

LE LOGEMENT COMMUNAUTAIRE À TRIESTE : INNOVATIONS ET PROJETS DÉVELOPPÉS PAR LES SERVICES SOCIAUX DE LA SANTÉ ET LEURS PARTENAIRES (octobre 2022)

Patrimoine basaglien et enjeux actuels entre habiter et logement communautaire`

Auteurs : Margherita Bono, Judith Lapierre et Jacques Caillouette, traduit de l'italien par Paul Morin

Source : Projet de recherche. Lapierre *et al.* FQRSC – Projet 2020-281251, « L'expérience d'habiter son logement subventionné » : Besoins et pratiques de soutien communautaire comme piliers du renforcement du pouvoir d'agir, de l'entraide et de la solidarité dans la communauté

Quelques données sur la domiciliation des personnes vulnérables et le parcours basaglien à Trieste

Afin de comprendre les expériences de logement communautaire à Trieste, il est nécessaire et pertinent de les contextualiser d'abord en regard du parcours basaglien. Initié à Trieste en 1971, ce parcours est non seulement associé au champ de la santé mentale, mais aussi plus largement aux politiques de santé et de bien-être. Selon Saraceno,¹ dans son livre sur le « *mouvement mondial de la santé mentale* » (2014), ce parcours, internationalement reconnu, est communément résumé par le terme de « désinstitutionnalisation » ; celui-ci s'est imposé en psychiatrie et s'est poursuivi dans les soins de santé et plus généralement dans les services sociaux. La désinstitutionnalisation, en Italie, consiste en la transformation radicale des institutions, de la culture et du contexte social qui leur donne forme afin de poursuivre des objectifs de santé, d'inclusion et de justice sociale.

Tel qu'analysé en profondeur dans mes études et en particulier dans le mémoire de mon deuxième diplôme (Bono, 2015), il s'agit d'une vision et d'une approche visant la transformation et le dépassement des institutions et des manières de traiter les personnes fondées sur l'étiquetage de la maladie et de la souffrance selon des définitions rigides, objectivantes et totalisantes. Il faut cesser également de traiter les « patients » comme des corps passifs, exclus de la société et sans ressource pour se soigner.

L'institution asilaire privait de leurs droits civils ceux qui y étaient emprisonnés ; elle les soumettait à des traitements souvent inhumains. Selon Erving Goffman et Michel Foucault, il s'agit de l'exemple extrême de ces modalités de « traitement » ; celles-ci avaient une grande inefficacité

¹ L'auteur est un psychiatre, formé avec Basaglia ; pendant une décennie complète (1999-2010) il a été le directeur du Département de la santé mentale et de la toxicomanie de l'Organisation mondiale de la santé.

thérapeutique, mais une grande efficacité comme dispositif de pouvoir et de contrôle social. À partir des années soixante,² Basaglia et ses collaborateurs l'ont démontré par de multiples publications. Cet important groupe de praticiens refusait de travailler dans et pour des institutions qui avaient en pratique l'effet inverse de ce qui était en principe recherché : c'est-à-dire l'annihilation des internés au lieu de leurs soins. S'appuyant sur l'idée que « la liberté est thérapeutique »³, ces praticiens ont proposé de nouvelles modalités de traitement et démontré leur efficacité pratique. Il s'agit d'une approche ouverte à tout ce qui a trait au bien-être et au mal-être des personnes, c'est-à-dire les aspects à la fois biologiques, psychologiques et sociologique transversaux à l'agencité et au rôle des usagers de la santé et des services sociaux dans la prise en charge d'eux-mêmes et de leur contexte de vie par la participation active de toutes les parties prenantes : usagers, praticiens, mais aussi des tiers dans les parcours de soins et l'inclusion sociale des personnes souffrantes.

Franco Basaglia a été directeur de l'hôpital psychiatrique de Trieste de 1971 à 1978 ; il a réalisé son démantèlement et, en même temps, il a amorcé la création de services de santé mentale territoriaux tout à fait appropriés. Ceci a constitué un immense levier pour l'adoption, en 1978, de la Loi de réforme psychiatrique (loi 180) ; fort innovante, cette Loi a été la seule au monde à prévoir le démantèlement complet des hôpitaux psychiatriques d'un pays. Des années 1980 à nos jours, le groupe de praticiens, formé avec Basaglia et dirigé par la suite par Franco Rotelli, a géré les services de santé mentale et plus tard aussi la santé territoriale triestine. Ceci dans le but de consolider et de développer l'approche basaglienne tout en traversant de grands changements historiques et sociaux. Ce groupe de praticiens fait face actuellement à une période de crise et de déclin non seulement de la société italienne dans son ensemble, mais aussi du mouvement qu'ils ont guidé tout au long de leur vie. Le livre « *L'institution inventée* », édité par Franco Rotelli (2015) a présenté, à plusieurs voix, tout le parcours triestin ; il est illustré par des photos et des documents d'époque.

Avant de devenir directeur de l'hôpital psychiatrique de Trieste, Basaglia avait auparavant dirigé l'hôpital psychiatrique de Gorizia de 1961 à 1969 ; il y avait complètement révolutionné le mode de vie et le traitement des patients en créant une communauté thérapeutique, mais sans toutefois pouvoir, pour des raisons politiques, mettre en œuvre la création de services territoriaux de substitution. Sa vision était celle-ci : la communauté thérapeutique au sein de l'hôpital psychiatrique

² Parmi les nombreux textes de Basaglia et livres édités par lui et sa compagne Franca Ongaro Basaglia, nous soulignons « L'institution en négation » (Basaglia, 1968), « Conférences brésiliennes », un recueil de conférences qu'il a tenues au Brésil entre 1978 et 1979 (Basaglia, 2000) et « L'utopie du réel », une sélection posthume d'écrits (Basaglia, 2005)

³ C'est un slogan utilisé dans les années 70, écrit sur un mur et représenté dans un célèbre dessin animé par Ugo Guarino, l'un des artistes qui ont accompagné le processus de désinstitutionnalisation de ces années-là.

était insuffisante, car elle continuait à reproduire l'exclusion des « patients » de la société de même que le rapport de pouvoir écrasant, quoiqu'amoindri, exercé par les intervenants affectés à la « garde » des « internés ». « *L'institution en négation* » (Basaglia, 1968), ouvrage collectif corrosif, a mis ces aspects en pleine lumière ; cette publication a donné non seulement une grande résonance à l'expérience de Gorizia et aux idées de Basaglia, mais elle a aussi consolidé leurs liens importants avec les mouvements sociaux de ces années-là. À Trieste, au contraire, l'asile a été détruit et on lui a substitué les « institutions de la désinstitutionnalisation » (Rotelli, 1988) ; ceci a été rendu possible grâce à l'alliance, dans les années 1970, avec la politique locale⁴.

Dans ce processus, il est devenu de plus en plus évident que les institutions, et pas seulement les hôpitaux psychiatriques, agissent activement dans le processus de formation de la réalité ; c'est-à-dire que la dimension concrète de l'organisation institutionnelle contribue à la vision et à l'estime de soi de ceux qui la composent. À l'exercice du pouvoir, dans chaque institution correspond un savoir fonctionnel à ce pouvoir, actif dans la définition, l'étiquetage et le contrôle des usagers. Ce sont des thèmes que Goffman, d'un point de vue « microsociologique », et Foucault, d'un point de vue historique des systèmes de pouvoir/savoir, ont développé au cours des mêmes années que Basaglia et ses collaborateurs poursuivaient leur expérience pratique/critique. Lors de ces années-là, une véritable « boîte à outils » a été créée pour analyser de manière critique les institutions ; Basaglia et ses collaborateurs s'en inspiraient et y contribuaient en même temps.

Ota de Leonardis (1990) a théorisé, dans le cadre de la pensée sociologique, ce type d'approche ; elle a identifié la dimension *institutionnelle* comme un niveau de réalité trop souvent ignoré dans l'opposition « individu - société » alors qu'elle est, au contraire, déterminante dans le façonnement des relations sociales et donc dans le façonnement à la fois, des individus et de la société. Elle souligne que l'expérience basaglienne, en tant qu'expérience de transformation et d'innovation des institutions, touche à la fois les individus et la société. De Leonardis utilise le concept de désinstitutionnalisation pour réfléchir sur cette expérience. Elle rappelle que la désinstitutionnalisation signifie d'une part le « démontage » concret de l'institution psychiatrique et d'autre part, et simultanément, la « déconstruction » des savoirs psychiatriques qui s'y rattachent. L'institution et le savoir sont tous deux déterminants dans le façonnement de la souffrance mentale à laquelle ils sont confrontés ; en les démantelant/déconstruisant, des innovations, tant institutionnelles que culturelles, sont générées. Ces deux aspects, institutionnel et culturel, bougent de manière

⁴ En particulier, le président de la province, l'organisme responsable de l'hôpital psychiatrique, Michele Zanetti, était un allié important.

simultanée parce qu'ils sont profondément connectés. Le concept de désinstitutionnalisation, compris dans ce sens, a été et est largement utilisé par le groupe basaglien et par des universitaires proches du mouvement pour décrire la voie commencée par Basaglia et poursuivie après Basaglia.

De Leonardis souligne que la voie de la désinstitutionnalisation est un parcours d'« auto-transformation » ; issue de l'intérieur de l'institution, elle implique tous les sujets en tant qu'agents de changement (praticiens, patients, divers agents sociaux...). Ceux-ci sont conscients des limites de l'institution et « travaillent avec la réalité concrète » pour la transformer ; de ce fait, des « énergies » et des « ressources » se libèrent. Toutes les composantes de l'institution se mettent alors en mouvement dans le cadre d'un ample processus de transformation. Cela passe par des « stratégies indirectes », qui ne visent pas directement à répondre à l'objectif de rendre les services plus efficaces ni même de guérir la souffrance des individus, mais qui procèdent progressivement et par des solutions partielles, réalisables et concrètes, afin de débloquer la situation.

Rotelli, dans son œuvre « *Modèles scientifiques et complexité* » (1990)⁵, a analysé les mauvais usages, selon lui, du terme de désinstitutionnalisation. La désinstitutionnalisation ne signifie pas, comme le voudraient les « antipsychiatres », la fin de la psychiatrie ou la fin des institutions ; ceci ne signifie pas aussi, comme le comprennent souvent les administrateurs, la « déshospitalisation » comme moyen d'économiser de l'argent public, et cela ne signifie pas non plus, à la manière des « praticiens progressifs », des techniques nouvelles et mieux performantes dans le traitement des maladies mentales. La désinstitutionnalisation, pour Rotelli, est incorrecte lorsqu'elle ne veut changer que les formes et les manières usuelles de gérer la maladie mentale, tandis que la désinstitutionnalisation comprise à la manière basaglienne veut agir sur la maladie elle-même, en tant qu'objet créé par l'institution psychiatrique. L'objet de l'intervention se transforme alors et devient « l'existence-souffrance du patient par rapport au corps social » (Rotelli, 1990) :

La véritable désinstitutionnalisation sera alors le processus pratique/critique, qui réoriente institutions et services, énergies et savoirs, stratégies et interventions vers cet objet très différent. L'enjeu deviendra, de fait, non la guérison, mais l'émancipation, non le rétablissement, mais l'invention de la santé, non la réparation, mais le processus de reproduction sociale, d'autres diraient le processus de singularisation et (re) singularisation. (Rotelli, 1990, p. 72)

Mais, attention, soyons bien clairs, des environnements et des pouvoirs sont nécessaires pour cela : des environnements participatifs, des pouvoirs participatifs.

⁵ Un nouveau recueil d'écrits de Franco Rotelli vient de paraître (2021). La date avec laquelle je cite chaque pièce de Rotelli est la date de la première publication et je me réfère ici à l'édition de ses œuvres publiée en 1999.

Nous avons besoin d'institutions de la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire de lieux et de structures, de services et de personnes, d'autorités et de contre-pouvoirs, de tranchées, de machines. L'objet n'étant plus "*la maladie*", le paradigme s'étant modifié parce que l'objet est devenu l'existence-souffrance des malades par rapport au corps social, la désinstitutionnalisation est alors le démantèlement de l'ensemble des appareils de l'institution, reliés à l'objet ancien et la construction de nouveaux services. Un équilibre instable se met alors en place dans ces institutions. Complexité de l'objet, mutation du paradigme [...] sous-tendent non pas une étude, mais des projets, des projets de transformation à travers lesquels il est seulement possible d'obtenir des connaissances. (Rotelli, 1990, p. 73)

Il s'agit d'inventer des potentialités et de « nouvelles voies pour les individus et pour le social ».

Sur ces fondements, le domicile, le travail et la socialité sont considérés par les services territoriaux de Trieste comme les axes de travail fondamentaux en regard des services destinés aux personnes ayant des problèmes de santé mentale. À cet égard, de pair avec les services publics, les tiers pouvant contribuer à ces axes de travail deviennent alors cruciaux, notamment les coopératives sociales qui, en collaboration avec les services publics, créent des opportunités de formation et d'emploi, aux côtés des professionnels de nombreux secteurs d'activités dans lesquels elles interviennent, au bénéfice des personnes ayant des problèmes de santé mentale et d'autres types de problèmes sociosanitaires.

Il est question de créer de nouvelles institutions, comme l'affirme Rotelli dans son œuvre « *L'institution inventée* » (1988), qui, en incarnant l'approche de la désinstitutionnalisation, soit ouverte à la complexité et aux transformations continues. Un défi complexe et contradictoire qui a, en toile de fond, la conscience qu'au sein même d'un territoire, des dynamiques asilaires rigides, exclusives, fermées et simplificatrices peuvent s'établir ; une tension permanente s'instaure alors afin de dépasser ces contradictions ; ce, dans une dialectique continue entre « institutions ouvertes » et « institutions fermées ». La contradiction entre institutions ouvertes et fermées est du point de vue de Rotelli, telle qu'énoncée dans le cadre d'une entrevue (Rotelli, 2016), la contradiction centrale de notre temps :

Les hôpitaux psychiatriques n'étaient rien de plus qu'une tentative d'enserrer des problèmes importants et complexes dans une petite boîte fermée et simplificatrice. Le rendu ne pouvait qu'être violent. Nous avons imaginé qu'il fallait faire exactement le contraire : valider au lieu d'invalider, inclure au lieu d'exclure, enrichir au lieu de priver, reconstruire au lieu d'éliminer. Reconstruire quoi ? Reconstruire des liens de sens et de relations sociales ; reconstruire la maison, le travail, l'affectivité ;

reconstruire un rapport entre éthique et esthétique ; reconstruire la communauté, la collectivité. L'on fait ainsi en sorte, par un travail concret de transformation institutionnel, que les personnes puissent se reconstituer comme sujets et, comme sujets interagir au sein de la société. Il s'agit d'un travail que l'on a appris à faire en partant de l'asile, car l'asile personnifiait tout ceci de manière tellement caricaturale, en négatif, qu'il suffisait de faire exactement le contraire de ce qui s'y passait. Cependant, nous avons toujours énoncé clairement que le changement est un processus sans fin ; chaque jour, la réalité concrète est notre point de départ : discerner les ficelles des divers appareils : administratif, politique, scientifique, technique ainsi que les dimensions interpersonnelles, affectives et sociales. En résumé, il s'agit de mettre en jeu tous les niveaux de questionnements. (Rotelli, 2016, p. 6)

De 1995 à 2010, Franco Rotelli a dirigé, bien qu'avec quelques moments d'absence et sans qu'il en résulte une discontinuité dans la mise en œuvre de l'approche, l'ensemble des soins de santé territoriaux de Trieste. Il a alors essayé d'étendre l'approche de la désinstitutionnalisation à l'ensemble du système de santé territoriale. Déjà, Basaglia avait clairement compris que sa vision de la souffrance mentale, en tant que produit d'un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et institutionnels, devait être étendue à toutes les maladies. Ce n'était donc pas seulement la psychiatrie et ses institutions qui devaient être critiquées, mais toute la médecine avec ses institutions. Ce point de vue a été repris plus tard par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Le paradigme biopsychosocial, explique Saraceno (2014), est identifié par l'OMS comme le plus pertinent pour comprendre la santé et la maladie, car il prend en compte les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, au lieu de voir la maladie uniquement dans sa composante biologique, en ignorant les autres aspects, comme le fait le paradigme biomédical⁶. L'approche biomédicale, tant en médecine qu'en psychiatrie, crée des séparations : celle entre les professionnels de la santé et les patients ; celle (également spatiale) entre les lieux de maladie (hôpital) et les lieux de santé ; entre les patients et leurs communautés. L'approche biopsychosociale recompose les séparations, humanise le système d'aide et décentralise les ressources :

[...] des grands établissements de santé à la collectivité, qui devient ainsi le lieu naturel et privilégié d'intervention. Ainsi s'enracine la pratique de la santé mentale dans le tissu social de base, s'évitant ainsi de saisir seulement des fragments — les personnes souffrant de problèmes psychiatriques — au sein d'espaces et d'organisations discontinues par rapport à la communauté et à ses besoins. (Saraceno, 2014, p. 55)

Rotelli a essayé de mettre cette vision en pratique à Trieste en divisant la ville en quatre Districts de santé, ayant chacun une population d'environ 60 000 habitants. L'organisation du District

⁶ Nous ne détaillerons pas ici l'imposante littérature scientifique sur les déterminants sociaux de la santé ; celle-ci doit être considérée comme un contexte significatif de l'approche et des expériences décrites dans cette recension.

garantit la continuité territoriale et la continuité-hôpital-territoire d'un parcours de soins grâce à un haut niveau de personnalisation de ce parcours et leur intégration avec d'autres services et organismes publics (et privés) actifs dans le secteur de la santé, des services sociaux et du logement. Le District s'occupe notamment de la réadaptation post-hospitalière et du traitement des maladies chroniques ; celles-ci sont du ressort des services de soins ambulatoires du district, tout comme les soins infirmiers à domicile pour les soins post-traumatiques, les maladies chroniques et les maladies neurodégénératives.

Le « dépassement de l'institutionnalisation » est devenu un mot d'ordre important non seulement pour les personnes souffrant de souffrance mentale, mais pour tout le monde. Ceci a pris une couleur particulière à Trieste en ce qui concerne les personnes âgées. En effet, comme nous l'expliquerons plus loin dans le texte, Trieste est une ville ayant un pourcentage très élevé de personnes âgées.

Le programme « *Habitat MicroAreas* » a débuté en 2005 ; il a été réfléchi comme un avant-poste des Districts de santé ; il s'agit d'œuvrer dans certains quartiers défavorisés de la ville de manière intégrée avec les services sociaux et « *l'Azienda Territoriale Edilizia Residenziale* » : l'Agence Territoriale du Logement (ATER), l'entreprise publique de gestion du logement social. L'on vise ainsi à franchir de nouvelles étapes dans la mise en œuvre de l'approche de la désinstitutionnalisation par la vision d'une « ville qui veut prendre soin » (Rotelli, 2016 ; Gallio et Cogliati Dezza, 2018). Avant d'entrer dans le détail du programme *Habitat MicroAreas* et des expériences d'« habitat » communautaire de Trieste dans les prochaines pages, les principales références réglementaires au niveau national et régional sont maintenant présentées.

Principales références réglementaires au niveau national et régional

Encore une fois Rotelli (1993) nous rappelle l'importance du niveau normatif en ces matières. La réadaptation ne concerne pas seulement le travail individuel avec les usagers afin d'améliorer leurs compétences et l'accès aux droits et aux ressources. Ceci concerne également le niveau législatif qui doit garantir l'accès aux droits et l'ampleur des stratégies quant à la disponibilité des ressources. Il s'agit d'une condition *sine qua non* afin que l'accès à ces ressources puisse effectivement se réaliser sur la base des droits reconnus aux citoyens.

Avec la réforme constitutionnelle de 2001, les services de santé et sociaux italiens, avec de nombreuses différences que nous n'aborderons pas ici, ne sont en fait réglementés qu'en partie au niveau national. Une grande autonomie est également donnée aux régions ainsi qu'au palier municipal. Il faut également garder à l'esprit que, parallèlement à la centralité que la dimension locale a acquise au cours des dernières décennies, le niveau supranational a également établi une pertinence, et plus spécifiquement le rôle régulateur de l'Union européenne, que nous n'examinons pas ici.⁷ Toutefois, pour mémoire, on peut rappeler quelques mots-clés reliés à notre objet d'étude, tel que « gouvernance participative », « croissance intelligente, durable et inclusive », « investissement social », « cohésion sociale », « activation des destinataires des politiques ».

En 1978, au niveau national, en plus de la réforme de la santé mentale susmentionnée (loi 180/1978), une réforme de la santé tout aussi innovante a été mise en œuvre en Italie (loi 833/1978) ; celle-ci a mis en place le premier Service national de santé, selon un modèle universaliste et avec une grande emphase sur les services territoriaux et l'intégration sociosanitaire. Comme de Leonardis l'a démontré dans son livre sur la transformation des institutions (1990), les deux lois seront mises en œuvre selon un parcours problématique et de longues durées, avec de nombreuses différences entre les diverses régions italiennes.

Ce n'est finalement qu'en 2000 qu'une « réforme organique » a été mise en œuvre en matière d'interventions et de services sociaux (loi 328/2000). Celle-ci est sous le signe de la subsidiarité verticale (entre les différents niveaux politico-administratifs) et horizontale (avec les différents acteurs du territoire, à partir du tiers secteur, mais aussi des citoyens individuels), de la centralité de la dimension locale, de l'intégration des politiques de protection sociale avec d'autres politiques pertinentes au bien-être et de la coordination d'acteurs pluriels, institutionnels et non institutionnels, impliqués dans la gouvernance de ces politiques (Bifulco, 2015, pp. 76-77).

Les expériences de Trieste ont, d'une part, contribué à l'affirmation des principes réglementaires résumés ci-dessus au niveau national et d'autre part ont cherché à se les approprier et les appliquer efficacement. La législation régionale du Frioul-Vénétie Julienne (FVG) est allée dans le même sens, notamment avec la loi 6 de 2006, appliquant le 328/2000, et avec la loi 17 de 2014 pour la réforme de la santé.

⁷ Une analyse du cadre européen réalisée dans une perspective similaire à l'approche décrite dans cette revue se trouve dans les textes suivants de Bifulco : « *Local Welfare* » (Bifulco, 2015) et, en anglais, « *Social Policy and Public Action* ». (Bifulco, 2017)

La région FVG avec la loi 6/2006 promeut, entre autres principes, l'autonomie et la vie indépendante des personnes, avec une référence particulière au soutien à domicile ; elle institue le « *Fonds pour la plus grande autonomie possible et pour l'aide à long terme* » (FAP) « adressée aux personnes résidant dans la région qui, en raison de leur état de non-suffisance, ne peuvent pas prendre soin de leur propre personne et maintenir une vie relationnelle normale sans l'aide décisive d'autrui » (art. 41). Comme nous le verrons, cette disposition constitue l'un des instruments qui soutiennent aujourd'hui, de manière transversale, les projets liés au logement des personnes sous la responsabilité des services de santé mentale, des personnes handicapées et des personnes âgées non autonomes.

Habiter : la centralité dans la santé mentale triestine

Le cadre réglementaire, de plus en plus substantiel en regard de l'intégration de diverses politiques et aspects liés au bien-être des personnes, est fortement en phase avec l'expérience de Trieste et a contribué à sa consolidation. Tout comme le travail et la socialité, la question du logement et de l'habitat a été très importante dans le processus de désinstitutionnalisation et l'invention de nouvelles institutions de santé mentale, tant avant l'émergence de ce cadre réglementaire que par la suite et jusqu'à aujourd'hui. Le mémoire de licence de Carolina Moreira a exploré spécifiquement la dimension de l'*habiter* ; elle a démontré que cette dimension de la vie des usagers dans le champ de la santé mentale à Trieste, mais aussi en d'autres lieux, a pris des valeurs différentes et complexes comme :

[...] paradigme éthique-professionnel, stratégie de réadaptation et levier fondamental dans le processus de réorganisation des services et de reconversion/allocation des ressources ; il s'agit d'un véritable domaine d'appropriation pour des politiques publiques visant non seulement la production de la santé, mais aussi la promotion des droits des citoyens et les principes de vivre-ensemble démocratique. (Moreira, 2019, p.5)

L'asile est l'exemple paradigmatique de la résidence forcée et marginalisant ; la sortie de l'asile, si elle ne coïncide pas avec l'abandon de la personne à elle-même, peut prendre valeur de « reconstruction de la pleine citoyenneté » (Saraceno, 1995, p. 6). Cette affirmation de Saraceno dans l'un de ses textes importants, « *La fin du divertissement* » (1995) veut s'opposer à la psychiatrie traditionnelle vue comme un inefficace « divertissement pour les malades ». Ce livre se veut un manuel de réadaptation psychosociale destiné à restituer aux patients leurs droits formels, c'est-à-dire la construction quotidienne affective, relationnelle, matérielle, « habitative » et productive des droits substantiels de même que la croissance des capacités telle que théorisée par Amartya Sen (2004).

L'expérience triestine a justement cherché à réaliser cette voie et, à cet égard, les dimensions *spatiales* et *procédurales* ont été cruciales dès son début, alors que le dépassement de l'hôpital psychiatrique n'avait pas encore été franchi. En effet, la réadaptation :

[...] a toujours, et à chaque moment, à voir avec les espaces concrets où les gens dorment, mangent, marchent, parlent. Le travail dans l'hôpital ne peut se faire qu'à partir de la transformation de ces espaces, et ce de manière obsessionnelle. ».
(Saraceno, 1995, p. 83)

Il en est de même, tant pour le travail à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique que pour les espaces des services territoriaux⁸ ; ceci s'applique également aux alternatives habitatives à l'hôpital psychiatrique pour les personnes souffrant de souffrance psychique. En effet, la même logique de contrôle, de confinement, d'invalidation, d'exclusion peut se reproduire en dehors de l'hôpital ; à l'opposé, des alternatives habitatives peuvent offrir la possibilité d'améliorations réelles de la qualité de vie et de l'état de santé.

L'analyse de Rotelli quant à l'insuffisance d'une idée de réadaptation conçue uniquement comme une intervention peu complexe, et souvent inefficace, destinée aux individus quel que soit leur contexte de vie, a été enrichi en regard de l'habitat par Moreira :

Il est en effet évident à quel point la différence est manifeste entre résider dans un territoire où la plupart des ressources économiques sont investies dans l'entretien des structures résidentielles — qui, comme nous le verrons plus loin, risquent fortement de répéter des mécanismes d'institutionnalisation similaires aux hôpitaux psychiatriques — ou résider plutôt dans un territoire où les politiques et les interventions sont orientées vers la reconversion de ces ressources vers une approche de "santé mentale communautaire", où le projet de vie de la personne est soutenue par des services territoriaux forts dans lesquels le rôle du département de santé mentale exerce un leadership, mais en nécessaire intégration avec d'autres services et acteurs du système.

Ces services territoriaux sont soutenus par une offre adéquate de praticiens travaillant sur le territoire ainsi que par des ressources investies dans la création d'opportunités habitatives, de plus en plus personnalisées et insérées dans le contexte social. Cela fait une différence quand les personnes ont le droit de choisir où, et avec qui elles veulent vivre, de vouloir et de pouvoir avoir leur propre chez-soi. Pour exercer ces droits, ces personnes doivent recevoir un accompagnement approprié des praticiens, c'est-à-dire que ceux-ci perçoivent comme une tâche professionnelle de s'occuper de tout ce qu'il y a à faire : des aspects bureaucratiques à tout ce qui concerne la domiciliation et la vie de quartier. Il s'agit ici d'orientations et de choix stratégiques de politiques sociales sanitaires qui doivent guider le travail des gestionnaires et des praticiens dans le champ de la santé mentale. (Moreira, 2019, p.12)

⁸ La publication « Vivre au seuil : architecture et psychiatrie » (StarAssociati, 2010) est pertinente sur l'architecture des services de santé mentale issue du parcours basaglien ; quant au pouvoir générateur des espaces de bien-être, lire Bifulco (2003, éd.)

De ce point de vue, selon Saraceno, il est important de distinguer conceptuellement le *chez-soi*, en tant que ressource à laquelle le droit d'accès doit être garanti, et l'*habiter*, en tant que processus. C'est-à-dire que l'habitant acquiert et exerce son droit de « propriété », non dans un sens exclusivement matériel du lieu dans lequel il vit, mais selon « un haut niveau de contractualisation quant à l'organisation matérielle et symbolique des espaces et des objets et à leur partage affectif avec autrui » (Saraceno, 1995, p. 81). La réadaptation doit s'appliquer à ces deux dimensions.

Toujours selon Moreira, s'appuyant sur diverses études sur le sujet, de nombreuses régions italiennes, à la suite de la fermeture des hôpitaux psychiatriques, ont mis sur pied des résidences psychiatriques. Même si ce sont des structures non hospitalières, elles ont pourtant souvent reproduit, à petite échelle, les travers des hôpitaux psychiatriques, comme la chronicité, le risque d'institutionnalisation, le manque de personnalisation des projets de réadaptation thérapeutique et le caractère souvent majoritairement carcéral de ces résidences.

Dans ces cas, même si les hôpitaux psychiatriques ne sont plus une solution, le paradigme psychiatrique qui définit les maladies, les besoins, les risques, les dangers, l'incurabilité continue sa dominance.

On sait qu'en psychiatrie il n'est pas difficile d'étendre la maladie à la totalité de l'être/personne, la faisant rentrer dans le rôle exclusif de malade. En vertu de la définition de la maladie mentale, les environnements et les procédures de traitement peuvent en tirer une légitimité qui prend la forme d'imposer à tous les aspects de la vie du sujet, des règles cohérentes avec cette définition. (Gallio, 2004, p. 5)

Les structures résidentielles ne garantissent aux « hôtes » ni le *chez-soi* ni la qualité de l'*habiter*, telle que définie précédemment.

Au lieu de cela, à Trieste et dans toute la région du Frioul-Vénétie Julienne, on a tenté de garantir ces dimensions et cela a été possible en consolidant un système territorial de santé mentale basé sur un principe solide de « responsabilité » et de « gestion publique » qui mise sur le rôle de plusieurs acteurs dans le territoire. En même temps, ce système a comme orientation d'impliquer et de transformer les contextes de vie, c'est-à-dire de mettre en pratique, de façon durable, de réels processus de rétablissement et d'inclusion sociale. Tel qu'analysé par Moreira, en ayant clarifié l'objectif, à savoir la possibilité d'impacter concrètement le fonctionnement social, la qualité de vie

et la satisfaction des besoins perçus et exprimés par les usagers :

Les praticiens ont travaillé à diversifier les parcours et les réponses de même qu'à trouver les solutions possibles ; ce, dans une relation quotidienne avec le système légal et réglementaire, les mandats professionnels et leurs diverses contraintes. Les intervenants sont continuellement allés au bout des possibilités, en étant conscients des risques encourus ; ils ont ainsi travaillé jusqu'aux limites du système et des limites de l'intervention. Ici, peut-être plus qu'ailleurs, des principes et des pratiques concrètes ont pu se renforcer et se nourrir réciproquement, permettant, outre le moment de critique et de dépassement des institutions invalidantes, l'invention progressive d'institutions nouvelles, plus cohérentes et efficaces. (Moreira, 2019, p. 34)

Spécifiquement, en regard de l'*habiter* il importe donc de retrouver brièvement le chemin historique et évolutif qui a conduit à la maturation d'un savoir-faire technico-professionnel. Celui-ci, sur la base d'expériences et de solutions concrètes, de fois en fois reprise, inventée, mise en œuvre et progressivement systématisée, a su façonner la configuration des services, au point d'impacter les dispositifs normatifs et réglementaires, afin qu'ils soient cohérents et capables de supporter, de « sécuriser » et de relancer l'action à plus grande échelle.

Comme amplement analysé par Rotelli (2015) et plusieurs autres études antérieures, parmi lesquelles celle de Dell'Acqua (2014)⁹, l'hôpital psychiatrique de Trieste en 1971 comptait 1183 personnes internées et dans les années de son « démantèlement » et de son dépassement, la question du *chez-soi* et de l'*habitat* des patients psychiatriques s'est immédiatement posée avec force, conduisant même les praticiens, à certains moments, à occuper des espaces de la ville. Rapidement (1975), les premiers centres de santé mentale ont été créés sur le territoire. Outre de faciliter le retour à domicile de ceux qui parmi les personnes internées avaient un foyer où ils pouvaient retourner, on a créé les premiers groupes d'appartements dans la ville. Souvent, les modes de démarrage des praticiens étaient créatifs : comme il était impossible d'obtenir des contrats de location pour des personnes ayant le grand stigma de « porter l'asile sur leurs épaules », il est arrivé que certains praticiens concluent des contrats de location en leur nom propre.

En même temps, dès les premiers temps du processus, l'on a cherché à rendre moins coercitif le séjour à l'hôpital psychiatrique et de ce fait plus proche de l'hospitalité, en exploitant au maximum les possibilités de la loi antérieure à celle de 1978. Il y avait ainsi la possibilité du séjour volontaire ; on inventa aussi la possibilité de donner un congé formel de l'hôpital et en même temps, lorsque

⁹ Peppe Dell'Acqua était également psychiatre collaborant avec Basaglia ; il a succédé à Franco Rotelli en tant que directeur du service de santé mentale de Trieste en 1995. Il l'a dirigé pendant 18 ans. Son livre « Je n'ai pas l'arme qui tue le lion » (2014), publié pour la première fois en 1980, réunit de nombreuses histoires de patients de l'hôpital psychiatrique de Trieste dans les années de sa transformation et fermeture ; il reconstitue la grande histoire de ce dépassement institutionnel.

nécessaire, lui donner hospitalité pour des raisons sociales et non cliniques, si la personne n'avait pas la possibilité de vivre à l'extérieur de l'hôpital psychiatrique.¹⁰

En 1981, l'hôpital psychiatrique de Trieste n'existait plus (certaines personnes pour lesquelles il n'avait pas été possible de construire une vie en ville, continuaient à vivre au sein de la zone de l'ancien hôpital psychiatrique en groupes d'appartements). En lieu et place, le Département de la Santé Mentale (DSM) a pris le relais dans un cadre institutionnel qui a évolué au fil du temps. Depuis lors, le DSM de Trieste est une référence mondiale pour les politiques de santé mentale et il est aujourd'hui le seul service italien qui figure dans le très récent guide et recension des bonnes pratiques de l'OMS relatives aux services de santé mentale communautaires (OMS, 2021).

Le Département de la santé mentale de Trieste, tel que présenté par Moreira dans son mémoire, dessert désormais une population d'environ 234 000 habitants (la municipalité de Trieste et les petites municipalités de sa province). Actuellement, les services du Département de santé mentale de Trieste sont divisés :

- 4 Centres de santé mentale ouverts 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, avec une disponibilité de 6/7 lits, dont chacun est une référence pour un bassin d'environ 60 000 habitants. La Clinique Psychiatrique Universitaire fait référence à l'un de centres ;
- Le Service de Diagnostic et de Traitement Psychiatrique avec 6 lits ;
- Le Service Habilitation, Logement et Rems (avec un bureau de coordination des structures d'hébergement qui organise les formes d'habitat aidé et/ou innovant) ;
- Un système de « Centre de Jour diffus » ;
- Une Résidence pour l'Exécution des Mesures de Sécurité avec deux lits ;
- Une clinique ambulatoire pour les troubles de l'alimentation ;
- Un service de santé mentale pour les jeunes.

¹⁰ C'est la figure de « l'invité », introduite par l'administration provinciale de Trieste en 1973, afin de reconnaître la possibilité que des patients sortis parce qu'ils n'étaient plus considérés comme « hospitalisés » puissent continuer à vivre dans un hôpital psychiatrique, car il n'était pas possible temporairement de trouver une solution pour eux hors de l'hôpital, en raison du manque de ressources et du manque de soutien des membres de la famille ou d'autres personnes. La figure de « l'invité », reprise par de Leonardis (1990) pour illustrer les « stratégies indirectes » de désinstitutionnalisation « est anormale et contradictoire. Il n'est pas hospitalisé, ni volontaire, ni forcé, il a recouvré ses droits civiques, il entre et sort de l'asile comme il veut, il l'utilise comme foyer. « Mais l'asile n'est pas une maison : l'hospitalité représente clairement que l'on va ou reste dans un asile faute d'alternatives, d'argent, de relations et de soutien, de ressources pour vivre dans le tissu des échanges sociaux. L'hospitalité représente donc une contradiction ouverte » (de Leonardis, 1990, p. 70-71). C'est une invention temporaire par rapport à l'objectif de se passer de l'asile « une petite solution thérapeutique concrète pour des personnes concrètes » ; une stratégie qui met en scène une sorte de « métaphore du possible » ; en constituant une « pratique de l'objectif » elle ouvre de nouvelles possibilités, dans le sens de changements sociaux et personnels plus large.

Onze coopératives sociales, huit associations de volontariat ou de promotion sociale et le réseau des associations de familles et d'usagers, dont un groupe « Soutien par les pairs », sont partenaires et co-gérants du réseau de services.

Toujours à la suite des travaux de Moreira, le « modèle territorial de prise en charge de Trieste » repose sur les trois principes suivants :

1. ***La responsabilité du service de santé mentale de l'ensemble de la zone de référence.*** Un Centre de santé mentale comme structure pivot, ouvert 24 h/24, promotion de la santé mentale de la population d'un territoire spécifique, accès direct sans procédures particulières, pas de référence et pas de délégation à d'autres services, non-sélection par gravité, non-abandon des patients graves difficiles ;
2. ***La présence active du service et mobilité vers la demande.*** Approche concrète des besoins de la personne et recherche de solutions possibles, « aller vers » les besoins de la personne (à l'endroit où se posent les problèmes), réduction des temps d'attente entre les demandes pour l'aide et le touché thérapeutique, sans référence à d'autres services ;
3. ***La continuité thérapeutique dans le temps et dans les lieux.*** Le Centre de Santé Mentale, comme structure pivot, a la responsabilité du parcours de soins dans toutes ses phases. Le modèle de prise en charge n'est pas basé sur la délégation de services du public au privé et sur la délégation conséquente de la personne à des structures qui prennent en charge l'ensemble du processus de réhabilitation ; au contraire, il vise à créer, construire et gérer des parcours de prise en charge, conjointement avec les services de santé (dans le cadre des dispositifs généraux d'insertion sociale), le secteur privé impliqué dans la cogestion des Projets de Réadaptation Thérapeutique Personnalisée « *Personal Recovery Training Program* » (PRTP), et avec les bénéficiaires de ces projets.

Depuis le début des années 1980, à la suite d'un travail intense visant le changement culturel et l'intégration de différentes politiques, pour aborder la question des droits des personnes atteintes de troubles mentaux, l'ATER, entreprise publique de logement social, a établi des parcours particuliers d'accessibilité au logement social pour les personnes désinstitutionnalisées des hôpitaux psychiatriques ou d'autres établissements totalitaires; la Société a également attribué des logements à des groupes d'usagers de services de santé mentale dans les appels d'offres pour les familles. En ajout, l'ATER a mis des logements à la disposition des services sociaux sanitaires afin qu'ils puissent

répondre de manière transitoire à des besoins urgents d'usagers. « De plus, la culture de la ville autour de la maladie mentale a commencé à changer, certains appartements étaient disponibles sur le marché privé pour la création de groupes d'appartements pour des usagers des services de santé mentale » (Del Giudice, 1997).

Giovanna Del Giudice, psychiatre triestine, dans son texte « *Les structures résidentielles dans le département de la santé mentale* » (1997) a relevé que dans la décennie des années 1990 des solutions de logement différenciées et personnalisées ont été promues par le DSM en collaboration avec le milieu de l'habitation sociale à but non lucratif. Beaucoup d'efforts ont été déployés afin de rendre ces lieux accueillants, notamment en ayant accès à des ressources telles que des fonds pour la rénovation et l'ameublement des maisons. De même, le DSM a pu obtenir de l'aide municipale à domicile pour les personnes atteintes de maladies mentales.

Ainsi, progressivement, un réseau de différentes opportunités s'est créé afin de répondre aux enjeux de logement et d'insertion sociale, tant pour les personnes précédemment internées à l'asile que pour les personnes entrées en contact avec les nouveaux services territoriaux de santé mentale. Il s'agit d'opportunités étroitement reliées au réseau de services du DSM et pour lesquelles l'intégration avec d'autres services sociaux a également été recherchée.

Les projets de réadaptation thérapeutique personnalisés (PRTP) ont été et sont toujours des outils fondamentaux pour la mise en œuvre de solutions de logement. Le PRTP, selon Castelpietra et al. (2018) est élaboré par l'équipe soignante et les établissements partenaires avec la participation active de la personne concernée et de la famille. Il met la personne et ses besoins au centre du processus d'intervention, définissant les objectifs, les méthodes, les procédures, le calendrier et les ressources nécessaires pour favoriser l'inclusion, l'habilitation et la réinsertion sociale.

Une étape particulièrement importante, comme le souligne Moreira, a été la méthodologie du Budget Individuel de Santé (BIS)¹¹ ; déjà utilisée de manière expérimentale à la fin des années 90, celui-ci est introduit sous une forme plus structurée à Trieste à partir de 2006. L'introduction de la méthodologie BIS combinée au PRTP a permis la reconversion de la ressource économique investie

¹¹ Le budget individuel de la santé restitué à chaque personne prise en charge, des ressources économiques — non supplémentaires, elles font partie des mêmes ressources qui servaient auparavant à financer le service — à la mesure de l'investissement jugé nécessaire pour restaurer son fonctionnement.

dans les structures (généralement il s'agissait de frais d'hospitalisation) en une ressource dévolue aux personnes ; ceci a permis l'évolution des projets résidentiels 24 h/7 jours vers des situations de vie protégée de plus en plus différenciées, jusqu'à un accompagnement personnalisé, même à domicile.

Cette combinaison de deux instruments et le passage du financement de structures au financement de processus personnalisé sont illustrés en détail par Righetti (2013) dans son livre « *Le budget de santé et le bien-être communautaire : méthodes et pratiques* » ; ainsi qu'en regard de l'expérience de Trieste dans quelques textes de fonctionnaires de l'Agence sanitaire de Trieste (Castelpietra, Furlan, Massiotta, 2018 ; Castelpietra et al, 2018). Une définition utile et concise est la suivante :

En somme, le budget individuel de santé est un instrument individualisé qui donne accès à une personne à un montant de ressources défini et proportionné à ses besoins de la personne, ce dans une perspective multidimensionnelle. Ces ressources, sur la base d'un projet partagé avec la personne (le projet de rééducation thérapeutique personnalisée), sont utilisées de manière flexible dans différents domaines : la relation, le domicile, le travail. La mise en œuvre du budget santé implique une pluralité de sujets sociaux différents et tout un chacun est responsabilisé, à commencer par le bénéficiaire. (Castelpietra, Furlan, Massiotta, 2018, p. 22)

Actuellement, ce dispositif est encadré par un cahier des charges spécifique, régissant le partenariat public-privé à but non lucratif de co-gestion des services relatifs à la constitution des Budgets individuels de Santé en appui aux Projets de réadaptation thérapeutique personnalisée sous la responsabilité des Centres de Santé Mentale. L'entité privée sélectionnée met en œuvre les activités suivantes auprès de la personne en collaboration avec les services publics qui l'accompagne : co-planification de l'intervention ; production d'opportunités dans un ou plusieurs des trois axes d'intervention (habiter, travailler et socialiser) ; soutien approprié quant à la mise en œuvre de ces opportunités, par des interventions thérapeutiques rééducatives et socio-éducatives visant à favoriser le développement de l'autonomie, la promotion de groupes d'entraide et la promotion d'intervention en réseau.

Le BIS peut ainsi être perçu de plusieurs façons : a) « un outil de personnalisation des interventions ; b) une technologie de régulation des relations entre le réseau public et le tiers secteur ; c) un dispositif d'insertion sociale et sanitaire ; d) un outil d'innovation du réseau de services » (Castelpietra, Furlan, Massiotta, 2018, p. 22).

Compte tenu de l'ampleur, de la complexité et des besoins spécifiques des usagers, les PRTP avec les BIS et compte tenu du Cahier des Charges et de la réglementation en vigueur de l'Agence

sanitaire de Trieste, peuvent avoir des intensités différentes et sont divisés en catégories très diversifiées et flexibles.

Dans les années 2000, il a été possible de développer, en partie grâce à l’outil BIS, de nouveaux programmes dans le domaine du logement, diversifiant ainsi les interventions, redynamisant les ressources et favorisant de fait une réelle participation des personnes concernées.

Sur la base de la synthèse faite par Moreira, reprenant et mettant à jour l’article de Mezzina et Ridente (2015)¹², les aspects suivants du parcours résidentiel peuvent être identifiés :

- **La substitution.** La substitution, jusqu’à sa fin, des interventions relatives à l’hébergement vers des interventions d’accompagnement à domicile ; ce même pour les usagers les plus problématiques ; l’on reconvertit alors les ressources, les rendant hautement flexibles et personnalisables en termes d’accompagnement et de temporalité. Il s’agit d’élaborer des réponses plus adaptées aux besoins des personnes, définis avec l’implication des personnes directement concernées. Moreira a reconstitué l’évolution des structures résidentielles à Trieste de 2001 à 2019 avec le tableau suivant :

Tableau 1

Évolution du nombre de structures résidentielles et de personnes séjournant dans des structures résidentielles (Département de la santé mentale) à Trieste

Année	Nombre de résidences	Hébergées
2001	12	82
2005	11	71
2011	10	71
2016	3	17
2019	0	0

- **Au-delà de la logique *client-fournisseur* dans la relation entre le service public et le tiers secteur.** La construction d’un partenariat « public-privé » pour la réalisation conjointe — co-

¹² Voir aussi, en anglais, Mezzina et Ridente (2016)

planification et co-gestion — de projets liés à des personnes a permis de renforcer les capacités d’initiative, d’expérimentation et de collaboration du tiers secteur, non seulement avec le service public, mais aussi entre eux. Le développement d’une culture et d’un langage commun a été favorisé grâce à tous ces moments d’échange, de suivi et d’évaluation regroupant les intervenants de la santé mentale de même que les partenaires impliqués dans les différents projets (Mezzina et Ridente, 2015);

- **La multiplication des partenaires.** De deux coopératives sociales en 2005, aux onze coopératives sociales actuelles; auxquelles s’ajoutent la présence et le travail des diverses associations qui collaborent avec la DSM.

Actuellement, les opportunités de logement promues par la DSM à Trieste peuvent être attribuées aux deux formes principales suivantes :

1. **L’habitation accompagnée :** Il s’agit d’une cohabitation d’un maximum de 5 personnes. Le titulaire du contrat de location et/ou le propriétaire peut être l’Agence sanitaire de la santé pour les appartements gérés par la société HLM ou le partenaire, co-gestionnaire de la BIS.
2. **La domiciliation :** Le titulaire du contrat de location et/ou le propriétaire est la personne elle-même. Les soins à domicile se déclinent selon trois possibilités : individuelle, en petits groupes avec un maximum de 4 personnes, en cluster (4/5 appartements contigus de la société HLM, simples ou doubles).

Dans le cahier de charges, l’Agence sanitaire a fourni des indications précises sur la base desquelles les promoteurs peuvent définir leur offre quant au logement. Lorsque le propriétaire du logement est le partenaire co-gestionnaire du BIS, il est précisé qu’il doit mettre à disposition des logements situés dans des zones centrales et desservies, équipées d’environnements accueillants, avec des espaces à la fois personnels et communs, organisés pour garantir des espaces et des rythmes de la vie quotidienne normale et permettant aux usagers d’utiliser leur propre mobilier et de personnaliser les espaces.

Le réseau extrêmement diversifié d’opportunités et de solutions habitatives, présent aujourd’hui dans la réalité de Trieste, est le résultat d’un processus long et complexe et d’un travail collectif mené sur le plan réglementaire, administratif et opérationnel, par d’amples partenariats, et

sur la possibilité à chaque fois, de façon différente et unique, de combiner ces différents partenaires entre eux et avec les ressources de la personne et du territoire.

Selon Moreira, dans la grande variété de solutions existantes :

[...] peut-être que le dénominateur commun de toutes les opportunités du système de logement est le PRTP, dans la mesure où il prévoit une intervention d'accompagnement importante en matière de logement. Ce ne sont pas les différentes opportunités habitatives qui définissent l'intervention ou les ressources à utiliser ; c'est le projet individuel qui décline chacune des opportunités existantes (ou à créer) adaptées à cette personne spécifique : chaque PRTP, en effet, identifie et compose à chaque fois un mix d'ingrédients différents, tant en termes d'intensité et de temporalité de l'accompagnement, qu'en termes de moyens déployés. D'un point de vue économique, ils peuvent être activés ou mis en jeu, selon les cas : BIS, FAP, interventions économiques directes, participation de la personne à ses dépenses, etc. Quant à l'accompagnement et le soutien, tous les acteurs présents sur le territoire peuvent être potentiellement impliqués. (Moreira, 2019, p.51-52)

Le réseau actuel du « système résidentiel » du DSM de Trieste peut être synthétisé comme suit, toujours selon Moreira :

- **Des habitations individuelles ou cohabitations en petits noyaux (max. 3 personnes) dans des logements sous la responsabilité légale des personnes.** Des modules flexibles d'accompagnement au domicile sont prévus, combinant des ressources (économiques et autres) de nature différente (formelle et informelle).
- **L'habitation en *cluster*.** Les projets « *Villa Carsia* » (démarré en 2009) et « *Via Negri* » (démarré en 2018) font partie de deux ensembles résidentiels de la société HLM (ATER), au sein desquels certains logements voisins ont été nominalement affectés (à partir du défilement régulier du classement de notation, mais avec une collaboration et un travail constant entre le DSM et l'ATER) aux personnes suivies par le DSM et ayant un besoin d'accompagnement au logement. Dans ces logements, les personnes vivent seules ou à deux, chacune a son propre contrat de location et se voit attribuer un budget de santé personnalisé. Le projet garantit une aide à domicile flexible, jusqu'à 24 heures/jour, fournie par des intervenants du tiers secteur, centrée sur la personnalisation de l'intervention et favorisant la titularité et l'autonomie des locataires par des activités de groupe et des moments conviviaux. Ils garantissent leur présence en coaching/accompagnement dans les moments cruciaux du jour et de la nuit, se déplaçant selon les besoins et à la demande des personnes d'un logement à l'autre. Ce type d'organisation favorise l'intimité de ceux qui vivent dans leur logement ; ils peuvent

demander de l'aide sans se sentir obligés de la présence constante d'intervenants dans leur propre maison (Mezzina, Ridente, 2015). Certains services de proximité innovants sous la responsabilité des districts, comme les « *Microareas* » (*microterritoires*), contribuent également à soutenir ces projets (voir la section suivante).

- **Les logements-services dont la responsabilité légale est du cogestionnaire du BIS (max. 5 personnes).** Une cohabitation dans un logement dont la responsabilité légale est le code gestionnaire du Budget Santé, avec un accompagnement 24 h/24, conformément au cahier des charges et de l'engagement du partenaire co-gestionnaire;
- **Le logement à usage transitoire.** La collaboration de l'entreprise de santé avec la société HLM a permis d'acquérir et d'utiliser des logements destinés à la réalisation de projets sociaux et sanitaires à caractère transitoire destinés à de petits groupes de cohabitation ou en soutien à la réalisation de projets de logements accompagnés. Ils sont utilisés comme solution d'hébergement temporaire pour les personnes qui ont retrouvé un niveau d'autonomie suffisant et qui sont en attente d'un logement social, ou qui pour diverses raisons doivent s'éloigner de leur contexte familial, et dans certains cas pour éviter des séjours prolongés et inappropriés dans le CSM ou le SPDC.

Il y a aussi deux autres projets qui ont une composante « résidentielle », mais avec des caractéristiques fortement transitionnelles. Dans le scénario du réseau d'opportunités, elles représentent une déclinaison possible de solutions spécifiquement orientées vers le rétablissement, dédiées à des groupes particuliers de personnes et avec une forte valorisation du volet soutien par les pairs, gérée en collaboration avec des partenaires du tiers secteur :

1. **Le programme d'accueil pour le rétablissement des femmes.** Il est dédié à celles ayant des problèmes de santé mentale avec lesquelles un projet personnalisé a été élaboré, visant à acquérir un plus grand degré de bien-être et d'autonomie dans la vie et dans la vie sociale et sociale ; il est réalisé avec la collaboration active d'une association de femmes ayant vécu l'expérience de la souffrance psychique.
2. **La Maison du rétablissement.** C'est une expérience très innovante, initiée par la DSM en 2015, en collaboration avec une coopérative sociale et une association. L'expérience de cohabitation, qui a commencé avec 6 personnes, propose actuellement un hébergement pour 4 personnes, principalement des jeunes ayant des problèmes psychotiques. Elle est basée sur

les principes du « *Whole Life Recovery* » pour offrir aux utilisateurs de services de santé mentale, à leurs familles et intervenants la possibilité d'expérimenter de nouvelles formes de collaboration, en tenant compte de leurs propres histoires de vie et de l'importance d'amorcer ensemble des processus de guérison. La cohabitation, de nature élective, dure six mois et a pour but de favoriser les parcours individuels de rétablissement, notamment par la réduction ou la révision de l'usage de drogues. Au moment de l'entrée, une explication claire des intentions et des objectifs est prévue afin de favoriser des chemins de rétablissement conscients et responsables. Le départ de la maison coïncide avec la construction d'un projet personnalisé, qui peut être soutenu par un budget santé (Mezzina et Ridente, 2015).

Quant aux chiffres, se référant toujours au travail de Moreira, en juin 2019 — et il n'aurait pas dû y avoir de changements majeurs à ce jour — les personnes qui ont été impliquées dans l'une des situations qui faisaient partie du réseau d'opportunités habitatives décrites ci-dessus et avaient un PRTP avec une composante importante liée au logement, étaient de 74 ; les logements composant le système résidentiel, étaient de 34 au total.

Parmi ceux-ci, plus de la moitié étaient représentés par des logements dont les personnes qui y vivent (et leurs éventuels hôtes) sont propriétaires du contrat de location.

Comme Giovanna Gallio (2004) l'illustre dans les guides d'accompagnement qu'elle a édité pour un cours de formation adressé aux intervenants du Département de Santé Mentale de Trieste et aux institutions partenaires de l'Aide à l'Assistance et de l'Habitat Social, la question de la qualité de vie n'est pas résolue au sein des murs du logement, mais soulève la question plus large de l'habitat, de l'environnement de la personne. C'est pourquoi nous allons maintenant examiner le programme *Habitat MicroAreas*.

Le programme *Habitat MicroAreas*

J'ai plus de dix ans d'expérience professionnelle dans ce programme¹³ ; je l'ai également approfondi dans mes études, notamment avec le mémoire de mon deuxième diplôme (Bono, 2015) ainsi que lors d'activités de formation et de recherche. Pour illustrer ses principales caractéristiques,

¹³ La coopérative sociale pour laquelle je travaille a d'une part contribué et contribue toujours aux activités du programme et d'autre part a tenté d'étendre son approche à de nouveaux territoires où un tel cadre institutionnel n'existe pas. Dans deux brefs textes que j'ai écrits avec Sari Massiotta (Bono et Massiotta, 2018 ; Bono et Massiotta, 2019), nous approfondissons le lien entre ces deux milieux de travail différents et entre le travail institutionnel et celui de la coopération sociale. Il existe également plusieurs publications de la Coopérative Sociale La Collina qui rendent compte de son engagement à consolider et étendre l'approche des microterritoires.

je me baserai sur mon mémoire ainsi que sur un rapport intermédiaire que j'ai rédigé récemment (Bono, 2021) pour la recherche « *Je reste chez moi. Stratégies et outils pour les soins à domicile inclusifs et participatifs* » sur laquelle je travaille actuellement avec Giovanna Del Giudice et Fabiana Martini¹⁴. Le rapport final du cours de formation sur les microareas adressé aux fonctionnaires de la municipalité de Barcelone sur lequel j'ai travaillé avec Pantxo Ramas, Giovanna Del Giudice et Silvia D'ambrosio en 2020 (Cooperativa Sociale *La Collina*, 2020) sera également mis à profit ainsi que divers autres documents de référence, parmi lesquels une présentation faite par l'entreprise de santé dans les premières années du projet (Strutti, 2007, dir.) et le numéro deux du magazine autoproduit « *La città sociale* » (2018), écrit collectivement par les intervenants des microareas et des citoyens¹⁵.

Le programme *Habitat MicroAreas* de Trieste et de Muggia implique l'Agence sanitaire de Trieste, deux municipalités, une société de logement public (ATER)¹⁶, le tiers-secteur et des citoyens dans des parcours intégrés et soutenus de santé et de développement communautaire dédiés à des *microterritoires* spécifiques, comptant entre 400 et 2000 habitants, les plus périphériques et défavorisés de la ville.

Il s'agit d'une expérience innovante qui propose, dans de petites zones pensées comme laboratoires utiles, d'initier une transformation globale des services, de faire un effort supplémentaire dans la mise en œuvre des indications des organisations internationales (pour la prise en charge non hospitalière, mais à domicile des maladies chroniques, d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, pour renforcer la cohésion sociale...) et des principes réglementaires nationaux et régionaux associés (intégration sociosanitaire, implication active de la collectivité et du tiers secteur...).

Après une première expérimentation en cinq zones pilotes (projet *Habitat*, 1998) en 2005, l'Agence sanitaire a intensifié son engagement en affectant quelques-uns de ses intervenants permanents au projet, appelé depuis « *Habitat MicroAreas* », et en signant un protocole d'accord avec

¹⁴ Le projet « *Je reste à la maison. Stratégies et pistes pour des services à domicile inclusifs et participatifs* », de l'association Conférence permanente pour la santé mentale dans le monde Franco Basaglia, aborde les dynamiques sanitaires et sociales que l'épidémie de Covid 19 a mises en évidence. Elle étudie les opportunités qu'ont les personnes âgées, en particulier si elles sont fragiles de « choisir, sur la base de l'égalité avec les autres, leur lieu de résidence et où et avec qui vivre » et avoir « accès à une gamme de services d'accompagnement à domicile, résidentiel ou communautaire, y compris l'assistance personnelle nécessaire pour permettre leur permettre de vivre au sein de la communauté et de s'y intégrer et d'éviter qu'ils ne soient isolés » (article 19 de la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées) dans la municipalité de Trieste.

¹⁵ Je signale également une interview de Gianluca D'Amico, publiée en ligne, dans laquelle je donne des informations pertinentes. (Bono, 2020). Par ailleurs, pour une présentation du programme *Habitat MicroAreas* en anglais, voir l'article de l'OMS « *Habitat-MicroAreas Program in Trieste, Italy* » (WHO, 2018) et l'article « *MicroAree Program: health, Housing and community building in Trieste* » (De Vidovitch, 2017)

¹⁶ À Trieste il y a une présence très importante de logements sociaux en comparaison avec d'autres villes italiennes.

la municipalité de Trieste et l'ATER dans lequel les trois partenaires s'engagent à réaliser et étendre l'intervention conjointe. Par la suite (2009), un protocole d'accord similaire a été signé par la même Agence sanitaire et l'ATER avec la municipalité de Muggia, une autre municipalité de la province de Trieste. Ces accords ont été renouvelés plusieurs fois au fil des années, multipliant les territoires concernés par le Programme *Habitat MicroAreas* et précisant de plus en plus les modalités de collaboration entre les diverses parties prenantes.

Aujourd'hui, les « *microareas* » (*microterritoires*), caractérisés pour la plupart par une forte présence de logements sociaux et par une population plus âgée, plus pauvre et plus malade que le reste de la ville, sont au nombre de dix-sept, à Trieste et à Muggia. Le territoire de la province de Trieste compte un peu plus de 234 000 habitants au total et les *microterritoires* totalisent plus de 19 000 habitants. Ils agissent comme une loupe qui permet, dans les territoires de référence, de connaître de plus près à la fois les problèmes et les besoins et les ressources pertinentes pour élaborer des solutions et ainsi d'intervenir plus efficacement.

L'intervention dans ces *microterritoires* est caractérisée par les mots d'ordre « santé et développement des communautés » ; elle se veut, comme cela a été souligné depuis les toutes premières années, « local, pluriel et global ». L'intervention se déploie selon cinq axes spécifiques, étroitement liés les uns aux autres, et fondés sur la présence quotidienne et continue sur le territoire :

1. **La connaissance constante** (ex. « porte-à-porte ») de l'ensemble de la population et le contact direct, au point de services, lors d'activités publiques ou impliquant des groupes spécifiques, et/ou lors de visites à domicile, avec ceux qui participent et/ou ceux qui ont des besoins.
2. **Un accès facile aux services pour tous ceux qui en ont besoin**, à commencer par les personnes les plus vulnérables (un *microterritoire* ne peut pas fonctionner adéquatement sans un réseau de services de proximité impliqués et disponibles pour mettre en œuvre les objectifs du projet).
3. **L'optimisation des interventions pour le soutien à domicile** des habitants en opposition à l'institutionnalisation.
4. **L'intégration inter et intra-institutionnelle et avec le tiers secteur** afin de favoriser la

collaboration entre les différents services et acteurs intervenant auprès d'un même individu et d'un même territoire.

5. **La participation et le développement des communautés**, vers un système de bien-être communautaire (*welfare di comunità*) afin de faciliter le leadership des citoyens, tout en prenant en compte le secteur marchand et le tiers secteur du territoire et en partenariat avec les organismes signataires de l'Entente. En pratique, le développement des communautés comme garant des droits des citoyens et de la communauté ; de même, l'intervention publique se déploie en soutien aux ressources du territoire.

L'accompagnement des habitants, en commençant par les plus vulnérables, vise à leur donner accès aux services afin qu'ils obtiennent des réponses efficaces à leurs besoins, ce de manière globale et holistique. Cette intervention est étroitement reliée au contexte social, au sein duquel les individus trouvent des opportunités d'inclusion, de soutien, d'expression et de renforcement de leurs capacités. Le *microterritoire* agit, de fait, comme un incubateur d'initiatives collectives afin de réaliser des projets territoriaux pertinents et voulus par la communauté. Le *microterritoire* facilite ainsi la coordination entre tous les acteurs (« faire ensemble ») de même que l'implication des personnes les plus vulnérables ; elle agit comme une passerelle entre les besoins et les ressources. Certains dispositifs sont indispensables dans la création d'un *microterritoire*:

- **La personne pivot du *microterritoire***. La personne pivot du *microterritoire* est un intervenant de l'Agence sanitaire ou du tiers secteur ; en co-construction avec les autres organismes de l'Entente et présent au quotidien dans la zone de référence, elle joue un rôle de coordination opérationnel ;
- **Les concierges sociaux**. Les concierges sociaux sont des intervenants d'une coopérative sociale qui travaillent pour le compte de la municipalité (pour les activités de socialisation) et de l'ATER. Ils agissent comme intermédiaires entre les locataires habitant les immeubles de l'ATER et cette entreprise publique ; ils sont les catalyseurs d'un processus de « soin des lieux ». Ils travaillent également de manière intégrée avec la personne pivot et d'autres membres de l'équipe opérationnelle : deux volontaires du service civique, des adolescents boursiers du service régional de solidarité, des boursiers des services de formation à l'emploi et des habitants du quartier qui s'impliquent volontairement et activement aux activités ;

- **Le Groupe Technique Territorial.** Le Groupe Technique Territorial se réunit une fois par mois, mais les membres travaillent ensemble au quotidien chaque fois que nécessaire. Il regroupe l'équipe du *microterritoire* et les intervenants des services partenaires (district, santé mentale, dépendance, service social, etc.) de même que le tiers secteur présent sur le territoire ;
- **Le point de services du *microterritoire*.** Le point de services du *microterritoire*, généralement situé dans un appartement mis à disposition par l'ATER, doit être le plus visible et accessible possible. Il est équipé d'une cuisine et accueille la présence de tous les organismes partenaires de l'Entente. Le point de services fait également office de centre de référence pour la communauté et est ouvert à une autogestion partielle par les habitants. Le programme *Habitat MicroAreas* s'adresse à l'ensemble de la population du quartier de référence ; parmi les différents groupes de population qui en bénéficient, il importe de souligner l'importance de la population âgée. Celle-ci est surreprésentée dans les *microterritoires* ciblés par rapport à la moyenne provinciale, déjà particulièrement élevée. Comme on peut le reconstituer à partir du tableau ci-dessous (données de l'Azienda Sanitaria 2019), le pourcentage de plus de 65 ans est de 32,7 % dans les *microterritoires*. Il est beaucoup plus élevé que celui de l'ensemble de la province de Trieste (28,6 %) et il est bien supérieur au niveau régional (FVG) (25,9 %).

Tableau 2

Population par tranche d'âge dans les microterritoires, dans la province de Trieste et dans la région Frioul-Vénétie Julienne. Données de l'autorité de santé 2019

Catégories d'âge	Microterritoires		Province de Trieste		Région FVG	
	n	%	n	%	n	%
0-14	2064	10,4	26 029	11,1	148 116	12,2
15-64	11 273	56,9	141 559	60,3	752 052	61,9
65-74	3101	15,7	30 358	12,9	150 962	12,4
Plus de 75 ans	3375	17	36 745	15,7	164 459	13,5
Total	19 813	100	234 691	100	1 215 591	100

Note. n = taille de la population.

Le séjour à domicile des personnes âgées en situation de vulnérabilité de même que leur qualité de vie est grandement facilitée dans les *microterritoires* grâce à une présence accessible et

continue de l'équipe sur le territoire ; leur style de travail proactif, ouvert, flexible de même que le travail de coordination réalisé par la personne pivot ont construit et entretenu une socialité ouverte et inclusive dans les *microterritoires*. Dès lors, la lutte contre l'institutionnalisation des personnes âgées revêt une forte pertinence dans les *microterritoires*.

Le programme *Habitat MicroAreas* repose sur des objectifs précis, mais il n'y a pas de procédures spécifiques pour les atteindre ; ceux qui travaillent sur le terrain peuvent ainsi expérimenter et identifier les meilleures modalités de travail selon les caractéristiques du territoire et de sa population. À ceci est reliée la question des indicateurs de suivi et d'évaluation du projet compte tenu de la nature intrinsèquement relationnelle du travail dans les *microterritoires*. Cette question, par choix, a été laissée ouverte et elle a accompagné tout le développement du projet ; elle a suscité d'intenses débats sur l'opportunité et la mesure des résultats du projet, également en termes quantitatifs.

L'importance d'une évaluation qualitative a été fortement thématifiée et affirmée ; l'on voulait être capable de circonscrire la dimension *participative* des soins individuels et collectifs issus du projet ; c'est-à-dire la qualité des relations activées dans le parcours de soins, l'épanouissement personnel des citoyens et l'espace central donné à la voix et au point de vue de ceux directement impliqués. Pour cela, divers recueils d'histoires et de récits ont été produits, dont des productions vidéo.

À ce titre, il importe de signaler le livre « *La città che cura* » (Gallio et Cogliati Dezza, 2018, dir.) ; il s'agit d'un recueil de récits de soins et d'accompagnement dans le contexte de vie de personnes en grande situation de vulnérabilité. Le documentaire homonyme d'Erika Rossi raconte quelques histoires et expériences du *microterritoires* de Ponziana. Des supports très riches, issus de formations très participatives menées avec une approche de recherche-action, sous la direction de Giovanna Gallio ont également été élaborés et diffusés. Ils sont destinés aux intervenants des *microterritoires*, des districts et des partenaires : par exemple, une publication porte sur les expériences de parcours de soins et de santé dans les *microterritoires* (« *Fare Salute* », Gallio, 2011, dir.) et une autre a trait au rôle des divers acteurs dans ces parcours de soins et de santé (« *Cura and partecipazione* », Gallio, 2015, dir.)¹⁷. Parmi les nombreux matériels vidéos des dernières années, un documentaire intéressant a également été réalisé sur les *microterritoires* du district 3 (« *Microarea*

¹⁷ Pour une narration et une réélaboration d'une expérience de recherche dans le domaine microterritoires, voir « *Le ecologie che cure* » de Pantxo Ramas (2019). Un extrait de ce texte a été traduit en anglais et se trouve sur ce lien : <https://entrafuera.net/2019/04/02/en-caring-ecologies-an-excerpt/>

Macroprogetto », par Ambrogio Manenti)¹⁸.

Il est très difficile de rendre pleinement compte de l'efficacité du projet avec des méthodologies quantitatives ; il s'agit d'un projet complexe et ouvert à la subjectivité des individus et des *microterritoires*. Cependant, malgré les difficultés et les limites d'appliquer des procédures standardisées à des pratiques non standardisées comme celui des *microterritoires*, le projet n'a pas renoncé aux méthodologies quantitatives de suivi et d'évaluation.

En ce qui concerne le suivi, des bases de données qui recensent certaines des activités sont constamment utilisées ; pour l'évaluation, les organisations partenaires du projet ont commandé deux recherches à des groupes de recherche universitaires ; elles ont été réalisées entre 2016 et 2018. Il s'agit d'une recherche épidémiologique (coordonnée par Fabio Barbone, Université d'Udine) et d'une recherche sociologique (coordonnée par Roberto di Monaco, Université de Turin).

La recherche épidémiologique est décrite dans l'article « *Measuring the impact of a social program on healthcare: a ten-year retrospective cohort study in Trieste, Italy* » (Castriotta et al., 2020). Il s'agissait d'une enquête, de 2006 à 2015 comme période d'étude, sur la base de deux échantillons, similaire selon l'âge, le sexe, les caractéristiques socio-économiques et de santé : a) un échantillon de personnes résidant dans les *microterritoires* ; et b) un échantillon de personnes ne résidant pas dans les *microterritoires*. Il s'agissait de déterminer si le facteur de résidence modifiait les modalités d'accès au service de santé, en termes d'hospitalisations et d'accès aux urgences. Selon les analyses statistiques effectuées, la recherche a établi l'existence de tendances en ce qui concerne les habitants des *microterritoires* quant à des modes d'accès plus appropriés à des services de santé. Les tendances identifiées ont des niveaux d'intensités différentes, pas toujours élevés ; en synthèse extrême, dans les *microterritoires*, il y a eu moins d'hospitalisations aux urgences et répétées pour certaines pathologies, en particulier pour les pathologies psychiatriques, mais pas seulement, en particulier pour les femmes ; en parallèle dans certains cas, il y a eu une augmentation des hospitalisations programmées. Il y a également eu moins d'accès aux urgences pour les codes blancs (non urgents). Les résultats issus de l'analyse des hospitalisations et de l'accès aux urgences suggèrent donc que les *microterritoires* ont permis une gestion plus efficace des besoins de santé.

La recherche sociologique, décrite dans l'article « *Promoting health equity through social*

¹⁸ Les documentaires « *La città che cura* » et « *Microarea Macroprogetto* » ont été sous-titrés en anglais

capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy » (Di Monaco et al., 2020) a étudié le « capital social » généré dans les *microterritoires* et ses impacts sur la santé des personnes les plus vulnérables c'est-à-dire des personnes confrontées à des problèmes dépassant leur capacité de gestion et nécessitant un soutien très significatif. L'équipe de recherche a développé, avec les personnes pivots des *microterritoires*, un questionnaire spécifique et semi-structuré afin d'enquêter sur trois aspects : a) les vingt-sept problèmes identifiés par les personnes pivots comme étant typiques des personnes accompagnées dans les *microterritoires* ; b) l'expérience que les personnes ont vécue quant à la résolution de ces problèmes ; c) et leur expérience en termes de santé physique et mentale. Le questionnaire a été administré à un échantillon de personnes résidant dans les *microterritoires*, réparties entre des personnes « accompagnées » et « non accompagnées » du *microterritoire* de même qu'un échantillon de non-résidents du *microterritoire* ayant des caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires similaires. Pour chaque problème, si vécu par la personne au cours des deux années précédentes, la relation avec les services publics et les personnes proches ainsi que les caractéristiques et l'adéquation de l'aide reçue ont été reconstituées, identifiées et mesurées selon différentes dimensions. Un résultat statistiquement significatif de cette recherche est que les personnes, généralement fortement défavorisées, accompagnées par le projet de référence de la recherche ont eu une augmentation significative de leur « capital social » sur laquelle elles peuvent compter pour faire face à leurs problèmes de santé et ainsi, avoir un meilleur contrôle sur ceux-ci et moins de conséquences négatives, particulièrement quant à leur santé mentale.

L'expérience des *microterritoires*, en raison de son caractère innovant, a fait l'objet d'une attention significative de la recherche sociale dès le début. Voici quelques caractéristiques de ce programme et de cette approche qui ont été mises en évidence et approfondies dans la littérature.

Un aspect très important souligné par de Leonardis et Monteleone (2007) est la manière dont, au sein du programme *Habitat MicroAreas*, le territoire est mis en lien quant à des finalités de soins et d'amélioration du bien-être des personnes : on peut ainsi prendre note en particulier « d'un lien entre l'intervention auprès des personnes et l'intervention dans leurs contextes de vie — y compris physiques » (de Leonardis et Monteleone, 2007, p. 165). Cette intervention auprès des personnes et dans leurs contextes, s'enracine dans l'expérience de *désinstitutionnalisation* dans le champ psychiatrique, à partir de la prise de conscience, acquise à l'asile, « de la nocivité des systèmes de soins fermés sur eux-mêmes » (Ibid, p. 166) et de la nécessité de « travailler à la construction d'un système d'opportunités orientées vers l'inclusion sociale et le développement des capacités des

personnes jusque-là institutionnalisées » (Ibid, p. 166). Le Programme *Habitat MicroAreas* a mis en œuvre ce patrimoine d'expériences qui a également accompagné l'élaboration de la loi régionale 6/2006, portant application de la loi de réforme de l'assistance 328/2000.

L'un des principes opérationnels avec lesquels Rotelli (1993) résume l'approche basaglienne est « l'accent mis sur les pratiques de la vie quotidienne, sur un cadre élargi à la famille, au travail, à la maison, aux amis, au quartier, aux revenus, à la qualité de vie, etc., comme un cadre de travail *thérapeutique* » (Rotelli, 1993, pp. 111-112). De Leonardis et Monteleone (2007), dans la lignée de cette idée, soulignent que l'expérimentation des *microterritoires* « fait du territoire lui-même — dans ses dimensions limitées — le nouveau cadre des services sociaux et de santé » (Ibid, p. 167).

Mais, comme cela a déjà été évoqué dans la première section, des dynamiques d'asile psychiatrique peuvent également exister sur le territoire : l'expérience des *microterritoires*, comme contraste, peut contrer ce type de dynamiques qui finit souvent par circonscrire le travail territorial dans des cliniques et autres lieux institutionnels, créant des séparations et des exclusions sur le territoire.

Autrement dit, la logique « institutionnalisante » peut rester inchangée et se reproduire même au sein des services territoriaux si l'on ne travaille pas à réinventer la tension entre *milieux de soins* et *milieux de vie*, étape nécessaire pour construire *les services adaptés au territoire* et ainsi ouvrir la possibilité de services opérant dans et avec le territoire à la production de santé, en investissant dans sa capacité de changement et d'autoréflexivité pour éviter de nouvelles séparations dangereuses. (Ibid, p. 168)

La production de santé est ici comprise comme un processus collectif et la santé comme un bien commun. De plus, il est essentiel de ne pas « sanitiser », de ne pas médicaliser, les besoins rencontrés sur le territoire ; ceux-ci ne sont jamais des seuls besoins de santé même s'ils ont un lien étroit avec la santé des personnes. C'est en ce sens que le travail des services dans les *microterritoires* ne concerne pas seulement les personnes, mais aussi les milieux. Le territoire est ainsi compris « comme un objet à traiter comme tel, à *soigner*, un milieu social à modifier, reconstruire, organiser » (Ibid, p. 171). Dans l'approche basaglienne en général, et spécifiquement dans les *microterritoires*, il y a une tendance à un passage épochal dans l'orientation des politiques sociales et de santé tel que décrit par de Leonardis et Monteleone (2007) dans un jeu de mots du titre de leur texte : « *Des liens de soins aux soins de lieux* ».

En ce sens, les compétences de réhabilitation s'exercent conjointement auprès des

personnes et de leur contexte de vie : il s'agit de tenter de dépasser la double aporie de l'individu sans contexte (réductionnisme clinique) et du contexte sans individu (réductionnisme social) » (Ibid, p. 172). Le travail sur le contexte est intimement lié à celui pour la santé des individus, car les individus ont besoin d'un environnement social favorable pour se sentir bien. Dans cette perspective, capable de renverser la perspective classique des services sociaux et de santé, il ne s'agit pas tant de « travailler auprès des personnes pour qu'elles s'adaptent à un contexte, mais inversement d'adapter le contexte aux personnes, de le transformer, l'enrichissant de ressources, de relations sociales, de liens et d'espaces d'action qui soutiennent les personnes et renforcent ensemble leur capacité de choisir et d'agir. (Ibid., p. 172)

Ainsi, comme l'affirment Bricocoli et Marchigiani (2011), le soin des espaces est essentiel dans les politiques sociales et de santé. L'expérience des *microterritoires* démontre qu'il y a « de fortes corrélations entre la réduction des coûts d'hospitalisation, l'amélioration des conditions de santé, les régénérations des contextes de vie et la personnalisation — dans ces contextes — des parcours de soins » (Ibid, p. 7).

Afin que ce travail de transformation des contextes puisse se concrétiser pour le bien-être des personnes, il est nécessaire que les institutions soient également impliquées dans cette transformation. Le territoire doit agir comme « facteur de réflexivité » (de Leonardis et Monteleone, 2007, p. 175) pour les institutions, comme miroir et comme lieu d'apprentissage. Les institutions doivent être conscientes que le territoire n'est pas une donnée, mais une construction, « et surtout une construction des mêmes interventions politiques sur lesquels nous insistons » (Ibid., p. 175). Les problèmes du territoire prennent donc corps en relation aux solutions qui sont adoptées pour y faire face : changer la solution adoptée change aussi le problème.

La maladie mentale, dans l'asile que Basaglia a critiqué et démantelé, a pris forme par rapport à l'asile, et en démantelant l'asile la forme de la maladie mentale a également changé ; les quartiers problématiques que le programme des *microterritoires* veut affronter prennent forme en relation avec les interventions et les politiques qui les traitent, et en changeant les interventions et les politiques, les quartiers et les problèmes auxquels ils s'adressent changent également.

Si les quartiers problématiques sont des lieux de ségrégation et d'exclusion, un peu comme l'était l'asile, c'est en ce sens que les interventions, les services et les institutions qui s'en occupent produisent et reproduisent cette ségrégation et cette exclusion. Pour cette raison, pour surmonter la ségrégation et l'exclusion qui caractérisent ces quartiers, il est nécessaire de modifier les interventions, les services et les institutions.

Un élément fondamental de ce projet, comme cela a été dit, est la participation active des personnes concernées, c'est-à-dire les citoyens auxquels il s'adresse. Il s'agit aussi d'une condition de base pour nourrir, ce que de Leonardis et Monteleone définissent, la « réflexivité institutionnelle ». « En d'autres termes, c'est l'organisation et la voix des citoyens qui agissent comme un stimulant pour la vérification, la correction et l'apprentissage, c'est-à-dire qui maintient l'attention réflexive sur ce qui se fait » (Ibid, p. 178).

Dans un autre article, de Leonardis et Emmenegger (2005) soulignent un autre aspect important de l'héritage basaglien au sein du programme *Habitat MicroAreas* : il s'agit de « faire des différences un facteur de développement de la vie démocratique [...] un champ d'apprentissage à la coexistence démocratique » (de Leonardis et Emmenegger, 2005, p. 13). Ils précisent que le mouvement de désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques a réussi à « mettre sur la place publique » la folie. Celle-ci auparavant était cantonnée à l'asile, la rendant ainsi « socialement supportable sans vouloir modifier la situation » (Ibid., p. 13) malgré qu'elle soit en contradiction avec le respect des droits. Rendre la folie socialement supportable, supportable à la fois pour le patient lui-même, pour son environnement, et pour la société dans son ensemble, c'est reconnaître les droits de l'aliéné, y compris le droit d'être soigné, et la construction d'un contexte qui sache laisser place à sa subjectivité, respecter sa diversité et valoriser ses capacités. Dans le programme des *microterritoires*, cet héritage se retrouve dans l'attention portée à la construction de « contextes capables de promouvoir la subjectivité, de soutenir et de subir son déploiement — même lorsqu'ils sont irréductiblement différents » (Ibid., p. 30). Il s'agit de contextes inclusifs, « des contextes intégrateurs, qui peuvent résister à des situations incohérentes, des tensions, des conflits ; qui savent contrecarrer les pressions vers la désintégration sociale » (Ibid., p. 31). C'est une fonction d'action publique qui, en nouant du lien social dans un « faire ensemble » quotidien, parvient à fédérer, associer, organiser, des activités et des acteurs différents et hétérogènes et qui assure, en premier aux personnes vulnérables, utilisant un concept de Castel, les nécessaires « soutiens collectifs au processus d'individualisation ».

Pour réaliser cette fonction, il importe de :

[...] faire des combinaisons entre des réalités, des objets et des personnes et des principes d'organisation, qui ne sont pas homogènes, et souvent incohérents, afin de pouvoir travailler ensemble sur un projet commun, sur un objectif commun d'intérêt général, même si chacune des organisations et des personnes conserve une raison d'être spécifique. (Ibid, p. 23)

Ces aspects de grande continuité du programme *Habitat MicroAreas* avec l'approche basaglienne ont des incidences sur la manière dont celui-ci interprète les enjeux actuels des politiques sociales et de santé, situés dans le cadre du « bien-être local » (Bifulco et al., 2008 a ; Bifulco, 2015). Ce dernier concept, au cours des dernières décennies, à la suite de processus de décentralisation, a pris une grande importance au niveau national et européen. La centralité de la dimension locale pour les politiques sociales et de santé en Italie produit de la fragmentation et des inégalités, mais aussi de grandes opportunités pour expérimenter des innovations.

L'approche décrite dans la première section de cette partie peut être comprise comme la manière dont l'expérience des *microterritoires* interprète les processus de « territorialisation » et « d'individualisation » des interventions que l'on retrouve dans le « bien-être local ». Le risque d'inégalités entre les différents territoires est évité si les institutions sont capables, comme le propose le programme *Habitat MicroAreas*, d'utiliser la dimension *territoriale* comme laboratoire de réflexion et d'apprentissage quant à leurs propres problèmes d'organisation et sur leur réorganisation.

L'individualisation des interventions est liée à la territorialisation et peut prendre différentes significations. Elle peut consister en un simple transfert de sommes d'argent aux destinataires des prestations, qui sont ainsi traités comme des consommateurs qui achètent les services dont ils ont besoin ; elle peut alors être appréhendée comme « le passage de la responsabilité de l'État à la responsabilité individuelle des citoyens » (Bifulco, 2015, p. 372). L'individualisation des interventions peut aussi signifier, comme dans les *microterritoires* et comme plus généralement dans le parcours basaglien, la personnalisation des interventions, avec des projets sur mesure, adaptés à chaque individu.

Ici, un fil conducteur important se dégage avec force ; il unit tout le parcours basaglien et le programme *Habitat MicroAreas* : il concerne la position assumée par les personnes directement concernées. Ceci réfère à ce qui a été identifié lors de la création des services territoriaux de santé mentale comme « le premier rôle des usagers » (de Leonardis et Emmenegger, 2005, p. 27) ; c'est-à-dire l'espace juridique, social, politique reconnu à leur subjectivité. Dans la phase actuelle, ce protagonisme peut servir à donner une interprétation forte et efficace aux indications au niveau européen relatives à l'activation des destinataires des politiques ; ils ne sont plus perçus comme des destinataires passifs, mais comme des sujets activement impliqués dans les interventions qui les concernent.

L'impératif d'activation des principaux intéressés est compris et pratiqué de manières très différentes. Elle peut être comprise dans la perspective de l'« *empowerment* » en tant que responsabilisation, laissant aux bénéficiaires la charge d'agir du mieux qu'ils peuvent et de juger de manière moraliste s'ils sont dignes d'être soutenus, ou elle peut être comprise dans la perspective de l'*empowerment* en tant que promotion des compétences et les subjectivités des personnes concernées. C'est cette seconde perspective que l'expérience de la désinstitutionnalisation en psychiatrie conduit à assumer.

L'expérience de la conquête et de la construction pratique des droits civils et sociaux des détenus, des aliénés, des « non-normalisables », a mis en lumière le renversement du regard qui déplace le jugement des bénéficiaires des interventions vers les interventions elles-mêmes et la nécessité d'évaluer ces dernières sur le paramètre de leur capacité à « valider » les personnes, poursuivre et construire le plein déploiement de leur subjectivité. (de Leonardis et Emmenegger, 2005, p. 28)

Les *microterritoires* s'inscrivent dans cette perspective et ne tiennent donc pas pour acquises les conditions d'activation des personnes, mais tentent au contraire de les construire (Bifulco et al, 2008 a et, en anglais, Bifulco et al., 2008b). En combinant et en intégrant les différentes ressources, les différents services, les différents acteurs, avec des objectifs orientés vers la justice sociale et le bien commun, un « système d'opportunités » (de Leonardis et Emmenegger, 2005, p. 26) est créé pour les individus, au sein duquel, avec leur participation au projet, leurs compétences et leurs possibilités d'expression croissent. Ainsi, en faisant ensemble quotidiennement, en les pratiquant, en les exerçant, les droits se transforment en capacités. Les *microterritoires*, grâce à des politiques capables de maintenir ouverts les processus de définition et de redéfinition des problèmes et des solutions, font fonction d'« incubateurs d'innovation » (Bifulco, 2015, p. 123) et d'« incubateurs » de possibilités pour les personnes.

Au cœur des processus de territorialisation se loge la volonté d'intégrer diverses politiques, institutions et services. L'on a déjà vu combien ce mot d'ordre s'inscrit parfaitement dans l'approche basaglienne et le programme *Habitat MicroAreas*, au sein duquel se déploie le passage « du traitement de la maladie à la production de la santé » (de Leonardis et Emmenegger, 2005, p. 21). Un aspect important de cette étape est le dépassement de la logique d'hospitalisation et de la logique de séparation qui y est liée, grâce à un travail intégré territorial favorisant le maintien à domicile en cas de maladie. De plus, le travail territorial est moins coûteux que les hospitalisations et le recours aux services techniques, même lorsqu'ils ne sont pas justifiés. Les impératifs de la centralisation et les

économies de coûts ne peuvent donc justifier le refus de poursuivre dans cette direction. L'objectif d'intégration est pris très au sérieux au sein du programme *Habitat MicroAreas* : plaçant le territoire au centre de l'action, l'abordant dans son ensemble, accompagnant les personnes dans leur globalité. Le programme essaie de surmonter les séparations entre les différentes spécialités et les logiques sectorielles et hiérarchiques qui s'y rattachent.

Les partenariats entre les divers acteurs constituent un instrument essentiel pour ce type d'approche. Un tel processus doit être perçu comme une opportunité pour chaque acteur d'apprendre les uns des autres, tant au plan institutionnel que social. Dans cette perspective, la « formule du *welfare mix* » a été pensée et déployée comme une opportunité d'enrichir l'intervention sanitaire, professionnelle et spécialisée par des dotations en capital social de santé ; cette formule est affirmée depuis plusieurs décennies dans le contexte de la crise de l'État-providence et est fondée sur la combinaison « des ressources et compétences des services publics avec celles du tiers secteur. » (de Leonardis et Emmenegger, p. 22)

Afin que la « formule du *welfare mix* » puisse réellement constituer une opportunité, il faut qu'il y ait une direction publique forte et un équilibre reposant sur des principes de protection des intérêts et des droits sociaux. En effet, il s'agit d'un système complexe de gouvernance impliquant plusieurs acteurs, tant institutionnels que sociaux, dans une relation d'interdépendance. L'expérience des *microterritoires* témoigne de cette réalité.

Compte tenu des difficultés d'intégration, des blocages, de l'inertie, des dynamiques de pouvoir au sein des organisations qui prennent appui sur un agir défensif et auto-reproductif, l'antidote mis en évidence par Bifulco sur la base de l'expérience des *microterritoires*, est encore celle de « mettre les personnes concernées au centre, de les prendre comme référence pour orienter, faire converger et relier connaissances, ressources et pouvoirs ». (2015, p. 116)

La centration autour des personnes concernées constitue un fil conducteur important tout au long du parcours de basaglien. Bifulco présente le programme *Habitat MicroAreas* comme un exemple positif d'intégration et met en évidence la centralité de l'idée d'inclusion et de pleine mise en œuvre des droits à la santé et au bien-être social.

Cette idée met l'emphase sur l'objectif de développer les conditions de participation des personnes à la production de leur propre bien-être, selon deux axes interreliés : l'un vise à renverser les situations de souffrance en visant à développer les

compétences individuelles ; l'autre vise à promouvoir des processus d'inclusion des communautés locales dans les choix qui les concernent. (Bifulco, 2015, p. 120)

Saraceno, dans son article « Lezioni per il dopo: Salute, comunità, democrazia », pose comme centrale la question de l'*empowerment* en regard des défis posés par le contexte pandémique. Il y identifie un « déficit d'autonomisation des citoyens utilisateurs du système de santé » (Saraceno, 2020, p. 10) qui est relié à une dimension critique du système de santé italien mis en évidence par la pandémie : à savoir la centralité de l'hôpital et le déficit des services de santé territoriaux dans de nombreuses régions italiennes (Trieste est une exception à cet égard).

Le renforcement de la médecine de territoire et de la médecine de famille devra être l'un des grands objectifs de l'« après » pandémie (si jamais il y a un après). Ceci impliquera de repenser sérieusement les stratégies concrètes qui promeuvent la démocratie en santé et l'autonomisation des citoyens qui exigent la santé des systèmes de santé publique. (Ibid, p. 21)

En fait, il existe un lien entre l'*empowerment*, entendu comme un processus de capacitation, et la démocratie, entendue non pas dans le sens formel et rituel auquel nous sommes habitués, mais comme une « pratique dynamique de la démocratie » (Ibid., p. 23) ou comme dirait Appadurai, la « démocratie profonde », c'est-à-dire la construction de processus démocratiques par le bas, la construction de la citoyenneté des exclus, à commencer par la construction de la « capacité d'aspirer » à de meilleures conditions et des « luttes quotidiennes pour passer de la survie à la vie » (Ibid, p. 22) : c'est dans ces luttes que les personnes les plus vulnérables peuvent acquérir le pouvoir et que se déploient de véritables processus d'*empowerment*.

Les liens entre l'*empowerment* et la démocratie ou plutôt entre l'attribution du pouvoir et des ressources et les processus complexes d'acquisition du pouvoir et des ressources sont étroits et ont une influence décisive également sur l'histoire naturelle des maladies et sur la rencontre entre les personnes malades et les établissements de santé. Les vecteurs sont donc au nombre de deux : 1) des institutions qui procurent pouvoir et ressources à ceux qui n'en ont pas ; 2) des personnes sans pouvoir et ressources qui ont des aspirations et apprennent à acquérir pouvoir et ressources. Cette double dynamique implique un travail de transformation permanente dans et des institutions et dans et des citoyens. (Ibid, p. 27)

Les nouvelles formules de soins et de santé territoriale qu'il importe de créer, s'inscrivent dans cette dynamique. Saraceno souligne qu'il est crucial de ne pas parler seulement de soins, mais, dans un sens plus large et plus ouvert, de santé. La santé, le bien-être, ne nécessite pas seulement des services médicaux, mais nécessite un accueil, une participation responsable aux destinées de sa communauté et la fin des inégalités sociales. Saraceno désigne les *microterritoires* triestins comme une bonne pratique de santé territoriale.

Afin de parvenir à cette réalisation concrète et applicable du bien-être communautaire, il faudra enfin mettre les déterminants sociaux de la santé au centre de l'intervention en santé et ne pas les laisser comme un arrière-plan qui se borne à déclarer l'impuissance totale de toute intervention biopsychosociale. (Ibid, p. 36)

Elena Marchigiani (à paraître) aborde, sous un autre angle, d'autres aspects fondamentaux dans une réflexion toute récente sur le potentiel de régénération urbaine des politiques sociales¹⁹. Elle souligne à quel point l'expérience des *microterritoires* s'inscrit profondément dans la prise de conscience croissante de l'importance des services de proximité face aux « effets syndémiques » ; elle a choisi de se concentrer sur certaines postures sur lesquelles repose, selon elle, l'efficacité des *microterritoires* :

- Le lien circulaire étroit et ouvert entre connaissance (située) et action (située) ;
- La construction d'un cadre administratif d'intention stable qui laisse ouverte la définition (située) des actions à mener et des méthodologies de travail, parvenant ainsi à conserver une valeur expérimentale et de laboratoire ;
- La prise en charge du projet par l'ensemble des différentes institutions partenaires, même s'il n'est pas toujours possible que cela se fasse avec la même intensité.

Depuis quelques années, sur la base de mon expérience professionnelle et de la recherche « *Io sto a casa* »²⁰, l'attention et l'implication de l'Agence sanitaire dans le programme *Habitat MicroAreas* ont fortement diminué ; au même moment, la direction générale de l'Agence sanitaire a changé suite au choix du gouvernement régional. Dans la phase initiale, le directeur général de l'Agence sanitaire, qui était encore Franco Rotelli, voulait un échange direct et constant avec les personnes pivots des *microterritoires* en raison du travail très expérimental et innovant qu'ils effectuaient et de la nécessité de légitimation et d'accompagnement afin de mettre en œuvre des transformations s'en inspirant dans l'ensemble de l'Agence sanitaire (2005-2010).

Par la suite, jusqu'en 2018, cet appui et cet échange constant ont été entretenus par les Districts et par la coordination sociosanitaire (devenue plus tard la direction sociosanitaire) de l'Agence sanitaire. Lors de ces deux phases, la direction de l'Agence sanitaire a été active, avec les autres organismes partenaires, dans la promotion et le soutien au projet ; plusieurs activités de formation significatives quant à l'approche des *microterritoires*, y compris entre les partenaires, se sont déroulées pour les intervenants et l'évaluation du projet. Après cela, l'implication de l'Agence

¹⁹ Sur ce même sujet voir aussi un article en anglais de De Vidovich (2020)

²⁰ Voir le rapport intermédiaire de la recherche (Bono, 2021)

sanitaire a diminué significativement.

Qu'il suffise de dire que cela fait plus de deux ans que les personnes pivots n'ont pas été rencontrées ni écoutées par la direction sociosanitaire, alors qu'auparavant ceci était quasi mensuellement. La pandémie a donné le coup de grâce. En effet, surtout dans la première phase de l'urgence, les services étaient fortement sous pression d'une part et soumièrent à des règles de distanciation d'autre part : on ne sait pas si la volonté a aussi fait défaut, mais il n'y a pas eu l'énergie pour donner à ce projet l'attention dont il avait besoin et ainsi tirer le meilleur parti de sa capacité à rester proche des citoyens, même dans les moments où l'urgence était la plus grave. Cependant, les personnes pivots ont réussi à poursuivre leur travail complexe, mais avec beaucoup d'efforts (également dû au fait que pendant l'urgence leur charge de travail a souvent augmenté afin de soutenir les collègues, par exemple en faisant des écouvillons, même au-delà de leur territoire de référence) et un sentiment de solitude.

Lorsque l'urgence est survenue, les personnes pivots de l'Agence sanitaire n'ont eu aucune directive des autorités quant à la façon de travailler dans les *microterritoires*. Les volontaires du service civique et les boursiers, tout comme les intervenants des autres services ont pourtant reçu des instructions de leurs organismes de référence d'interrompre les activités en présence. Pour s'organiser, il y a eu une ronde de courriels avec les représentants des autres organisations partenaires et les coopératives sociales travaillant dans les *microterritoires* pour le compte de la municipalité et de l'ATER. Les coopératives²¹, la municipalité de Trieste et l'ATER ont annoncé qu'ils poursuivraient leur travail par voie électronique ; ils ont demandé leur position aux personnes pivots de l'Agence sanitaire. Ces dernières, sans se parler d'abord et sans directives particulières, les uns après les autres, ont tous répondu qu'ils, continueraient d'être là, sur le terrain, dans le respect des consignes sanitaires.

Une personne pivot m'a expliqué sa décision en disant qu'elle pensait, comme représentante de « l'État », devoir être aussi proche que possible des citoyens dans un moment aussi grave. D'autres ont souligné l'importance dans ce choix de la dimension « éthique ». Elles ont appris dans leur travail à toujours la garder présente à l'esprit, aux côtés de la dimension « institutionnelle » et « bureaucratique ». Il y a eu aussi une travailleuse sociale, l'une de celles collaborant avec le projet qui, peut-être sur la vague du choix des personnes pivots, a fait le même choix et a continué à se rendre physiquement dans le territoire en collaboration avec la personne pivot de Giarizzole ; ceci

²¹ Pas la coopérative La Collina, qui n'a pas fait ce choix dans les Microterritoires où elle travaille

malgré les indications de son organisme de référence de travailler à distance.

Ce qui est frappant, c'est l'autonomie avec laquelle ces intervenants ont pris cette décision et ont ensuite travaillé sur le terrain. Selon certains, de savoir comment coordonner le travail ascendant avec une approche ouverte et non standardisée constitue une partie essentielle de leur travail ; ils l'ont appris et consolidé cette expérience au fil des années. Comme l'a expliqué une personne pivot, « [...] il nous est plus facile de faire face à l'incertitude. Nous sommes habitués à ne pas suivre des méthodes standardisées, à réfléchir étape par étape sur ce qu'il faut faire, et à travailler avec ce qui est là ».

Malgré les difficultés, les *microterritoires* ont donc réussi à garantir pendant la pandémie, contrairement aux services traditionnels, une présence constante sur le territoire et en proximité avec les citoyens, toujours dans le respect des règles de distanciation. Ils ont pu saisir de manière proactive les besoins et s'impliquer dans l'élaboration de réponses.

Habitat inclusif et autres expériences de « domiciliarité »

Il est encore nécessaire, afin de parvenir à une plus grande complétude quant aux expériences de « logement communautaire » à Trieste, de décrire les réalités, renforcées ces dernières années, de cohabitation de personnes âgées et de personnes handicapées et de quelques autres expériences dédiées principalement aux personnes âgées. Comme je l'ai exploré dans le rapport intermédiaire de la recherche « *Io sto a casa* » (Bono, 2021), c'est dans le cadre des *microterritoires*, et à l'initiative des districts sanitaires, que les premières expérimentations de formes de cohabitation des personnes âgées ayant besoin de soins ont été créées, avec une assistance 24 h/24 pour ceux ne parvenant pas, notamment pour des raisons économiques, organisationnelles et/ou d'espace, à rester à domicile et risquant donc une institutionnalisation en centre d'hébergement.

En 2008, deux expérimentations ont débuté dans deux appartements concédés à l'Agence sanitaire par l'ATER ; l'un dans le *microterritoire* de Valmaura (District 3) et l'autre dans le *microterritoire* du Vaticano (District 2). À la suite de ces expérimentations, dans les années suivantes, la Région a créé des cadres formels et des instruments pour un « habitat inclusif », stimulant de fait la création d'autres cohabitations.

À Valmaura, un groupe de personnes âgées cohabitent dans un immeuble de l'ATER depuis plus d'une année. Une aide-soignante, avec des intervenants du District 3, et du

microterritoire et des membres des familles, supervise la coexistence entre les habitants. Ceux-ci participent à la gestion du milieu de vie : du choix du menu à la gestion du budget. (ATER Trieste, 2009, p. 16-17)

Parallèlement à l'expérience de Valmaura, l'expérience de Vaticano débutait avec l'implication de la Cooperativa Sociale Amico. À Valmaura, en revanche, il n'y avait aucune implication d'une coopérative sociale, le contrat de travail de l'aide-soignante était directement passé avec les quatre résidents de l'appartement et les membres de leur famille, regroupés au sein d'une association appelée « *Per non subire* ». Ceci avait comme conséquence, et aujourd'hui que l'association n'existe plus, à plus forte raison encore, d'exiger un plus grand engagement organisationnel de la part des membres de la famille, lorsque présente, ainsi que du *microterritoire*, mais avec aussi la possibilité de réaliser des économies.

L'article du périodique de l'ATER décrit bien la diversité des ressources qui rend possible ce type d'expérience intégrée : les intervenants du District et le médecin généraliste qui garantissent des réponses aux besoins de santé, les aides-soignants qui apportent leur aide, le *microterritoire* qui facilite l'organisation et les liens entre tous les acteurs, le suivi, la sociabilité et les sorties grâce aux volontaires du service civil, les membres de la famille qui rendent visite aux personnes âgées, sortent avec elles et participent personnellement à l'organisation et à la gestion du milieu de vie.

Les appartements de Valmaura et de Vaticano coûtent moins cher que les milieux d'hébergement et ils permettent une bien meilleure qualité de vie, d'assistance et de liberté. Chaque personne ou couple de personnes résidant dans l'appartement a sa propre chambre²², avec ses propres meubles ; la relation résident/assistant (aide-soignante) est d'un à quatre ou d'un à cinq sur 24 heures, contre un ratio d'un à huit ou douze dans les résidences multifonctionnelles. Grâce au projet (et à la coopérative sociale qui gère le logement, dans le cas du Vaticano), les personnes âgées se voient garantir la possibilité de rencontrer d'autres personnes et les sorties, horaires, menus et toutes autres règles de coexistence sont flexibles et décidés par les résidents et leurs familles, ensemble avec les soignants.

Il n'a pas été facile de réaliser ces expériences et surtout il n'a pas été facile d'obtenir les financements nécessaires pour permettre aux personnes âgées à très faibles revenus d'avoir cette opportunité. Ces personnes sont aujourd'hui identifiées par les *microterritoires*. En effet, alors que

²² À Valmaura actuellement 3 personnes ont leur propre chambre et 2 vivent dans une chambre double, à Vaticano une personne a une chambre simple et 4 autres vivent dans des chambres doubles.

pour les milieux d'hébergement l'intégration d'un soutien à la pension est prévue par la municipalité, aucun financement n'était prévu pour des expériences de ce type lors de leur lancement, si ce n'est l'outil flexible des budgets santé de l'Agence sanitaire.²³

Les membres de la famille et les promoteurs de l'expérience (Agence sanitaire) ont décidé de postuler en 2011 au FAP²⁴ pour les personnes âgées concernées qui avaient les conditions de revenus et de non-autonomie pour l'obtenir. Toutefois la demande a été initialement bloquée par une travailleuse sociale de référence, car du point de vue du service social l'appartement n'était pas le domicile des personnes, mais était assimilable à un milieu d'hébergement. Les membres des familles se sont battus pour changer ce cadre, avec des lettres d'appui d'un conseiller municipal et du journal *Il Piccolo*. Leur engagement et l'engagement de l'Agence sanitaire, de même que l'adhésion subséquente des dirigeants municipaux à l'expérimentation dont le contenu était conforme aux orientations régionales sur le développement des soins à domicile, ont permis en 2012, l'approbation par l'Assemblée des maires de la zone 1.2 (Trieste) de recours à la FAP pour ce type de cohabitation. Depuis, toutes les instances impliquées, la Région, les municipalités et l'Agence sanitaire ont cherché à mettre en œuvre ce type d'expérimentations.

Le rapport préliminaire de la recherche en cours tout comme le mémoire de Carolina Moreira, illustre en détail les démarches administratives qui ont progressivement donné forme à un système de régulation de nouvelles possibilités d'« habitat inclusif » pour les personnes âgées ou handicapées. Nous nous limitons ici à signaler qu'en septembre 2019, après que la possibilité de déroger aux plafonds ordinaires du FAP pour ce type d'expérience fut prévue en 2018, garantissant ainsi l'accès aux personnes à très faibles revenus, la Région a publié deux résolutions, 1624 et 1625, qui ont réglé la question plus en détail et supprimé cette possibilité.

En particulier, la DGR 1624 introduit pour la première fois la possibilité d'utiliser un « budget santé intégré » entre les soins de santé et la municipalité ; il dispose cependant de fonds moins important que les fonds précédents : une part (assez faible et beaucoup moins flexible et personnalisable que le budget ordinaire de la santé) est de *compétence sanitaire* et déterminée sur la base du profil de non-suffisance et une part est de *compétence sociale*, graduée en fonction de

²³ On a parlé des budgets de la santé dans la section sur la santé mentale, mais c'est un instrument que l'Agence sanitaire utilise aussi dans d'autres secteurs d'intervention.

²⁴ Nous avons parlé du FAP, un fonds régional de domiciliarité établi avec la loi régionale 6 de 2006, dans la section introductive.

l'autonomie et de la capacité économique du bénéficiaire et décaissée dans le cadre du FAP, sans plus d'exceptions aux plafonds ordinaires. Avec cette réglementation, les personnes à faibles revenus ont du mal à accéder aux solutions d'habitat inclusif, non pas parce qu'elles coûtent plus cher que les centres d'hébergement (les prix des nouvelles expériences habitatives, en règle avec les paramètres régionaux sont comparables au milieu d'hébergement), mais parce que les fonds actuellement disponibles pour les financer sont inférieurs à ceux que les municipalités mettent à disposition des personnes et de leur famille quand ils ne sont pas en mesure de payer la pension.

Outre ces aspects et d'autres critiques, la DGR 1625/2019 établit malgré tout quelques principes importants quant à la réalisation des « formes expérimentales d'habitat inclusif » :

- La centralité de la personne et la planification des soins personnalisés ;
- L'engagement à mettre en œuvre et d'accompagner des processus d'*empowerment* des personnes résidant dans les logements ;
- Des contextes de logement assimilable à un chez-soi, tant d'un point de vue formel (contrat de location) que d'un point de vue substantiel (des espaces proches d'un environnement familial que la personne peut reconnaître comme son chez-soi et dans lequel elle peut apporter des objets de vie quotidienne, un contexte accessible et avec des services) ;
- La valorisation du contexte communautaire ;
- L'utilisation de modèles de gestion agiles, basés sur la coproduction et donc sur la contribution active des différents acteurs impliqués (habitants, membres de la famille, professionnels, réseaux informels, tiers secteur, organismes publics...);
- L'intégration des acteurs et des ressources (la coproduction suppose une intégration maximale entre les acteurs — publics et privés, formels et informels — et entre toutes les ressources présentes sur le territoire) ;
- La pérennité et la création de valeur ajoutée grâce à l'implication de la communauté ;
- La responsabilité et la sécurité.

Selon la recherche sur laquelle je travaille actuellement, il y a aujourd'hui, en plus des deux appartements initiaux, cinq appartements à domiciliarité innovante avec un maximum de cinq personnes chacune (trois pour les personnes âgées, dont deux avec des personnes âgées provenant des résidences de santé mentale, et deux pour les adultes handicapés). De plus, un sixième appartement est en cours de démarrage et ils seront tous gérés par la même coopérative sociale (*Amico*). Ensuite, il y a une structure résidentielle régulée par les arrêtés régionaux de 2019 en vertu

des principes évoqués plus haut ; celle-ci a dix lits et des chambres pour une ou deux personnes. Elle est gérée par une entreprise de service public (*Pro Senectute*). Il y aurait beaucoup plus de demandes pour de telles structures, mais le démarrage d'expériences de ce type est très exigeant et complexe pour les organismes du « Tiers secteur » ; un important investissement initial est en effet requis. Selon les indications régionales, un accord entre un tel organisme, l'Agence sanitaire et la municipalité exige la disposition de biens immobiliers, de l'équipement, de l'assistance et éventuellement d'autres services pour chacun des résidents en vertu du plan d'assistance individuelle.

Toujours dans le cadre de la recherche « *Io resta a casa.* », qui s'achèvera à la fin de 2021 par une publication, nous cartographions également d'autres expériences à domicile de personnes âgées en perte d'autonomie à Trieste ; nous analysons les instruments facilitants cela de même que les lignes de force et les enjeux critiques sur cette question, spécifiquement dans le contexte pandémique.

Le budget individuel santé de l'Agence sanitaire est particulièrement utile ; il l'a été de fait en contexte pandémique, car il a permis de déployer rapidement et de manière flexible les soins à domicile en cas de besoin. Il agit comme complément des services municipaux de soins à domicile. Le FAP est fondamental à moyen terme, mais il pose le problème de la longueur des temps d'activation.

En plus du rôle crucial, comme déjà décrit des services publics, des *microterritoires* et des soins à domicile innovants, il importe de souligner aussi l'engagement de diverses associations qui s'occupent des personnes âgées à Trieste de même que les expériences d'Itis, une autre entreprise publique de services à la personne. Outre de gérer le plus important milieu d'hébergement de Trieste, depuis les années 1980, elle gère un complexe de mini-appartements pour personnes âgées dans le centre-ville, avec des espaces communs et des services payants à la pièce. Elle gère aussi, depuis quelques années, une « copropriété solidaire » totalement exempte de barrières architecturales de dix-huit appartements avec des espaces communs accessibles à tous ; ceux-ci sont loués non seulement aux personnes âgées, mais aussi, dans une moindre mesure, à des personnes d'une autre génération. De telles structures résidentielles ne sont pas non plus accessibles à la population à faible revenu.

La solution, et de loin, pour la majorité des personnes âgées en perte d'autonomie à Trieste demeure toutefois les centres d'hébergement ; pourtant, si besoin était, la pandémie a démontré avec encore plus de force leurs grandes limites en termes de capacitation et de qualité de vie.

Remarques finales

Comme discuté dans les sections précédentes, l'histoire singulière et riche d'innovations institutionnelles dans les services sociaux sanitaires de Trieste présente aujourd'hui de nombreuses bonnes pratiques de domiciliarité, d'intégration et de développement des communautés dédiées à des quartiers défavorisés d'un point de vue socio-économique (Programme *Habitat MicroAreas*) et d'expériences vertueuses de « logement communautaire » de personnes ayant des problèmes de santé mentale, de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes handicapées. Quelques-unes des traits communs de ces pratiques, quoiqu'à des degrés divers, peuvent être caractérisés comme suit :

- Une approche ouverte jointe à un haut niveau de personnalisation ;
- La capacité de gérer la tension de mettre la personne au centre par la valorisation de ses capacités et de sa titularité du logement et de son projet d'aide ;
- Une forte orientation d'action publique associée à l'implication active des ressources territoriales ;
- La capacité de gérer la tension inhérente au défi de garder jointe la qualité de l'habitation et la qualité de l'habitat au sein duquel le logement est inséré.

Les obstacles, tout comme les contradictions ne manquent pas, surtout à l'heure actuelle où les services sociaux sanitaires, inspirés de l'approche basaglienne sont fortement menacés par les coupures de budget et par une politique régionale hostile à celle-ci et au contraire inspirée par la privatisation des services. Un grand risque de fragmentation des interventions et des opportunités est présent ; il est relié à l'affaiblissement des services publics et de leur rôle de direction, mais aussi aux difficultés d'intégration entre les différents services. Il est difficile pour les bénéficiaires de soins à domicile d'accéder et de gérer certaines des contributions auxquelles ils ont droit en raison de leur complexité, de leur gestion bureaucratique et d'enjeux organisationnels. L'intervention « *microterritoriale* » aide beaucoup à réduire ces difficultés tout comme l'accès au budget de la santé.

Enfin, les personnes âgées les plus vulnérables, avec un faible revenu, courent beaucoup plus le risque d'une institutionnalisation en centre d'hébergement que celles ayant un revenu supérieur. Cela ne se produit pas en raison d'une plus grande rentabilité présumée des centres d'hébergement, mais en raison des paramètres de financement public pour ceux-ci, différents des parcours de domiciliarité, ainsi qu'aux difficultés inhérentes de gérer son chez-soi lorsqu'on a besoin d'aide et qu'on est seul.

Le contexte pandémique a rendu visible et pertinent à la fois le grand potentiel des expériences de domiciliarité et de logement communautaire par rapport aux problèmes majeurs reliés à l'institutionnalisation, mais également les obstacles qu'ils rencontrent.

Saraceno l'a démontré dans son dernier livre, écrit à la suite du bouleversement provoqué par la pandémie (Saraceno, 2021) : c'est dans le territoire, en maintenant le plus possible les personnes vulnérables à domicile, que peut mieux se garantir la qualité de vie et protéger la santé. L'expérience de la désinstitutionnalisation triestine nous apprend qu'en général le traitement des personnes à domicile ne coûte pas plus cher que de les institutionnaliser et que les raisons qui conduisent à l'institutionnalisation ne sont pas reliées à une question de coûts, mais ont plutôt plus à voir, d'une part, à la volonté d'intérêts privés (pas ceux de la personne institutionnalisée) et, d'autre part, au manque de services territoriaux ou à leur inefficacité, liée à une pauvre intégration sociosanitaire et à une approche exclusivement performante et fermée à tout ce qui ne correspond pas aux services attendus.

Comme démontré précédemment, même sur le territoire, il peut y avoir des dynamiques asilaires et un engagement actif est nécessaire pour les contrer. « *Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi* » (cit) et « *la città che cura* » (cit) sont deux des slogans, déjà évoqués, qui ont servi à décrire le processus de désinstitutionnalisation et l'invention de nouvelles institutions plus ouvertes aux territoires et aux citoyens qui ont caractérisé les services de Trieste des années 1970 jusqu'au début des années 2000 et au-delà, en commençant par la psychiatrie pour s'étendre à l'ensemble du système de santé territorial triestin.

Ce sont des slogans qui expriment bien la centralité du territoire et des milieux de vie dans les parcours de santé et qui rappellent aussi la centralité de la dimension esthétique, éthique, sociale et politique : politique, car la démocratie, lorsqu'elle est réellement pratiquée,²⁵ s'occupe de la santé de la population. Ces slogans décrivent une vision des soins qui ne se réduisent pas à la prestation des services — ambulatoires, domiciliaires ou hospitalières — mais qui mettent en cause la ville, dans sa globalité, avec tous les acteurs, institutionnels et non institutionnels qui l'habitent et la parcourent. En résumé, il s'agit de l'horizon dans lequel se situent les expériences que nous avons décrites.

En se mettant en dialogue avec des expériences concrètes, il est utile de saisir son contraire,

²⁵ L'idée d'« entreprise sociale » au sens particulier développée par de Leonardis, Mauri, Rotelli (1994) était importante dans la voie Basagliano.

celui de l'institution totale et de toutes les fermetures qui caractérisent aussi les institutions et services territoriaux. En fait, il ne suffit pas que la personne soit chez elle pour éviter que sa condition soit asilaire. En effet, que se passe-t-il si la personne vit murée dans son chez-soi parce qu'elle n'est plus capable de monter les escaliers et n'a pas d'ascenseur ? Et si elle a besoin d'aide, mais n'a pas la force ou la capacité de demander de l'aide ou de se frayer un chemin à travers la jungle des bureaucraties, des compétences, des « ce n'est pas de ma responsabilité », des délais d'attente des aides fournies par les institutions ? Et si elle était complètement seule ? Et si, en revanche, la personne a de l'aide, mais sans avoir suffisamment son mot à dire sur les modalités et l'organisation de son quotidien ?

Ce cadre d'expériences des « logements communautaires » à Trieste a tenté de fournir quelques indications pour contrer ces risques et pourrait être approfondi, notamment en ce qui concerne la question du logement des migrants et des demandeurs d'asile que je n'ai pas abordée dans cet examen et au sein duquel les bonnes et les mauvaises pratiques et de grandes contradictions pourraient être étudiées.

Bibliographie

- ATER Trieste. (2009). Una casa insieme quando l'età avanza [Un chez-soi ensemble quand on vieillit]. *Informacasa*, 9(46), 16-17.
- Basaglia, F. (1968). *L'istituzione negata. Rapporto da un ospedale psichiatrico* [L'institution a démenti. Rapport d'un hôpital psychiatrique]. Turin, Italie : Einaudi.
- Basaglia, F. (2000). *Conferenze brasiliane* [Conférences brésiliennes]. Milan, Italie : Cortina.
- Basaglia, F. & Ongaro-Basaglia, F. (2005). *L'utopia della realtà* [L'utopie de la réalité]. Turin, Italie : Einaudi.
- Bifulco, L. (2003). *Il genius loci del welfare. Strutture e processi della qualità sociale* [Le génie du bien-être. Structures et processus de qualité sociale]. Rome, Italie : Atelier des éditions.
- Bifulco, L. (2015). *Il welfare locale. Processi e prospettive* [Bien-être local. Processus et perspectives]. Rome, Italie : Carocci.
- Bifulco, L. (2016). *Social Policies and Public Action* (1st ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315609577>
- Bifulco, L. & al. (2008a). Welfare locale e istituzioni riflessive. Processi di attivazione in Friuli-Venezia Giulia [Institutions locales de protection sociale et de réflexion. Processus d'activation dans le Frioul-Vénétie Julienne]. *La Rivista delle Politiche Sociali*, 3, 367-383.
- Bifulco, L. & al. (2008b). Activation and Local Welfare in Italy: Trends and Issues . *Social Policy & Administration*, 42(2), 143-159.
- Bono, M. (2015). *La partecipazione nel percorso basagliano dalla psichiatria alle politiche sociosanitarie. Il caso del Programma Habitat-Microaree* [Participation au parcours Basaglia de la psychiatrie aux politiques sanitaires et sociales. Le cas du programme Habitat-Microarees]. Università di Ca' Foscari — Venise [mémoire de maîtrise inédit]
- Bono, M. & Massiotta, S. (2018). Microaree. Dans Bifulco & al. (Éds.), *Azione pubblica. Un glossario Sui Generis* (pp. 87-94). Milan, Italie : Mimesis.
- Bono, M. & Massiotta, S. (2019). Mettere le periferie al centro delle mappe [Mettre la banlieue au centre des cartes]. *Rivista online di Urban@it*. 1/2019. Récupéré de <https://www.urbanit.it/rivista-online/>
- Bono, M. (2020). Le Microaree Triestine (intervista a cura di Gianluca D'Amico) [Le Microterritoire Triestine] (interview de Gianluca D'Amico). *Psicologia fenomenologica*. Récupéré de <https://www.psicologiafenomenologica.it/article/margherita-bono-microaree-triestine/>
- Bono, M. (2021). Io resto a casa. Strategie e strumenti per una domiciliarità inclusiva e partecipata [Je reste à la maison. Stratégies et outils pour les soins à domicile inclusifs et participatifs]. *Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo Franco Basaglia, report intermedio ricerca* (report di lavoro).

- Bricocoli, M. & Marchigiani, E. (2011). Città e cambiamento demografico. Esercizi di trasformazione per la città pubblica del futuro [Les villes et le changement démographique. Exercices de transformation pour la ville publique du futur]. Contributo in Atti Convegno *Abitare l'Italia. Territori, economie, diseguaglianze* (paper).
- Castelpietra G. & al. (2018). Budget Individuali di Salute come strumento innovativo di recovery in salute mentale: l'esperienza del Friuli Venezia Giulia [Les budgets de santé individuels en tant qu'outil innovant pour le rétablissement de la santé mentale : l'expérience du Frioul-Vénétie Julienne]. *Rapporto Osservasalute. Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane*.
- Castelpietra G., Furlan M. & Massiotta S. (2018). Il budget di salute : strumento per promuovere culture inclusive e pratiche possibili [Le budget de la santé : un outil pour promouvoir des cultures inclusives et des pratiques possibles]. *Welfare oggi*, 6(1), 21-28.
- Castriotta, L. et al. (2020). Measuring the impact of a social programme on healthcare: a 10-year retrospective cohort study in Trieste, Italy [Mesurer l'impact d'un programme social sur les soins de santé : une étude de cohorte rétrospective sur 10 ans à Trieste, Italie]. *BMJ Open* 2020 ; 10 : e036857. Récupéré de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7413194/>
- Cooperativa Sociale La Collina (2020). Report conclusivo percorso formativo con Comune di Barcellona [Rapport final du stage de formation avec la municipalité de Barcelone] (report di lavoro).
- Dell'Acqua, P. (2014). *Non ho l'arma che uccide il leone* [Je n'ai pas l'arme qui tue le lion] (3e éd.). Merano, Italie : Alpha Beta Verlag.
- de Leonardis, O. (1990). Il terzo escluso : *Le istituzioni come vincoli e come risorse* [Le troisième exclu. Les institutions comme contrainte et comme ressources]. Milan, Italie : Feltrinelli.
- de Leonardis, O. & Emmenegger, T. (2005). Le istituzioni della contraddizione [Les institutions de la contradiction]. *Rivista Sperimentale di Freniatria*, 3, 13-38.
- de Leonardis, O., Mauri, D. & Rotelli, F. (1994). *L'impresa sociale*. [Entreprise sociale]. Milan, Italie : Anabasi.
- de Leonardis, O. & Monteleone, R. (2007). Dai luoghi di cura alla cura dei luoghi. A Trieste e dintorni [Des lieux de soins aux lieux de soins. À Trieste et ses environs]. Dans Monteleone, R. (éd.), *La contrattualizzazione nelle politiche sociali. Forme ed effetti* (pp. 165-182). Rome, Italie : Officina Edizioni.
- Del Giudice, G. (1997). Le strutture residenziali nel Dipartimento di salute mentale [Les établissements résidentiels du Département de la santé mentale]. *Servizio Abilitazione e Residenze DSM Trieste*. Récupéré de <http://www.triestesalutementale.it/letteratura/testi/11strutt.htm>
- De Vidovich, L. (2017). Microaree programme: Health, housing and community-building in Trieste. *AMPS, Architecture MPS*, 22(23), 230-241. University of Derby.

- De Vidovich, L. (2020). Urban regeneration through the territorialisation of social policies: Findings from the Microareas Programme in Trieste, Italy. *Journal of Urban Regeneration and Renewal*, 13(4), 406-421.
- Di Monaco, R. et al. (2020). Promoting health equity through social capital in deprived communities: a natural policy experiment in Trieste, Italy. *SSM - Population Health*, 12. December 2020, 100677. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827320303141?via%3Dihub>
- Gallium, G. (2004). Scopi e attività dell'abitare: componenti strutturali e di processo che incidono nella definizione di modelli/tipologie dell'abitare assistito [Objectifs et activités de la vie : composants structurels et processus qui affectent la définition des modèles/types de vie assistée]. *Dipartimento di salute mentale di Trieste*, (paper).
- Gallio, G. (2011). Fare Salute. *Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina e ENAIP FVG* (éd.), 1(15).
- Gallio, G. (2015). Cura e partecipazione [Soins et participation]. *Azienda per i Servizi Sanitari n. 1 Triestina e ENAIP FVG* (éd.), 1(7).
- Gallio, G. et Cogliati Dezza, MG (2018). *La città che cura. Microaree e periferie della salute* [La ville qui guérit. Microterritoires et périphéries de la santé]. (Éds.). Merano, Italie : Alpha Beta Verlag.
- Gallio, G. et Ridente P. (2004). Abitare assistito / habitat sociale : percorsi di formazione e ricerca [Habitat assisté/habitat social : parcours de formation et de recherche]. *Dipartimento di salute mentale di Trieste* (paper).
- La città sociale numero 2* (2018). Trieste (paper)
- Marchigiani, E. (forthcoming 2021). Regenerating cities through spatialized social and health welfare. Learning from Microareas in Trieste. *Territorio*. Rivista, Franco Angeli
- Mezzina R. & Ridente P. (2015). La trasformazione della residenzialità a Trieste verso l'abitare supportato [La transformation de la résidence à Trieste vers le logement accompagné]. *Nuova rassegna di studi psichiatrici*, 12. Récupéré de <http://www.nuovarassegnastudipsichiatrici.it/index.php/numeri-precedenti/vol-12-29-dicembre-2015>
- Mezzina R. & Ridente P. (2016). From residential facilities to supported housing: The Personal Health Budget Model as a Form of Coproduction. *International Journal of Mental Health*, 45(1), 59-70.
- Moreira, C. (2019). Dalle istituzioni residenziali all'abitare inclusivo. Scenari di trasformazione, sfide e rischi dei modelli regolativi [Des institutions résidentielles à la vie inclusive. Scénarios de transformation, enjeux et risques des modèles réglementaires]. *Università di Trieste*. [Thèse de licence inédite].
- Organisation mondiale de la santé. (2018). *Programme Habitat-Microzones à Trieste*, Italie.

- Organisation mondiale de la santé. (2021). *Orientation sur les services communautaires de santé mentale. Promouvoir des approches centrées sur la personne et fondées sur les droits*. Extrait de : <https://www.who.int/publications/i/item/guidance-and-technical-packages-on-community-mental-health-services>
- Ramas, P. (2019). *Le 49cologia che curano [Les écologies qui guérissent]*. Récupéré de https://www.academia.edu/39734220/Le_ecologia_che_curano
- Righetti A. (2013). *Il budget di salute e il welfare di comunità. Metodi e pratiche [Le budget de la santé et le bien-être communautaire. Méthodes et pratiques]*. Rome, Italie : Laterza.
- Rotelli, F. (1988). *L'istituzione inventata [L'institution inventée]*. Dans Rotelli, F. (1999), 134-141.
- Rotelli, F. (1990). *Modelli scientifici e complessità [Modèles scientifiques et complexité]*. Dans Rotelli, F. (1999), 69-73.
- Rotelli, F. (1993). *Riabilitare la riabilitazione [Réhabiliter la réhabilitation]*. Dans Rotelli, F. (1999), 103-114.
- Rotelli, F. (1999). *Per la normalità. Taccuino di uno psichiatra negli anni della grande riforma. [Pour la normalité. Carnet de notes d'un psychiatre dans les années de la grande réforme]*. Scritti 1967-1998. Trieste, Italie : Astérios.
- Rotelli, F. (2015). *L'istituzione inventata. Almanacco Trieste 1971-2010 [L'institution inventée. Almanach de Trieste 1971-2010]*. Merano, Italie : Alpha Beta Verlag.
- Rotelli, F. (2016). *Il sogno della città che cura. L'attualità della lezione basagliana [Le rêve de la ville qui guérit. L'actualité de la leçon basaglienne]* (interview de R. Camarlinghi). *Animation sociale*, 3-11.
- Rotelli, F. (2021). *Quale psichiatria. Taccuino e lezioni [Quelle psychiatrie. Cahier et leçons]*. Merano, Italie : Alpha Beta Verlag.
- Saraceno, B. (1995). *La fine dell'intrattenimento. Manuale di riabilitazione psichiatrica [La fin du divertissement. Manuel de réadaptation psychiatrique]*. Milan, Italie : Etas.
- Saraceno, B. (2014). *Discorso globale, sofferenze locali. Analisi critica del Movimento di salute mentale globale [Discours global, souffrance locale. Analyse critique du Mouvement mondial de la santé mentale]*. Milan, Italie : Il Saggiatore.
- Saraceno, B. (2020). *Lezioni per il dopo: Salute, comunità, democrazia [Leçons pour l'après : Santé, Communauté, Démocratie]*. *Communitas. Vita*, 10-42. Récupéré de <http://www.vita.it/it/magazine/2020/04/24/lezioni-per-il-dopo-salute-comunita-democrazia/387/>
- Saraceno, B. (2021). *Un virus classista. Pandemia, diseguaglianze e istituzioni [Un virus de classe. Pandémie, inégalités et institutions]*. Merano, Italie : Alpha Beta Verlag.
- Strutti, C. (2007). *Progetto Micro-Win Microaree. Presentazione Sperimentazione. Azienda per i Servizi Sanitari n.1 Triestina (ASSI)* (paper).

StarAssociati (2010). *Abitare la soglia: architettura e psichiatria* [Vivre au seuil : architecture et psychiatrie]. Trieste (papier). Récupéré de <http://www.starassociati.com/portfolio/psichiatria/>