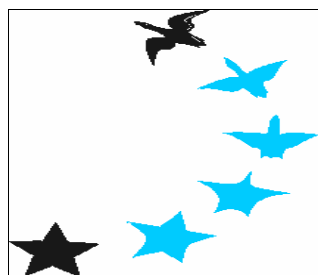


# INTEGRATION SOCIALE : UN DEFI POUR L'UNION EUROPEENNE !

GUIDE DU PROJET EUROPEEN SUR L'INTEGRATION SOCIALE DES  
PERSONNES AYANT DES PROBLEMES DE SANTE MENTALE



MENTAL HEALTH EUROPE  
SANTE MENTALE EUROPE

Guide publié par Mental Health Europe – Santé Mentale Europe en mars 2001.

Santé Mentale Europe (SME) est le Conseil Régional Européen de la Fédération Mondiale de la Santé Mentale. L'organisation représente des usagers, des associations travaillant dans le domaine de la santé mentale et la psychiatrie, incluant des bénévoles et des professionnels de diverses disciplines.

Santé Mentale Europe, en tant qu'organisation non gouvernementale, fait la promotion de la santé mentale des personnes selon des perspectives sociales, éducatives et médicales.

Santé Mentale Europe est le Bureau de Liaison pour la promotion de la santé mentale auprès de l'Union Européenne.

Mental Health Europe - Santé Mentale Europe

7 boulevard Clovis

B – 1000 Bruxelles

Tél. : +32-2-280.04.68

Fax : +32-2-280.16.04

Email : [info@mhe-sme.org](mailto:info@mhe-sme.org)

Web : [www.mhe-sme.org](http://www.mhe-sme.org)

Ce projet a été financé par la Commission Européenne.

© Le copyright de ce guide appartient à la Commission Européenne. Ni la Commission Européenne, ni aucune personne agissant en son nom ne pourra être tenu responsable pour l'utilisation des informations suivantes.

© Couverture Micrographex

Traduction : Françoise Urbain

# INDEX

1. Remerciements	4
2. Introduction	5
3. Description du projet	7
4. Lignes directrices	15
5. Exemples de pratiques nationales	21
6. Cadre légal et politique	39
7. Annexe 1 – bibliographie	47
8. Annexe 2 - liste des participants	48

# REMERCIEMENTS

Nous souhaitons remercier toutes les personnes impliquées dans la réalisation du projet 'Promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'Union Européenne ! » et la Commission Européenne – DG Emploi et Affaires Sociales pour le soutien financier apporté au projet.

Nous souhaitons manifester notre gratitude aux partenaires nationaux et aux membres des groupes de référence pour l'inestimable contribution en temps, en énergie, pour leur participation dans les discussions sur l'exclusion/l'intégration sociale, et pour avoir présenté des projets visant l'intégration sociale des usagers et ex-usagers de services de santé mentale. Nous souhaitons remercier plus particulièrement : Madie Chapman, Mary Ellen Coyte, Claude Deutsch, Martine Dutoit, Sinikka Kettunen, Herta Kuna, Mary Nettle et Gertraud Stögner.

Nous sommes également très reconnaissants au Réseau Européen des (Ex-)Usagers et Survivants de la Psychiatrie - European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry (ENUSP). Le projet n'aurait pas été possible sans les commentaires, les conseils, les encouragements et l'expérience de Clemens Huitink du Réseau.

Le projet fut possible grâce au secrétariat efficace et l'implication de Nathalie Moyersoer – nous la remercions pour son travail.

Enfin, nous voudrions remercier la Directrice exécutive de Santé Mentale Europe, Josée Van Remoortel, qui a initié le projet et qui l'a soutenu tout au long de l'année.

Aart Jan Vrijlandt  
Président SME

# INTRODUCTION

De nos jours, l'exclusion sociale n'est pas un problème marginal en Europe. En même temps, c'est un défi majeur pour les dirigeants politiques et une douloureuse réalité pour des millions de personnes. L'exclusion sociale est une atteinte à la dignité humaine, aux droits humains fondamentaux et c'est une source importante de tensions dans nos sociétés. Certains groupes sont plus exposés à l'exclusion sociale: les personnes handicapées, les réfugiés et les demandeurs d'asile, les minorités ethniques, les personnes âgées, les familles monoparentales, les femmes, les personnes sans emploi, et plus particulièrement, les personnes souffrant de problèmes de santé.

La discrimination et l'exclusion sociale envers les personnes souffrant de problèmes de santé mentale est un problème universel. L'amélioration de leur situation dépendra en grande partie des progrès réalisés dans la lutte contre la pauvreté, l'exclusion sociale et les tabous qui entourent la maladie mentale.

Le thème de l'inclusion et de l'exclusion sociale n'est plus invisible au niveau européen. En décembre 2000, les chefs d'Etats et de gouvernements ont adopté l'Agenda Européen de Politique Sociale et ils se sont mis d'accord sur des objectifs communs qui établissent des façons comparables de lutter contre la pauvreté et de promouvoir l'inclusion sociale. Cette année, un programme communautaire de cinq ans sera adopté afin d'aider les Etats membres à coopérer et de mettre en lumière les mesures positives.

L'Union Européenne peut beaucoup contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Les lignes directrices pour l'emploi, le programme d'action pour la non-discrimination, le programme d'inclusion sociale, la modernisation des systèmes de protection sociale et la Charte des droits fondamentaux sont des outils conçus pour améliorer l'inclusion de tous et particulièrement des personnes les plus touchées par la pauvreté et l'exclusion sociale<sup>1</sup>.

Ce guide donne aux politiciens, aux services gouvernementaux, aux ONG, aux bénévoles, aux usagers, aux soignants et aux prestataires de services des clés pour être plus efficaces dans leurs efforts de promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale ou un passé psychiatrique. Le guide présente des lignes directrices concrètes qui peuvent être utilisées dans différents domaines ainsi que des exemples de pratiques où les personnes à risque trouvent un soutien et s'émancipent afin de dépasser la menace de l'exclusion.

Santé Mentale Europe et les partenaires du projet "Promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'Union Européenne" considèrent qu'il est de leur responsabilité de sensibiliser les décideurs, les prestataires de services et la population en général à l'exclusion sociale dont sont victimes les personnes souffrant de problèmes de santé mentale dans leur vie quotidienne et de promouvoir les stratégies permettant d'y remédier. Nous espérons que les lignes directrices et le manuel que nous présentons seront des instruments utiles à cet égard.

---

<sup>1</sup> Voir aussi le rapport du séminaire du Réseau européen contre la pauvreté (2000) « le Mainstreaming dans la pauvreté et l'exclusion sociale. Intégrer la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale dans tous les domaines de politique publique pour promouvoir la cohésion sociale »



# DESCRIPTION DU PROJET

Le projet «promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'Union européenne ! » vise à rendre public les situations d'exclusion sociale dont souffrent les personnes ayant des problèmes de santé mentale, et de proposer aux décideurs politiques et aux prestataires de services des lignes de conduite afin d'améliorer l'intégration sociale des (ex-) usagers de services de santé mentale.

Le projet est financé en partie par la Commission Européenne et s'inscrit dans un programme européen plus large – « Actions préparatoires pour combattre et prévenir l'exclusion sociale ».

Santé Mentale Europe fut responsable de la coordination générale du projet et a mis à disposition son secrétariat. L'Angleterre, l'Autriche, la Finlande et la France furent impliqués dans ce projet<sup>2</sup>. Le Réseau européen des (ex-)usagers et survivants de la psychiatrie fut associé à la démarche et a fourni des conseils utiles en termes d'implication des usagers et de cadre législatif pour les pratiques d'intégration sociale.

## **Exclusion sociale – intégration sociale**

***« L'intégration sociale doit se résumer à un endroit où vivre, quelque chose à faire et quelqu'un à aimer. C'est aussi simple - et aussi compliqué que cela. Il existe toute une série de barrières qui empêchent les personnes ayant des problèmes de santé mentale d'obtenir ces choses »***

Cette déclaration fut faite par Charles Fraser, un témoin de l'enquête réalisée par Mind<sup>3</sup> sur les situations d'exclusion sociale vécues par les personnes qui utilisent les services de santé mentale – Creating Accepting Communities. Elle indique clairement les angles du projet sur l'intégration sociale, à savoir :

- le logement
- l'emploi, la formation et les allocations sociales
- la vie quotidienne
- les médias

**Les médias ont été ajoutés aux trois autres secteurs dans la mesure où ils renvoient très souvent des images négatives et renforcent la stigmatisation et les peurs.**

Chaque partenaire national a pris la responsabilité d'explorer un secteur. Des groupes de référence furent mis en place dans chaque pays. Ces groupes sont composés de personnes qui ont une connaissance de l'exclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale avec une majorité d'usagers, ex-usagers ou de leurs représentants.

---

<sup>2</sup> La liste des partenaires nationaux se trouve en annexe 2

<sup>3</sup> Mind est l'association nationale pour la santé mentale en Angleterre et au Pays de Galles. Elle fut un des partenaires de ce projet.



Concrètement, le projet fut développé en trois étapes :

- Etape 1 : identification d'indicateurs d'exclusion sociale
- Etape 2 : identification de pratiques qui combattent l'exclusion et font la promotion de l'intégration dans la société
- Etape 3 : préparation de lignes de conduite et d'un guide pour soutenir l'intégration sociale des usagers et ex-usagers.

### Etape 1 – indicateurs d'exclusion sociale

La première tâche des groupes de référence fut d'identifier les indicateurs d'exclusion sociale dans leur secteur respectif (emploi, logement, vie quotidienne, média).

#### **Emploi**

« Chaque personne a droit à un travail décent et productif exercé dans des conditions de liberté, d'égalité, de sécurité, et de dignité humaine. Pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale, réaliser ce droit est un véritable défi » déclare le Bureau International du Travail dans son récent rapport<sup>4</sup> sur la santé mentale sur les lieux de travail qui met en lumière l'importance d'un travail décent dans la mise en valeur de l'intégration économique et sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale.

Au cours du projet, les participants ont relevé les situations d'exclusion suivantes :

Souvent, l'absence d'un emploi conduit à la pauvreté, la pauvreté à l'isolement, l'isolement sociale à l'exclusion sociale, l'exclusion sociale à des problèmes de santé mentale récurrents et de rechute.

Les employeurs et les employés ont peur et ne savent pas véritablement ce qu'est la santé mentale. Beaucoup de personnes avec un diagnostic de maladie mentale voudraient travailler mais sont au chômage ou font un travail pour lequel ils sont trop qualifiés. En Angleterre, seulement 13 % des personnes ayant de sérieuses maladies mentales ont un emploi, en Autriche, 20 % d'entre eux sont dans la même situation.

Dans tous les pays impliqués dans le projet, le travail protégé est souvent qualifié de répétitif et d'ennuyeux. Le travail protégé devrait être varié et reconnaître les compétences et les besoins individuels. Les employés devraient être reconnus pour leurs activités.

En Angleterre, le groupe de référence souligna que les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique, quand elles ont un emploi, font un travail pour lequel elles sont surqualifiées.

Les groupes de référence autrichien et anglais firent remarquer que les lieux de travail n'étaient pas des environnements sûrs pour les employés qui deviennent malades mentalement . Les autres employés et leur employeur ont peur et ne savent pas ce qu'est la maladie mentale. Des faits de persécution sur le lieu de travail ont été rapportés en Angleterre.

---

<sup>4</sup> 'Mental Health in the Workplace' ('Santé Mentale sur le lieu de travail'), Phyllis Gabriel et Marjo-Riitta Liimatainen, Bureau International du Travail, 2000.

## **Education et formation**

Quand on parle de l'accessibilité des formations et de l'éducation, il y a une tendance à s'intéresser aux barrières physiques et environnementales auxquelles les étudiants handicapés sont confrontés. Les besoins des étudiants ayant des problèmes de santé mentale sont rarement pris en compte.

Le groupe de référence souligne que les cours à l'université ne s'attaquent pas du tout au problème des handicaps lorsqu'ils examinent les questions relatives au management et à l'emploi.

Les groupes de référence insistent sur le fait que les programmes d'éducation permettent difficilement de s'absenter de temps à autre pour permettre des soins de santé mentale. En Finlande, il a été signalé que les règles concernant les études universitaires sont devenues plus strictes qu'auparavant. Les étudiants ne peuvent recevoir une bourse pour plus de 55 mois par diplôme. Jusqu'en 1992, il était possible de recevoir une bourse pour 7 ans. Maintenant, les étudiants doivent obtenir 2,5 unités d'enseignement par mois d'étude (« credits »), sinon la bourse peut être annulée. En Angleterre, les allocations pour les étudiants handicapés ne sont disponibles que pour les étudiants à plein temps.

## **Système d'allocations sociales**

Le groupe de référence anglais fit remarquer que si des personnes bénéficiant d'allocations de soutien décident de travailler mais arrêtent après un an, elles auront des difficultés pour retrouver le même niveau d'allocation comme si elles n'avaient pas bénéficié de ce type de soutien auparavant. Le système des allocations peut donc démotiver le candidat au travail.

Les partenaires anglais et autrichiens du projet notèrent que les systèmes d'allocations sociales n'étaient pas suffisamment flexibles. Il devrait être possible de travailler à temps partiel tout en touchant des allocations pour le reste du temps.

## **Vie familiale – relations**

En Finlande, le groupe de référence constata que les personnes souffrant de problèmes de santé mentale manquaient d'espaces privés dans les unités psychiatriques, que cet état des choses était un facteur d'accroissement de l'exclusion sociale.

En Angleterre, le groupe de référence attira l'attention sur la grande proportion d'utilisateurs ayant souffert d'abus sexuels et de violence domestique alors qu'ils étaient hospitalisés. Ces faits ne sont pas suffisamment pris en compte par les services de soins.

Beaucoup d'utilisateurs de services de santé mentale se sentent seuls et isolés du fait de l'attitude de leur famille à leur égard. Cette attitude est le reflet de celle adoptée par la société.

Les enfants dont les parents sont usagers de services de santé mentale peuvent être victimes de représailles. A l'école, par exemple, ils peuvent être ridiculisés soit par les autres élèves (« Ta mère est cinglée ! »), mais les professeurs peuvent être également peu disposés à discuter avec ces parents.

## **Activités de loisir**

Le groupe de référence français fit remarquer qu'un certificat médical est requis pour s'inscrire dans un club sportif. Si une personne a un passé psychiatrique, le certificat doit spécifier si tel sport est approprié ou non. Dans la pratique, il semble que dans la majorité des cas, la direction des clubs décide de refuser l'accès aux infrastructures.

Le partenaire anglais signala qu'il est difficile pour les usagers de prendre part aux activités de loisir principalement pour des raisons de budget. Ils n'ont pas suffisamment de ressources financières pour aller en vacances, payer un hôtel ou aller au théâtre.

## **Citoyenneté**

Dans tous les pays où l'étude s'est déroulée, les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont discriminées dans l'accès aux assurances. Par exemple, ils ne sont pas autorisés à contracter une assurance vie, ils ont des difficultés à se faire accorder des prêts et ils rencontrent des problèmes lorsqu'ils veulent assurer leur voiture ou prendre une assurance de voyage. Ils peuvent se voir refuser les visas nécessaires pour voyager dans certains pays.

Jusqu'il y a peu de temps, en Angleterre, les systèmes de pension discriminaient de manière indirecte les usagers et ex-usagers. Il n'existait pas de système basé sur les revenus fluctuants. Ils n'étaient donc pas accessibles aux personnes employées de manière épisodique, et donc inaccessibles pour beaucoup d'usagers.

## **Accès aux soins de santé**

Quand, dans un hôpital psychiatrique public ou une clinique de jour, un usager se plaint de symptômes physiques, les désordres psychiatriques sont utilisés pour expliquer le problème et il arrive que l'usager reste sans soins. De même, si des personnes sont traitées dans un hôpital général et que l'hôpital prend connaissance du dossier psychiatrique, cela peut mener à des actions qui peuvent avoir des conséquences sérieuses sur la santé de ces personnes. Même en dehors des hôpitaux, les médecins, les spécialistes (par exemple les dentistes) hésitent à soigner les personnes qui prennent des médicaments pour soigner des maladies psychiatriques.

On assiste, parfois, à un refus d'agir de manière transparente comme par exemple de laisser le patient consulter son dossier médical. Dans certains hôpitaux psychiatriques, soit pendant, soit après une crise, « l'accord libre et informé » pour les soins n'est pas souvent recherché. Trop

de patients sont systématiquement forcés à prendre des médicaments qui ont des effets destructeurs, même s'ils ont accepté volontairement d'être hospitalisés.

Les partenaires autrichiens, français et anglais ont attiré l'attention sur l'accès inégal aux soins psychiatriques, car il dépend de la région ou du district où l'on vit. Le type de traitement varie également énormément. Le groupe de référence anglais fit remarquer que les ECT étaient un traitement plus fréquemment donné aux patients âgés qu'aux autres patients et que comparées aux personnes de peau blanche, les personnes de peau noire ou les groupes ethniques minoritaires seront plus susceptibles de recevoir un traitement médicamenteux et l'ECT, au lieu de psychothérapies.

## **Transport**

Des restrictions à l'accès aux bus ou aux avions pour causes de problèmes psychiatriques ont été rapportées par les groupes de référence français et anglais.

Du fait de la situation 'hors ville' des centres commerciaux et des lieux de loisir, la dépendance à la voiture privée est accrue dans la société d'aujourd'hui. Dans beaucoup de quartiers, en particulier les quartiers défavorisés, les transports publics sont inadéquats et donc si vous n'avez pas de voiture, comme c'est le cas pour beaucoup d'usagers, vous risquez d'être isolés.

## **Logement**

En Finlande, tout comme dans les trois autres pays, les usagers et les ex-usagers de services de santé mentale peuvent éprouver de grandes difficultés à trouver un logement à cause de la stigmatisation et des discriminations des communautés avoisinantes. Changer les attitudes négatives est un processus long et compliqué .

En Angleterre, le groupe de référence a mentionné que les usagers des services de santé mentale sont souvent logés dans des lotissements dégradés. Dans beaucoup de régions, la politique du secteur public du logement est de n'offrir qu'une seule solution. Si cette offre n'est pas acceptée, alors l'alternative est la rue. Beaucoup de personnes acceptent le logement mais n'y passent jamais beaucoup de temps et le logement ne devient jamais une maison. Les personnes deviennent dépressives, isolées et rechutent même dans certains cas.

Dans les quatre pays représentés dans le projet, le problème du cercle hôpital-maison-hôpital pour les patients psychiatriques fut soulevé. Beaucoup de patients ne peuvent payer à la fois le séjour à l'hôpital et leur loyer pendant qu'ils sont à l'hôpital. S'ils restent longtemps hospitalisés , ils risquent de perdre leur travail ou leur allocation d'aide au logement.

## **Média**

En Autriche, le groupe de référence a souligné que la représentation dans les médias des usagers et ex-usagers est souvent négative. Le groupe anglais de son côté fit remarquer que la représentation des personnes de peau noire et des minorités ethniques était, presque toujours, pire.

Les résultats de cette consultation furent très instructifs pour le groupe et donnèrent une bonne idée d'où et comment les personnes ayant des problèmes de santé mentale se sentaient exclues de la société. Ensuite, les groupes de référence comparèrent les indicateurs et il fut possible d'identifier des différences entre les pays. Ces différences sont soit liées à des différences culturelles soit elles résultent de l'absence d'une législation adéquate.

Le travail protégé peut être ressenti comme excluant ou intégrant suivant le type de contrat que les personnes obtiennent. Les travailleurs des ateliers protégés devraient bénéficier des mêmes droits que les autres travailleurs.

En France, il a été rapporté que les personnes ayant un diagnostic de maladie mentale pouvaient ne pas avoir le droit de s'affilier à un parti politique. Ce type d'exclusion n'existe ni en Autriche ni en Angleterre.

La manière dont les gens sont obligés de suivre un traitement varie d'un pays à l'autre.

La mise sous tutelle est toujours très utilisée en France alors qu'en Angleterre, d'autres moyens ont été développés pour préserver les intérêts personnels.

Le groupe de référence français a attiré l'attention sur le fait que les personnes placées sous tutelle perdaient leur droit de vote. En Autriche, le droit de vote est maintenu. Jusqu'il y a peu de temps, en Angleterre, les patients psychiatriques perdaient leur droit de vote parce que d'un hôpital n'était pas considérée comme valable pour les convocations. La situation a changé et maintenant la loi sur le vote permet aux personnes hospitalisées et aux personnes sans abri de voter. La Finlande a pris des mesures législatives afin de clarifier la situation des personnes mises sous tutelle. En février 1999, un acte révisé concernant la mise sous tutelle a été mis en application. Selon cet acte, il existe trois niveaux de protection des intérêts des personnes. Le niveau le plus restrictif affecte la capacité légale des personnes et place des restrictions sévères dans leur capacité de contracter des emprunts et d'autres considérations économiques du même ordre. Toutefois cet acte ne supprime pas le droit pour ces personnes de s'affilier à un parti politique, de voter ou de se marier.

Le groupe de référence français a également rapporté que dans de nombreux cas, les services psychiatriques peuvent refuser d'agir d'une manière transparente et aussi de permettre l'accès aux données médicales. Il semble qu'en Angleterre la situation par rapport à ce problème se soit un peu améliorée. La profession médicale, dans tous les domaines, est constamment défiée à ce sujet et il semblerait qu'aujourd'hui les médecins soient beaucoup plus ouverts et plus prévenants quant à la manière dont ils utilisent les données concernant un patient. En Autriche, les patients ont le droit de voir leur dossier. Ils peuvent également faire une « déclaration psychiatrique » qui sera incluse dans leur dossier.

## **Etape 2 – pratiques promouvant l'intégration sociale**

Dans leur pays respectif, les groupes de référence ont recherché des exemples de pratiques faisant la promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Il leur fut demandé de sélectionner des pratiques qu'ils considéraient comme innovatrices, efficaces et respectueuses.

**Innovateur :** un projet qui développe une réponse (ou une partie de réponse) originale, créative pour répondre à un problème courant (dans le cadre de ce projet, l'exclusion sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale dans des domaines de notre société : l'emploi, la formation, l'éducation, le logement, la vie quotidienne, les médias).

**Efficace :** un projet qui fonctionne, qui produit des résultats, dans ce cas qui diminue l'exclusion et la discrimination.

**Respectueux :** un projet qui garantisse le respect des personnes qui l'utilisent, dans ce cas les personnes ayant des problèmes de santé mentale, les usagers et les ex-usagers.

Chaque groupe de référence sélectionna plusieurs exemples de ce qu'ils considéraient comme étant une bonne pratique<sup>5</sup>. Ensuite chaque projet fut examiné par chaque groupe et il apparut que ce qui était innovateur dans un pays ne l'était pas nécessairement dans un autre.

En ce qui concerne la question épineuse de l'efficacité des projets, on réalisa que peu de projets sélectionnés avaient été évalués en détail. Le terme d'«évaluation» couvre un large spectre d'études allant de l'observation systématique, aux essais contrôlés randomisés en passant par l'évaluation de la satisfaction du client. Comme souligné dans un précédent projet de Santé Mentale Europe sur la promotion de la santé mentale des enfants de 0 à 6 ans<sup>6</sup> : « Il existe beaucoup de critères différents (pour définir l'efficacité) et le choix dépendra de la position de la personne qui évalue et de la perspective qu'il prendra – les politiciens, les financiers, les chercheurs, les praticiens, les usagers et les responsables des communautés, pourront avoir des agendas différents et adopteront des définitions différentes de ce qu'est le succès. » Dans ce projet, nous avons décidé de baser la sélection sur l'opinion des usagers concernant certains types de service dans la mesure où ils sont en fin de compte les principaux «clients» ou «consommateurs» des mesures créées pour améliorer leur intégration dans la société.

Dans le cadre de ce projet, l'un des critères qui garantit le respect des personnes ayant des problèmes de santé mentale est l'implication des personnes à plusieurs, si pas à tous les niveaux, de prise de décision et de la mise en place d'un projet. Dans ce contexte, un projet autrichien intitulé « campagne contre la stigmatisation » n'impliquait pas d'usagers ou d'ex-usagers dans la planification du projet. L'appréciation aussi bien du groupe de référence autrichien que des autres partenaires était ambivalente et il fut décidé de ne pas sélectionner ce projet.

### **Etape 3 – lignes de conduite**

<sup>5</sup> les exemples sont décrits dans le chapitre 5.

<sup>6</sup> 'Mental Health Promotion of Children up to 6 Years – Directory of Projects in the European Union', ('Promotion de la santé mentale des enfants de 0 à 6 ans – Guide de projets dans l'Union Européenne') Santé Mentale Europe, 1999.

Sur la base du matériel recueilli, des stratégies adoptées par chaque projet afin d'inclure les personnes ayant des problèmes de santé mentale furent soulignées et des lignes de conduite pour les responsables politiques et les prestataires de service préparées. Les lignes de conduite sont décrites plus en détails au chapitre suivant.

Des exemples fournis par les partenaires illustrent certains points soulevés par les lignes de conduite.



# LIGNES DIRECTRICES

Santé Mentale Europe et les partenaires du projet européen 'Promotion de l'intégration sociale des personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'Union européenne !' ont préparé des lignes de conduite après avoir consulté des groupes d'(ex-)usagers de services de santé mentale, des représentants d'organisations travaillant dans le domaine de la réhabilitation des personnes malades mentales en Angleterre, Autriche, Finlande et France.

Ces lignes de conduite sont destinées aux décideurs politiques, aux prestataires de service et à la population en général afin de lutter contre l'exclusion sociale à laquelle les usagers et les ex-usagers sont confrontés quotidiennement.

## I. LIGNES DE CONDUITE GENERALES

### I.1. Politiciens

- Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont parmi les plus exclues de la société actuelle. **Les lois sur la non-discrimination** devraient concerner tous les domaines de la société et toutes les personnes exclues tel que mentionné dans l'article 13 du Traité de l'Union Européenne. Les lois devraient être minutieusement appliquées.
- **Advocacy** : le point de vue des personnes ayant des problèmes de santé mentale devrait être considéré de la même manière que celui de n'importe quelle autre personne à partir du moment où cela concerne leur vie. Un soutien financier approprié devrait être disponible pour les groupes d'entraide et les groupes soutenant l'advocacy des usagers.
- Des efforts devraient être faits pour combattre **la discrimination indirecte**.
- Les usagers de services de santé mentale devraient avoir accès aux dossiers les concernant. Une législation améliorant **la protection des données** devrait être mise en place en consultation avec les usagers. Il devrait être possible d'adapter rapidement cette législation au développement des nouvelles technologies et les abus devraient être punis sévèrement.

### I.2. Prestataires de services

- Il y a un manque de compréhension sur ce qu'est la santé mentale, la maladie mentale et sur les besoins des personnes ayant des problèmes de santé mentale. **Des campagnes de sensibilisation** devraient être organisées à tous les niveaux de la société, incluant les politiciens, les prestataires de services des différents secteurs (santé, médias, éducation, travail, syndicats, etc.) et le grand public. Des services d'information indépendants dirigés par des usagers devraient être financés pour répondre à ce besoin.
- Les besoins des usagers devraient être pris en compte **en respectant le sexe et le milieu culturel, spirituel et religieux des personnes**.

- Les professionnels devraient favoriser **la responsabilisation**<sup>7</sup> des personnes ayant des problèmes de santé mentale (les informer de leurs droits, leur expliquer comment les services sociaux fonctionnent, comment les allocations sociales sont attribuées, etc.). Les usagers et ex-usagers devrait légalement être informés de leurs droits et des allocations disponibles par des personnes formées, qu'il s'agisse de professionnels ou d'(ex-)usagers.
- En plus du service ci-dessus, des **services conseils indépendants** et complètement financés devraient être mis en place afin de permettre aux usagers d'avoir accès à toute l'information et de prendre part au processus de décision.

### I.3. Public général

- Les **familles** et amis des personnes ayant des problèmes de santé mentale devraient eux-mêmes avoir accès à l'aide dont ils ont besoin.
- Les **campagnes de sensibilisation** aux questions relatives à la santé mentale sont cruciales dans la lutte contre la stigmatisation. Dans cette perspective, les usagers et ex-usagers ont un rôle essentiel à jouer dans toute activité de sensibilisation.

## II. LIGNES DE CONDUITE SPECIFIQUES

### II.1. Politiciens

#### **II.1.1. Emploi**

Le taux de chômage est important parmi les personnes ayant des problèmes de santé mentale.

- Lorsqu'il existe des quotas dans la législation concernant le travail, cette législation devrait être exécutoire, les employeurs devraient recevoir une compensation et une harmonisation de ce type de législation devrait être opérée au niveau européen.
- Les usagers devraient être impliqués à tous les niveaux du processus de décision à partir du moment où les politiques de l'emploi et les régulations les concernent
- Les contrats de travail utilisés dans les ateliers protégés devraient suivre la législation qui se rapporte à l'emploi traditionnel.
- Les règles concernant l'adaptation raisonnable des lieux de travail devraient être obligatoires.

#### **II.1.2. Education/formation**

- Le curriculum des professeurs et des étudiants devrait comporter un formation à la promotion de la santé mentale et aux questions relatives à la maladie mentale.
- Les organisations d'usagers devraient être impliquées dans le choix des agents qui offrirait ces formations.
- Les politiques d'égalité des chances devraient être applicables aussi bien aux étudiants qu'aux membres du personnel.

### II.1.3. Système de la sécurité sociale

---

<sup>7</sup> En anglais le terme se traduit 'empowerment'

- La pauvreté est un réel problème pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale et cette situation devrait être reconnue.
- Le système de sécurité sociale devrait motiver les gens à mener une vie mentalement saine.
- Le système de sécurité sociale devrait permettre à la fois de travailler ou d'étudier à temps partiel et de recevoir des allocations sociales.
- Les allocations devraient permettre aux gens de retravailler sans perdre immédiatement leurs droits d'accès à la sécurité sociale.
- Des informations complètes concernant le système de sécurité sociale devraient être disponibles dans un format que les personnes peuvent comprendre aisément.
- Toute personne devrait avoir droit à un revenu décent approprié au niveau de vie de chaque pays.

#### *II.1.4. Vie de famille*

- Tous les efforts devraient être concentrés afin de garder les familles unies.
- Les problèmes de santé mentale seuls ne peuvent jamais être une raison pour retirer les enfants de la tutelle parentale. Quand une décision est prise de séparer des enfants de leurs parents, cette décision devrait pouvoir être réévaluée régulièrement.

#### *II.1.5. Droits fondamentaux et citoyenneté:*

- Les personnes ayant des problèmes de santé mentale sont des citoyens à part entière et doivent pouvoir exercer tous les droits fondamentaux.
- Les problèmes de santé mentale en tant que tels ne devraient pas être une entrave à l'accès à des prêts et à des assurances.
- Les décisions de mise sous un régime de protection (tutelle, curatelle) doivent se faire selon la situation de la personne, en favorisant la prise en compte de son avis. Ces décisions devraient être régulièrement et systématiquement réévaluées avec les personnes concernées pour empêcher tout abus de pouvoir par les tuteurs. Les procédures d'annulation de mise sous régime de protection et les voies de recours devraient être accessibles et simplifiées.

#### **II.1.6. Logement**

- Tout le monde devrait avoir droit à un logement adéquat et décent.
- La stigmatisation empêche les (ex-)usagers d'avoir accès à des logements indépendants. Des campagnes de sensibilisation et d'information devraient être menées afin d'éviter les actes de discrimination par les communautés.

### II.2. Prestataires de services

#### **II.2.1. Information**

- Il est nécessaire d'informer sans préjudice les syndicats, les employeurs et les employés sur ce qu'est la santé et la maladie mentale.
- Des informations de base concernant la santé et la maladie mentale devraient être incorporées dans le curriculum de chaque personne travaillant dans les secteurs de la santé ou du social. Les usagers et ex-usagers de services de santé mentale devraient être impliqués dans ces formations en tant qu'experts par expérience.

## **II.2.2. Protection des données**

- Dans le secteur du travail (volontaire ou non), les règlements devraient protéger les données personnelles concernant les travailleurs.
- Les usagers devraient avoir accès aux données qui les concernent.
- Confidentialité : l'accès aux dossiers médicaux devrait être limité aux patients concernés et ils ne devraient pas être communiqués sans la permission des patients eux-mêmes.

### **II.2.3. Emploi**

- L'emploi à tout prix peut avoir des effets négatifs sur la santé mentale de l'utilisateur et peut être la cause d'une rechute. Les plans de réhabilitation à l'emploi devraient dès lors être programmés au bon moment, être flexibles, et offrir un large éventail de possibilités appropriées à la personne concernée.
- La perspective de retrouver du travail devrait faire partie de tout programme de réhabilitation.
- Bien que le but final reste toujours de trouver un travail régulier rémunéré, le travail bénévole peut être considéré comme la première étape pour retrouver un emploi.
- Le travail bénévole est un moyen de participer à la société. Il a une valeur en soi et il devrait être considéré de la même manière qu'un travail rémunéré.
- Un travailleur bénévole peut être également consciencieux qu'un travailleur rémunéré.
- Les travailleurs devraient recevoir un salaire raisonnable pour le travail qu'ils font.
- Le travail en atelier protégé devrait être attractif et diversifié.

### **II.2.4. Education/formation**

- Il est nécessaire d'apprendre aux professeurs quels sont les indicateurs de la détresse mentale.
- Les besoins spécifiques des usagers devraient être pris en considération dans chaque programme éducatif.
- Lorsqu'on considère l'accessibilité d'un programme éducatif ou de formation, il faudrait faire attention également aux besoins des étudiants ayant des problèmes de santé mentale, en plus des besoins spécifiques aux étudiants qui ont un handicap physique.
- Les installations communes à tous les étudiants devraient être préférées à celles destinées uniquement aux étudiants ayant des problèmes de santé mentale.
- L'éducation doit occuper une place irremplaçable dans les programmes de soin et de réhabilitation.
- Les programmes de réhabilitation par l'éducation et la formation devraient être flexibles et s'adapter aux changements de la santé mentale des étudiants.
- Le financement des programmes de réhabilitation par l'éducation et la formation ne devrait pas dépendre des résultats obtenus dans une période de temps déterminée ou de la réussite d'un cours. Il devrait plutôt dépendre de la capacité des usagers à trouver un travail qui leur convienne.

### *II.2.5. Vie de famille*

- Les institutions s'occupant de personnes malades mentales devraient considérer la sexualité comme faisant partie de la vie des patients.
- La stérilisation injustifiée pour raisons psychiatriques devrait être déniée.
- La situation des parents ayant des problèmes de santé mentale reste un tabou, il faudrait plus de discussions et de débats à ce sujet.

### *II.2.6. Loisirs*

- L'accès aux lieux de loisirs devrait être normalement accordé sans aucune entrave.
- Les personnes qui gèrent des activités de loisirs devraient recevoir une formation sur les questions relatives à la santé mentale.
- Les activités de loisirs sont une aide pour combattre la solitude. Un grand éventail d'activités devrait être financièrement accessible aux personnes exclues, et parmi elles, aux personnes ayant des problèmes de santé mentale.

### *II.2.7. Soins de santé*

- Le droit de choisir son propre médecin devrait être respecté.
- Les soins de santé physique dans les hôpitaux psychiatriques devraient avoir la même qualité que dans les hôpitaux généraux.
- L'accès à certains types de traitement semble dépendre de l'âge et de la race. Tous les types de traitement devraient être disponibles à tous quelque soit l'âge, le sexe, la race, le handicap, la sexualité, etc.
- Les médecins et le personnel médical devraient informer les usagers des conditions et conséquences de tout traitement et mesures de réhabilitation.
- Les hôpitaux devraient être des lieux sûrs tant pour le personnel que pour les patients.
- La connaissance des questions relatives à la santé et à la maladie mentale devrait être améliorée dans les services généraux de soin.

### **II.2.8. Transport**

- Les refus de donner un permis de conduire pour raison psychiatrique devraient toujours être défiés.

### *II.2.10. Logement*

- Payer à la fois le prix d'une hospitalisation et le loyer pour un logement peut s'avérer trop lourd pour une seule personne. Dès lors, soit le coût de la location devrait être subventionné, soit l'hospitalisation devrait être gratuite afin d'éviter l'éviction de la personne en cours de traitement.
- Une attention spécifique devrait être portée aux personnes souffrant de double discrimination tel que les femmes, les demandeurs d'asile, les minorités ethniques, les jeunes ayant des problèmes de santé mentale et étant menacés d'exclusion.
- Le choix des logements devrait être aussi varié que les besoins des personnes et devrait exister en suffisance. Différents types de logement correspondent à différents besoins. Le but final étant d'accéder à un logement indépendant décent.
- Les logements privés devraient rester privés et rester séparés de tout objectif ou but thérapeutique.
- Les logements encadrés devraient respecter l'intimité des personnes. Les services proposés devraient respecter le choix de la personne.
- Les logements encadrés devraient être des endroits sûrs.
- Le flux d'information entre les prestataires devrait s'effectuer de manière harmonieuse mais devrait s'opérer uniquement avec le consentement des patients. Les activités de toutes les organisations travaillant dans le domaine de la santé mentale et du logement devraient être coordonnées.
- Des services sociaux et pas seulement médicaux devraient être offerts pour lutter contre la solitude et l'isolement. Les professionnels devraient encourager les pratiques d'entraide entre usagers et d'autogestion des lieux de vie.

### *II.2.11. Media*

- Les médias devraient laisser une place aux usagers et ex-usagers en tant qu'experts de leur propre expérience.
- La stigmatisation devrait être bannie des médias. Des formations et un contrôle devraient être organisés.
- Les médias devraient diffuser plus d'émissions positives autour du thème de la santé mentale.
- Tous les prestataires de services de santé mentale devraient avoir un service de relation publique soutenu par des usagers.

# EXEMPLES DE PRATIQUES NATIONALES

**AGAINST NONSENSE IN MADNESS**

**ASUMISEN TUKITOIMINTA**

**CLUB DU PONT NEUF**

**CYBER CAFE PROJECT**

**DIRECT PAYMENT**

**FOYER LEONE RICHELIEU**

**HAUS DES LEBENS**

**JUMELAGE CULTURE HOPITAL**

**L'AUTRE REGARD**

**MEDIA-FEEDBACK AGAINST DISCRIMINATION**

**MONIONGELMAISET MIEHET-PROJEKTI**

**PATHFINDER USER EMPLOYMENT PROGRAMME**

***SCHOOL FOR SOCIAL ENTREPRENEURS***

**TURVA-ASUMISEN KEHITTÄMIS-PROJEKTI**

## AGAINST NONSENSE IN MADNESS

(‘Aller à l’encontre des inepties relatives à la folie’)

HPE-Österreich

**Edwin LADINSER**

**HPE-Österreich**

**Bernardgasse 36**

**A - 1070 Wien**

**Tél. : +43-1-526.42.02**

**Fax : +43-1-526.42.02 - 20**

**Email : [hpe-oesterreich@inode.at](mailto:hpe-oesterreich@inode.at)**

Les préjugés sont monnaie courante au sein de la population, notamment à l’égard des personnes présentant des troubles de santé mentale. Il est primordial de s’adresser aux jeunes car ils forgeront les opinions de demain.

Au printemps 2000, un projet scolaire a été lancé dans le cadre d’une coopération avec la campagne autrichienne contre la stigmatisation. Le projet a pour but de :

- fournir une information de base au sujet des maladies mentales graves.
- faire part des opinions et expériences des usagers.
- démontrer les effets des préjugés et de l’exclusion

Les classes pour des élèves âgés de 16 à 18 ans ont l’occasion d’inviter un des acteurs du projet (5 personnes) qui vont leur présenter des informations sur le sujet de la maladie mentale. Les présentations se déroulent pendant 4 heures, étalées sur deux jours. Elles ont la forme de brèves conférences suivies de débats. A mi-parcours de la leçon, un usager rejoint le groupe et les élèves ont l’occasion de parler avec lui, de lui poser les questions qu’ils jugent importantes.

La quantité d’activités déjà organisées dans les établissements scolaires démontrent que les élèves sont très intéressés par le sujet et fortement impressionnés par l’authenticité des récits des usagers. D’après une première

évaluation menée auprès des élèves, 98% des élèves ayant suivi l’activité la recommanderaient à d’autres élèves. Le projet a également réduit de manière flagrante les attitudes négatives et a amélioré la compréhension de la situation des usagers ainsi que la nécessité d’un dispositif de santé mentale communautaire. Les manifestations lors desquelles les usagers ont discuté avec les élèves ont obtenu une meilleure cote et ont induit un changement plus marqué en faveur d’une attitude davantage positive par opposition aux séances où les usagers n’étaient pas présents.

Le budget de l’opération s’élève à 10172 EURO. Le projet est financé par le Fonds social et de santé de Basse Autriche et l’Institut autrichien de la santé.

### Points forts :

- donner aux élèves la possibilité de discuter directement avec les usagers ;
- intégrer au cursus scolaire le thème de la santé mentale ainsi que les effets de la stigmatisation ;
- évaluation prévue dans la mise en place du projet ;
- partenariat entre les écoles, les usagers et les familles ;
- projet décidé au niveau national et mis en place en tenant compte des spécificités régionales ;
- choix du public cible pour le projet.

## ASUMISEN TUKITOIMINTA

(‘Supported accommodation’)

**The Finnish Association for Mental Health  
Sinikka KETTUNEN**

**Maistraatinportti 4 A, FIN-00240 Helsinki**

**Tel : +358-9-615 516 - Fax : +358-9-6155 1770**

**Email: [sinikka.kettunen@mielenterveysseura.fi](mailto:sinikka.kettunen@mielenterveysseura.fi)**

La Slot Machine Association (association dépendant de loterie nationale finlandaise) avait déjà fait des projets pour soutenir des habitations protégées. -'Association des Familles - Promotion de la Santé Mentale (Family Association Promoting Mental Health) et la Fondation Y rejoignirent le projet dès la planification. La tâche de la Fondation Y fut dès le tout début de fournir des logements. L'Association Finlandaise pour la Santé Mentale (AFSM) est responsable pour apporter le soutien. L'association des usagers Helmi a rejoint le projet dans un second temps.

Le but est d'offrir des services auxiliaires à de jeunes ex-usagers de services psychiatriques et aux jeunes qui tentent de débiter une vie indépendante alors qu'ils vivent diverses situations de crises.

Le projet forme des bénévoles, des parents de patients psychiatriques, ainsi que des ex-usagers de services de santé mentale à devenir des personnes de soutien. Une formation de base est organisée par des associations de santé mentale installées au niveau local et des formations plus approfondies sont développées par la AFSM. Chaque personne de soutien aura elle-même sa propre personne de référence et ils se rencontreront approximativement une fois par semaine. La personne de soutien peut aider le jeune ou l'utilisateur à faire face aux tâches associées à une vie indépendante de tous les jours, par exemple en lui apprenant à cuisiner, en l'aidant à retrouver son chemin dans les administrations, ou encore à trouver des loisirs. Il existe également des formations et des cours de réhabilitation organisés tant pour la personne de soutien que pour la personne soutenue.

Le jeune, le travailleur communautaire et la personne de soutien signent ensemble un accord sur le type de service dont le jeune estime avoir besoin et la durée approximative du soutien. Par la

même occasion la coopération entre les personnes est améliorée.

Les activités ne remplacent pas les services publics ou un traitement, mais les complètent. Il existe une bonne collaboration avec les municipalités. Le projet organise également des formations pour les personnes responsables des habitations, pour le personnel des administrations et pour d'autres organisations qui offrent des services auxiliaires et des activités de soutien.

L'évaluation du projet est en cours. L'évaluation tient compte du nombre de localités impliquées dans le projet, la quantité et la durée des relations de soutien, et le nombre et le type de formations organisées. Les jeunes et les ex-usagers donneront également une évaluation de leur expérience dans le projet. Dans le futur une brochure informative sera éditée avec les expériences des clients.

Le budget de l'Association Finlandaise pour la Santé Mentale pour l'année 2000 est de 280 000 EURO. Le plus grande partie de ce budget est financé par la Slot Machine Association. En plus de ce financement, les municipalités payent 400 Euro par an par personne soutenue. Une autre partie des coûts est couverte par le prix des formations.

L'Association Finlandaise emploie pour ce projet un coordinateur et quatre travailleurs régionaux. Il y a approximativement 220 personnes bénévoles employées par le projet.

### Points fort :

- Il y a un accord écrit sur le type et la durée des services que la personne souhaiterait recevoir – le soutien est à mesure des besoins de la personne
- Les activités sont de type préventif
- Les personnes de soutien reçoivent une formation et il y a un contrôle de la qualité des services
- Les municipalités travaillent en collaboration avec les organisations

- Le projet organise des formations pour les autorités dispensant les logements
- Le projet s'inscrit dans le réseau social.

## CLUB DU PONT NEUF

**Christian TRUMEL**  
**172, rue du Temple**  
**F - 75003 Paris (France)**  
**Tel. : 01 42 77 97 88**

Fondé en 1989, dans un atelier d'artisan désaffecté et dans un immeuble pratiquement abandonné, le club s'est construit dans toutes les acceptations du terme avec des moyens très précaires (difficultés à éloigner les squatters, à devenir la référence des quelques habitants puis à devenir capable de recevoir progressivement 7 jours sur 7).

Le Club a pour objectif de permettre aux patients sortants d'hôpitaux psychiatriques de retrouver un réseau de connaissances, de participer à des activités, de pouvoir exposer des œuvres picturales ou sculpturales, d'être édités ou de trouver des appuis lors de rechutes ou d'internements arbitraires.

C'est un lieu où règne l'effervescence et parfois des conflits, c'est un lieu de repère qui a une fonction de mémorisation (il y a de nombreux albums photos, des bandes vidéo, des journaux, des revues), c'est un lieu qui ne cherche pas à éliminer les délires mais qui les protège, c'est un lieu où l'on part à la recherche d'une compréhension mutuelle.

Le Club s'adresse non seulement à des usagers et ex-usagers mais aussi retraités ou solitaires ayant des difficultés à créer des relations. Un professionnel de la santé mentale passe brièvement chaque jour au Club. Pour le reste, seuls les affiliés et les bénévoles se chargent de la gestion et de l'encadrement des activités. Il existe un lien de collaboration et d'échange de savoir avec de multiples associations.

**Le projet est subventionné par un hôpital psychiatrique, mais cette subvention ne suffit pas et le reste des frais de fonctionnement est couvert par la vente de boissons et par les cotisations. Le budget du Club étant très limité de nombreuses initiatives ne peuvent voir le jour.**

### Points forts :

- Une structure offrant des responsabilités ;
- Le foisonnement et la mobilité des idées ;
- Le club offre un soutien systématique et continu. Il est capable d'accueillir des patients qui vont très mal, de les protéger, de les accompagner vers les équipes soignantes ;
- Le projet concerne différents groupes d'exclus et pas seulement des personnes malades mentales ;
- Ouverture 7 / 7 jours ;
- Le projet est autogéré par les participants ;
- Le fait que le budget de fonctionnement soit limité garantit l'autonomie du projet ;
- Le lieu des activités est très accessible et central.

## CYBER CAFE PROJECT

(‘Projet Cyber Café’)

**Disability Alliance Merton (DAM)**

**Melba WILSON**

**Mind**

**Granta House, 15 – 19 Broadway**

**UK - London E15 4BQ**

**Tel :+44-20-82.15.22.63 - Fax : +44-20-85.22.17.25**

**Email : [m.wilson@mind.org.uk](mailto:m.wilson@mind.org.uk)**

Suivant son enquête sur l'exclusion sociale, Mind souhaite créer des modèles durables et transférables favorisant la promotion de l'inclusion sociale de personnes ayant des problèmes de santé mentale. Disability Alliance Merton avait identifié le besoin de permettre aux personnes avec des problèmes de santé mentale d'acquérir des capacités et d'avoir accès à des informations par le biais de l'informatique et l'Internet avec l'objectif de les aider à obtenir un emploi. Ceci est l'un des projets pilotes à travers lesquels Mind explore des modèles de pratiques d'intégration. Le projet pilote va durer un an (Août 2000 – 2001), son budget s'élève à environ 116 600 EURO et est couvert par Mind, le Département pour la Santé, Disability Alliance Merton, et le Centre Sainsbury pour la santé mentale.

**L'enquête montre que l'exclusion sociale est un processus complexe et que l'exclusion dans un domaine entraîne l'exclusion dans un autre. L'un des objectifs principaux du projet est de créer un modèle de partenariat dans le domaine de la santé, la santé mentale, les services sociaux, le secteur bénévole, l'éducation, la formation et l'emploi.**

**Les partenaires sont composés de services sociaux, l'administration**

**régionale de la santé publique, des groupes locaux de bénévoles et une université locale. Des liens vont également être créés avec des employeurs locaux.**

Les objectifs du projet pilote sont:

- de permettre la compréhension et l'accès à l'Internet
- de promouvoir les loisirs
- de promouvoir l'emploi en fournissant aux usagers un site afin de pouvoir partager les compétences, l'information et de donner à des employeurs éventuels la possibilité d'annoncer des postes locaux libres
- informations sur les allocations
- de fournir une formation pour le personnel et les usagers
- de générer la participation d'usagers
- de permettre l'accès aux réseaux sociaux et autres en partageant des informations sur les activités, l'aide et des conseils
- de permettre l'accès à un enseignement postsecondaire
- de promouvoir des pratiques d'intégration pour des usagers de peau noire et de minorités ethniques
- de contribuer à ce que les communautés intègrent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale en montrant à quoi peuvent contribuer des personnes malades mentales

Des usagers de service de santé mentale sont impliqués dans la planification, la réalisation, la distribution et l'évaluation du projet.

Le projet pilote doit être évalué par le Centre Sainsbury Centre pour la Santé Mentale et Mind en Août 2001.

Points forts :

- Le projet aborde le problème du processus complexe de l'exclusion sociale en créant un modèle de

partenariat dans le domaine de la santé, la santé mentale, les services sociaux, le secteur bénévole, l'éducation, la formation et l'emploi

- Les personnes sont formées à l'utilisation d'un outil adapté à la technologie du futur
- Grâce à ce projet, un nouveau réseau social peut être créé

## **DIRECT PAYMENT**

**('Paiement direct')**

**Essex Social Services, Mental Health Service.  
Chris BURNS, Assistant County Mental Health Manager**

**Stephen NOE, chairperson for the Direct Payments Steering Group**

**Twyford Court, High Street  
UK - Great Dunmow, CM6 1AE.  
Tel : +44-1371-87.65.51 - Fax : +44-7092-24.68.47.  
E-mail : [spnoe@lineone.net](mailto:spnoe@lineone.net)**

Un Paiement Direct (P.D.) est un avantage social proposé à toute personne handicapée afin qu'elle puisse bénéficier des services de soins dont elle a besoin au lieu d'avoir recours à ceux offerts par les services publics. Ce service n'a jusqu'ici été utilisé que très peu par les usagers de services de santé mentale. En théorie, cet avantage peut être très « responsabilisant », permettant aux personnes d'obtenir les soins de leur choix au moment ou elles le souhaitent. Elles pourraient, par exemple, choisir d'obtenir une aide pour payer quelqu'un qui fera le ménage, ou alors une aide pour voyager ou pour pouvoir payer une psychothérapie..

Le système de Paiement Direct a été introduit et développé dans la région d'Essex (Angleterre) en mai 1997 avec l'optique délibérée d'inclure tous les types d'handicap. Un groupe de travail fut constitué, comprenant des usagers de services de santé mentale, des représentants d'usagers et des membres du personnel. Ce groupe développa des lignes de conduite politiques et pratiques, puis organisa des ateliers pour tous les partis intéressés. Il fut également décidé de mettre sur pied un Comité de Pilotage sur la santé mentale qui concentrerait son attention sur les

informations à fournir sur le P.D., coordonnerait les efforts de soutien aux usagers/aides soignants, membres du personnel et organisations bénévoles dans le domaine de la santé mentale, et pourrait continuer à offrir des formations sur les P.D.. Les membres de ce comité sont des usagers de services de santé mentale, des organisations représentatives bénévoles, des délégués de services de représentants d'usagers (« Advocacy services ») ainsi que des représentants d'organisations du secteur de la santé mentale.

Des formations sont proposées au personnel de services de santé mentale de différentes agences, aux organisations du secteur et aux usagers eux-mêmes. De cette façon le système du P.D. est connu des différentes parties. Maintenant au sein des services de l'état (services santé mentale), le P.D. est considéré comme une partie intégrante de la procédure de l'évaluation et de la planification des soins. Une fois que les besoins et/ou les difficultés des personnes ont été identifiés, des coordonnateurs de soins ont la responsabilité d'explorer avec les usagers/aides soignants comment répondre à ces questions.

Si le P.D. est pris en considération, les usagers ont la possibilité de rencontrer des personnes – Independent Living Advocates - qui leur fourniront des conseils et un soutien indépendants.

Une fois le type de service souhaité déterminé, les administrateurs de soins présenteront alors un "programme de soin" à un comité qui prendra la décision quant au financement du programme. Le système de P.D. peut être combiné avec un système de soin courant.

**Si les usagers trouvent que l'administration du P.D. est trop compliquée alors une autre organisation bénévole (Co-op2000) fournira ce service en faveur de l'utilisateur. Co-op2000 est une organisation bénévole qui s'occupera de difficultés que les personnes auront par le fait d'être employeur.**

Une fois le service commencé, les usagers peuvent continuer à être soutenus par les Independent Living Advocates. Le coordonnateur de soins continue à avoir la responsabilité d'assurer que les besoins déterminés soient satisfaits et qu'ils soient régulièrement revus.

Des évaluations ont eu lieu à différents niveaux au sein du Département des Services Sociaux. Suite à l'étude, des recommandations ont été émises pour opérer des modifications. Cependant, le rapport conclut que le P.D. est une contribution positive, assurant un choix, l'indépendance, la maîtrise de soi et un sens de l'estime de soi. Le système a contribué à un changement majeur pour certaines personnes, qui pour la première fois ont été capables de contrôler leurs vies et leurs routines.

Le Comité de Pilotage fit remarquer le petit nombre d'utilisateurs utilisant ce service et en examina les raisons possibles. Leurs résultats laissent supposer que l'accès principal pour le système du P.D. est le personnel professionnel et dans de nombreux cas, le P.D. n'est pas considéré comme une solution, ou lorsqu'il l'est, il n'est pas proposé avec suffisamment de vigueur.

Un feedback indique que les membres du personnel dans les équipes considèrent que le système du P.D. est trop bureaucratique et trouvent quelquefois difficile d'évaluer dans quelle mesure il sera profitable à l'utilisateur. De plus, toutes les équipes dans l'Essex ont des personnes de soutien qu'elles peuvent mettre à la disposition de l'utilisateur. Souvent il est plus facile de faire appel à ces personnes.

Le Comité de Pilotage est d'avis que les services devraient adopter une approche plus pro-active par rapport au système du P.D.. Il a également décidé que tous les membres de personnel des services de santé mentale ainsi que toutes les organisations bénévoles devraient avoir des sessions de formation de deux à trois jours sur le système des P.D., sur les questions légales et pratiques le concernant, ainsi que sur les avantages pour les usagers et les soignants. La formation inclurait si possible des contributions d'utilisateurs ayant bénéficié du système des Paiements Directs.

#### Points forts :

- Le projet développe l'autodétermination et « responsabilise » les personnes ayant des problèmes de santé mentale
- Le projet développe une coopération à plusieurs niveaux dans la réalisation du paiement direct.

## FOYER LEONE RICHEL

Association des Foyers de Cluny

**Claude DEUTSCH**  
**121, rue d'Auge**  
**F - 14000 CAEN**

*Tel. : +33-2-31.34.65.43 - Fax : +33-2-31.82.95.63*

Le projet est né en 1975 pour permettre à de jeunes adultes qualifiés de psychotiques de vivre en dehors de l'hôpital en "prenant leur vie en main", de leur permettre de construire leur identité en dépassant leurs angoisses, de prendre confiance en eux à travers les activités et les exigences de la vie quotidienne, et de s'intégrer dans la société et s'assumer dans la vie sociale.

Pendant les 10 premières années, le Foyer a été confronté à l'incompréhension quasi totale des services de psychiatrie et à un manque de moyens financiers. Les actes violents de la part des jeunes étaient également beaucoup plus fréquents qu'actuellement.

Le Foyer consiste en :

- une maison communautaire de 11 personnes à la campagne.
- Une maison communautaire de 4 personnes en ville.
- 15 autres usagers ont leur propre logement en ville.
- la gestion et fonctionnement d'une cafétéria ouverte au public.
- la participation aux activités (théâtre, musique, radio, peinture, yoga) organisées dans des lieux en ville (MJC, Maison de Quartier, studio, galerie).

Dans les maisons, les usagers ont la responsabilité de faire les courses, les repas, l'entretien de leur chambre avec le soutien du personnel d'encadrement.

Les jeunes usagers sont impliqués dans plusieurs aspects de la gestion du Foyer. Tout d'abord ils gèrent la Cafétéria du Foyer, ensuite par le biais du conseil d'établissement,

ils donnent des conseils et des avis à la direction. Enfin par le biais des comités (comités d'accueil, comité jumelage, comité des fêtes, comité vacances, comité loisir), ils initient eux-mêmes les activités de l'institution.

Le Foyer emploie 28 salariés. Le financement est assuré à 60% par l'aide sociale, à 40 % par la sécurité sociale. Les usagers participent également selon leurs ressources.

En plus de l'évaluation de la gestion et des objectifs du projet par des intervenants extérieurs, le Foyer a mis en place un système d'évaluation des projets individuels des usagers en terme d'intégration autant que de sentiment de bien-être pour la personne.

Il existe également une évaluation des projets collectifs sous forme de réunions de groupe bimensuelle. Chaque comité doit rendre compte de ses activités.

### Points forts :

- la responsabilisation de jeunes malades mentaux à l'intérieur du dispositif de soins. Cette responsabilisation est accentuée par le fait que les jeunes doivent payer une contribution ;
- le respect des rapports et de la dignité de la personne ;
- le sentiment de sécurité crée par le lien de confiance et de fraternité entre les personnes ;
- un espace d'expression ;
- le personnel reçoit une formation spécifique pour participer à ce projet.

## HAUS DES LEBENS

(‘Maison de la vie’)

Annelore TRIENDL

Hormayrstr. 9 - A - 6020 Innsbruck

Tel : +43-512-57.24.09 - Fax : +43-512-57.24.09

En 1994 il devint de plus en plus clair que l'incitation à l'entraide adressée par les orateurs invités lors des réunions n'était pas prise en compte par les membres. Il devint nécessaire de structurer les réunions et de développer les thèmes concernant l'entraide autour d'« ateliers de guérison » et de compétence de vie.

Depuis le mois d'avril 2000, des réunions d'échange d'information entre des personnes souffrant de dépression, d'angoisses et d'autres problèmes de santé mentale ont été organisées.

La « Maison de la Vie » donne la possibilité aux personnes souffrant de problèmes de santé mentale de découvrir comment leur maladie est apparue, d'observer leurs problèmes et de trouver un moyen de laisser leur maladie derrière eux.

Les activités organisées par le projet consistent en formations et discussions lors desquelles des orateurs externes sont invités à prendre part ainsi qu'en activités physiques et artistiques.

Le projet vise à :

- vaincre les troubles psychologiques
- prévenir de futurs problèmes
- conseiller et informer ainsi que soutenir les personnes qui entament un système d'auto-traitement.

Le travail est basé sur la discussion, l'utilisation des compétences de chacun, la responsabilisation, et l'encouragement au

changement afin de développer une attitude positive vis-à-vis de la vie.

Le groupe d'entraide ne travaille pas de manière isolée, des contacts sont maintenus avec différents médecins, thérapeutes et leurs institutions. Par ailleurs, l'encadrement est assuré par du personnel (4) et bénévoles (7).

Le projet a un budget de 41.200 EURO et est financé par différents subsides, des dons, les cotisations des membres et la vente d'objets créés par les membres.

D'après les évaluations réalisées, le travail réalisé au sein de la « Maison de la Vie » a permis de :

- réduire les admissions dans les institutions psychiatriques
- résoudre des problèmes liés à la vie indépendante
- se concentrer sur les types d'aide efficaces.

### Points forts :

- utilisation de l'entraide comme outil thérapeutique
- responsabilisation
- espace de re-socialisation
- espace de formation
- lieu de développement de ses propres ressources
- indépendance vis-à-vis des psychiatres et thérapeutes mais maintien d'une collaboration
- variété des activités proposées
- participation des usagers et ex-usagers à la gestion du projet.

## JUMELAGE CULTURE HOPITAL

**Association Destination Avenir  
Dominique LAURENT  
Rue de l'Égalité 15  
F – 66700 Argelès-sur-mer  
Tél. : +33-6-18.44.72.65  
Fax : +33-4-68.95.71.68**

Le projet « Jumelage Culture – Hôpital » vise à développer dans activités culturelles pour des personnes ayant des expériences de vie très différentes. Le but du projet n'est pas d'occuper les personnes malades mentales mais bien d'accélérer leur guérison en leur faisant découvrir des possibilités d'expression et d'échange.

Le projet opère un jumelage entre les artistes d'une troupe théâtrale et des usagers de service de santé mentale dont les problèmes principaux sont l'isolement social et la solitude. Ces personnes sont soit réhabilitées, soit en voie de réhabilitation.

Le jumelage avec la troupe a permis la découverte des possibilités d'expression et d'échange à travers le jeu théâtral, sous la conduite des artistes de la troupe et en collaboration avec le personnel soignant et des bénévoles. Les personnes malades mentales sont impliquées dans le projet au niveau de la planification du projet, de la gestion du projet et du produit final, une pièce de théâtre présentée en divers lieux.

Une vingtaine de comédiens se sont réunis pendant 4 mois, à raison d'une fois par semaine, dans des espaces de répétition (salle - théâtre) encadré par une comédienne. Leur travail de préparation consiste en :

- travail d'écriture, de lecture, de choix des textes.
- travail sur le corps, la voix, la respiration.
- participation commune à la mise en scène et au décor.

A côté de cette activité théâtrale, le projet culturel a également développé un atelier d'art plastique.

L'expérience a été évaluée et il apparaît qu'elle est tout à fait enrichissante d'un point de vue relationnel. La cohésion du groupe s'est consolidée, dans la mesure où tout un chacun a pu s'extérioriser, s'ouvrir, parfois même sortir de sa coquille au fil des semaines. Les personnes ont pu s'intégrer dans un groupe permettant de s'abandonner dans un cadre de loisir et redécouvrir le plaisir de se retrouver régulièrement.

L'hôpital psychiatrique de Thuir, la DRAC et le Conseil Général ont collaboré à la réalisation et au financement du projet. La DRAC s'est engagée à pérenniser l'atelier théâtre.

### Points forts :

- sortir les personnes malades mentales de leur marginalisation.
- sortir du langage unilatéral soignant/soigné, briser les liens hiérarchiques.
- regrouper diverses personnes motivées par l'activité théâtrale ayant des expériences de vie très différentes. Les usagers par-là même perdent leur étiquette et acquièrent une autre identité plus appropriée.
- s'investir dans le plaisir de l'art théâtral.
- utiliser son corps et en éprouver du plaisir.

## L'AUTRE REGARD

**Philippe ANTENEN**  
**2, square de la Rance**  
**F - 35000 Rennes (France)**  
**Tél. : +33-2 99 31 63 43**  
**E-mail : [autre.regard1@libertysrf.fr](mailto:autre.regard1@libertysrf.fr)**

L'association «l'Autre Regard » fut créée en 1985 suite à une 'Quinzaine d'information sur la Santé Mentale' organisée par la ville de Rennes. L'association regroupe des (ex-)usagers, des familles, des professionnels des secteurs sanitaire et social. L'association s'adresse à des personnes adultes éprouvant ou ayant éprouvé des difficultés psychologiques ou un sentiment douloureux de solitude, de mal-être et d'état dépressif et des personnes en situation de précarité.

Dès le début, les usagers furent majoritaires au Conseil d'Administration et au Bureau, ainsi que dans la planification, la gestion et l'organisation des animations.

Les buts de l'association sont :

- d'apporter à une population atteinte par la maladie mentale ou souffrant de mal-être et de solitude, des moyens d'échapper à l'exclusion sociale.
- de sensibiliser la société aux problèmes du public visé et participer à la destigmatisation des malades mentaux.

L'association est un lieu non médicalisé, situé dans la ville. Un lieu presque ordinaire où ces personnes peuvent se sentir agissants dans une micro-société ouverte sur la société entière.

**L'association a une permanence cinq fois par semaine et propose des activités essentiellement expressives et culturelles, réparties sur toute la semaine. En plus des 25 types d'activités proposées, il existe des ateliers pour les jeunes (18-25 ans) et d'autres destinés aux habitants de**

**quartiers défavorisés dans un objectif de prévention des souffrances psychiques.**

L'association travaille en collaboration avec des associations locales, plusieurs fédérations dont la FNAP PSY, et des services de l'état : Centre Hospitalier Spécialisé Guillaume Régnier, la Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, etc. Cette collaboration consiste en soutien aux activités d'autres associations ou institutions et en soutien financier.

L'association est financée par 4 institutions :

- Le Centre Hospitalier Guillaume Régnier (Hôpital psychiatrique départemental).
- Le Conseil Général d'Ille et Vilaine.
- La ville de Rennes.
- La Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Dans son dernier rapport l'organisme chargé d'évaluer les activités de l'association «l'Autre Regard » mentionne que ce lieu semi-protégé favorise :

- la socialisation et de promotion individuelle,
- la reconstruction de sa propre identité pour des personnes fragiles ayant ou non bénéficié d'une prise en charge en psychiatrie

Points forts :

- lieu non médicalisé où les personnes peuvent avoir des responsabilités et se sentir agissantes ;
- lieu de re-socialisation ;
- environnement stable, qui dure dans le temps ;
- bonne coopération entre les usagers, leur famille et les professionnels ;
- les (ex-) usagers participent à la gestion du projet.

## MEDIA-FEEDBACK AGAINST DISCRIMINATION

(‘Contrôle des média pour lutter contre la discrimination’)

**pro mente kärnten**  
**Gertraud STÖGNER**  
**Feldstraße 5a - A - 9800 Spittal**  
**Tel: +43-4762-378.563 - Fax: +43-4762-378.564**  
**Email: [tstoenegner@gmx.at](mailto:tstoenegner@gmx.at)**

L'image des personnes malades mentales véhiculée par les médias exerce un impact considérable sur l'image de soi des usagers ainsi que sur la stigmatisation et l'exclusion. Les médias transmettent des témoignages positifs et négatifs et fournissent ainsi des informations au public. Il est donc important que des usagers de services psychiatriques soient dorénavant plus impliqués dans le travail des médias.

Lors de la réunion des usagers le 17 avril et le 6 juin 2000, un groupe de travail a été mis sur pied afin d'aborder le sujet du projet européen sur la "Promotion de l'intégration sociale de personnes ayant des problèmes de santé mentale : un défi pour l'Union Européenne" coordonné par Santé Mentale Europe. Les propositions et recommandations des usagers représentés aux réunions ont ensuite été compilées dans un projet.

Le projet a quatre objectifs :

- Fournir un feed-back sur les messages véhiculés par les médias
- Promouvoir l'opinion des usagers
- Fournir un service de presse
- Elaborer une liste de personnes à contacter afin d'assurer que la communication entre le projet d'un côté et les médias de l'autre soit permanente et effective.

Le projet contrôle des médias pour lutter contre la discrimination s'intéresse aux informations concernant la santé mentale lors d'émissions télévisées, radiophoniques et dans la presse. Il soutient et mobilise des groupes et individus qui vont réagir à des messages négatifs ou positifs. Le feed-back sera fait par courrier aux éditeurs, par téléphone et par pétitions adressées aux personnes concernées.

En plus de cette action de feed-back, il sera nécessaire d'organiser des programmes de formation pour les usagers et ex-usagers pour leur apprendre à agir de façon efficace avec les médias. Les personnes formant ou représentant l'opinion publique seront sensibilisées à la question de la santé mentale/problèmes de santé mentale via l'Internet, une information régulière et systématique sur les événements, l'invitation de participer à des ateliers, etc.

Le projet est pour l'instant organisé par pro mente kärnten. Des sponsors ainsi que des subventions seront cherchés afin de pouvoir le développer au niveau national.

Une évaluation sera faite en 2001.

### Points forts :

- Le projet s'occupe d'un sujet très important, la relation entre les médias et la stigmatisation
- Des personnes avec des problèmes de santé mentale sont impliquées dans la planification, l'administration, la distribution, et l'évaluation en tant que partenaires égaux.
- Des personnes ayant des problèmes de santé mentale apparaissent activement dans les médias. Ils contribuent à améliorer l'opinion publique pour affronter les préjudices, l'exclusion sociale et la discrimination et en adoptant une attitude par rapport à leur propre image (par ex. par leur témoignage de rétablissement)
- La formation d'usagers par d'autres usagers qui ont déjà acquis une expérience dans les médias, en collaboration avec des experts.
- Le projet encourage des individus et des groupes à réagir à des messages négatifs des médias.

## MONIONGELMAISET MIEHET-PROJEKTI

(‘Hommes ayant des problèmes multiples’)

**Rauman kriisikeskus Ankkurpaikk’**

**Heikki KUPIAINEN, Director**

**Akkutie 3, FIN – 26100 Rauma**

**Tel : +358-2-82.28.911 - Fax : +358-2-82.21.426**

**Email : [ankkurpa@saunalahti.fi](mailto:ankkurpa@saunalahti.fi)**

En 1996, les services sociaux à Rauma, une ville sur la côte Ouest de la Finlande, estimaient qu’il y avait environ 70 personnes dans la ville qui étaient qualifiés de sans-abri. Seuls quelques-unes d’entre elles avaient réellement une chance de trouver un appartement sur le marché libre. Derrière cette exclusion se cachaient des facteurs causés par des problèmes de santé mentale et l’abus d’alcool ou de drogues.

- Un projet a été mis en place par le Centre de Crise de Rauma afin d’aider les usagers de services psychiatriques, les sans-abri, les personnes exclues au niveau social, et les hommes à problèmes multiples au risque dans leur développement vers un logement indépendant, avec l’objectif de réduire l’exclusion sociale.

Le groupe cible a été contacté de différentes façons :

- en organisant des camps pour les hommes
- à travers la coopération avec les services sociaux, la A Clinique (qui s’occupe de personnes ayant des problèmes de consommation abusive d’alcool), la Mission

de la Rue (« Street Mission ») et le Centre Varvinmäki Service

- parmi les personnes cherchant de l’aide au Centre de Crise sont des hommes à problèmes multiples qui risquent l’exclusion sociale

Le projet se base sur le principe des soins communautaires. Il y a 10 personnes de soutien et un employé. Le budget pour le fonctionnement de ce projet s’élève à environ 148150 EURO, couvert par l’association Slot Machine RAY.

### Points forts :

- ce projet s’adresse à des personnes avec des problèmes multiples
- la mise en valeur de la relation de soutien
- ce projet est mis en place le cadre d’une philosophie de soins communautaires
- le projet se base sur le travail en réseau avec d’autres organisations ayant le même groupe cible
- le travail de l’employé rémunéré est combiné avec le travail de bénévoles

## **PATHFINDER USER EMPLOYMENT PROGRAMME**

**(‘Programme pour l’emploi des usagers’)**

**South West London and St George’s Mental Health NHS Trust  
Chris RING  
Ash Corridor  
Springfield University Hospital  
61 Glenburnie Road  
Tooting**

**UK - London SW17 7DJ**

**Tel : +44-20-86.82.63.08 - Fax : +44-20-86.82.63.10**

**Le projet « Pathfinder » a pour objectif d’aider des (ex-)usagers à travailler avec succès comme employés rémunérés au sein des services de santé anglais. Le projet s’adresse à des personnes ayant des problèmes de santé mentale qui souhaitent obtenir un emploi rémunéré dans le secteur clinique ou non, à ceux qui voudraient acquérir une expérience professionnelle pour se préparer à un emploi payé, et enfin pour les managers de la Fondation (Trust) qui désirent recruter des personnes ayant expérimenté des problèmes de santé mentale.**

La valeur de l’emploi pour la santé mentale est bien documentée et il y a trois raisons principales pour lesquelles les services de santé mentale anglais pourraient employer des personnes qui ont personnellement eu des problèmes de santé mentale:

1. Rôle de leader – nous ne pouvons pas nous attendre à ce que d’autres emploient nos clients si nous ne sommes pas nous-mêmes prêts à recruter des personnes souffrant de problèmes de santé mentale.
2. Experts de par leurs expériences - notre travail consiste à aider les personnes qui ont des problèmes de santé mentale. Ces personnes sont des sources d’expérience et de compétence que les cliniciens qui n’ont jamais eu de problèmes de santé mentale n’ont pas. En employant des personnes qui arrivent à surmonter leurs problèmes, nous augmentons les compétences mises à la disposition de nos clients.
3. Cela aide à surmonter les barrières du ‘eux et nous’. C’est un exemple modèle pour les usagers d’un service et aide les employés à acquérir une meilleure compréhension des problèmes de santé mentale.

**La plupart des personnes qui ont eu des problèmes de santé mentale sont tout à fait capables de travailler au sein des services sans une aide particulière. Un programme spécial a néanmoins été mis en place (*Supported Employment Programme*) afin d’apporter une série d’aides pratiques et émotionnelle à ceux qui en ont besoin. Toute aide est adaptée aux besoins de chaque**

**personne et le programme garantit la confidentialité.**

Les aspects principaux du projet sont :

- ***L'expérience professionnelle*** : il offre une expérience professionnelle de durée déterminée qui aide les personnes à retrouver la confiance en soi, à développer des compétences professionnelles, à explorer le type de travail qui leur convient le mieux et à obtenir une référence crédible.
- ***Le recrutement*** : une aide pour les candidats à remplir des questionnaires pour une demande d'emploi et des conseils pour les entretiens d'embauche. Soutien dans le poste soit au départ soit à long terme. Un soutien est donné aux managers afin de les aider à recruter des personnes ayant eu des problèmes de santé mentale.
- ***Soutien continu*** : Une fois le poste attribué, l'employé et son directeur reçoivent le soutien dont ils ont besoin – aussi bien au niveau pratique qu'émotionnel.

Une évaluation en profondeur est en cours. Néanmoins, les résultats du compte-rendu de 1999 ont démontré qu'il y a un gain financier direct pour les fonds publics. Quand une personne travaille, elle ne reçoit pas d'allocation et elle paye des impôts. Les gains sont plus élevés que le coût du projet. Des économies résultent également du fait d'une diminution du recours aux services psychiatriques.

On observe également des avantages personnels et sociaux. Toute personne ayant été employé par le biais du projet affirme que d'avoir un vrai poste avait d'une façon ou d'une autre changé leur vie de façon positive.

Deux évaluations ont été faites. Les employés usagers et les autres membres du personnel furent comparés au niveau de leurs attitudes par rapport à des politiques de soins en matière de santé mentale. Les employés usagers étaient beaucoup plus positifs que les non-usagers dans leurs attitudes et se montraient par exemple plus ouverts dans leurs relations vis-à-vis des patients ayant une maladie mentale. Ces deux groupes d'employés ont également été évalués par des patients sur des qualités du personnel de soins qu'ils considéraient comme importantes. Les patients ne savaient pas qui était employé usager et qui était employé non usager. L'évaluation a démontré qu'il n'existait pas de grandes différences entre les deux groupes.

Le budget du projet s'élève à environ 161,600 EURO qui sont couverts par différents fonds de l'état : Mental Illness Specific Grant, Santé mentale Challenge et National Health Service Executive Equal Opportunities Funding

Quatre personnes sont employées pour le projet et des usagers sont impliqués à tous les niveaux du projet.

Points forts :

- Le fait de valoriser des (ex-)usagers comme des experts par expérience.
- Le projet constitue un pas en avant vers un système de santé mentale dirigé par des usagers qui fournit un exemple puissant aux usagers et prestataires de services
- Le soutien apporté est personnalisé et continue même lorsque la personne a trouvé un emploi
- Le projet a fait l'objet d'une analyse critique et va faire l'objet d'une évaluation
- Le projet opère à différents niveaux de relations: employeur/employé et entre collègues.

## **SCHOOL FOR SOCIAL ENTREPRENEURS**

(‘Ecole pour managers dans le domaine social’)

**The School for Social Entrepreneurs**

**18 Victoria Park Square**

**Bethnal Green**

**UK - London E2 9PF**

**Tel: +44-20-89.81.03.00 - Fax: +44-20-89.83.46.55**

**Web: [www.sse.org.uk](http://www.sse.org.uk)**

Le but de cette école est d’identifier et d’encourager le talent d’entrepreneur parmi les personnes qui désirent travailler pour l’utilité publique. L’école ne s’adresse pas particulièrement à des personnes malades mentales. Néanmoins, l’inclusion sociale idéale devrait aussi favoriser la participation des usagers à des activités courantes.

L’école a permis à un usager de participer à ses cours. Elle a reconnu les compétences de cette personne et estimant que les cours lui conviendraient et elle procéda aux ajustements nécessaires pour que l’usager puisse y participer et obtenir son certificat.

L’usager a discuté de ses problèmes de santé mentale lors de son entretien auquel a participé également son aide soignante. L’école a accepté de payer les frais de déplacement de l’aide soignante pour la durée du cours. Une fois admise au cours, d’autres

questions en rapport avec ses problèmes furent abordées. Exemples :

- Elle a eu le droit de bouger dans les salles de classe et de quitter la pièce selon ses besoins
- Elle a eu le droit de dormir dans l’établissement scolaire lorsqu’elle en éprouvait le besoin
- Un hôtel lui a offert de la place pour les huit semaines résidentielles du cours.

### Points forts :

- C’est un bon exemple d’intégration dans l’éducation normale
- l’usager obtient une bonne qualification en rapport avec ses compétences
- un soutien financier est mis à la disposition de la personne et de son aide soignante.

## TURVA-ASUMISEN KEHITTÄMIS-PROJEKTI

### ('Projet de développement de logement protégé')

*Finnish Central Association for Mental Health*

**Sari NYBERG**

**Malmin Kauppatie 26, FIN – 00700 Helsinki**

**Tel: +358-9-35.16.00 - Fax: +358-9-35.14.364**

**Email: [sari.nyberg@mtkl.inet.fi](mailto:sari.nyberg@mtkl.inet.fi)**

En 1997, l'Association Centrale Finlandaise pour la Santé Mentale a obtenu des fonds pour améliorer le logement protégé pour des usagers de services de santé mentale en processus de réhabilitation et qui souffrent du syndrome appelé 'revolving door syndrome'. Le projet de développement de logement protégé est réalisé dans quatre villes : Jyväskylä, Mikkeli, Rovaniemi et Vantaa.

Les objectifs du projet sont le développement d'un éventail de services visant à prévenir des périodes répétées de traitement dans des hôpitaux psychiatriques. Il consiste en trois sections :

- La possibilité de logements protégés transitoires pour des personnes qui sont en cours de réhabilitation et qui ne se sentent pas capables de vivre indépendamment à la maison.
- Assistance à la réhabilitation pour les usagers de logements protégés et autres personnes en processus de réhabilitation ayant besoin d'un soutien supplémentaire.
- Activités communales offertes par des associations locales de santé mentale, des centres spécialisés ainsi que des services pour les conseillers de réhabilitation.

Au début du projet, beaucoup de temps fut consacré à créer des coopérations entre les nombreux acteurs dans les différentes villes (associations de santé mentale, districts de soin de santé, services de santé et services sociaux, d'autres prestataires de services travaillant avec des personnes ayant des problèmes de santé mentale et qui sont dans un programme de réhabilitation), afin de les

encourager à participer au projet et d'orienter les patients vers les services offerts.

Aujourd'hui il existe une étroite collaboration entre les différents prestataires de service dans les villes participantes étant donné que l'idée de réhabilitation est justement basée sur la coopération entre les prestataires de traitement et les prestataires de services.

Les usagers et ex-usagers sont impliqués à beaucoup de niveaux, pas seulement en tant que clients de ce service, mais également en tant que bénévoles, personnes de soutien, faisant partie d'un réseau social à travers des activités communales. Certains usagers sont aussi membres des groupes de contrôle du projet.

Le budget du projet est d'environ 303,000 EURO par an, ce qui couvre le fonctionnement du projet ainsi que le salaire de neuf collaborateurs. De nombreux membres des associations locales pour la santé mentale et les centres spécialisés sont impliqués bénévolement. Le projet a reçu des subventions de la loterie nationale (Slot Machine Association RAY's) et des villes participantes.

Un rapport intérimaire a été publié en été 1999 et souligne certains résultats essentiels :

- La vision qu'ont les acteurs du projet et les représentants des villes partenaires des objectifs et des activités du projet diffèrent.
- Le nombre de clients dans chaque ville est très différent.
- Le groupe cible inclut un nombre important de clients qui ne sont pas usagers de traitement répétitifs en hôpital psychiatrique.
- Le niveau de logement protégé est bas pour le moment.

Une évaluation externe a été demandée par la Fondation pour la Réhabilitation.

Points forts :

- Le logement protégé et le grand usage du soutien par les pairs comme ressource pour le projet.
- Le projet facilite la coordination des services concernés tout en gardant une bonne approche individuelle.
- Des usagers sont impliqués dans le contrôle du projet.
- Les usagers de ces services peuvent déterminer eux-mêmes leurs besoins et la durée du soutien.



# CADRE JURIDIQUE ET POLITIQUE

## Introduction

L'inclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale dépend non seulement d'un changement d'attitude des individus, mais c'est aussi la société dans son ensemble qui doit arrêter d'imposer des discriminations et commencer à penser et à agir de façon inclusive.

La législation et les politiques sont des cadres importants dans lesquels les communautés peuvent agir. La législation décrite plus bas peut être scindée en deux catégories: les textes qui garantissent les droits individuels et ceux qui luttent contre la discrimination. De nombreuses politiques pour améliorer l'inclusion sociale se basent sur la deuxième catégorie qui est plus facilement mise en application que la première.

Les législations nationales et les politiques sont de plus en plus influencées par les décisions de l'Union Européenne et d'autres organes internationaux. Dans ce chapitre, nous avons essayé de dessiner un cadre par lequel l'inclusion sociale des personnes souffrant de troubles de santé mentale peut être promue. L'inclusion ne peut se faire si les personnes ne jouissent pas de l'égalité des droits civils et humains.

## Scène internationale

### **1. Règles Générales des Nations Unies sur l'égalisation des chances pour les personnes handicapées**

Bien que ces Règles ne soient pas obligatoires, elles signifient un fort engagement moral et politique de la part des Etats à entreprendre des actions pour l'égalisation des chances pour les personnes handicapées. Ces Règles indiquent d'importants principes de responsabilité, d'action et de coopération. Elles mettent en évidence les domaines d'une importance décisive pour la qualité de la vie et pour la réalisation de la pleine participation et de l'égalité. Ces Règles offrent aux personnes handicapées et à leurs organisations un instrument politique et un instrument d'action. Elles fournissent une base pour la coopération technique et économique entre les Etats, les Nations-Unies et d'autres organisations internationales.

Le but de ces Règles est de veiller à ce que les filles, les garçons, les femmes et les hommes handicapés, en tant que membres de la société, puissent exercer les mêmes droits et obligations que les autres citoyens. Dans toutes les sociétés du monde, il y a encore des obstacles qui empêchent les personnes handicapées de jouir de leurs droits et de leurs libertés et qui rendent difficile leur pleine participation aux activités de leur communauté. Il incombe aux Etats de prendre les mesures appropriées pour supprimer ces obstacles. Les personnes handicapées et leurs organisations devraient jouer un rôle actif en tant que partenaires de ce processus.

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale devraient aussi bénéficier des Règles Générales. En 1997, Santé Mentale Europe a coordonné deux projets concernant les

Règles Générales des Nations Unies<sup>8</sup>. Une des questions abordées par le projet était: “les Règles Générales sont-elles pertinentes pour les personnes souffrant d'un handicap psychosocial?” et après quatre séminaires organisés dans quatre pays différents la réponse a été ‘oui, ces Règles sont pertinentes même si elles n'ont pas été rédigées en pensant au handicap psychosocial. Une autre conclusion des projets mentionnés ci-dessus était qu'en théorie la législation nationale intégrait bon nombre de principes des Règles, mais qu'il existait un fossé entre la théorie et la réalité, particulièrement pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

## **2. Déclaration des Droits de l'Homme**

Deux Déclarations peuvent être considérées comme les points de départ de toute législation en matière de droits humains. La première est universelle, la seconde est européenne

### A. Déclaration universelle des Droits de l'Homme

**La Déclaration Universelle des Droits de l'Homme a été adoptée le 10 décembre 1948 dans le but de créer une norme commune de réalisation pour tous les peuples et pour toutes les nations. Tout individu, toute organisation et toute institution, en gardant constamment à l'esprit la Déclaration, devrait respecter ces droits et ces libertés, et grâce à des mesures progressives nationales et internationales, veiller à leur reconnaissance et respect universels et effectifs, parmi les peuples des Etats membres eux-mêmes et parmi les peuples des territoires sous leur juridiction.**

### B. Convention du Conseil de l'Europe pour la Protection des droits de l'Homme et des libertés fondamentales

La Convention a été préparée par les chefs d'Etats et de gouvernements du Conseil de l'Europe. Chaque Etat membre doit ratifier individuellement la Convention. En juillet 1998, les 40 Etats membres du Conseil de l'Europe avaient ratifié la Convention Européenne des Droits de l'Homme, reconnaissant le droit de leurs citoyens d'introduire des requêtes à titre individuel devant les organes de Strasbourg et acceptant de se soumettre à la juridiction obligatoire de la Cour Européenne des Droits de l'Homme.

---

<sup>8</sup> Les projets étaient: “Formation et emploi des personnes souffrant d'un handicap psychosocial ” et “Egalité des chances pour les personnes souffrant d'un handicap psychosocial– mythe ou réalité?”. Les projets se sont penchés sur 7 des 22 Règles Générales et ont été réalisés dans quatre pays: le Danemark, l'Italie, les Pays-Bas et le Portugal.

La Convention, qui reconnaît la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme proclamée par l'assemblée générale des Nations-Unies en 1948, vise à obtenir une unité parmi ses membres par le maintien et la réalisation des droits de l'Homme et des libertés fondamentales.

Avec la Convention, les signataires réaffirment leur profonde croyance en ces libertés fondamentales qui sont la base de la justice et de la paix dans le monde et qui sont mieux préservées d'une part par une démocratie politique effective et d'autre part une compréhension commune et un respect des droits de l'Homme dont elles dépendent. Les Etats membres qui ont signé la Convention sont également déterminés, étant donné que les pays européens ont une mentalité similaire et un héritage commun de traditions politiques, idéaux, libertés et lois, à prendre les premières mesures pour veiller à l'application collective de certains des droits établis dans la Déclaration Universelle.

## **Scène de l'Union Européenne**

A l'heure actuelle, l'Union Européenne doit faire face à des enjeux importants qui concernent directement l'exclusion sociale des personnes souffrant de problèmes de santé mentale:

- Exclusion sociale et pauvreté
- Exclusion du marché de l'emploi
- Rôle et capacité à payer la protection sociale
- Chômage de longue durée
- Santé publique
- Protection des droits de l'Homme

Tous ces thèmes devraient aussi être abordés dans la perspective du processus d'élargissement.

### **1. Agenda Européen de Politique Sociale**

Avant le Sommet de l'Union Européenne à Amsterdam, la lutte contre l'exclusion sociale était considérée comme un sujet uniquement soumis à la subsidiarité ou un sujet national. En 1999, l'adoption d'un article spécifique sur la lutte contre l'exclusion sociale dans le Traité d'Amsterdam (Article 137) a posé les fondations de la construction d'une politique européenne pour l'inclusion sociale bien que les compétences restent nationales.

Un pas important a été franchi par le Conseil Européen de Lisbonne (23-24 mars 2000) qui a déclaré que le nombre de pauvres et d'exclus dans l'UE était inacceptable, que la société basée sur la connaissance pouvait être une opportunité mais aussi une menace, et que des emplois plus nombreux et meilleurs représentaient la meilleure barrière contre l'exclusion sociale.

Les chefs d'Etats et de gouvernements ont alors décidé de développer une stratégie commune sur l'inclusion sociale dans le but de parvenir à une réduction importante de la pauvreté au cours des dix prochaines années (de 18% à 15% en 2005 et arriver à 10% en 2010).

*C'est dans ce cadre que la Commission a rédigé un **Agenda Européen de Politique Sociale** qui traite du dialogue civil, de l'emploi, de la protection sociale et de la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté. Cet agenda durera cinq ans.*

Afin de mettre en pratique cet agenda, les chefs d'Etats et de gouvernements ont adopté la méthode de la coordination ouverte. Cette méthode est appuyée par deux types d'initiatives qui permettront de traiter de l'exclusion sociale et de la pauvreté au niveau national et au niveau européen: les **Plans d'Action Nationaux et le Programme d'Action Communautaire**.

Le 7 décembre 2000, lors du Sommet de Nice, les chefs d'Etats et de gouvernements ont adopté des objectifs appropriés à la lutte contre l'exclusion sociale et la pauvreté. Ils s'articulent autour de quatre axes principaux:

1. Promouvoir la participation à l'emploi et l'accès universel aux ressources, aux droits, aux biens et aux services ;
2. Prévenir les risques d'exclusion ;
3. Entreprendre des actions pour les personnes les plus vulnérables;
4. Mobiliser tous les acteurs pertinents.

Tous ces objectifs touchent de près les personnes souffrant de problèmes de santé mentale.

## A. Plans d'Action Nationaux

Les gouvernements nationaux devront prendre en compte tous les objectifs lorsqu'ils identifieront des priorités parmi les objectifs (les objectifs les plus pertinents pour leur situation nationale actuelle) et qu'ils rédigeront les Plans d'Action Nationaux (PAN). Les premiers PAN devraient être présentés à la Commission Européenne pour juin 2001. Les PAN seront examinés par la Commission Européenne durant les mois d'été et un premier rapport sera préparé afin d'être adopté par les Etats membres au cours du Sommet de Laeken (Belgique) en décembre.

Les PAN pour la lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale devraient recevoir le soutien de trois programmes européens : EQUAL, Fonds Structurels et le nouveau Programme d'Action Communautaire pour la lutte contre l'exclusion sociale.

## B. Programme d'action communautaire

La Commission Européenne a rédigé une proposition de programme d'action pour lutter contre l'exclusion sociale (COM(2000)368). Le programme d'action intervient comme un soutien aux initiatives nationales et permet la coopération au niveau européen:

- Afin de mieux comprendre les problèmes de l'exclusion sociale,
- Afin de promouvoir l'échange de bonnes pratiques
- Afin d'essayer de développer des approches communes et une compatibilité entre les indicateurs.

Le programme appuiera également l'introduction de politiques inclusives et d'actions dans les politiques des Etats membres concernant l'emploi, l'éducation, la formation, la santé et le logement, ainsi que dans les fonds structurels. La nature multidimensionnelle de l'exclusion sociale est un des aspects principaux de ce nouveau programme.

La proposition permet aussi la participation de représentants d'ONG et d'organisations de bénévoles travaillant dans le secteur de la lutte contre l'exclusion sociale et de les impliquer dans la conception, la mise en application et le suivi du Programme d'Action Communautaire.

Le programme aura une durée de cinq ans et débutera en 2001.

## 2. Protection sociale

Les personnes souffrant de problèmes de santé mentale ont besoin de systèmes de protection sociale afin de se prémunir contre les vulnérabilités financières et d'avoir les moyens financiers de lutter contre l'exclusion sociale, la discrimination et de promouvoir une vie autonome.

Les systèmes de protection sociale dans les Etats membres sont confrontés à des enjeux similaires– s'adapter aux changements du monde du travail, aux nouvelles structures familiales et aux évolutions démographiques.

L'Union Européenne a entamé un processus de réflexion au début des années 90 afin d'aider les Etats membres à faire face à ces enjeux. Ce processus de réflexion a donné lieu à la Communication de la Commission '**Moderniser et améliorer la protection sociale**

**dans l'Union'**. Cette Communication, qui vise à concilier les efforts des gouvernements pour réduire les dépenses des systèmes de sécurité sociale et de santé et les mesures qui veulent promouvoir l'inclusion sociale, a provoqué de fortes réactions de la part du Conseil et des membres du Parlement Européen. Récemment, le Parlement Européen a adopté un rapport sur "la modernisation de la protection sociale". Ce rapport comprend une référence explicite à la nécessité de maintenir un filet de sécurité dans les systèmes de sécurité sociale pour les personnes qui ne sont pas en mesure de s'intégrer au marché de l'emploi. Il fait aussi référence aux personnes handicapées en mentionnant l'inclusion de lois contraignantes pour lutter contre la discrimination en accord avec l'art.13 du Traité de l'Union Européenne et en faisant des recommandations concernant l'accès aux soins et la compilation des informations et des indicateurs statistiques sur les personnes handicapées dans l'Union Européen et en Europe centrale et orientale.

### 3. Non-discrimination

#### A. Directive sur l'égalité de traitement dans l'emploi et au travail

Le 27 novembre 2000, le Conseil pour l'emploi et les affaires sociales a adopté la **Directive cadre sur l'égalité de traitement dans l'emploi et au travail**.

Basée sur la clause de non-discrimination, l'Article 13 du Traité d'Amsterdam, cette nouvelle Directive présente pour la première fois une législation concrète de non-discrimination pour les personnes handicapées dans l'Union européenne, ainsi que de nouvelles initiatives pour lutter contre la discrimination en Europe. Elle mentionne le handicap lorsqu'elle aborde l'interdiction de discrimination directe et indirecte et elle contient un langage clair faisant référence aux mesures relatives aux aménagements ou adaptations raisonnables qui demandent aux employeurs d'adapter l'environnement de travail aux personnes handicapées, et donc parmi elles les personnes ayant un handicap psychosocial.

L'article 5 est particulièrement important pour les personnes handicapées: il contient une référence aux aménagements raisonnables qui stipule que les employeurs prendront les mesures appropriées pour permettre aux personnes handicapées d'avoir accès au travail, d'y participer, d'y progresser ou d'y recevoir une formation. Cependant, si ces mesures entraînaient une charge disproportionnée, par exemple des coûts financiers ou autres trop élevés, les employeurs seraient exemptés de cette obligation.

Le harcèlement est également considéré comme une forme de discrimination, allant à l'encontre de la dignité de la personne.

Un traitement différencié en fonction de croyances éthiques ou religieuses, ainsi qu'en fonction de l'âge, est autorisé dans certains cas, quand il est justifié par un objectif légitime.

La Directive s'appliquera aux entreprises privées et publiques, ainsi qu'aux autorités publiques.

Il incombe aux Etats membres de décider comment l'existence de discrimination directe ou indirecte sera déterminée en fonction de la loi ou de la pratique nationale. Les Etats membres sont aussi chargés de veiller à ce que des procédures judiciaires et/ou administratives adéquates soient accessibles aux victimes de discrimination. La Directive demande également aux Etats membres d'abolir toutes les lois, réglementations ou dispositions administratives contraires au principe d'égalité de traitement.

Il leur est demandé de mettre en application les termes de la Directive endéans les trois ans, avec néanmoins la possibilité de demander un délai supplémentaire de trois ans pour les dispositions relatives au handicap et à l'âge.

Le rôle des ONG dans la consultation et dans la mise en application de la Directive est également reconnu.

*B. Programme d'Action pour la Non-Discrimination*

Le Programme d'Action pour la Non-Discrimination vise à promouvoir des mesures pour lutter contre la discrimination directe et indirecte fondée sur l'origine ethnique ou raciale, la religion ou la croyance, le handicap, l'âge ou l'orientation sexuelle.

Le Programme aura une durée de six ans (2001-2006) et bénéficiera d'un budget de 98,4 millions d'euros. Le Conseil et le Parlement Européen ont reconnu la nécessité de garantir jusqu'à 90 % du financement principal des ONG européennes.

Le Programme a trois objectifs :

- Améliorer la compréhension des sujets liés à la discrimination grâce à une meilleure connaissance et grâce à l'évaluation de l'efficacité des politiques et des pratiques
- Développer la capacité à prévenir et traiter de la discrimination, en particulier en renforçant les moyens d'actions des organisations et en encourageant l'échange d'informations et de bonnes pratiques, tout en tenant compte des caractéristiques spécifiques aux différentes formes de discrimination
- Promouvoir et disséminer les valeurs et pratiques qui sous-tendent la lutte contre la discrimination.

#### **4. Charte des Droits Fondamentaux en Europe**

**La Charte de l'Union Européenne des Droits Fondamentaux** est une initiative de l'Union Européenne pour affirmer l'importance des droits civils, sociaux, économiques, politiques et culturels de ses citoyens.

La Charte a été signée par le Conseil le 7 décembre 2000 lors du Sommet de Nice. Par cet acte, les institutions européennes marquent leur engagement à respecter la Charte dans toutes les actions et politiques de l'Union. Le statut final de la Charte et sa relation avec les Traités ne sont pas encore définis. Va-t-elle rester une simple déclaration ou va-t-elle devenir un ensemble de droits juridiquement contraignants et entérinés par les Traités ?

La Charte comprend plusieurs articles qui concernent les personnes souffrant de problèmes de santé mentale: l'art. 8 sur la protection des données, l'art. 21a sur la non-discrimination, l'art. 26 sur l'intégration, l'art 29 sur le droit à l'accès à des services de placement, l'art. 34 sur la sécurité sociale et sur l'assistance sociale, l'art. 35 sur les soins de santé. La Charte peut être considérée comme un pas important vers une Union Européenne plus sociale. Cependant, il est à déplorer que des droits aussi importants que le droit à un revenu minimum et le droit au logement ne soient pas repris.

Les ONG ont fait campagne sur des thèmes tels que la mise en vigueur des droits et comment faire en sorte que la Charte ne soit pas un pas en arrière par rapport aux droits acquis via les Nations-Unies, l'Organisation Internationale du Travail ou le Conseil de l'Europe. Les droits fondamentaux sont indispensables pour renforcer la dimension sociale de l'Union Européenne. Pour les ONG, l'ensemble des droits civils, politiques, économiques, sociaux, culturels et syndicaux doivent rester indivisibles et doivent être intégrés au Traité de façon contraignante, même si leur mise en vigueur juridique peut varier.

#### **5. Stratégie Européenne pour l'Emploi**

En décembre 1999, lors du Sommet de Luxembourg, une décision spécifique a été prise au niveau européen afin d'améliorer la situation de l'emploi dans les Etats membres. La stratégie pour l'emploi a été lancée et elle se base sur quatre piliers :

- Employabilité
- Esprit d'entreprise
- Adaptabilité
- Egalité des chances

Chaque pilier correspond à un ensemble d'objectifs que les Etats membres doivent prendre en considération dans leurs stratégies nationales pour l'emploi. Depuis lors, chaque année, la Commission Européenne prépare un package pour l'emploi qui doit être adopté par le

Conseil des ministres. Ce package contient des lignes directrices pour l'emploi et un ensemble de recommandations que les Etats membres doivent mettre en application au niveau national dans les Plans d'Actions Nationaux. C'est ce qu'on appelle la méthode de coordination ouverte.

Depuis le début du processus de la stratégie pour l'emploi, le Forum Européen des Personnes Handicapées (FEPH) a été très actif dans une campagne de sensibilisation par rapport au niveau d'emploi peu élevé chez les personnes handicapées, et parmi ce groupe chez les personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Dans un document récent de réaction à la proposition pour une directive du Conseil sur les lignes directrices pour les politiques de l'emploi des Etats membres en 2001<sup>9</sup>, le FEPH écrit "en dépit de l'absence de statistiques fiables sur l'emploi des personnes handicapées, il existe un consensus général selon lequel le taux de chômage parmi les personnes handicapées dans l'Union Européenne est beaucoup plus élevé que chez les personnes non-handicapées. En outre, une majorité de personnes handicapées est exclue du marché de l'emploi et ces personnes restent donc invisibles dans les statistiques sur l'emploi. Dans les lignes directrices pour 2001, la Commission, en accord avec les décisions du Conseil Européen de Lisbonne, a invité les Etats membres à établir des objectifs nationaux afin d'atteindre un taux d'emploi général de 70% (60% pour les femmes) d'ici 2010. Etant donné le taux d'emploi très bas parmi les personnes handicapées et étant donné que ces personnes représentent environ 10% de la population, augmenter leur taux d'emploi serait une importante contribution à la recherche de l'objectif général fixé à Lisbonne.

Lorsqu'ils travaillent, les travailleurs handicapés courent plus de risques d'être licenciés et souvent ils n'exercent pas des tâches qui reflètent réellement leurs compétences et leur potentiel. Les travailleurs handicapés doivent également faire face à de plus longues périodes de chômage que les personnes non-handicapées. En outre, les femmes handicapées sont souvent confrontées à une double discrimination sur le marché de l'emploi"

Le mouvement des personnes handicapées est un groupe hétérogène. Les besoins d'une personne souffrant d'un handicap psychosocial seront différents de ceux d'une personne ayant un trouble de l'audition ou d'une personne en chaise roulante. Toutefois, toutes les personnes handicapées sont touchées par tous les objectifs et tous les piliers de la Stratégie Européenne pour l'Emploi. Malheureusement, jusqu'à présent, la majorité des Etats membres n'ont accordé leur attention qu'aux actions du premier pilier: l'employabilité.

## 6. Stratégie Européenne de Santé Publique

La proposition d'un programme pour une **Action Communautaire dans le domaine de la Santé Publique** (2001-2006) contient des propositions qui permettront à la Communauté de mieux remplir ses obligations en établissant des objectifs clairs et des instruments politiques. La proposition d'une stratégie pour la santé établit un cadre juridique et des objectifs clé, elle passe en revue de façon concise les tendances et les enjeux en matière de santé dans l'Union Européenne, de même qu'elle identifie les défis principaux pour les systèmes de santé.

Il y aura trois niveaux principaux d'actions:

---

<sup>9</sup> 'Réponse du FEPH à la proposition du Conseil pour une Directive sur les lignes directrices pour la politique de l'emploi (2001) pour les Etats Membres', Forum Européen des Personnes Handicapées, octobre 2000.

- Le premier niveau « améliorer l'information et la connaissance en matière de santé » vise à mettre en place un système de données sur les principaux facteurs déterminants de la santé dans l'Union Européenne, ainsi que les mécanismes pour évaluer ces données.
- Le deuxième niveau « réagir rapidement aux menaces pour la santé » vise à faire en sorte que la Communauté soit en mesure de faire face aux menaces pour la santé qui ne peuvent pas être traitées par les Etats membres de façon isolée.
- Le troisième niveau "examen des facteurs déterminants" mettra en place des stratégies pour identifier la politique la plus efficace pour lutter contre la maladie et promouvoir la santé.

La nouvelle stratégie décrit aussi des initiatives législatives à prendre en considération dans le cadre de la compétence directe de la Communauté en matière de santé publique.

Le programme est ouvert à la participation des pays de l'EEE, des pays associés de l'Europe centrale et orientale, ainsi que Chypre, Malte et la Turquie.

Le programme de santé publique est une initiative clé qui apportera une valeur ajoutée en soulignant la disposition du Traité selon laquelle les actions communautaires en matière de santé publique respecteront pleinement les responsabilités des Etats membres dans l'organisation et la fourniture de soins et de services médicaux.

Il est prévu d'établir un nouveau mécanisme, le Forum Européen de la Santé, afin de permettre à la communauté impliquée dans la santé publique de jouer un rôle dans le développement de la politique de la santé. Des propositions dans d'autres domaines clé de l'activité communautaire (marché intérieur, affaires sociales, recherche et développement, agriculture, commerce et politique de développement, environnement, etc.) devraient activement promouvoir la protection de la santé. La nouvelle stratégie comprend donc un nombre de mesures spécifiques afin d'atteindre ces objectifs.

En ce qui concerne la santé mentale, les niveaux les plus pertinents seront les niveaux 1 et 3 qui comprennent un contrôle de la santé en termes de morbidité et de mortalité, des stratégies concernant les facteurs déterminants pour la santé liés au style de vie et des stratégies et des mesures sur les facteurs déterminants socio-économiques.

La santé mentale en tant que composant de la stratégie pour la santé figure en bonne place dans la démonstration de sérieux problèmes de santé publique. Il incombe donc à la communauté de la santé mentale, au niveau gouvernemental et non-gouvernemental, de présenter les réponses nécessaires aux propositions d'actions.

# Annexe 1

## Bibliographie

Pour plus d'informations sur les questions relatives à l'exclusion sociale, l'intégration sociale et la santé mentale, les documents suivants peuvent être consultés :

- 'Access to employment for people with mental health problems', Outset and Helios Programme, 1992.
- 'Creating Accepting Communities – Report of the Mind Inquiry into social exclusion and mental health problems', Mind, 1999.
- 'From Privileges to Rights : People Labeled with Psychiatric Disabilities Speak for Themselves', US National Council on Disability, 2000.
- 'Mainstreaming poverty and social exclusion. Integrating the fight against poverty and social exclusion across all areas of public policy to promote social cohesion' rapport du séminaire organisé par le European Anti-Poverty Network, 2000.
- 'Mental Health in the workplace', de Phyllis Gabriel et Marjo-Riitta Liimatainen, International Labour Organisation, 2000.
- 'Pathways to Work', Scottish Development Centre, 2001.
- 'Response on the proposal for a Council's directive on guidelines for Member States' Employment Policies for the years 2001', Forum Européen des Personnes Handicapées, October 2000.
- 'Social inequalities and mental health', by Jennie Williams in C. Newnes, G. Holmes and C. Dunn (Eds) 'This is Madness ; A Critical Look at Psychiatry and the Future of Mental Health Services', PCCS Books, 1999.
- 'Strategies for Living – a report of user-led research into people's strategies for living with mental distress', The Mental Health Foundation, 2000.

# Annexe 2

## Liste des participants

### Coordination

#### **Santé Mentale Europe**

7 Boulevard Clovis  
B – 1000 Bruxelles  
Tél. : +32-2-280.04.68  
Fax : +32-2-280.16.04  
Email : [info@mhe-sme.org](mailto:info@mhe-sme.org)  
Web : <http://www.mhe-sme.org/>

Nathalie MOYERSOEN, Coordinatrice du projet  
Josée VAN REMOORTEL, Directrice

### Expert

#### **European Network of (Ex-)Users and Survivors of Psychiatry**

Secrétariat Européen  
Meerhoethof 50  
Postbus 645  
NL – 3500 AP Utrecht  
Tél. : +31-30-254.18.08  
Fax : +31-30-254.11.57  
Email : [enusp@wxs.nl](mailto:enusp@wxs.nl)

Clemens HUITINK, Secrétaire européen

### Autriche

pro mente Austria  
C/o pro mente Kärnten  
Hoffmenngasse, 12  
A – 9020 Klagenfurt  
Tél. : +43-463-55.112  
Fax : +43-463-50.12.56  
Email : [kuna.pmk@carinthia.com](mailto:kuna.pmk@carinthia.com)

Herta KUNA  
Gertraud STÖGNER

Groupe de référence : Andrea BRUNNER, Ulrike BURGSTALLER,  
Michael CHMELA, Manfred DABERNIG, Dorothea DOBLREITER,  
Christian HORVATH, Gottfried IGLSBÖCK, Peter KÖNIG, Elfriede  
SCHATZ et Manfred ZILLINGER



Finlande

Finnish Association for Mental Health

Maistraatinportti 4a

FIN – 00240 Helsinki

Tél. : +358-9-61.55.16

Fax : +358-9-61.55.17.70

Email : [pirkko.lahti@mielenterveysseura.fi](mailto:pirkko.lahti@mielenterveysseura.fi)

Web : [www.mielenterveysseura.fi](http://www.mielenterveysseura.fi)

Sinikka KETTUNEN

Pirkko LAHTI, Director

Groupe de référence : Leif BERG, Taina KAKKO, Ulla LAAKSONEN,  
Sari NYBERG et Eija SUOMINEN

France

Advocacy France

Rue Thureau Dangin, 8

F – 75015 Paris

Tél. : +33-1-45.32.22.35

Fax : idem

Email : [advocacy.france@noos.fr](mailto:advocacy.france@noos.fr)

Claude DEUTSCH, Trésorier

Martine DUTOIT, Presidente

Groupe de référence : Jeannine ACCOCE, Catherine BARRAL, Daniel  
BESTIN, André BITTON, Michèle DRANCOURT, Claude  
FINKELSTEIN, Jean FLORI, Michel FOURQUEMIN, Martine GOUZE,  
Angeline GRACIA, Bernard LANGLOIS, Florence LEROY, Jacques  
LOMBARD, Jean PERONNEAU, Charlette SIBONI et Stéphanie  
WOOLEY

Royaume Uni

**Mind**

15-19 Broadway

Stratford

UK – Londres E15 4BQ

Tél. : +44-208-215.22.64

Fax : +44-208-522.17.25

Email : [m.wilson@mind.org.uk](mailto:m.wilson@mind.org.uk)

Web : [www.mind.org.uk](http://www.mind.org.uk)

Madie CHAPMAN

Melba WILSON

Groupe de référence : Kevin BURNAND, Mary Ellen COYTE, Mary  
NETTLE, Brian McDONALD, Abina PARSHAD-GRIFFIN, Robert  
STRIBLEY and Mrs STRIBLEY, Jean TAYLOR et Heather  
TRENCHARD

