conduire à des conduites addictives ou à des problématiques de santé mentale, la problématique de maladies psychiatriques n'est pas à mettre au premier plan.

Les solutions aux principaux problèmes identifiés passent par une articulation pérenne, effective et organisée entre acteurs de proximité (médecins généralistes, acteurs sociaux - bailleurs sociaux notamment, acteurs médico-sociaux de proximité, l'entourage, les associations d'usagers) et entre les acteurs de psychiatrie, et ce, afin d'organiser la réponse aux besoins.

Au niveau technique, cela passe par l'utilisation d'un projet modélisé, formalisé, informatisé du projet de vie avec des objectifs personnels des usagers (projet de vie, professionnel, etc.) et un programme d'activités formalisés.

Les personnes handicapées psychiques sont des citoyens, des sujets de droits. Ils doivent pouvoir bénéficier des compensations prévues dans le cadre de la loi de 2005, notamment la prestation de compensation du handicap qui permet de financer des aides à domicile, ce qui actuellement est quasi impossible ou encore l'accès à un SAVS ou un SAMSAH, services dont le développement doit être facilité car leur nombre est insuffisant.

Pour l'accompagnement au quotidien : développer un métier sur le modèle des gestionnaires de cas, techniciens auxiliaires spécialisés aux habilités sociales, qui accompagnent chaque personne dans la résolution des problèmes pratiques de toute sorte.

Pour travailler ensemble, il faut partager une culture commune et des objectifs partagés : croire à la notion de rétablissement, à la capacité d'agir et à l'autonomie des personnes, ce que favorise les Conseils Locaux de Santé Mentale en particulier pour les partenariats entre associations d'usagers et d'aidants, équipes de psychiatrie et acteurs du logement (avec, par exemple, des actions de sensibilisation et formation des bailleurs sociaux et des gardiens d'immeuble).

Ces formations croisées pourraient contribuer à modifier la domination de la culture sanitaire et médicale et à arrêter de valoriser uniquement les métiers et les qualifications professionnelles.

Un autre vecteur peut offrir un appui concret au développement des inspirations rapportées des 3 sites européens visités : la stratégie nationale pour le logement d'abord portée par la DIHAL (Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement) plan quinquennal 2018-2022. Il suppose un changement de méthodes, des solutions adaptées, qui passent notamment, par les intermédiations locatives, les pensions de familles, les résidences accueil et les maisons relais par exemple.

D'autres vecteurs sont également à promouvoir comme l'utilisation des sources de financement modulables et diversifiées des projets : impôts locaux, impôts sur le revenu, loterie nationale, fonds européens, etc.

Tout dispositif d'accès et de maintien dans le logement pour des personnes en situation de handicap psychique devrait faire l'objet d'évaluation sur la base d'indicateurs et répondre à une démarche qualité stricte. En cas de réussite probante il conviendrait de labelliser et de valoriser les programmes efficaces.

La loi de modernisation du système de santé prévoit une organisation de la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques via des projets territoriaux de santé mentale (PTSM). Cela suppose de ramener la psychiatrie vers les besoins de la personne et non sa maladie. Ce qui, in fine est totalement dans la stratégie des 3 expériences européennes dont nous présentons les inspirations dans la perspective de futures politiques efficaces en matière d'accès et de maintien des personnes vivant avec des troubles psychiques, dans le logement de droit commun ordinaire ou adapté.

Même si les ARS doivent donner l'impulsion, l'initiative des PTSM revient aux personnes concernées (usagers, familles), aux acteurs de terrain sur un territoire de vie, au département (compétence préfectorale et conseil départemental). Cela suppose un diagnostic territorial partagé sur tous les aspects de la vie de la personne (soins, logement, droits, insertion sociale, professionnelle...) et sur tous les dispositifs d'accompagnement c'est la même logique : prendre en compte la personne dans sa globalité dans toutes les dimensions de son projet de vie.

Le PTSM est vecteur d'un processus de transformation car cela suppose que chacun (sanitaire, social, institutions) arrête de croire qu'il peut s'occuper de tout et qu'il redonne une place aux personnes concernées et à leur capacité à se prendre en charge, à agir ensemble et donc favoriser leur participation pleine et entière à tous les niveaux.

Ainsi, les programmes que nous avons présentés ne sont-ils pas orientés vers un maintien dans la cité mais bien vers une vie dans la cité. Dans une véritable orientation de rétablissement bien au-delà du soin.

Remerciements :

L'équipe du GCS pour la recherche et la formation en santé mentale tient à remercier l'ensemble des usagers, familles, bénévoles et professionnels, qui ont accepté d'accueillir le groupe de visiteurs de la mission d'étude.

Merci également aux membres du groupe, partenaires du GCS, qui ont bien voulu participer à ce travail.

Merci enfin à la CNSA, qui a permis, par son financement, la réalisation de ces visites.

ANNEXES

Annexe 1 : Méthodologie

Composition de l'équipe

Fort de son expertise dans la transposition en France d'expériences innovantes menées à l'étranger et convaincu de l'apport, dans la pratique quotidienne, d'une observation de bonnes pratiques, le CCOMS, qui anime et met en œuvre les actions du GCS, a réuni une équipe pouvant potentiellement porter la reproductibilité locale, sur différents territoires, d'initiatives étrangères réussies dans le domaine du logement, facteur clé de l'intégration sociale des personnes ayant des troubles de santé mentale.

Une diversité de profils a été recherchée, tout en limitant le nombre de personnes dans le groupe afin de faciliter le travail d'observation et de ne pas trop alourdir l'organisation logistique des voyages. 9 personnes ont ainsi été réunies (auxquels s'ajoute une personne pour l'interprétariat).

Des praticiens impliqués sur les questions d'accès et de maintien dans le logement des personnes ayant des troubles de santé mentale issus de trois établissements du GCS sont représentés dans le groupe de visite (l'EPSM Lille métropole, le Centre hospitalier la Chartreuse de Dijon et le Centre hospitalier Edouard Toulouse de Marseille) ; l'équipe compte également un bailleur social (Vilogia, dont la représentante est travailleur social de métier, la chargée de mission en santé mentale de l'ARS des Hauts de France, un représentant des usagers, un représentant des familles (l'UNAFAM, qui a récemment édité un « Recueil des bonnes pratiques dans les dispositifs de logements accompagnés »), la Coordination Marseillaise en Santé Mentale et Habitat (GCSMS) qui fait notamment le lien entre les travailleurs sociaux et ceux de la santé, et enfin un élu local, chargé de la délégation habitat d'une commune de 17 000 habitants et par ailleurs impliqué dans le CLSM du territoire.

Composition du groupe :

- Anita Werquin, première adjointe au maire de Faches Thumesnil, en charge du pôle habitat de l'association intercommunale de santé, santé mentale et citoyenneté (reconnue par l'ARS comme CLSM)
- Vincent Demmassiet, Président du réseau Rev. France, réseau français sur l'entente de voix ; Président du GEM Ch'ti bonheur.
- Laure Plais Richard, Coordination marseillaise en santé mentale et habitat
- Aurore Marcuzzi, Cadre de santé pôle 59g21 EPSM Lille Métropole, Dispositif HabiCité, membre du pôle Habitat de l'AISSMC
- Véronique Liétart, Chargé de Développement Social, Vilogia
- Roselyne Touroude, vice-présidente de l'UNAFAM (Union nationale des familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques)
- Dr Isabelle Loens, chargée de mission en santé mentale, ARS Hauts de France
- Dr Marie-Claude VINCENT, Psychiatre, Coordination équipe mobile ELIPSES-PASS psy, CH la Chartreuse, Dijon
- Nicolas Daumerie, Psychologue clinicien – Psychologue communautaire, coordinateur du service médico psychologique de proximité pôle 59g21 EPSM Lille Métropole et chargé de mission Centre Collaborateur de l'OMS pour la recherche et la formation en santé mentale Lille, France

Pour le dernier déplacement à Séville, V Demmassiet, L Plais Richard et N Daumerie ont été remplacés par :

- Marie-José Froideval, vice-présidente du Groupe d'Entraide Mutuelle Ch'ti bonheur
- Alain Dannel, coordinateur du GCS pour la recherche et la formation en santé mentale
- Cynthia Benkhoucha, Coordination marseillaise en santé mentale et habitat

Organisation logistique du voyage

La réservation des voyages, hôtels et transferts des différents membres du groupe a été effectuée par une agence de voyage sélectionnée après consultation de trois prestataires. Cette sélection a été réalisée sur les critères suivants : compréhension de la demande et capacité à intégrer toutes les contraintes ; prix ; acceptation des bons de commande administratifs.

Les frais annexes (repas...) sont remboursés par le GCS sur présentation de justificatifs originaux et sur la base des montants convenus dans la convention signée avec la CNSA.

La prestation d'interprétariat a été confiée à une agence après consultation de plusieurs prestataires et sur critère de prix.

Protocole d'observation et outils (grilles d'entretien, grilles d'observation, dispositifs photos, vidéos...)

Méthode

Pour chaque visite, des réunions de préparation ont été organisées avec le groupe d'observation (réunion du groupe 2 h en début de mission et 1 h chaque début de journée de mission) : présentation synthétique du site et des enjeux, présentation de la grille d'observations, répartition missions complémentaires spécifiques individuelles.

Des éléments de bibliographie sur le lieu visité sont remis pour faire connaissance avec la structure d'accueil, avec le contexte national de l'organisation des soins, de l'organisation sociale, de la situation particulière du logement...

Fiche d'observation

Des fiches d'observation (en version papier et électronique) sont remises à chaque participant. Elles comprennent les questions listées ci-après. Ces dernières ont été mises en forme pour permettre de prendre des notes in situ (tableau à 2 colonnes avec question à gauche et zone vide à droite). En outre, cette fiche a été préalablement testée, et ré-ajustée, avant les visites, dans le dispositif « Habilité » visant l'accès et le maintien dans le logement avec équipe mobile ACT (Assertive Community Treatment) dans le pôle de santé mentale public des communes de Lesquin, Ronchin, Faches Thumesnil, Lezennes, Hellemmes, Mons en Baroeul (59G21).

Rubriques de la fiche

Pays

Villes

Nom du dispositif / du service

Types de solution de logement/hébergement

(habitat permanent/temporaire ; spécifique à la santé mentale / non spécifique).

Délai d'accès au logement.

Type de public accueilli

(éventuellement âge, sexe, pathologie...)

Éléments juridiques et économiques sur l'accès au logement, le système d'allocations, le système de soins (Orientations vers le dispositif : critères d'évaluations, outils évaluations. Fin d'accompagnement). Lois.

Système de sécurité sociale.

Le lien équipes sanitaires / sociales est-il de qualité ?

- Comment s'effectue la transmission d'information entre les professionnels du soin et ceux du social (et/ou inversement) ?
- Une procédure est-elle standardisée ?
- S'agit-il d'une transmission écrite ? Orale ?
- Une liste de contacts indispensables existe-t-elle ? Avec un ordre de priorité dans les contacts ?
- Quels professionnels sont présents dans le dispositif / service (la santé et le social sont-elles représentées) ?
- La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour éviter la rupture de prise en charge)
- Les équipes de soins sont-elles présentes ou facilement accessibles dans le logement
- Les travailleurs sociaux sont-ils présents ou facilement accessibles dans les structures de soin ?

Habiter ensemble

- Existe-t-il une façon de tenir compte des souhaits de l'utilisateur ?
- Les usagers sont-ils impliqués dans le fonctionnement du logement ?
- Les structures sont-elles ouvertes sur l'extérieur ?
- Les usagers peuvent-ils sortir librement ?
- L'accès aux activités de loisirs est-il facilité ?
- Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?
- Des espaces de convivialité existent-ils dans les logements ?
- La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour faciliter l'autonomie et l'intégration sociale)
- Les usagers sont-ils informés de leurs droits (droits aux prestations sociales liées au logement ou non, droit au soutien financier...) ?
- L'utilisateur a-t-il accès à une aide administrative au remplissage des dossiers de demande de logement ?

- L'utilisateur est-il « chez lui » (d'un point de vue administratif) dans le logement ?
- Une information sur les possibilités d'emploi est-elle donnée à l'utilisateur ?

Quelles transitions ?

- Des lits d'urgence existent-ils et sont-ils disponibles ?
- Une information claire est-elle donnée à l'utilisateur sur les solutions qui s'offrent à lui en pareil cas ?
- Une information est-elle donnée aux différentes personnes concernées (familles, proches, médecin traitant, tuteur...) en cas de transfert d'une personne afin d'assurer la continuité des suivis ?
- La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions de logement d'urgence existantes)
- Un accompagnement à domicile est-il prévu en cas de besoin lors d'un retour d'hospitalisation ?

Pratiques d'accompagnement au domicile

- Une aide ou un soutien médical est-il disponible si besoin (infirmier de garde sur site, équipe mobile d'urgence...) ?
- Un service de livraison de repas, ou d'accès à une restauration collective existe-t-il ?
- Les services à domicile incluent-ils le transport vers des activités extérieures (loisirs, rendez-vous...)
- Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?

Avec l'entourage

- L'utilisateur peut-il recevoir sa famille/ses proches aisément dans la structure d'accueil / logement ?
- Un accompagnement pour la visite de la famille / de proches à l'extérieur de la structure est-il proposé ?
- Des moyens de communication sont accessibles (téléphone, courrier, Internet) ?

Pour remplir ces questionnaires, les membres du groupe se sont bien sûr appuyés sur leur observation directe. Ils se sont appuyés pour cela sur la méthode d'observation participante et ont été particulièrement attentifs à : l'architecture du lieu (fonctionnalité, confort, intimité, accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, volumes...), sa présentation extérieure (intégration dans le tissu socio-urbain), la mixité sociale au sein du lieu, les moyens d'accès au logement (est-il isolé ou situé à proximité d'équipements comme les écoles, crèches, pharmacies, médecins, commerces, services sociaux...), la présence de jardin(s), la propreté, le matériel mis à disposition (informatique, wi-fi...), l'éclairage, la ventilation... Mais aussi à l'existence d'interactions usagers-professionnels ou encore à l'attention portée à l'accueil des personnes dans la structure.

Des photos ont été prises pour illustrer les rapports d'observation.

L'observation est également complétée par l'étude des documentations remises (dépliants de présentation, règlement de fonctionnement...).

Après le déplacement

À l'issue de la visite, une réunion de concertation et de mise en commun a été organisée entre les membres du groupe. Celle-ci a permis à la fois de mettre en commun les différentes observations mais également de confronter les points de vue sur ce qui pourrait être considéré comme innovant et transposable, selon l'expérience de chacun.

Une attention particulière est demandée au groupe pour évaluer l'intégration dans la communauté³ (santé, social, loisirs, citoyenneté) des dispositifs de logement et des personnes bénéficiaires.

- Outils de recueil d'information : grille d'observation, entretien non directif, observation participante.

³ L'intégration dans la communauté a été décomposée par T Aubry et J Myner en 3 dimensions (Aubry & Myner, 1996) : intégration physique : participation à des activités ou des services à l'extérieur de chez lui • intégration sociale : interaction avec son voisinage • intégration psychologique : avoir un sentiment d'être membre de la communauté.

Annexe 2 : Témoignages d'usagers (les prénoms ont été modifiés)

Exemple d'une rencontre à Trieste : un femme logée en appartement thérapeutique

Le fait d'arriver à plusieurs personnes dans le logement, de rester debout, à poser de multiples questions dans une langue que la personne ne comprend pas, carnet à la main, devant la personne qui est assise, ne favorise pas les échanges...

Cela peut expliquer que la jeune femme semble déroutée par nos questions, ne sachant pas quoi répondre la plupart du temps.

J'ai noté que l'éducatrice lui soufflait des réponses, comme pour la sortir de l'embarras;

L'éducatrice vient 3h par jour, elle fait les papiers administratifs pour les aides sociales, ce qui est difficile. Elle est payée sur le budget santé mentale pour aider aux activités de la vie quotidienne.

La jeune femme s'est dite satisfaite de ce logement, n'envisageant pas pour le moment d'en partir (elle a souligné le fait qu'elle n'avait pas de frais de loyer, ni d'électricité etc...)

Elle est en colocation, sa co-colocataire travaille à temps partiel, 5h par jour dans une coopérative sociale, mais elle est partie à l'extérieur avant notre arrivée, ne souhaitant (ou ne pouvant pas ?) pas nous rencontrer.

La locataire a exprimé rapidement qu'elle avait ressenti une angoisse préalablement à cette visite, et toute son attitude montrait qu'elle avait besoin de maintenir un espace de sécurité (rester assise, se protéger derrière les réponses de la travailleuse sociale, laisser une distance entre elle et nous dans l'espace réduit de la cuisine où elle nous reçoit). Il paraissait donc difficile qu'elle échange de façon spontanée et sa seule réponse plus directe a été celle où elle a expliqué que sa colocataire avait préféré partir avant notre visite...

Témoignages des femmes de l'appartement supervisés de la Macarena de Séville

Les témoignages ont été facilités par le fait qu'une des personnes du groupe d'observation puisse assurer la traduction de façon fluide et spontanée et par le fait que nous étions assises toutes en cercle, n'hésitant pas à échanger ensemble sur des éléments plus personnels, à donner des retours actifs ou montrer notre intérêt. Elles ont accepté d'emblée que nous prenions des notes après avoir expliqué que nous souhaitions nous « inspirer » de ce type de dispositif .

A l'arrivée de Rachel, la monitrice dans l'appartement alors que nous sommes en visite, les 3 femmes se lèvent spontanément en souriant et l'embrassent chaleureusement.

Isabela : (46 ans)

Elle restera très attentive pendant notre visite et parlera peu mais s'exprime de façon forte quand elle a vraiment quelque chose à dire.

A deux ateliers thérapeutiques par semaine dessin et café thérapeutique. Sinon elle préfère rester à l'appartement et regarder la TV. Elle aide à faire les courses communes (liste et déplacement) et à la lessive. Elle n'a pas envie de faire plus d'activités.

Elle apprécie beaucoup ce lieu de vie et n'aimerait pas en changer. Elle se sent très proche des 3 autres femmes de l'appartement (l'une est absente ce jour).

Elle venait d'une maison foyer et avait gagné en autonomie.

Va chez le psychiatre tous les 4 mois et psychologue 1 fois par semaine

N'a jamais été ré hospitalisée depuis son séjour ici et ne le souhaite pas du tout ! Elle montrera de plus en plus d'humour au fil des échanges. Isabela a 2 filles.

Rosa (32 ans)

S'exprime volontiers et donne son témoignage. Va en unité de réhabilitation tous les 15 jours où elle apprend à cuisiner et à coudre, et par ailleurs a aussi des ateliers de remédiation cognitive et « pause café », gymnastique très proches de l'appartement. Elle va aux sorties. Elle aime sortir avec des amis et aller danser. Va chez le psychiatre une fois par mois et vient d'avoir un changement de tt ; elle a une injection retard.

Gabriela (47 ans)

Donnera un témoignage très personnel y compris sur la lecture de son processus de rétablissement qu'elle pense lié à sa foi, à des moments personnels de prière et d'abandon.

Auparavant, elle vivait en colocation avec des amies une équatorienne et une péruvienne dans un petit village et travaillait comme conductrice d'un petit camion pour faire des livraisons.

Elle a beaucoup d'activités, chaque jour et dit en avoir besoin. Elle va également dans une église proche chaque jour et est très intégrée à la vie de la paroisse Elle récite de rosaire et y tient beaucoup. Elle explique que les personnes de la paroisse » lui disent qu'elle n'a rien... » !!!! et qu'ils ne comprennent pas du tout pourquoi elle dit être malade. Elle explique que le psychologue lui a dit qu'elle avait une » schizophrénie hébéphrénique apathique »...et que maintenant elle n'est plus que schizophrène, le reste est guéri car elle est dynamique. Elle souligne qu'en effet avant, elle était tout le temps couchée et elle se sentait « retirée » de Dieu. Elle dit avoir tout lâché et fait une intense prière au Seigneur et dès le lendemain, elle s'est sentie tout de suite mieux, totalement soutenue de l'intérieur aussi.

La monitrice qui vient tous les jours confirme qu'elle a changé du tout au tout.

Diana aimerait un jour retravailler mais ne se sent pas encore assez forte. Elle explique qu'avant elle avait une peur intense de la vie, avec des obsessions mais jamais d'hallucinations.

Elle a souvent peur de se perdre.

Ses frères et sœurs viennent la voir avec les neveux et nièces, soulagés de la voir ainsi.

Elle va souvent prendre un café à l'extérieur.

Le dispositif est d'un grand soutien intérieur pour elle. Elle fait notamment du sport chaque jour aussi dans u gymnase à côté.

Activités : relaxation, gymnastique, remédiation cognitive, thérapie de groupe danse sévillane et sorties culturelles.

Parmi ces activités certaines sont « normalisées » comme la gymnastique et elle y croise par exemple des éducateurs et ses voisins. Elle précise que le gymnase est climatisé et que le sport lui redonne de l'énergie.. Elle évoque notamment la danse Sévillane car elle dansait très bien plus jeune et elle dit être en train de « récupérer ».

Elle donne aussi des précisions sur les effets de la remédiation cognitive sur la mémoire. Elle nous dit se sentir très soutenue par la coordination actuelle.

Elle considère que les autres locataires ne sont pas des amies mais de véritables « sœurs », ce qu'elles confirment toutes en éclatant de rire et en disant qu'elles ne voudraient pas changer et qu'elles veulent absolument rester toutes les quatre !!!

Elles prennent la plupart du temps le petit déjeuner ensemble et se retrouvent aussi le soir.

Une locataire Beatriz est absente car passe tous les après-midi avec un petit ami. Situation qui existait avant son emménagement et qu'elle a accepté avec ces conditions car la vie commune n'était pas encore envisageable.

Témoignages d'usagers invités à la réunion finale à la fin du programme de visite à Nottingham

Margery : 6 ans avec Framework. En 2013 j'étais à l'hôpital psychiatrique.

Framework m'a soutenue dans la communauté. Ils m'ont aidé à régler problèmes d'allocations, dettes, factures, gagner en confiance faire des choses dans la communauté locale.

Aujourd'hui, je vis dans ma maison en location privée. J'ai des activités de loisirs. J'aurai besoin de soutien supplémentaire pour accéder à plus de services dans la communauté notamment en termes de formation.

Natalia : j'ai eu des problèmes de dettes qui m'ont conduit à perdre mon logement je me suis ensuite retrouvée en hôpital psychiatrique. Framework m'aide pour le logement et reprendre la vie.

Dave : Sans Framework je ne serai pas ici. Je suis à Framework depuis 3 mois et demi. J'ai retrouvé un logement, un groupe de soutien. Mon objectif est la reprise d'un travail.

Diana : Framework m'accompagne depuis deux ans, ils m'ont aidé pour avoir un logement, à gérer mes dettes, à trouver un soutien financier. J'ai été très dépressive à cause de ses problèmes matériels. Je travaille avec Karen m'a référente c'est aussi une amie.

Annexe 3 : Bibliographie

AUBRY, T., & MYNER, J. (1996). Community integration and quality of life: a comparison of persons with psychiatric disabilities in housing programs and community residents who are neighbors. *Can J Commun Ment Health*, 15(1), 5-20.

BOSSE PL et al (2016) « Le Projet Baromètre, un vecteur d'empowerment » *Revue Santé Mentale n°212*, p 39, novembre 2016

CALDAS JM; KILLASPY H; Long term mental health care for people with severe mental disorders European Commission Report 2011

CDPPSM (2015) Données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes présentant un handicap psychique sous tendu par un trouble schizophrénique, CDPPSM 2015

CEREMA, DIHAL. (2016) Améliorer l'accès au logement des jeunes Des initiatives locales aux propositions. CEREMA, DIHAL. 2016 <http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2016/09/ameliorer-acces-logement-web1209.pdf>

COLDEFY M (2012) L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences, *Question d'Economie de la Santé*, N° 180

DAUMERIE N et al (2009) « Psychiatrie et santé mentale en Europe », *La Documentation Française*, N°354 – octobre 2009

DIHAL (2013) La participation des usagers : Les personnes sans-abri ou mal logées, usagers et acteurs des politiques de lutte contre l'exclusion. DIHAL, Mars 2013. http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2014/09/dihal_hl_-_actes_journee_participation_des_usagers.pdf

DIHAL (2016) Innovation sociale dans le champ de l'hébergement et de l'accès au logement Évaluation des dispositifs lauréats de l'appel à projets conjoint Dihal, DGCS et DHUP de l'année 2013. DIHAL, n°17 Les contributions. http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/03/ansa_projet_inno_v6_ecran_mars_2016.pdf

DORVIL et al. 2009, hébergement, logement et rétablissement en santé mentale, Presse de l'Université du Québec

DUVOUX N, CASTEL R (2014) L'avenir de la solidarité, PUF/La vie des idées.fr, 2013. Traduction en espagnol, El porvenir de la solidaridad, Nueva Vision, 2014

FAISEM (2012) : Soportes para la ciudadanía : los programas de apoyo social a personas con trastornos mentales graves en Andalucía (Supports pour la citoyenneté : les programmes de soutien social pour les personnes vivant avec des troubles psychiques graves en Andalousie)

FLEURY, M. J. G., G. (2012). Etat de situation sur la santé Mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux.

FONDATION ABBE PIERRE (2016) L'état du mal logement en France. 21e rapport de la Fondation Abbé Pierre, 2016 <http://www.fondation-abbe-pierre.fr/21e-rapport-etat-mal-logement-2016>

GIRARD, V et al. 2008. Réduire les inégalités de santé : description d'une expérimentation liant habitat, citoyenneté et troubles psychiatriques sévères. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, Volume 56, Issue 6, Supplement, selected pp. S341- S386 – October 2008.

GIRARD, V et al. 2010. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. Ministériel.

LABERGE, M., et MONTMARQUETTE C. *L'aide au logement au Québec*, CIRANO, juin 2010, 83 p., accessible en ligne : <http://www.cirano.qc.ca/pdf/publication/2010RP-09.pdf>.

MARSILI M et al (1998) L'histoire et l'esprit des services de santé mentale à Trieste. *Santé Mentale au Québec* 1998 ; 23(2) : 148-170.

MEZZINA, R., VIDONI, D., 1995, Beyond the mental hospital: Crisis intervention and continuity of care in Trieste. A four year follow-up study in a community mental health centre, *The International Journal of Social Psychiatry*, 41 (1), 1-20.

ONPES 2016, L'invisibilité sociale : une responsabilité collective .11e rapport de l'ONPES, juin 2016.
http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf

PINTE, E, 2008. L'hébergement d'urgence et l'accès au logement des personnes sans abri ou mal logées.

PIAT M, « Les préférences résidentielles des personnes souffrant de troubles mentaux graves : une étude descriptive », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, no 2, 2008, p. 247-269.

PINA R et MEZZINA R (2016) From Residential Facilities to Supported Housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction, *International Journal of Mental Health*, 45:1, 59-70, DOI: 10.1080/00207411.2016.1146510

PLIQUET E., « Plus de 100 000 places d'hébergement disponibles pour les personnes en difficulté sociale », *Études et Résultats*, n°916, Drees, Avril 2015

SADOWSKI LS et al (2009). Effect of a housing and case management program on emergency department visits and hospitalizations among chronically ill homeless adults: a randomized trial. *Jama* 2009; 301(17):1771- Henwood BF, Stanhope V, Padgett DK. The Role of Housing: A Comparison of Front-Line Provider Views in Housing First and Traditional Programs. *Adm Policy Ment Health*. Gilmer TP et al.

UNAFAM (2009) Livre blanc sur le logement des personnes en difficultés psychique à Paris. Unafam délégation Paris, 2009.

Rapports :

Rapports et recommandations de l'OMS (www.who.int et www.whoeuro.int).

Rapport PIEL ROELANDT 2001

Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social - Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation, Québec, Gouvernement du Québec, 2007, 57 p., accessible en ligne : <http://www.habitation.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/centredoc/NS19808.pdf>.

Rapport ROUGIER, Développer la fluidité des parcours de l'hébergement au logement. Rapport de l'IGAS, février 2009

Rapport COUTY 2009

Plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 et 2016 2020

Girard V, Estecahandy P, Chauvin P. La santé des personnes sans chez soi. Rapport ministériel; 2010.

Le programme expérimental « Un chez-soi d'abord » principaux résultats 2011 – 2015. Avril 2016.
http://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piecejointe/2016/09/4_pages_ucbdb_avril_2016_mise_en_page.pdf

Evaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011 2015 HCSP Rapport avril 2016

Rapport PLEACE 2017 DIHAL FEANTSA

NHCA Annual reports <http://www.ncha.org.uk/annualreports>

Framework Annual reports : <http://www.frameworkha.org/annualreport>

- Note de synthèse des connaissances documentaires

Historiquement dans le mouvement de la désinstitutionnalisation en Europe, au Canada, aux Etats Unis l'accès et le maintien dans le logement c'est décliné de trois manières :

- « Custodial housing » (« logement surveillé ») : l'accent est mis sur les déficits de la personne. Peu favorable à l'autonomie.
- « Supportive housing » (« logement avec soutien continu ») : développement dans les années 1960-1970. Encore très centré sur les déficits mais plus orienté vers l'évolution et la mobilisation des ressources. Appartements thérapeutiques, maisons collectives... Hébergements regroupés.
- « Supported housing » (« hébergement accompagné ») : développement dans les années 1990. Logement diffus, indépendant. Approche orientée rétablissement et intégration dans la communauté.

Deux modèles d'accès aux logements différents sous-tendent cette évolution historique (Rapport CDPPSM 2015) :

Le premier (modèle du continuum de soins – treatment first), dominant en santé mentale, vise une intégration progressive des personnes dans des lieux d'hébergement du plus protégé au moins protégé en fonction des acquis de la personne.

Il a été montré que ce modèle va, de façon paradoxale, amener les soignants à passer beaucoup de temps à trouver l'hébergement adapté à l'état du patient, ce qui est quasi impossible.

L'autre modèle vise à offrir en première intention à la personne le type d'hébergement qu'il souhaite tout en soutenant l'acquisition des compétences nécessaires à son autonomie (Housing first).

« Ce deuxième modèle part du principe que les compétences sont plus facilement intégrables si les usagers sont mis directement en situation d'apprentissage (principes partagés par d'autres services comme le soutien à l'emploi) » (M. J. G. Fleury, G., 2012).

De façon paradoxale, il a été montré que dans le cadre du second modèle, une fois acquis le logement, les soignants peuvent davantage se centrer sur d'autres enjeux (et notamment les traitements).

L'accès et le maintien dans un type de logement adapté est une priorité et un besoin de base pour toute population et a 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.

La déclaration des Droits Universelle 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 de troubles psychiques (faisant partie de cette même population). Le rétablissement durable ne passe que par cette base indispensable qu'est le logement.

On trouve de nombreuses références sur ce point, étayées scientifiquement, dans :

- les recommandations de l'OMS International depuis 2001 ;
- les recommandations de l'OMS pour la zone Euro depuis 2005 ;
- les recommandations et les rapports de la commission européenne depuis 2002 ;
- dans de nombreux rapport et plans en France. Pour les plus récents : rapport Piel Roelandt 2001, rapport Couty 2008, rapport rapport Girard 2010, Laforcade 2016 « Un point noir du volet social demeure : l'insuffisance d'accès au logement » page 26, programmes pluri annuel HAS..., Plans « Psychiatrie et santé mentale » France (2005-2008 et 2011-2015 : pages 6, 9, 10, 14, 20, 28, 37) et très récemment dans la feuille de route pour la psychiatrie et la santé mentale présentée par la Ministre des Solidarités et de la Santé le 26 juin 2018 ;
- les recommandations des associations d'usagers d'aidants en France (« *le logement est la pierre angulaire de toute prise en charge des malades psychiques. Sans logement, il ne peut y avoir de continuité de soin et d'accompagnement à la vie sociale* » Jean Canneva, UNAFAM, 2009).

Toutes insistent sur l'importance du développement de ressources variées, adaptées aux besoins selon périodes des parcours de vie et accompagnées pour le logement, le soutien communautaire à l'autonomie et la promotion de la citoyenneté.

Les effets du processus « logement d'abord » sont clairs et les preuves indéniables, avec des bénéfices persistants un à deux ans après l'entrée dans le programme (Piat et al. 2008, Laberge et al. 2010, Girard et al. 2010, Stergiopoulos et al., 2014; S. Tsemberis, 2014).

Ils comprennent :

- la satisfaction des usagers,
- une stabilité résidentielle,
- des améliorations du fonctionnement global,
- une amélioration de la qualité de vie,
- une réduction de l'utilisation des soins d'urgence et hospitaliers,
- une baisse des procédures judiciaires.

Ce sont également les conclusions du rapport du centre de preuves en psychiatrie et santé mentale : données de preuves en vue d'améliorer le parcours de soins et de vie des personnes vivant avec un handicap psychique en lien avec un trouble mental sévère et persistant. MC Hardy-Baylé. 2015.

En France le plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 faisait état de cette priorité, en rappelant que « accéder à un logement et s'y maintenir sont des objectifs prioritaires qui conditionnent tout comme ils permettent la continuité et l'accès aux soins », et il appelle à des « réponses diversifiées en matière d'accompagnement des personnes pour accéder à un logement et habiter son logement », « privilégiant autant que possible l'accès et le maintien dans un logement de droit commun ».

Les préconisations étaient :

- encouragement de l'intermédiation locative,
- développement des résidences accueil,
- poursuite du programme de création de places en services d'accompagnement (Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) et SAMSAH),
- développement de modes d'hébergement innovants par les établissements médico-sociaux
- programmes innovants tels « Un chez soi d'abord » pour les personnes sans abri ou mal logées,
- mobilisation de tous les dispositifs de logements adaptés : appartements associatifs, résidences accueil, familles gouvernantes, avec l'appui de la psychiatrie.

Lors de l'évaluation du plan par le HCSP (rapport avril 2016), ensemble des acteurs rencontrés, usagers, familles, soignants, professionnels de l'accompagnement social ou médico-social, élus s'accordent pour dire que « l'accès et le maintien dans le logement des personnes qui vivent avec des troubles psychiques restent une question prioritaire, où il y a encore beaucoup à faire » (page 117).

Les recommandations du rapport HCSP d'avril 2016 en la matière se résume comme suit :

- Inscrire les orientations pour les personnes vivant avec des troubles psychiques dans la politique du logement aux niveaux national et local (Plans départementaux d'action pour le logement des personnes défavorisées, Programmes locaux de l'habitat, Services intégrés d'accueil et d'orientation).
- Favoriser l'accès au logement de droit commun (partenariat psychiatrie-bailleurs sociaux, rôle des CLSM) et l'intermédiation locative, et développer des formules de logements adaptées, comme les familles gouvernantes ou les résidences accueils.

Annexe 4 : Grilles d'observation

- Le service d'habilitation et de résidence de Trieste, Italie ;
- La fondation FAISEM

FICHE SAISIE D'OBSERVATIONS VISITE - PROJET "COMMENT FONT NOS VOISINS EUROPEENS"

Présents durant la réunion de saisie de données : 1/ Mario Colucci (psychiatre chef) Giulio Mastrovito (psychiatre) Morena Furlan (cadre socio éducatif) Aldo Di Bella (psychologue)

Présents durant la visite de l'appartement Via Negri : Mario psychiatre, Erika (infirmière coordinatrice sanitaire pour l'ensemble du dispositif logement) et Emanuela (infirmière référente de la résidence Via Negra et dispositif 2 lits pour personnes ayant commis un délit), Domenico (opérateur coopérative sociale)

Présents durant la visite de l'appartement Via Carsia : Giulio psychiatre Aldo psychologue. Maria opératrice de coopérative sociale en 24/24

Présents visite appartement de transition (associatif) Via 22 septembre : Giulio (psychiatre)

Pays	ITALIE
Villes	TRIESTE VILLE ET PROVINCE : LE ROLE DES COOPERATIVES SOCIALES
Nom du dispositif / du service	SARS : Service Habilitation Résidentiel. Dispositif résidentiel du département de santé mentale de Trieste (Agence sanitaire service public). Service de santé pour la Province et la ville de Trieste : 235 000 habitants 205 000 Trieste. Services de santé mentale (adulte plus de 18 ans) : 4 centres de santé mentale (1 pour 60 000 habitants). Centre d'accueil 24h/24h et soins à domicile. 4600 usagers / an. 1600 ont des troubles sévères. Ex : Centre de santé mentale – 4, 5 psychiatres 2 psychologues. Une cadre de santé ide. 1 assistante sociale. 20 IDE. 10 aide soignantes. 4 pair aidants sur tout le département de santé mentale (28h / sem. formation universitaire 1 an à la pair aidance. Bourse payée par le centre 300 euros / mois). Restauration, hygiène, confiée à une coopérative sociale type B. Porte ouverte. Pas de blouse. Pas de nom sur les bureaux. Pas de badge sauf dans les services de santé générale et urgences . 6 chambres type hôtel. Pas d'accueil de nuit pour des personnes à risque de décompensation somatique. Ouverture ambulatoire de 8h à 20h 7/7. Astreinte de nuit. Et permanence téléphonique de nuit. Urgences gérées à l'hôpital général : 6 lits de santé mentale. Assuré par professionnels du département de santé mentale. VISITE à domicile : même pour situation stable. IMPORTANCE DE LA CONTINUITÉ DES SOINS PAR LA MEME EQUIPE (y compris psychiatre et psychologue). En collaboration avec des coopératives sociales contractuelles (loi 381 de 1991 : fonction et organisation du travail dans les coopératives sociales) de type B (= 30 % de personnels en situation d'usagers en santé mentale et addictologie) 11 coopératives soit 60 intervenants (operatori). Budget santé : 17 millions dont 3,5 millions pour le budget personnalisé en santé mentale Total : 145 projets individualisés dont 110 en appartements.
Types de solution de logement/hébergement (habitat permanent/temporaire ; spécifique à la santé mentale / non spécifique). Délai d'accès au logement.	Hébergements thérapeutiques (présence 24/24 opérateur coopérative social) : Colocation (2) ou individuel. Appartements dans des immeubles HLM (3 à 5 ans d'attente). Critère accès : usagers des services de santé mentale, éligible à un logement social selon ressources économiques, en fonction des besoins de soins. Logement social. Locataires en titre. Revenu minimum : retraite maladie 290 euros / mois. Coût par personnes: 70 euros charges comprises. Plusieurs appartements dans le même immeuble. Exemple : Via Negri (Résidence Jaune et Verte) : 7 appartements dans le même ensemble de résidence : 3 individuels 3 pour 2 et 1 pour 2. Appartements de transition Via 22 septembre (2 à 3 ans) associatif (Loi 15). Convention entre HLM et service de santé mentale. Pool de 10 logements réservés / disponibles. Loué par le département de santé mentale. Pas de loyer ni de charge. Accompagnés par le centre de santé mentale de proximité. Délai d'accès : 2 à 3 ans pour HLM (facilité pour personnes en situation de handicap par exemple) mais possibilités de projets transitoires : un mois en moyenne.
Type de public accueilli (éventuellement âge, sexe, pathologie...)	Personnes présentant des troubles sévères. Situation handicap psychique sévère. Niveaux d'autonomie différents selon les logements. 110 personnes. Plus de 18 ans. Mixte. Possible vie en couple. Comorbidités : addictions, somatiques
Eléments juridiques et économiques sur l'accès au logement, le système d'allocations, le système de soins (Orientations vers le dispositif : critères d'évaluations, outils évaluations. Fin d'accompagnement). Lois. Système de sécurité sociale.	Service sanitaire national gratuit. Gestion régionale des budgets pour les agences de santé : 3 millions 500 000. Réseau : centres de santé mentale, services sociaux, coopératives sociales (présence intervenant opérateur = régisseur / comptable /...), Agence logement social = bailleurs sociaux. Projet départ service de santé mentale puis coopérative sociale mandaté (agence sanitaire / services sociaux / famille / usagers). Administration de soutien : aide pour gestion budget (équivalent de la MASP (Mesure Accompagnement Social Personnalisée) conseiller social et financier mais suite jugement).
Liens équipes sanitaires / sociales est-il de qualité ?	
Comment s'effectue la transmission d'information entre les professionnels du soin et ceux du social (et/ou inversement) ?	Service de santé mentale coopérative sociale services sociaux municipaux. Oral pour le quotidien et les besoins rapides. Projet individualisé écrit et signé par usager, famille, professionnel de santé mentale, coopérative, service sociaux municipaux
Une procédure est-elle standardisée ?	Oui pour l'écriture du projet. Agenda. Signé par tous les acteurs. Réunions et synthèse Présence de l'usager : Dépend de la personne. La plupart du temps. Synthèse : oui au départ usager famille professionnels. Ensuite ? PARTAGE D'INFORMATIONS : dossier papier et informatique. Dossier partagé partageable informatisé et papier pour les professionnels de santé mentale. Certaines informations sont partageables avec coopérative et services sociaux.
S'agit-il d'une transmission écrite ? Orale ?	Service de santé mentale coopérative sociale services sociaux municipaux. Oral pour le quotidien et les besoins rapides. Projet écrit.
Une liste de contacts indispensables existe-t-elle ? Avec un ordre de priorité dans les contacts ?	Oui
Quels professionnels sont présents dans le dispositif / service (la santé et le social sont-elles représentées) ?	Oui. Intervenant (opérateur / opératrice) coopérative sociale 38h / sem et infirmier(e) du service de santé mentale / professionnels du centre de santé mentale. Les professionnels de santé mentale restent les case managers - référents de parcours (soins / vie). Infirmière coordinatrice sanitaire pour SARS. Fiche de poste et organigramme attendus. Services sociaux municipaux : pas forcément au domicile. Si besoin de MG : au domicile avec pro service de santé mentale ou accompagnement au cabinet. Le lien à domicile est maintenu même lorsque la personne va bien , ce que l'on pourrait appeler des visites de courtoisie ce qui permet d'intervenir peut être plus facilement en cas de nouvelle décompensation
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour éviter la rupture de prise en charge)	Oui. Besoin de complémentarité. Appui sur le réseau. Technicien de réhabilitation : 3 ans de formation réhabilitation
Les équipes de soins sont-elles présentes ou facilement accessibles dans le logement	Oui. Coordonne, contrôle entre le sanitaire et la coopérative sociale.
Les travailleurs sociaux sont-ils présents ou facilement accessibles dans les structures de soin ?	Peu. Assistante sociale par centre de santé mentale. Mais lien important avec les coopératives sociales.
Habiter ensemble	
Existe-t-il une façon de tenir compte des souhaits de l'usager ?	Oui. Communication directe. Qualité affective de la relation. Confiance réciproque. Crédibilité réciproque. « Relation de réhabilitation » Toujours de l'espoir. Ne jamais lâcher. La personne d'abord. Vision globale. Ex tabac et cigarettes négociation avec objectif discuté de responsabilisation / ressources gestion des risques financiers et physique
Les usagers sont-ils impliqués dans le fonctionnement du logement ?	Oui. Selon le degré d'autonomie. Si pas d'opérateur totale liberté. Communication directe. Qualité affective de la relation. Confiance réciproque. Négociation pour favoriser l'autonomie et l'intégration (ménage partie commune, courses, cuisine ensemble)
Les structures sont elles ouvertes sur l'extérieur ?	Oui mais aucune relation avec le voisinage (déclaratif usager). Médiation par l'opérateur coopérative sociale.
Les usagers peuvent-ils sortir librement ?	Oui
L'accès aux activités de loisirs est-il facilité ?	Oui
Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?	Oui (coopérative sociale ou service de soin) selon autonomie. Budget coopérative et participation des usagers

Des espaces de convivialité existent-ils dans les logements ?	Selon les logements.
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour faciliter l'autonomie et l'intégration sociale)	Oui. Mais complémentarité inter professionnelle nécessaire.
Les usagers sont-ils informés de leurs droits (droits aux prestations sociales liées au logement ou non, droit au soutien financier...) ?	Oui : à préciser
L'utilisateur a-t-il accès à une aide administrative au remplissage des dossiers de demande de logement ?	Oui
L'utilisateur est-il « chez lui » (d'un point de vue administratif) dans le logement ?	Oui. Excepté Loi 15 à vérifier
Une information sur les possibilités d'emploi est-elle donnée à l'utilisateur ?	Oui selon l'autonomie.
Quelles transitions ?	
Des lits d'urgence existent-ils et sont-ils disponibles ?	Oui au centre de santé mentale (6 dans chacun des 4 centres et à l'Hôpital Général service d'urgence psychiatrique (6))
Une information claire est-elle donnée à l'utilisateur sur les solutions qui s'offrent à lui en pareil cas ?	Oui
Une information est-elle donnée aux différentes personnes concernées (familles, proches, médecin traitant, tuteur...) en cas de transfert d'une personne afin d'assurer la continuité des suivis ?	Oui.
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions de logement d'urgence existantes)	Oui mais besoin de complémentarité interprofessionnelle.
Un accompagnement à domicile est-il prévu en cas de besoin lors d'un retour d'hospitalisation ?	Oui
Pratiques d'accompagnement au domicile	
Une aide ou un soutien médical est-il disponible si besoin (infirmier de garde sur site, équipe mobile d'urgence...) ?	Oui
Un service de livraison de repas, ou d'accès à une restauration collective existe-t-il ?	Oui
Les services à domicile incluent-ils le transport vers des activités extérieures (loisirs, rendez-vous...)	Oui
Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?	Oui
Avec l'entourage	
L'utilisateur peut-il recevoir sa famille/ses proches aisément dans la structure d'accueil / logement ?	Oui. Amis amies et compagne / compagnon. Hébergement possible.
Un accompagnement pour la visite de la famille / de proches à l'extérieur de la structure est-il proposé ?	Oui. Accompagnement de la famille vers la résidence de l'utilisateur.
Des moyens de communication sont accessibles (téléphone, courrier, Internet) ?	Oui (téléphone, internet, courrier) mais pas tout les appartements

Note : Pour remplir ces questionnaires, les membres du groupe pourront bien sûr s'appuyer sur leur observation directe. Ils s'appuieront pour cela sur la méthode d'observation participante et seront particulièrement attentifs à : l'architecture du lieu (fonctionnalité, confort, intimité, accessibilité pour les personnes à mobilité réduite, volumes...), sa présentation extérieure (intégration dans le tissu socio-urbain), la mixité sociale au sein du lieu, les moyens d'accès au logement (est-il isolé ou situé à proximité d'équipements comme les écoles, crèches, pharmacies, médecins, commerces, services sociaux...), la présence de jardin(s), la propreté, le matériel mis à disposition (informatique, wi-fi...), l'éclairage, la ventilation... Mais aussi à l'existence d'interactions usagers-professionnels ou encore à l'attention portée à l'accueil des personnes dans la structure.

Accessibilité

Accueil

Lieux et temps d'échanges usagers / professionnels / familles

Architecture : volumes, luminosité, jardin, propreté, matériel, éclairage, ventilation

Intégration dans le tissu social : équipements culturels, scolaires, santé, commerces

Mixité sociale

Résidence VIA NEGRI (Jaune et Verte) : isolé, pas de magasin, un café. Accessibilité handicap mobilité oui. Matériel : bon niveau. Mixité sociale : oui. Luminosité. Spacieux.

Résidence VIA CARSIA : proximité commerces, café, poste et transport en commun. Lumineux. Spacieux. Jardin. Matériel correct.

Souci de la rentabilité et de l'économie. Gestion des budgets. Logique économique.

RESM : 2 lits pour personne conflit. 0 contention 0 isolement

Alcool Drogue : pas d'interdiction. Sauf si pb sanitaire ou comportement inadapté / logement et voisinage. Gestion des risques et réduction des risques. Pas un critère de non admission.

Coopération : coopérative sanitaire logement + agence sanitaire + associations (Club Zip) + autres coopératives sanitaires (Musée, Restaurant, Hôtel...)

Pairs aidants : Centre de santé mentale oui.

CCOMS Lille à Trieste : organigramme SARS Centre de santé mentale Réseau SARS / CSM / Coop Sociale = dpt + fiches de poste + exemple d'un projet individualisé

FICHE SAISIE D'OBSERVATIONS VISITE - PROJET "COMMENT FONT NOS VOISINS EUROPEENS"

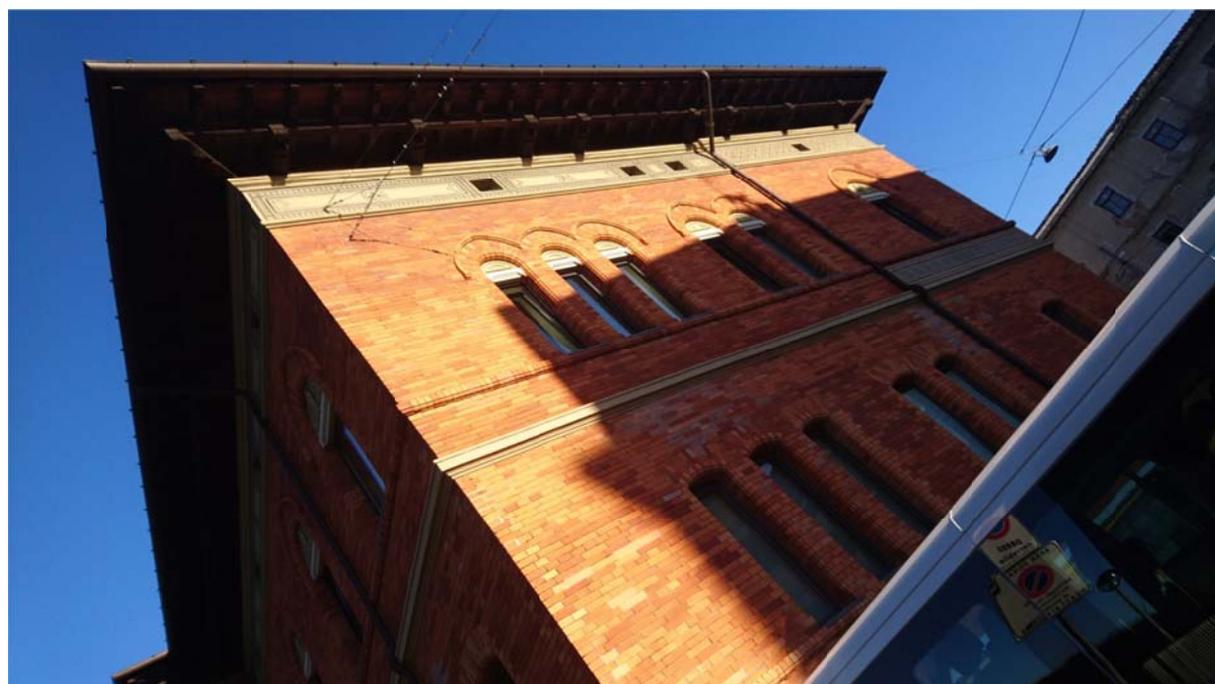
Présents durant la visite de la Maison-foyer de Triana : Le responsable du programme résidentiel de la FAISEM : Luis Fernandez Portes ; La déléguée provinciale de FAISEM Séville : Eleutaria Ramirez Chias ; La responsable de la maison-foyer - Inmaculada Zurita Marquez (coordonne les liens entre les résidents et les familles, la société - résoud les problèmes)
 Présents durant la visite du complexe résidentiel Portobelo : Le responsable du programme résidentiel de la FAISEM : Luis Fernandez Portes ; La responsable du complexe résidentiel Portobelo : Clara Quesada Marmolejo ; Rocio Lozano, présidente d'ASAENES, association de familles d'usagers
 Présents lors de la visite d'appartements supervisés : Le responsable provincial des programmes FAISEM à Séville : Reyes Munoz Terol ; La responsable provinciale des programmes FAISEM à Séville : Angela Gonzalez Rios

Pays	Espagne
Villes	Région autonome de SEVILLE
Nom du dispositif / du service	Programme résidentiel de la FAISEM - Fondation publique andalouse pour l'intégration sociale des personnes souffrant de maladie mentale
Types de solution de logement/hébergement (habitat permanent/temporaire ; spécifique à la santé mentale / non spécifique). Délai d'accès au logement.	<p>Pour l'Andalousie : 71 équipes de santé mentale communautaire, chacune intervenant sur des bassins de population de 20 000 habitants. Les solutions de logement sont proposées en fonction du degré d'autonomie des personnes. Il s'agit d'habitats autonomes situés soit au sein de complexes résidentiels dédiés à la santé mentale, soit d'habitats intégrés au milieu de logements traditionnels (appartements situés dans des immeubles classiques - "habitat diffus"), utilisés comme habitat permanent</p> <p>Pour Séville et sa banlieue : 10 Maisons-foyer (Casa-hogar) - capacité d'accueil totale de 200 personnes environ 40 appartements partagés et accompagnés (Las viviendas supervisadas) - capacité d'accueil de 160 personnes environ pour les appartements partagés Accompagnement à domicile (apoyo en el propio domicilio)</p>
Type de public accueilli (éventuellement âge, sexe, pathologie...)	Adulte (18-65 ans) usager de la santé mentale publique (moyenne d'âge de 46 ans) - La FAISEM finance et travaille également depuis peu des programmes destinés aux jeunes (jusqu'à 25 ans) portés par des associations de familles
Éléments juridiques et économiques sur l'accès au logement, le système d'allocations, le système de soins (Orientations vers le dispositif : critères d'évaluations, outils évaluations. Fin d'accompagnement). Lois. Système de sécurité sociale.	<p>Paiement du logement : loi de dépendance en Espagne L'allocation mensuelle de la région (la plus courante) est de 369 €, versée sur 14 mois. Il y a obligation de laisser un reste à vivre minimal de 120€/mois aux usagers. Sachant que les repas, la lingerie, les fournitures liées à l'hygiène sont fournis par la FAISEM. Ce reste à vivre est destiné au divertissement, tabac... Pour le transport, la FAISEM prend en charge les déplacements vers les activités qu'elle propose, tout comme par exemple le déplacement et l'accompagnement aux divers rendez-vous médicaux</p>
Liens équipes sanitaires / sociales est-il de qualité ?	
Comment s'effectue la transmission d'information entre les professionnels du soin et ceux du social (et/ou inversement) ?	<p>Transversalité au départ : on se base sur les besoins d'une population, avec une attention continue, un objectif de réhabilitation et de continuité des soins Action à 3 niveaux : Niv 0 : médecine générale Niv 1 (équipes de la FAISEM et ses partenaires associatifs) : aides soignants, psychologues, travailleurs sociaux, infirmiers... Niv 2 : départements psychiatrie des hôpitaux généraux Une Commission provinciale intersectorielle d'attribution de logement et de suivi se réunit chaque mois, voire deux fois par mois. Elle compte un représentant de la Faisem, un chef du service de santé mentale, un représentant des services sociaux, un représentant de l'agence dépendance. La commission priorise les situations selon urgence et les besoins Un plan de traitement individuel est écrit pour chaque usager ainsi qu'un plan individuel d'accompagnement qui est évalué régulièrement.</p>
Une procédure est-elle standardisée ?	Les transmissions et la coordination entre les acteurs passent par des conventionnements
S'agit-il d'une transmission écrite ? Orale ?	Les deux : orale (astreintes téléphonique 7j/7 - 24h/24) - Réunion d'incident - Cahier de liaison pour les appartements
Une liste de contacts indispensables existe-t-elle ? Avec un ordre de priorité dans les contacts ?	oui, affiché dans les différents lieux d'accueil
Quels professionnels sont présents dans le dispositif / service (la santé et le social sont-elles représentées) ?	Pas de présence physique, mais une coordination (voir plus haut)
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour éviter la rupture de prise en charge)	<p>Des progrès sont encore à faire, selon le coordonateur de la Faisem : la formation, a été un peu oubliée au cours du temps. En particulier dans le partage d'une culture commune qui pourrait passer par des formations croisées entre la santé et le social. Des progrès sont toutefois en cours. Les besoins ont beaucoup changé et nécessité de s'adapter. On sent une volonté de s'adapter au changement des besoins et demandés des usagers par de nouveaux programmes, de nouvelles approches. Avec la loi dépendance il y a deux ans, la Faisem a professionnalisé ses moniteurs/éducateurs grâce à une formation complémentaire au social - technicien auxiliaire - qualification technique, socio-sanitaire (aide-soignant) spécialisé aux habilités sociales. Jusque là, aucune qualification n'était requise pour exercer ce métier. Les personnels encadrant des moniteurs/éducateurs ont une formation universitaire de "psychologue social". Des formations, financées par la FAISEM, sont dispensées tous les ans sur le thème de la santé mentale, de la gestion de crise et de la gestion budgétaire.</p>
Les équipes de soins sont-elles présentes ou facilement accessibles dans le logement	Non, les logements sont gérés par la FAISEM et les équipes médicales ne sont pas présentes dans les logements. Des liens existents toutefois (voir plus haut)
Les travailleurs sociaux sont-ils présents ou facilement accessibles dans les structures de soin ?	Les équipes de la FAISEM accompagnent dans les structures de soin si besoin. Ces dernières sont également directement accessibles aux usagers, tout à fait libre de s'y rendre si ils le souhaitent.
Habiter ensemble	

Existe-t-il une façon de tenir compte des souhaits de l'utilisateur ?	Les usagers ne sont pas présents dans la commission d'attribution des logements. Dans les appartements partagés, ils n'ont pas le choix des personnes avec lesquelles ils cohabitent dans la colocation. L'intégration d'un nouveau locataire est toutefois progressive (plusieurs rencontres et échanges ont lieu avant l'emménagement en tant que tel), et l'utilisateur peut refuser le logement proposé. Les usagers rencontrés expriment leur satisfaction concernant les solutions de logement proposées.
Les usagers sont-ils impliqués dans le fonctionnement du logement ?	Oui, en fonction du degré d'autonomie des différentes offres du dispositif (co-organisation des repas en commun, personnalisation de la décoration de leur logement si ils le souhaitent (pas les meubles, qui sont la propriété de la Faisem).
Les structures sont-elles ouvertes sur l'extérieur ?	Oui
Les usagers peuvent-ils sortir librement ?	oui - horaires lever-coucher partiellement imposés en fonction aussi des activités
L'accès aux activités de loisirs est-il facilité ?	oui : Activités de centres de jour proposés aussi par la Faisem (facultatives) : prendre les transports, vivre en commun, formation, accès au travail, ergothérapie
Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?	oui
Des espaces de convivialité existent-ils dans les logements ?	oui - maison-foyer : salle TV, jeux... - dans les appartements individuels : non - dans les appartements partagés : oui (salon) - Pour ces derniers, des assemblées de cohabitation sont organisées régulièrement, pour que les résidents se rencontrent
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions existantes pour faciliter l'autonomie et l'intégration sociale)	Oui (voir plus haut), des moments de communications existent avec les autres acteurs locaux associatifs ou autre
Les usagers sont-ils informés de leurs droits (droits aux prestations sociales liées au logement ou non, droit au soutien financier...) ?	Oui
L'utilisateur a-t-il accès à une aide administrative au remplissage des dossiers de demande de logement ?	Oui
L'utilisateur est-il « chez lui » (d'un point de vue administratif) dans le logement ?	Non, la FAISEM reste propriétaire et garant du fonctionnement du dispositif. Par exemple, l'accueil de la famille est possible dans les logements, mais pas pour dormir (moins ouvert qu'en Angleterre). On ne peut amener ses meubles, etc. Mais au-delà de l'aspect administratif, des usagers répondent à cette question qu'ils se sentent chez eux dans leur logement.
Une information sur les possibilités d'emploi est-elle donnée à l'utilisateur ?	Oui. Au moins 70% des bénéficiaires du programme résidentiel ont un parcours de formation professionnelle et d'emploi en lien avec les services d'orientation et de soutien à l'emploi (SOAE). Une entreprise sociale de la Faisem emploie des usagers - Il s'agit d'ateliers de type "atelier d'insertion" pour préparer au retour à l'emploi (appelés "occupationnel" chez eux)
Quelles transitions ?	
Des lits d'urgence existent-ils et sont-ils disponibles ?	Oui, mais à l'extérieur, à l'hôpital. Des protocoles spécifiques existent et ils sont coordonnés avec les hôpitaux généraux Des « Plan de crise » sont élaborés au départ avec les usagers et familles – un peu ancien à mettre à jour
Une information claire est-elle donnée à l'utilisateur sur les solutions qui s'offrent à lui en pareil cas ?	Un protocole de crise général existe - assez peu formalisé - information variable
Une information est-elle donnée aux différentes personnes concernées (familles, proches, médecin traitant, tuteur...) en cas de transfert d'une personne afin d'assurer la continuité des suivis ?	Oui - par ex en cas de départ (volontaire) de l'appartement, la place est conservée un temps pour faciliter l'éventuel retour en cas de problème. Les familles sont impliquées et les dispositifs expliqués
La formation des professionnels est-elle adaptée ? (bonne connaissance des solutions de logement d'urgence existantes)	Oui
Un accompagnement à domicile est-il prévu en cas de besoin lors d'un retour d'hospitalisation ?	Des accompagnements sont organisés aux rendez-vous médicaux extérieurs - Une maison de santé existe dans le quartier des appartements partagés. Les usagers s'y rendent facilement en cas de besoin.
Pratiques d'accompagnement au domicile	
Une aide ou un soutien médical est-il disponible si besoin (infirmier de garde sur site, équipe mobile d'urgence...) ?	A l'hôpital
Un service de livraison de repas, ou d'accès à une restauration collective existe-t-il ?	oui
Les services à domicile incluent-ils le transport vers des activités extérieures (loisirs, rendez-vous...)	Oui
Un accompagnement aux activités extérieures existe-t-il ?	Oui
Avec l'entourage	
L'utilisateur peut-il recevoir sa famille/ses proches aisément dans la structure d'accueil / logement ?	Oui, mais pas pour dormir
Un accompagnement pour la visite de la famille / de proches à l'extérieur de la structure est-il proposé ?	Oui
Des moyens de communication sont accessibles (téléphone, courrier, Internet) ?	Oui

Annexes 5 : photographies et documents

Service d'habilitation et de résidence de Trieste, Italie – Janvier 2018



Un centre de santé mentale



Quelques espaces communs du centre de santé mentale.



Via Negri, hébergements thérapeutiques : 7 appartements dans le même ensemble de résidence : 3 individuels 3 pour 2 et 1 pour 2



Une équipe de soins est disponible au domicile si besoin (équipe mobile, visites médicales ou infirmières).

Il existe un service de livraison de repas à domicile.

Les services à domicile incluent les transports (rdv soins ou activités de loisirs).

Nottingham – Royaume Uni – Framework et son réseau. Avril 2018.



32 Bentick road



32 Bentick road : chambre type



32 Bentick road : jardins



32 Bentick road



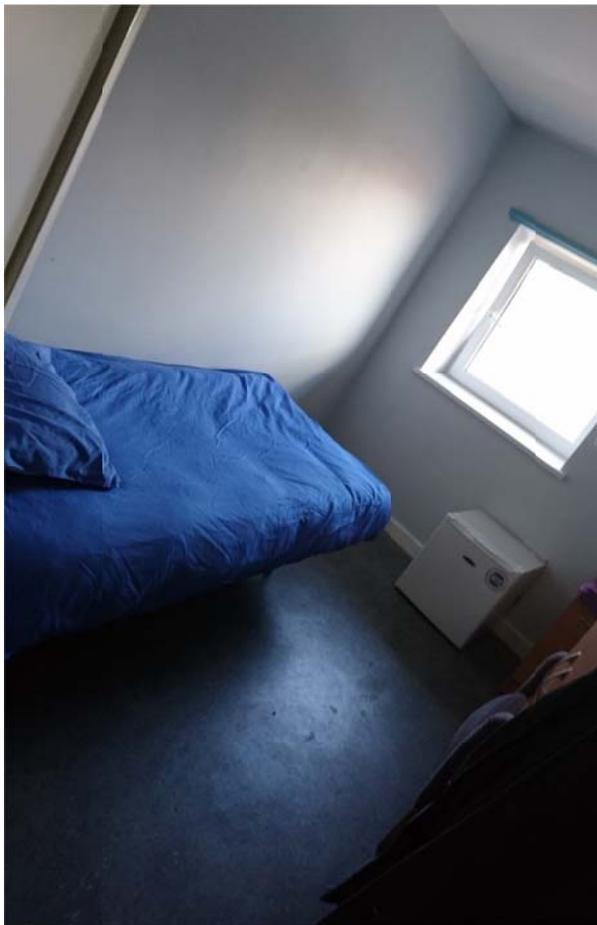
Lieu de consultation dans un bar sans alcool, partenaire de Framework.



New Albion



Accueil de New Albion



New Albion : chambre type



New Albion : réfectoire



Maison partagée NHCA



Intérieur de la Maison partagée NHCA



Restaurant soutenant Framework.



Véhicule NHCA

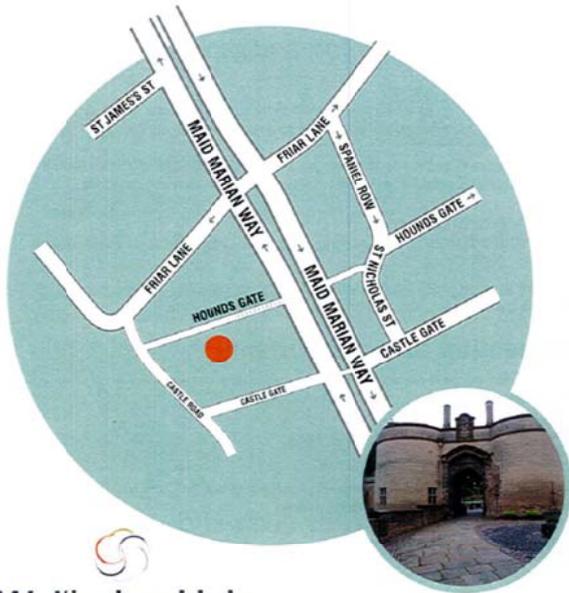


Groupe de visite au Well Being center



Well-being center : open space où sont traitées les demandes





Wellbeing Hub

Nottingham

Nottingham Wellbeing Hub, 73 Hounds Gate, Nottingham NG1 6BB

Téléphone : 0800 028 5598

E-mail : info@nottinghamwellbeinghub.org

www.nottinghamwellbeinghub.org

Heures d'ouverture :

Lun, Mar, Jeu & Ven - 9h - 17h

Mer - 9h - 19h

Sam - 9h30 - 12h

Dim - Fermé

Rendez-nous visite ou consultez notre site Web pour voir les horaires des différents services.

Hébergé par

framework
opening doors to homeless and vulnerable people

Bienvenue au Wellbeing Hub de Nottingham

Qui sommes nous ?

Le Wellbeing Hub offre une aide et des conseils gratuits et confidentiels en matière de santé mentale, de consommation de drogue ou d'alcool, de logement et d'emploi.

Comment pouvons-nous vous aider ?

Le Wellbeing Hub assure un certain nombre de services d'assistance existants en un seul endroit. Cela signifie que vous pouvez accéder à plus d'un service en même temps, au même endroit, plutôt que de vous rendre à plusieurs rendez-vous dans différents centres.

N'hésitez pas à demander une aide supplémentaire si vous pensez que vous en avez besoin.



Nos services



Connecting Nottingham to better mental health

Assistance pour la santé mentale pour les adultes de Nottingham qui ont des inquiétudes quant à la santé mentale et qui désirent trouver une assistance appropriée.



Un point d'accès unique à de l'assistance, des conseils et des soins gratuits pour les personnes ayant des problèmes d'alcool et de drogues.

Prévention du sans-abrisme

La prévention du sans-abrisme fournit des conseils et une aide aux personnes qui risquent de perdre leur logement et de devenir sans-abri.

Clean Slate

Criminal Justice Substance Misuse Service

Un service spécialisé de désintoxication à l'alcool et aux drogues pour les personnes en contact avec le système de justice pénale.



Opportunité et changement : une voie vers l'emploi pour les personnes ayant des besoins multiples et complexes.



Towards Work aide les personnes à surmonter les obstacles personnels à l'emploi et à la formation.



Better Working Futures offre le meilleur soutien possible aux personnes recherchant un emploi qui sont confrontées à des obstacles supplémentaires.

Dans quel autre domaine pouvons-nous vous aider ?

Si vous avez plus de 18 ans et que vous vivez dans la ville de Nottingham, nous pouvons vous offrir de l'aide si vous avez d'autres préoccupations.

Veuillez cocher la / les case(s) correspondante(s)

- Je suis au chômage depuis un certain temps et j'aimerais obtenir de l'aide pour trouver du travail
- J'aimerais obtenir de l'aide en ce qui concerne ma santé mentale et mon bien-être
- J'aimerais obtenir de l'aide pour réduire ma consommation d'alcool
- J'aimerais obtenir de l'aide pour réduire ma consommation de drogue
- Je suis préoccupé par le fait de perdre mon domicile
- Je suis préoccupé par des problèmes de dettes / prestations sociales

Comment pouvons-nous vous contacter ?

Votre nom

Numéro de téléphone

E-mail

Comment avez-vous entendu parler de nous ?

Ces informations seront traitées confidentiellement.

N'hésitez pas à nous transmettre vos réponses : vous pouvez les poster dans la boîte aux lettres à l'accueil du Wellbeing Hub ou les envoyer à : Nottingham Wellbeing Hub, 73 Hounds Gate, Nottingham NG1 6BB

Questions fréquemment posées

Dois-je prendre rendez-vous ?

Non, vous pouvez simplement vous rendre au Hub, nous appeler au 0800 028 5598 ou consulter notre site Web www.nottinghamwellbeinghub.org

Comment puis-je être transféré vers un service du Wellbeing Hub ?

En fonction de vos besoins, les différents services du Wellbeing Hub pourront vous aider. Vous pouvez vous transférer vous-même vers ces services ou être transféré par un tiers comme par exemple un docteur ou un membre de votre famille.

Puis-je utiliser plus d'un service ?

Oui. N'hésitez pas à nous contacter si vous pensez qu'un autre de nos services pourrait vous aider. Vous pouvez demander une aide supplémentaire en remplissant le formulaire figurant au verso de ce dépliant et en le postant dans la boîte aux lettres à l'accueil ou en nous le renvoyant par la poste.



Contacter le service

Coordonnées du service Moving Forward pour la ville de Nottingham:

Téléphone : 0115 850 4078

E-mail : movingforwardnottingham@frameworkeha.org

Demandez un transfert

Consultez notre Central Access Point

Téléphone : 0800 055 6184 (gratuit depuis une ligne fixe)

E-mail : cap@frameworkeha.org

Vous pouvez également effectuer un transfert en ligne

Web : www.centralaccesspoint.org

Vous pouvez également envoyer un SMS

SMS : 07528 016 812 (pour vos appels gratuits)

BME Outreach

Dans le cadre de ce service, nous fournissons un service BME lié à la culture par le biais d'Amaz, 'Voice' pour toutes les communautés BME et émergentes.

Pour information

Si vous souhaitez consulter les informations contenues dans cette brochure dans une autre langue, en braille, en gros caractères, sur bande audio ou en version tactile, veuillez nous contacter au 0115 841 7711 ou par e-mail à info@frameworkeha.org.

Framework - lutter contre le sans-abrisme dans la ville de Nottingham

Moving Forward ville de Nottingham

Le service d'aide au logement pour les personnes souffrant de troubles de la santé mentale.



framework
Working with the homeless to build a better future



framework
Working with the homeless to build a better future

Il est extrêmement important d'avoir un chez-soi. Mais parfois garder un toit sur la tête n'est pas toujours facile, pour différentes raisons comme par exemple le fait de souffrir de troubles de la santé mentale.

Lorsque les choses vont mal, vous aurez peut-être besoin d'aide pour vous permettre de retrouver votre vie en main et reprendre le contrôle de votre domicile.

En quoi consiste Moving Forward ?

Moving Forward est un service de soutien gratuit lié au logement pour les habitants de la ville de Nottingham.

Moving Forward peut vous aider si vous souffrez de troubles de la santé mentale et que vous avez besoin d'aide pour tenter de rencontrer des professionnels de logement. Moving Forward vous aide à vous réloger, à traiter avec les propriétaires ou les préteurs hypothécaires. À rendre aidé et vous rétablir après un séjour à l'hôpital. Moving Forward vous aide à vous doter des compétences, les connaissances et les opportunités dont vous avez besoin pour rester indépendant.



J'ai besoin d'aide. Comment dois-je procéder ?

Contactez votre agent chargé de la santé mentale si vous pensez que le service Moving Forward peut vous être utile.

Il pourra vous renseigner sur nos services et vous offrir un numéro de téléphone. Si vous n'avez pas d'agent chargé de la santé mentale, veuillez contacter le CAP directement pour obtenir plus d'informations.

Vous pouvez également contacter Moving Forward si vous pensez que le service peut vous aider.



Est-ce que Moving Forward peut m'aider ?

Moving Forward peut vous fournir une aide liée au logement si vous :

Être âgé de 18 ans ou plus
souffrir de troubles de la santé mentale
vivre dans la ville de Nottingham.

Des visites à domicile peuvent être organisées et des réunions peuvent avoir lieu dans la communauté locale. Le service propose également un soutien aux personnes hospitalisées ou en milieu de soins souffrant de troubles de la santé mentale et peut les aider à obtenir un logement plus adéquat.



Pendant combien de temps est-ce que Moving Forward peut m'aider ?

Notre objectif est de travailler avec vous afin que vous puissiez devenir plus indépendant. Tout le monde progresse à son propre rythme.

En fonction de vos besoins, le service peut vous proposer une assistance en cas de crise brève ou une assistance pouvant aller jusqu'à 10 mois maximum.

Qui décide de l'aide dont j'ai besoin ?

Vous travaillerez avec un membre de l'équipe

Moving Forward et votre agent chargé de la santé mentale si vous en avez un, pour établir l'aide dont vous avez besoin.

Ensemble, nous élaborerons un plan pour traiter vos problèmes et développer vos compétences et votre indépendance.

Moving Forward offre des conseils et une assistance pratique :

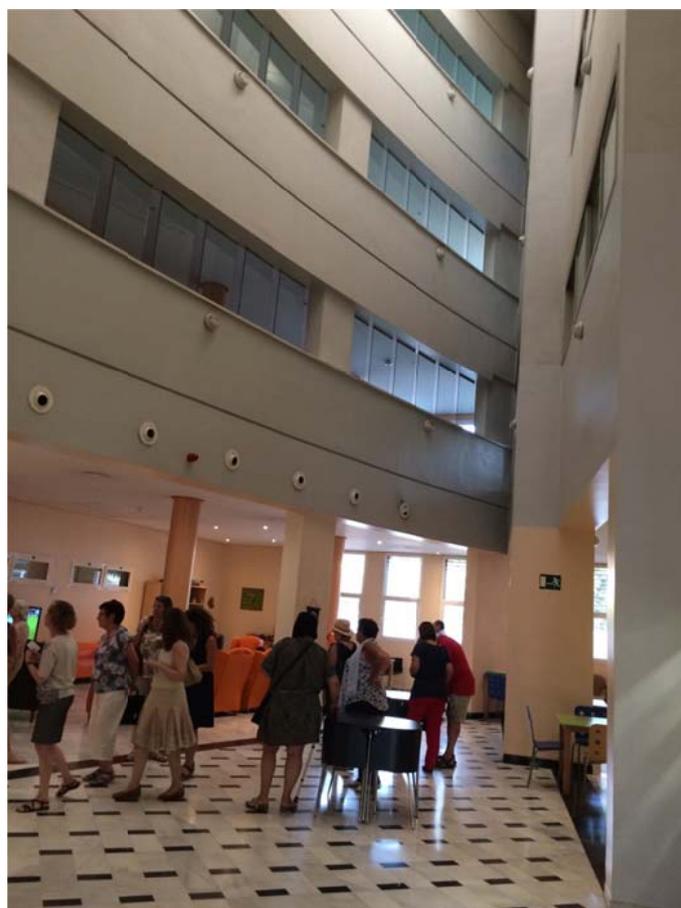
- aider à trouver et à faire une demande de logement
- aider à demander des aides sociales, budgétiser et établir un programme de remboursement des dettes
- travailler avec les responsables du logement et les propriétaires privés
- développer vos compétences pour favoriser l'indépendance (par exemple, comment occuper de son chez-soi)
- être actif dans la communauté, rencontrer des gens et participer à la vie sociale
- travailler en contact avec des services tels que les services sociaux et les hôpitaux
- assurer une aide formelle et informelle pour soutenir votre santé mentale
- accéder à l'éducation, à la formation ou aux opportunités d'emploi.



Séville – Espagne – Fondation publique andalouse pour l'intégration sociale des personnes atteintes de maladie mentale (FAISEM). Juin 2018.



Réunion de travail avec la direction du programme résidentiel de la FAISEM, Maison-foyer de Triana



Maison-foyer de Triana



Complexe résidentiel Portobelo



Logement, complexe résidentiel Portobelo



L'équipe de visite, la direction du programme résidentiel de la Faisem et l'équipe du complexe résidentiel Portobelo



Appartements partagés et accompagnés, en diffus, dispersés dans la ville.



Appartements partagés et accompagnés, en diffus, dispersés dans la ville.



Présentation de l'Asaenes, association de familles.

#AbriendoMentes

ASAENES nace en 1987 tras el cierre de las instituciones psiquiátricas.

Desde entonces trabajamos para defender los derechos de las personas con problemas de Salud Mental y sus familias para dar respuestas a sus necesidades y demandas.

Atendemos a las personas con problemas de Salud Mental mediante programas dirigidos a la rehabilitación social y a su recuperación. Ofrecemos información y asesoramiento a sus familias y allegados.

Acompañamos a los jóvenes con problemas de Salud Mental en sus primeros episodios y a los menores que conviven con familiares con problemas de Salud Mental.

Desarrollamos actividades para promover la comprensión social hacia las personas con problema de Salud Mental. Organizamos actividades y servicios de tipo asistencial, social, educativo, cultural y de prevención para las personas con problemas de Salud Mental, sus familiares y allegados.

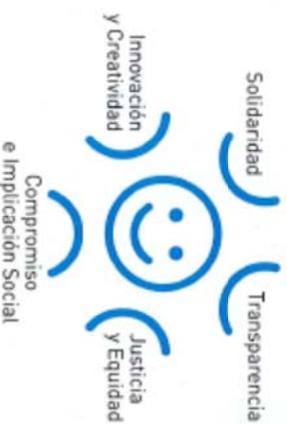
Visión

Trabajamos por la igualdad real de las personas con problemas de Salud Mental y sus familias.

Misión

Mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de Salud Mental y sus familiares y la defensa de sus derechos.

Valores



#AbriendoMentes

Nos mueve saber todo lo que se puede hacer por la Salud Mental.

Nos inspiran muchas personas y familias.

asaenes.org
salud mental Sevilla



Contáctanos con nosotros

+34 954 932 584

asaenes@asaenes.org

www.asaenes.org

asaenes



Visítanos

c/ Villegas y Marmolejo, 2

Paseo portal M

41005 Sevilla



asaenes.org
salud mental Sevilla

Programas de atención a la persona con problemas de Salud Mental



Programa Ocupacional para la adquisición de hábitos de carácter prelaboral.



Actividad Física y Deporte para fomentar un estilo de vida saludable, mejorando la salud física y mental.



Ocio y Tiempo Libre para promover la participación social y cultural de las personas con problemas de Salud Mental.



Atención domiciliaria y Acompañamiento, como un proceso integral de apoyo para potenciar la adquisición de habilidades necesarias, resolviendo problemas de autonomía personal.



Intervención Social en Centros Penitenciarios, ofreciendo acompañamiento, apoyo social y participación en recursos ocupacionales y de ocio.



Centro de Baja Exigencia para personas sin hogar, facilitando el apoyo a las necesidades básicas, vinculación sanitaria y transición a un alojamiento.



Club Joven, con actividades deportivas, de ocio y tiempo libre para jóvenes de hasta 26 años.



Atención a Menores Convientes con personas con problemas de Salud Mental, ofreciendo información sobre la enfermedad, apoyo escolar, ocio y tiempo libre y apoyo a la parentalidad positiva.



Servicio de Transporte para facilitar la asistencia a actividades, talleres y programas de ocio a personas con problemas de Salud Mental de la comunidad terapéutica y hospital de día.



Sensibilización Social para la Comunidad a través de ciclos de conferencias, jornadas y campañas para disminuir el estigma.



Voluntariado que, a través de actividades de información y formación sobre la Salud Mental, favorece valores de solidaridad y promueve la participación social.



Programas de atención familiar

Orientación y Asesoramiento para informar y entender los problemas de Salud Mental.

Programa Formativo: Escuelas de familias y Talleres dirigidos al autocuidado para desarrollar estrategias de gestión cotidianas.

Empoderamiento para desarrollar herramientas que conviertan a las familias en agentes activos de recuperación.

Grupos de Ayuda Mutua para crear un soporte estable y continuado basado en experiencias entre iguales.

Puedes ampliar la información acerca de los programas y actividades en www.asaenes.org



211 rue Roger Salengro
59260 HELLEMMES
Tél : 03 20 43 71 00

www.ccomssantementalelillefrance.org - www.recherche-sante-mentale.fr