



*European Regional Council*  
OF THE WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

---

**MALADIE MENTALE**  
**EXCLUSION SOCIALE**

**ACTES DU COLLOQUE DE ROME**

*ROME 10-13 DÉCEMBRE 1992*

LES MALADES MENTAUX QUI ÉVOLUENT DANS LA "MARGINALITÉ"

*assistance - réhabilitation - prévention*

recueillis par

**Luigi Leonori**  
coordinateur



*European Regional Council*  
OF THE WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH

---

**MALADIE MENTALE**  
**EXCLUSION SOCIALE**

**ACTES DU COLLOQUE DE ROME**

*ROME 10-13 DÉCEMBRE 1992*

LES MALADES MENTAUX QUI ÉVOLUENT DANS LA "MARGINALITÉ"

*assistance - réhabilitation - prévention*

recueillis par

**Luigi Leonori**  
coordinateur

1° COLLOQUE EUROPÉEN

**MALADIE MENTALE EXCLUSION SOCIALE**

*"Les malades mentaux qui évoluent vers la marginalité"*  
PRÉVENTION RÉ-HABILITATION ASSISTANCE

organisé par le

**CONSEIL RÉGIONAL EUROPÉEN**  
**de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale**  
et  
**CARITAS ROMA**

avec le patronage de

**ASSESSORATO SANITA - SERVIZI SOCIALI**  
**Comune di Roma**

avec le support financier de

**La Communauté Européenne**  
**Caritas Roma**  
**Secours Catholique Paris**

*Roma 10-13 décembre 1992*

Centre de Congrès DOMUS MARIAE,  
Via Aurelia 481, tél. 6638823 00165 ROMA

## INDEX

*INTRODUCTION* *Présentation du Colloque de Rome.* pag. 8

### *EXPOSÉES*

**C. CALVARUSO** : *Identità cittadina e processi di esclusione.* pag. 12

**F. ANTONUCCI** : *Realtà e trasformazione dell'assistenza psichiatrica, oggi, a Roma.* pag. 18

**M. CUZZOLARO** : *Malati di mente senza dimora. Possibilità e difficoltà nella riabilitazione degli emarginati senza dimora a Roma.* pag. 22

**M. BRAZZODURO**: *Il disagio abitativo.* pag. 31

**Ph. TIMMS** : *Homelessness & Mental illness. The British experience.* pag. 37

### *COMMUNICATIONS*

#### BRUXELLES

**B. DENEYS** : *Les Sans-Abri socialement maudits, médicalement oubliés.* pag. 45

**R. HOROWITZ** : *Le paysage psychiatrique bruxellois.* pag. 62

**Ph. HALIN** : *Cadre législatif et institutionnel social en Belgique.* pag. 68

#### LISBONNE

**M.J. VARGA MONIZ**: *Planning community services for homeless mentally ill.* pag. 71

**A. BENTO** : *The homeless mentally ill in the city of Lisbon".* pag. 89

#### LONDRES

**S. BERYL** : *An alternative to the streets for homeless people with mental health problems".* pag. 96

**A. LEITCH** : *The Simon Community.* pag. 105

**Ph. TIMMS** : *Mental health legislation in Great Britain.* pag. 112

## PARIS

F. DE PECULAS:	<i>Aperçu du système de la psychiatrie en France. Cas particulier à Paris".</i>	pag.	119
Z. DJELALI :	<i>La Mission de Médecins du Monde, rue du Jura.</i>	pag.	127
DUFFAR & MOLLET:	<i>La Maison de Nanterre: un siècle d'existence.</i>	pag.	128
I. JOSEPH :	<i>Le programme de recherches concertées "Gare du Nord".</i>	pag.	142
O. LE BER :	<i>La présence de Secours Catholique.</i>	pag.	167
P. MECA :	<i>Les Compagnons de la nuit.</i>	pag.	147
A. MERCUEL :	<i>Malades mentaux et clochardisation en région parisienne. Le CPOA.</i>	pag.	154
J. SIMONNET :	<i>Les exclus du secteur. Quelques réflexions sur la désinsertion sociale à Paris : la rencontre avec la psychiatrie publique".</i>	pag.	158
X. VANDROMME :	<i>L'expérience d'Emmaus.</i>	pag.	162

## R O M E

G. DI CICCO :	<i>Presentazione dei Centri Caritas: area ascolto ed accoglienza.</i>	pag.	171
P. GUIDORZI :	<i>Un ambulatorio di Igiene Mentale Transculturale: aspetti clinici ed epidemiologici.</i>	pag.	177
G. MARCELLI :	<i>DSM RM/12 e Gruppo di Volontariato Caritas.</i>	pag.	174
M. MAZZETTI :	<i>Un ambulatorio psichiatrico per pazienti extra-comunitari: nuovi fattori di rischio psicopatologico, aspetti terapeutici e "follow-up".</i>	pag.	191
M. ORLANDI :	<i>Lo SPIS: servizio pronto intervento sociale del Comune di Roma.</i>	pag.	196
M. PURPURA :	<i>L'organizzazione dell'emergenza psichiatrica a Roma.</i>	pag.	204
F. ZUCCARI :	<i>Intervento della Comunità di S. Egidio sulla condizione delle persone che vivono in strada a Roma.</i>	pag.	211
L. LEONORI :	<i>Données concernant 165 Italiens accueillis à l'Osello-Termini du 1 janvier au 31 décembre 1988.</i>	pag.	219
CONCLUSION	<i>Conclusion en forme de question ouverte.</i>	pag.	233



M. SIMONET.  
REFLEXION SUR LE CONCRÈS

Homeless woman  
ou la dame plastique

11 / 12 / 2011

## PRÉFACE

L'insoutenable regard de ceux qui vivent "en marge" renvoi en permanence, sur le "centre" de la société, la projection exaspérée de la situation vécue au centre même.

Le Prof. Calvaruso introduit ainsi les travaux du Colloque en soulignant l'interrelation "centre-marge".

On pourrait tracer un pont imaginaire entre les malades, par exemple, qui sont "au marge" et ceux qui sont "au centre" de la société: un continuum substantiel les unit.

*"Il faut être mentalement lucide, moralement pur, physiquement propre, cet aphorisme de Tchekhov, subtilement ironique, peut bien introduire notre discours sur les malades mentaux qui vivent dans la rue..."*

Le Dr. M. Cuzzolaro présenta la recherche qu'il a conduite avec son équipe visant à donner un profil, sans ambiguïté, des malades mentaux-"clochards", pour en conclure par une mise en garde:

"Le risque existe et il est de plus en plus réel que "le scandale" visible des malades mentaux à la rue, que "l'obscurité" de ce phénomène, reconduise vers une ré-institutionnalisation aveugle.

"Un pouvoir politique ou une administration publique de style mercantile et "clientéliste", qui ne se soucie pas de la misère, de la défense de minorités marginalisées, de la crise de relations humaines, du chômage, des échecs scolaires, de l'insécurité, sera toujours disfonctionnel et antithétique aux besoins de la santé mentale".

Quelques chiffres pour nous donner toute la dimension du problème:

\* **60.000** personnes (sur une population de 3 millions d'habitants) sont les patients psychiatriques estimés à Rome dont à peu près la moitié présente des pathologies sévères.

\* **500** patients sont encore internés dans le vieux "*manicomio*" (asile) de S.Maria della Pietà, (pour 500.000 £/jour) dans des conditions lamentables.

\* Un peu plus de **100 lits** (sur les **300 prévus par la loi**) sont à disposition dans les Services de diagnostic et soin psychiatrique des hôpitaux publics.

\* **27 milliards** de lire, est la somme officiellement allouée pour les Unité de Santé, mais jamais remise".

Le prof. F. Antonucci, sans macher ses mots, dénonçait la situation de dégradation que vivent très souvent les malades mentaux à Rome et l'inertie des instances politiques.

Dans ces Actes nous avons recueilli les conférences introductives et les communications des participants qui parfois, à cause du temps limité, n'ont pas eu la possibilité de les exposer in-extenso.

On lira avec beaucoup d'intérêt la situation vécue dans les 5 capitales (Rome, Paris, Londres, Lisbonne, Bruxelles), les législations concernant la maladie mentale, la précarité socio-sanitaire qui amplifie le phénomène des "*malades mentaux à la rue*" et les initiatives alternatives et innovatrices.

Nous aurions désiré présenter Les Actes à tous les participants au Colloque de Rome, ainsi qu'à ceux qui nous ont manifesté leur intérêt, en une publication traduite et dans une autre présentation typographique.

Mais, par manque de moyens nous avons décidé de mettre à leur disposition les copies des communications reçues, sans toutefois perdre l'espoir d'une publication future.

*Nous tenons à exprimer notre plus vive gratitude à ceux qui, en faisant parvenir leur communication "déjà mise en page", ont contribué et facilité cette première "édition" des travaux.*

**Participants in  
the European Meeting on  
"MENTAL ILLNESS AND SOCIAL EXCLUSION"**

**BRUXELLES**

**DENEYS Benoit** *social worker*  
Médecins Sans Frontière

**HALIN Philippe** *team leader of*  
"La Source" et "Pierre D'Angle"

**HOROWITZ Rina** *sociologist*  
L' "Autre Lieu"  
Recherche-Action sur  
la Psychiatrie et les Alternatives

**PRINS Colette** *director of*  
Confédération Francophone des Ligues  
de Santé Mentale

**ROELANTS Karel** *psychiatrist*  
Psychosocial Centrum Primavera

**LONDON**

**BHUGRA Dinesh** *psychiatrist*  
M R C Medical Research Council  
Social and Community Psychiatry Unit  
Institute of Psychiatry

**LEITCH Andrew** *team leader*  
The Simon Community  
Mission of Caring on Skidrow

**STEELE Beryl** *director*  
Thames Reach

**TIMMS Philip** *psychiatrist*  
Guy's & St Thomas's UMDS  
MHT The Mental Health Team

**LISBOA**

**BENTO Antonio** *psychiatrist*  
Rua de Cabo Verde, 24 1°ESQ  
ARIA Associacao de Reintegracao  
da Ajuda

**DA SILVA Carnot Maria** *psychiatrist*

**VARGA MONIZ M. João** *sociologist*  
AEIPs Associacao Para o Estudo e  
Integracao Psicossocial  
Centro de Lisboa de Doentes Mentais

-----  
**VRIENS Toon**  
PANDORA Foundation  
AMSTERDAM

**PARIS**

**CARDOSO R. Hector** *social worker*  
Secours Catholique

**DE PECULAS François** *psychiatrist*  
Hôpital psychiatrique St Anne SM23

**DJELALI Zoubida** *team leader*  
Mission France "Médecins du monde"

**DROGOUL Frédérique** *psychiatrist*  
Mission France "Médecins du monde"

**DUFFAR Michèle** *psychologist*  
Hôpital Max Fourestier  
Unité Fonctionnelle de Psychiatrie

**GOROG Françoise** *psychiatrist*  
Chef d' Unité SM23  
Hôpital Psychiatrique St. Anne

JOSEPH Isaac *sociologist*  
RATP Prospective  
Département du Développement

KOECHLIN Ednée *psychiatrist*  
Mission France "Médecins du monde"

LE BER Odile *social worker*  
Secours Catholique

MECA Pedro *team leader*  
Compagnons de la nuit

MERCUEL Alain *psychiatrist*  
CPOA Centre Psychiatrique  
d'Orientation et d'Accueil  
Centre Hospitalier St. Anne

MOLLET Sophie *social worker*  
Hôpital Max Fourestier  
Unité Fonctionnelle de Psychiatrie

RAGUIN Philippe *social worker*  
Chargé de mission Secteur Paris Centre  
"Aux captifs la libération"

SIMONNET Jacques *psychiatrist*  
Chef de Service CHS Vaucluse

SIMONNET Dominiques *psychiatrist*  
Psychiatre CHS Vaucluse

VANDROMME Xavier *director*  
Association Emmaus

## R O M A

ANTONUCCI Fausto *psychiatrist*  
Consigliere Comunale Comune di Roma  
Responsabile SDSM UOT Va USL RM3

BALDINI Roberto *social worker*  
Cooperativa Humanitas  
FIRENZE

BAROTI Sister *voluntary*  
Casa di Accoglienza Dono di Maria  
Suore di Madre Teresa di Calcutta

BRAZZODURO Marco *sociologist*  
Dipartimento di Scienze Demografiche  
Università La Sapienza

BUTINI Grazia *psychiatrist*  
Ass. Vol. "Niccolo' Stenone"

CALVARUSO Claudio *president*  
Presidente di LABOS

CUZZOLARO Massimo *psychiatrist*  
Ricercatore la Università di Roma

D'AQUANNO Franco *sociologist*  
Impostazione Metodologica  
ENAIIP

DI CICCIO Gennaro *social worker*  
Direttore Casa Accoglienza Caritas

GUIDORZI Piergiorgio *psychiatrist*  
Cattedra Igiene Mentale  
Università di Roma "La Sapienza"

IMPAGLIAZZO Giovanni *social worker*  
Comunità S.Egidio

LEONORI Luigi *psychologist*  
Membro della WFMH

MANETTI Filippo *social worker*  
"Humanitas" Coop.per Malati Mentali

MARCELLI Giulia *psychologist*  
Coordinatore Gruppo di lavoro  
Caritas-DSM RM/12

MAZZETTI Marco *psychiatrist*  
Psichiatria transculturale  
Catt. Ig. Ment. Univ. "La Sapienza"

MOLINA Roberta *psychologist*  
Direttrice Ostello-Termini

NAPOLEONI Miriam *voluntary*  
Gruppo di lavoro Caritas-DSM RM/12

ORLANDI Mario *social worker*  
Capo uff. SPIS  
Rip VIII-Comune di Roma

PETRICOLA Ave *social worker*  
Direttrice Centro Ascolto Caritas

POCHETTINO Gianfranca *psychologist*  
Responsabile Centro Docum. Caritas

ARIATTI Rosa *voluntary*  
Collaboratrice Fiops

PURPURA Massimo *psychiatrist*  
Primario Psichiatra SPDC  
Ospedale Civile Sandro Pertini

TANTILLO Giovanni *journalist*

ZUCCARI Francesca *social worker*  
Responsabile servizi SFD  
Comunità di S. Egidio

## DONNÉES du COLLOQUE

### **PARTICIPANTS 53**

5 de Bruxelles  
3 de Lisbonne  
4 de Londres  
1 de Amsterdam  
16 de Paris  
24 de Rome 24

dont:

- 17 psychiatres
- 13 assistants sociaux
- 12 directeurs de centres
- 5 sociologues
- 5 psychologues
- 1 journaliste
  
- 30 travaillent dans des structures privées  
avec ou sans une convention avec le public
  
- 23 travaillent dans des structures publiques, dont:  
4 psychiatres chefs de service,  
4 professeurs d'université,  
2 chercheurs d'université.

### **ORGANISATIONS INTERNATIONALES REPRÉSENTÉES:**

- 4 d'orientation religieuse: Caritas (Rome et Paris)  
Communauté de Mère Thérèse de Calcutta,  
Communauté de St Egidio  
Association Emmaus.
  
- 2 d'orientation laïque:  
Médecins du Monde  
Médecins Sans Frontières.

### **LANGUES ET TRADUCTION EN SIMULTANÉE**

3 langues: Italien, Français, Anglais  
5 traducteurs professionnels  
12 heures d'enregistrement.

### **PRODUCTION DE DEUX JOURNÉES DE TRAVAUX:**

5 Introductions présentées par des spécialistes  
20 Communications parmi les participants

## Introduction

Le projet du Séminaire Européen sur "*MALADIE MENTALE ET EXCLUSION SOCIALE*", promu par l'ERC of WFMH (le Conseil Régional Européen de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale) et co-organisé par la Caritas de Rome, est né suite à une expérience professionnelle dans un centre innovateur et alternatif et suite à un constat commun à plusieurs capitales européennes. Mais aussi décisive a été la rencontre avec d'autres professionnels et bénévoles qui, dans plusieurs capitales européennes, travaillent au bénéfice des malades mentaux-"clochards".

Dans les pages qui suivent on trouvera une présentation exhaustive de l'Ostello-Termini de la gare de Rome.

Le constat du "*spectacle ob-scène et scandaleux*" commun à toutes les grandes villes européennes nous interpelle tous: *les malades mentaux-"clochards" vivent dans la rue, dans les gares, dans les métros en état d'abandon et d'exclusion.*

Le problème est "européen", les réponses aussi se doivent de l'être !

### I. CONSTAT DE DÉPART

La maladie mentale, surtout dans ses manifestations les plus graves, reste une cause d'exclusion sociale et, **malgré les différentes réformes des systèmes de la santé mentale** et les progrès accomplis dans le domaine de la pharmacothérapie, est encore à l'origine d'un processus qui mène graduellement et parfois inévitablement à la marginalité.

Les conséquences de cette marginalisation sont très graves et se manifestent surtout par la perte du logement, du travail et, souvent, de toute forme d'identité et d'appartenance sociale.

Une certaine catégorie de malades mentaux, **les plus défavorisés parmi les personnes "handicapées"**, à la longue risque de s'enfoncer, presque inévitablement, dans un état de solitude et d'isolement social de plus en plus chronique et difficilement réversible.

**Aujourd'hui il devient de plus en plus urgent de focaliser notre attention sur la situation des "malades mentaux-clochards" (parfois alcooliques et toxicomanes), qui, du fait de leur état de chronicité, vivent dans une situation d'abandon social et d'exclusion de soins de santé et qui ne participent plus à la solidarité et ne bénéficient plus à la sécurité sociale.**

Ces malades n'ont pas de voix pour se faire entendre et dénoncer la situation de "*misère sociale*" et de "*non-assistance médicale*" dans laquelle ils vivent, sûrement pas par leur "*faute*", mais non plus par leur "*choix*".

Les "*malades mentaux-clochards*", des deux sexes et de tout âge, vivent dans les gares et les métros, abandonnés sur les trottoirs, voient leur dignité dégradée à tel point, qu'ils nous interpellent tous sur le respect du plus élémentaire des "*droits de l'homme*": cette dignité même.

Avant tout, qu'est que signifie encore pour eux être *un homme, être une femme* ?

Leur condition est, bien sur, une conséquence de plusieurs facteurs complexes: personnels, socio-économiques, psycho-médicaux, sans négliger aussi les effets d'une certaine politique de la santé. (A Rome p.e. et dans plusieurs villes d'Italie où on a pas mis en place des alternatives efficaces, "*préalablement*", à la fermeture des hôpitaux psychiatriques).

Pour ces raisons une étude approfondie et *multi-disciplinaire* de ces facteurs devrait être le préalable à tout programme d'assistance, pour éviter d'approcher cette problématique exclusivement du point de vue de l'"assistance-humanitaire", qui risque à la longue de maintenir et renforcer l'individu dans cet état de dépendance.

La carence, sinon l'absence, d'une politique sociale et de santé, qui devrait prévoir des programmes à long terme (trop souvent on répond avec une "*politique de l'urgence*"), complémentaires et articulés entre le social et la santé, est mise en évidence par les contradictions auxquelles se confrontent quotidiennement ceux qui travaillent avec ces malades:

- Les services sociaux soutiennent: "*... ils sont malades mentaux, ce n'est pas de notre compétence !*".
- Les services de santé, à leur tour: "*...ils sont typiquement des cas sociaux, ce n'est pas de notre ressort !*".
- Les services de sécurité: "*... on nous demande de les ramasser, parce qu'ils "dérangent", mais que devons-nous en faire!*".
- Les citoyens: "*c'est scandaleux qu'on ne fasse rien pour ces gens-là !*"

Face à ce renvoi de responsabilités, des organisations de volontariat, subventionnés parfois d'une façon absolument dérisoire et aléatoire par les administrations locales ont lancé des initiatives en faveur de ces "clochards-malades mentaux".

Ces initiatives courageuses mais ponctuelles, qui relèvent surtout de la préoccupation et de la solidarité d'organismes privés, sont absolument insuffisantes sans l'implication des pouvoirs politiques responsables de la santé et du social.

Le nombre des marginaux et exclus, même si n'existent pas de paramètres définis et de données statistiques fiables, **est sûrement plus important** que ne le laisse supposer leur rencontre quotidienne dans les gares et les rues de nos métropoles. Et tout porte à croire, malheureusement, qu'en l'absence de mesures efficaces et préventives, **le nombre des marginaux et exclus est destiné à s'accroître.**

En effet, notre société de "bien-être continue à produire un très grand nombre de pauvres : **50 millions** selon les estimations de la C.E.E. et **3 millions** qui vivent dans la rue.

En plus de cela l'avenir nous confrontera sûrement avec ceux qui, dans l'espoir de participer à cette même société de soit-disant "bien être", émigrent d'autres pays et surtout de l'Est de l'Europe.

## II. PRIORITÉS À NE PAS PERDRE DE VUE

Il est urgent - avant tout - de rétablir les conditions primaires de vie afin de sauvegarder la dignité et les droits élémentaires des "malades mentaux-clochards", qui sont les plus défavorisés parmi les marginalisés.

Un programme spécifique et articulé, à moyen/long terme, de *prévention, réhabilitation, assistance* devrait promouvoir:

- 1.** - *Une étude approfondie* et une recherche multi-disciplinaire fondamentale. L'analyse des causes et des facteurs complexes qui sont à l'origine de ce "phénomène" devrait être préliminaire à l'élaboration de tout programme et accompagner, ensuite, par des évaluations périodiques, la réalisation de ce même programme dans toutes ses phases.
- 2.** - *Des mesures de prévention*, pour éviter que les "personnes à risque" et les plus vulnérables (jeunes non-insérés, femmes en difficultés, personnes âgées isolées, "nouveaux" immigrés), dérivent vers un état de chronicité dans la rue, plus difficile à traiter par la suite.
- 3.** - *La création de services différenciés et spécifiques* adaptés à la situation de ces personnes:
  - \* **dans la rue**, pour ré-établir une relation de confiance,
  - \* **dans les "centres intermédiaires"** pour l'accueil, l'hébergement, le soutien et l'accompagnement,
  - \* **dans les "lieux de vie"** axés sur la ré-socialisation et la ré-habilitation.

## III. OBJECTIFS DU COLLOQUE

- a) *Faciliter les rencontres* entre ceux qui opèrent - à Rome, Paris, Londres, Bruxelles et Lisbonne - dans le domaine de la santé et du travail social en faveur des malades mentaux en processus de marginalité.
- b) *Comparer les législations* et les systèmes de santé qui concernent le traitement de la maladie mentale, les programmes de réinsertion et surtout les mesures de **prévention**, dans les grandes villes.
- c) *Analyser les circonstances* de la non-assistance, de l'exclusion sociale, du non-respect des "**droits de l'homme**", constaté à propos des malades mentaux qui vivent dans la rue et les gares.

- d) *Analyser les difficultés* rencontrées et les solutions proposées.
- e) *Présenter des centres alternatifs* des actions novatrices et des projets-pilotes dans le domaine de la "ré-habilitation", de la réinsertion sociale et de la prévention.
- f) *Impliquer les responsables de la politique et de la santé* tant au niveau local, que régional et européen.
- g) *Sensibiliser l'opinion publique* en vue d'une culture nouvelle de "solidarité".

#### IV. PERSPECTIVES ET SUIVI

1. "Recherche (étude) préliminaire commune" aux 5 capitales concernant la population des malades mentaux et particulièrement les "groupes à risque" qui évoluent dans la marginalité. Pour qu'on puisse poursuivre des objectifs communs il faut que la "recherche" soit préparée et élaborée ensemble pour se doter des instruments de collecte et d'analyse des données communs.
2. "Séminaire Européen d'Étude et perspective", proposé aux douze capitales européennes, sur le thème: "MALADIE MENTALE et EXCLUSION SOCIALE". (Bruxelles, 2-4 décembre 1993)
3. "Groupe permanent de liaison, d'étude, de recherche et de promotion" au sein de l'ERC of WFMH, particulièrement axée sur les situations et les problématiques concernant la Maladie mentale et la Marginalisation, dans une dimension européenne et multi-disciplinaire.  
Objectifs à court et moyen terme de ce groupe de travail promouvoir et coordonner:
  - la préparation du "Séminaire Européen d'Étude et perspective",
  - la réalisation de la "Recherche Préliminaire Commune",
  - la liaison entre ceux qui, dans les grandes villes européennes, travaillent et sont intéressés à cette problématique.

**N.B.:** *Les deux journées de travail du Colloque ont été très dense et n'a pas été possible d'affronter tous les thèmes prévus, surtout dans les ateliers. Néanmoins les thèmes fondamentaux abordés dans ce 1er Colloque seront étudiés, préparés et relancés pour le prochain Séminaire Européen d'Étude et Perspective, multi-disciplinaire et pluraliste, qui aura lieu à Bruxelles du 2 au 4 décembre 1993.*

**Luigi Leonori**  
*promoteur/coordonateur*  
*du Projet M.M.E.S.*  
 ROME

## IDENTITA' CITTADINA E PROCESSI DI ESCLUSIONE

### Identità cittadina e processi di esclusione

Credo che il mio compito sia quello di tracciare un quadro più generale di riferimento relativo alle situazioni di emarginazione sociale, al fine di collocare il tema specifico che affrontate, che è quello della malattia mentale, in uno scenario più ampio dei rapporti tra gruppi di marginalità sociale e società.

Credo infatti che la malattia mentale e il barbonismo siano oggi 2 espressioni di un fenomeno più ampio che potremo definire delle "povertà estreme". Assistiamo nelle nostre società tecnologiche, post-industriali ad un aumento di queste forme di povertà estreme, che si caratterizzano soprattutto per una rottura del legame comunitario, che dovrebbe unire questi gruppi sociali con il resto della società.

Queste "Povertà estreme", sono povertà al limite della sopravvivenza caratterizzate da bisogni materiali molto evidenti, che non trovano risposte a livello di servizi. In queste povertà estreme è presente anche un altro tipo di bisogni ed è il bisogno che potremo definire relazionale, un bisogno immateriale, misto di comunicazione e di affettività, la mancanza cioè di rapporti significativi, in termini di partecipazione sociale, in termini di comunicazione personale con il resto della società. Queste aree di marginalità sociale le definiamo anche "povertà invisibili", anzitutto perché sono poco o mal conosciute, sia quantitativamente, sia dal punto di vista delle condizioni di vita che caratterizzano questi gruppi sociali.

Sono "povertà invisibili", poi, anche perché sono volutamente ignorate, sia dal sistema dei servizi, che dai processi di solidarietà della società civile. Sono povertà, cioè, che non sono raggiunte dal sistema dei servizi, ma nei riguardi delle quali non vengono attivati nemmeno processi di solidarietà da parte della società civile.

Queste fasce marginali non hanno nemmeno il diritto di cittadinanza, sostanzialmente, proprio perché non godono della protezione sociale, dell'eguaglianza di opportunità,

di una giustizia sociale minimale che garantisca loro da parte della società la soddisfazione dei bisogni primari. Sono forme di povertà in crescita, ne fanno parte, abbiamo detto, i "senza tetto", i malati mentali, ne fanno parte anche gli immigrati, i tossicodipendenti, i malati di AIDS, gli anziani, gli anziani non autosufficienti, che vivono soli, abbandonati. Ne fanno parte anche i portatori di handicap, i disabili.

Sono delle categorie di persone, che, come Labos, definiamo come poveri la cui struttura di bisogno è di tipo "transmateriale". Anche se apparentemente i bisogni prevalenti di questi gruppi di persone, sono dei bisogni di tipo economico, la struttura dei bisogni è molto più articolata e comprende al proprio interno sia dei bisogni immateriali di relazione, come dicevamo, sia dei bisogni istituzionali, legati cioè alla possibilità di usufruire di prestazioni, da parte dei servizi sociali e sanitari e sia, infine, dei bisogni di tipo materiale, cioè legati alla sopravvivenza pura e semplice. Quindi ci troviamo di fronte ad una struttura complessa e composita di bisogni sociali che sono presenti ed è questo che caratterizza la situazione di povertà estrema. Possono esistere infatti delle povertà caratterizzate da una prevalenza di bisogni relazionali, come ad esempio la condizione degli anziani, che potenzialmente è in una situazione di mancanza di risposte sul piano relazionale, ma quando queste 3 tipologie di bisogni relazionali, istituzionali e materiali sono contemporaneamente presenti all'interno di un gruppo sociale di una persona singola, abbiamo a che fare - secondo noi - con le "povertà estreme".

Abbiamo definito come Labos quando facemmo nell'86 una ricerca sui senza tetto a Roma, i barboni come degli "anoressici istituzionali", degli anoressici che non vogliono più cibarsi di istituzioni. E forse le povertà estreme non rappresentano soltanto dei casi di anoressia istituzionale, ma sono anche dei casi di anoressia sociale. La rottura del legame comunitario, cioè la sensazione profonda che è presente all'interno dei gruppi di povertà estrema di essere esclusi dalla società, di non ottenere attenzione in termini di servizi, di solidarietà e quindi la frattura che si determina sul piano dell'affettività e del collegamento tra

gruppi marginali e società, determina una involuzione a livello di personalità e l'orientamento dei comportamenti di questi "poveri estremi" verso l'autodistruzione, verso l'autoesclusione. In questo senso, potremmo parlare di "povertà estreme" come di situazioni di anoressia istituzionale e sociale, quando cioè le persone hanno ricevuto un trauma così profondo sul piano dell'affettività che temono il contatto con le istituzioni e con la società stessa, perchè temono una sofferenza ancor maggiore di quella che hanno già provato.

Così definite le situazioni di "povertà estrema" vi inviterei a fare insieme una riflessione sui rapporti che esistono tra queste aree di marginalità sociale e il "centro" della società, 'il "centro" fatto dalle istituzioni, dalla società civile, la società normale ai margini della quale vivono questi gruppi di povertà estrema.

Direi allora che esistono tra centro e margini del sistema, tre tipi di rapporti. Il 1° tipo di Rapporto è a mio avviso paradossale, nel senso che questi gruppi di povertà estrema, se vogliamo veramente circoscrivere questa categoria, questa definizione di "povertà estrema" a quei gruppi di persone veramente colpite contemporaneamente da questi 3 bisogni, che sono, come abbiamo detto, i bisogni di relazione, di istituzioni e i bisogni primari di beni materiali di sopravvivenza. Se vogliamo circoscrivere rigidamente alla compresenza di questi bisogni i gruppi di povertà estrema, bisogna dire che tutto sommato non sono moltissime le persone che si trovano in questa situazione nella nostra società italiana e penso anche nelle società in cui vivete voi.

Tutto sommato, forse in Italia le persone che vivono in questo tipo di situazione così grave di marginalizzazione saranno il 2% della popolazione saranno 2 milioni, 2 milioni e 1/2. Allora quello che sorprende è come questa presenza, quantitativamente abbastanza limitata, abbia invece una incidenza molto forte nella società civile e sulle istituzioni, abbia un effetto di provocazione costante, determini una sorta di turbolenza dell'identità delle società in cui viviamo. Sono costantemente sulla cronaca dei giornali queste situazioni di povertà estrema e questi soggetti, che fanno

parte della povertà estrema, sono oggetto di tensioni e di aggressività da parte del "centro" della società. Pensiamo alla aggressività e alla diffidenza che si manifesta nei riguardi degli immigrati, dei tossicodipendenti o dei malati di AIDS; pensiamo alla scarsa attenzione, solidarietà, al rifiuto quasi di rapporto che si verifica nei riguardi dei malati di mente, dei senza tetto, dei disabili.

Quindi il 1° Rapporto che esiste tra centro e margini, se volete, è una certa incongruenza tra peso quantitativo dei margini, che non è poi così eccessivo e che una buona politica sociale non dovrebbe avere difficoltà a risolvere, e peso qualitativo, invece, di queste poche persone che contano così tanto nella nostra società da inquietare costantemente la società civile, da metterla in crisi, da provocarla, in termini di incapacità di gestire questo tipo di situazioni.

Il 2° Rapporto che esiste tra "centro" e "margini" del sistema è un Rapporto che potremmo definire di "continuità sostanziale". Abbiamo appena detto che i margini estremi del sistema, quantitativamente non pesano molto. Gli anziani non autosufficienti in Italia saranno forse 300.000, non sono molti, così come gli anziani in situazioni di povertà economica assoluta, saranno 5/600.000. Però tra questo "margine" estremo di questi anziani in condizioni di povertà estrema e il "centro" del sistema, esiste una continuità sostanziale.

C'è un ponte immaginario che possiamo tracciare a partire dagli anziani non autosufficienti, gli anziani in povertà estrema, un ponte che ci porta al "centro" della società dove troviamo tutta la condizione degli anziani, che potenzialmente vive - ugualmente - una situazione di margine. E' come se ci fosse un collegamento costante tra margine e centro, delle "navette" che ci portano dal centro al margine del sistema, perchè se gli anziani in povertà estrema sono qualche centinaia di migliaia, al centro del sistema troviamo un'intera condizione degli anziani che vive in situazione di insoddisfazione, con scarse risposte sul piano dell'affettività, della partecipazione sociale, che vive situazioni di solitudine, di mancanza di ruolo, di esclusione dai processi importanti che si vivono al "centro" della so-

cietà. La stessa cosa avviene con i giovani. E' vero che abbiamo qualche centinaio di migliaia di giovani in grosse situazioni di disagio, devianti, tossicodipendenti, ma anche qui se partiamo da queste povertà estreme possiamo percorrere un ponte che ci porta al centro del sistema dove troviamo una condizione giovanile che, nella sua generalità ed in quanto tale, vive una situazione di disagio. Una condizione giovanile che non trova risposte soddisfacenti, nè sul piano delle istituzioni nè sul piano delle agenzie educative della famiglia, a quelli che sono i propri bisogni reali, una condizione giovanile che non riesce ad essere protagonista, che non riesce ad incidere in termini di cambiamento della società. Quindi questi giovani devianti, questi giovani tossicodipendenti sono una proiezione esasperata di una condizione sociale che caratterizza tutta la condizione giovanile e c'è una continuità sostanziale tra "centro" e i "margini" del sistema. Sono gli stessi giovani che sono presenti ai margini del sistema e al centro del sistema, solo che i giovani collocati ai margini del sistema sono quelli più fragili, quelli che probabilmente vivono in maniera più drammatica una situazione di insoddisfazione, di difficoltà di risposte ai propri bisogni.

Quindi questo è un primo legame, quello della continuità sostanziale. La stessa cosa possiamo dirla per la malattia mentale: abbiamo un gruppo di povertà estrema rappresentato da malati mentali che non riescono a gestire la propria vita e che non hanno sufficienti supporti, ma al centro della società quante nuove patologie abbiamo che sono del tutto rapportabili alle situazioni di margine? Oggi c'è una diffusione di nuove forme di patologie mentali, pensiamo soltanto a tutte la sindrome da stress, da carriera, da angoscia, sindrome esistenziali e quindi c'è questa continuità sostanziale tra centro e margine.

Il 3° Rapporto che unisce il "centro" con i "margini" è quello che potremmo definire una sorta di Rapporto di clonazione o di produzione. Se badate bene la situazione che maggiormente caratterizza le povertà estreme, e lo abbiamo già sottolineato, è il carattere di esclusione sociale che è a monte della collocazione di un gruppo sociale o di una persona ai margini della società. Ciò che mette, per esempio,

gli immigrati o i disabili e i malati mentali, ai margini della società, e che spesso è, all'origine di una situazione di povertà che diviene successivamente anche una povertà materiale ed istituzionale, è un processo di esclusione sociale che parte dal centro della società. L'esclusione sociale comporta la non accoglienza, la non accettazione, la non messa in comune delle risorse presenti al centro del sistema, la mancanza di processi di solidarietà, la mancanza di quella cultura della prossimità, per cui la comunità si basa sul principio della condivisione e quindi della messa in comune di risorse ed energie per rispondere ai bisogni di tutti. Ed ecco allora che questo terzo Rapporto è un Rapporto di clonazione nel senso che il centro che produce i margini è un centro che attraversa una profonda crisi di identità che si traduce nella sua incapacità di accoglienza, di dare solidarietà. Questo centro in crisi produce i suoi stessi margini e allora vedete che il primo tipo di Rapporto che abbiamo considerato che era quello della incongruenza tra peso quantitativo e peso qualitativo che hanno i margini nella nostra società può trovare una spiegazione nel secondo e terzo tipo di Rapporto. I margini, pur essendo quantitativamente molto limitati pesano in maniera eccessiva e insopportabile sul centro della società perchè ne rappresentano la proiezione esasperata. Il margine è esso stesso centro, è soltanto un centro in situazione più difficile, tendenzialmente è possibile cioè che tutto il centro possa riconoscersi tra i margini come propria proiezione. In secondo luogo i margini sono il prodotto di una incapacità del sistema sociale di produrre solidarietà di mettere in comune risorse ed energie, sono quindi una testimonianza costante dell'incapacità profonda del "centro" di far società, della profonda crisi di identità, di valori e di proiezione futura che attraversa oggi il "centro" del nostro sistema sociale.

**Prof. Claudio CALVARUSO**  
*Presidente di LABOS*  
ROMA

# ASSISTENZA PSICHIATRICA A ROMA

## *realtà e trasformazione*

Una forza politica o un'Amministrazione pubblica di stile mercantile e clientelare che non si pongono il problema *della miseria, della difesa delle fasce marginalizzate, della disoccupazione, della paura, della crisi dei rapporti umani, dell'espulsione scolastica*, sarà sempre disfunzionale e antitetica al bisogno di salute mentale:  
**questo infatti è successo a Roma.**

Non è operazione semplice fare una panoramica della situazione psichiatrica oggi a Roma sia per la forte eterogeneità dei Servizi di Salute Mentale sia perché mi interessa ancor più fermare l'attenzione su alcuni fenomeni trasformativi che, pur tra difficoltà e contraddizioni, è possibile cogliere nella realtà metropolitana. La difficoltà è legata anche alla complessità dei processi trasformativi soprattutto se confrontata con la semplicità del modello che informava il servizio pubblico fino agli anni 70-80, periodo della riforma psichiatrica in Italia. La **convergenza** delle forze politiche al momento dell'approvazione della legge 180 nel 1978 e di nuovo ora, 1992 in sede di discussione parlamentare per la revisione della legge, è stata anche un'operazione di **saldatura** tra una scelta di valori in sede normativa che permetteva, a basso rischio, di presentare *"un'immagine sociale umanitarista forte e lo sfruttamento della sostanziale debolezza dell'anello psichiatrico nel panorama assistenziale italiano"*.

Il **quesito** da porsi subito è: **quale** degli strumenti proposti dalla legge deve essere eluso dalla legge stessa ?

Questa modalità è particolarmente evidente nelle **culture** di alto spessore burocratico informale, come la nostra, e rappresenta un'area del peggiore cinismo politico-sociale.

Si è fatta diventare la legge 180 quasi *"un bel gesto"* considerato sempre più irresponsabile (infatti io disagio reale, la sofferenza delle persone, lo smarrimento degli operatori conseguente alla mancata applicazione sono stati spesso adoperati come argomenti contro la legge, con gravi responsabilità anche di molti mezzi di comunicazione di massa per il livello culturale di intolleranza espresso).

Il modello degli interventi era ed è rimasto anche a Roma orientato in parte in senso biologico, per nulla sfiorata dalla dimensione sociale e psicologica della sofferenza: l'opzione di *"scientificità"* è rivendicata da chi parla di rivoluzione biologica in psichiatria; della *"nuova"* clinica, aggregata attorno allo strumento diagnostico, al DSM III e successive varianti, connessa alla farmaco-terapia e all'assistenzialismo psichiatrico.

Questa posizione ideologica in verità non sostenuta da *"scoperte"* scientifiche adeguate fornisce la copertura alle operazioni di riduzione economicistica dell'approccio ai problemi psichiatrici. Si indica come un sistema ad alti costi e scarsi benefici l'asse ben più importante della psichiatria sociale, di comunità che sicuramente comporta un coefficiente elevato della relazione interpersonale, delle strutture intermedie terapeutiche, di corsi formativi e di aggiramento, di ricerche epidemiologiche trasformative.

Anche a Roma la catena degli eventi: crisi psicopatologica o di emergenza psichiatrica - farmacoterapia - ricovero ospedaliero o abbandono è rimasta integra e rappresenta il modello di intervento più consolidato.

La legge 180 pur nata dalla spinta di una psichiatria che si era saputa legare alla dimensione

sociale, a Roma non sempre ha trovato spazi allargati di riferimento per una organizzazione socio-sanitaria nuova.

I contenuti della programmazione e del decentramento culturale e amministrativo delle UU.SS.LL. e del Comune di Roma, con la legge dell'area metropolitana n. 142/90, potevano essere fondanti la partecipazione della comunità sociale alle scelte di indirizzo e rinnovamento.

Ciò si è verificato in gran parte per il rifiuto **consapevole** dei gestori della vecchia psichiatria manicomiale divenuti per lo più i responsabili dei nuovi servizi psichiatrici e per il peso culturale che le posizioni "*classiche*" della psichiatria universitaria mantenevano ed esercitavano sugli Amministratori politici al Comune e alla Regione.

La povertà e la miseria di risorse che i servizi avevano ed hanno a disposizione a Roma è eccessiva. Elenco le più gravi carenze:

- \* ci sono poco più di **100 posti letto** per i trattamenti sanitari obbligatori (TSO) presso i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedalieri, invece dei **300 necessari previsti** dalla Regione Lazio, ma **irresponsabilmente** non attivati.
- \* mancano posti letto per il ricovero psichiatrico di **minori di 18 anni**;
- \* **sostanziale assenza** di case famiglia, comunità alloggio, comunità terapeutiche e riabilitative;
- \* pochissimi Centri diurni assistenziali o terapeutico-riabilitativi aperti 12 ore;
- \* **assenza di Centro Crisi** aperti 24 ore;
- \* **assenza del Pronto Intervento psichiatrico** (solo ora si comincia a parlare della sua realizzazione pena il procedimento penale da parte di magistrati).

In realtà vi sono sia a Roma che nella Regione Lazio molte persone ricoverate in strutture psichiatriche: ha ancora presente la realtà del vecchio *manicomio* S. Maria della Pietà con puzza, squallore e grida **dei 500 ricoverati** per i quali si spendono **500.000 £** circa al giorno di retta: vi sono **7 padiglioni vuoti** che le Istituzioni potrebbero ristrutturare e utilizzare per comunità terapeutiche nel comprensorio S. Maria della Pietà, per il sociale esterno.

Altri soldi si spendono per la convenzione con un **manicomio privato** a Guidonia per circa **700 ricoverati** (nella Regione Lazio esistono un manicomio pubblico a **Rieti**, uno a **Ceccano** e altri **5 privati** istituti manicomiali, convenzionati per qualche **migliaio** di persone ancora ricoverate), più **1300 posti letto** in **13** Case di Cura psichiatriche private convenzionate, per una spesa circa di **100 miliardi** l'anno, per lo più con modelli di intervento di tipo manicomiale, per una popolazione ricoverata al **60% lungodegente**, con **10/15 anni** di ricovero e che di psichiatrico ha ormai solo gli effetti della *sindrome da istituzionalizzazione*.

Lo "*Scandalo della psichiatria*" a Roma e nel Lazio come è il titolo del libro - documento di R. Piccione - Bulzoni ed. recentemente pubblicato è rappresentato dal **furto** che la Giunta Regionale perpetua a proposito dei **27 miliardi** promessi, annunciati e mai forniti all'UU.SS.LL. e ai D.S.M. sulla base dei Commissari "ad acta" per la psichiatria.

Con il silenzio di tutti, dei più compresa la Magistratura, gli amministratori di opposizione, gli organi di stampa.

È stato fatto un calcolo che oggi a Roma ci sono circa **60 Mila** pazienti psichiatrici sul cosiddetto "territorio" di cui *almeno la metà* molto gravi, affetti da psicosi, depressione, schizofrenia, malati neurologici cronici con gravi alterazioni psichiche: circa **2500-3000 persone** per ogni Circostrizione (tot. 20 Circostrizioni, popolazione **3 Milioni** di persone residenti nel Comune di Roma).

### **A Roma di psichiatria si muore !**

Nel 1988 scrissi una lettera al Sindaco di Roma, tra l'altro dicevo: In consiglio comunale nel 1980 proponevo il progetto di superamento dell'Ospedale Psichiatrico S.Maria della Pietà: non fu finanziato. Tuttavia, nonostante la grave situazione esposta, gruppi di operatori in alcuni servizi sono riusciti ad approfondire e sperimentare nuove ipotesi di lavoro, sostenute da denunce, lotte e solidarietà per la realizzazione di diritti sociali e sanitari. Si è individuata la necessità di meglio definire un modello teorico ed organizzativo che tenga conto della grande domanda degli utenti ma anche della ricchezza antropologica delle storie di vita esistenziali ed estreme, nel tener conto dell'esistenza **al limite delle possibilità di esistere** e, nel contempo, sappia valutare la complessità delle risposte senza semplificazioni e con scelte riduzionistiche.

Un "Servizio Dipartimentale" sembra nell'attuale fase l'unica possibilità per raggiungere l'obiettivo. Il Dipartimento è un contesto lavorativo specifico e nuovo con caratteristiche peculiari di identità, tese ad integrare in continuum *normalità e follia*, a partire dalla sofferenza del singolo e all'interno della sua rete integrata di rapporti sociali.

In tal senso il servizio non può che radicarsi nel territorio ed essere "*accessibile*", cioè facilmente raggiungibile e possa essere percepito come affidabile.

L'accessibilità si costituisce soprattutto con la capacità di scambiare messaggi non stereotipati con la rete sociale e di funzionare come attivatore di possibili intersezioni significative di esperienze di vita e di modalità comunicative condivise.

Il Dipartimento di Salute Mentale è un servizio per tutta la comunità e della comunità in grado di sviluppare la propria capacità di comprensione, di sostegno e di protezione per rispondere alla richiesta di riconoscimento avanzata dall'utenza e di personalizzazione del paziente. Questo significa capacità di ricerca, di accoglimento e di contenimento del disagio, elaborazione della domanda e una differenziazione delle risposte la cui scelta dipenda di volta in volta da un grande numero di fattori in gioco.

Postosi in alternativa al modello manicomiale il lavoro del Dipartimento è impostato sulla presa in carico **della globalità** dei bisogni espressi dal malato, non sulla risposta esclusivamente medica alla malattia, ma sull'impegno al suo inserimento nel contesto sociale tentando di modificare meccanismi espulsivi ancora molto radicati nella gente per paure e pregiudizi.

La costituzione del gruppo di lavoro è una dimensione specifica nuova del servizio pubblico, momento del raccordo tra il lavoro del singolo operatore e il lavoro collettivo e il luogo di elaborazione degli strumenti di lettura e di conoscenza del disagio e della cultura del territorio.

Partendo da questi nuovi presupposti il DSM individua e costruisce spazi articolati di lavoro nel territorio e nei presidi di ricovero. È un circuito il più possibile integrato che tenta di evitare nuove o vecchie artificiose separazioni tra **acuzie e cronicità** e tra i diversi aspetti diagnostici della malattia psichiatrica, ma tende piuttosto a costruire poli integrati e continuativi all'interno dei progetti terapeutici.

Una delle difficoltà che troviamo oggi nel rendere credibile tale modello é la tendenza a ricentralizzare la cura negli ospedali, a creare nuovi "contenitori" per la cronicità.

Cosa saranno le **RSA** (Residenze Sanitarie Assistenziali), le **Comunità protette manicomiali** citate nelle proposte di modifica alla legge 180 e nel progetto obiettivo ministeriale ?

A fronte di tali tendenze contraddittorie nei Servizi territoriali giungono richieste di nuova utenza a rischio - **adolescenti, donne casalinghe con disturbi psico-somatici, famiglie di extra-comunitari, anziani e sempre di più barboni e persone considerate "vuoto a perdere", malati di alsheimer e di aids**, situazioni tutte che hanno in comune proprio il carattere di un estremismo esistenziale.

La violenza dell'omicidio, dei suicidi, dei tentati suicidi, della tossicodipendenza é sconvolgente, é un momento di rottura che può distruggere la vita degli altri e la propria.

La mia formazione marxista mi spinge a credere e a lavorare per costruire **ampie solidarietà** verso un progetto comune, insieme a persone con fedi ed orientamenti diversi, di ogni tipo, di ogni razza e credenze, affinché prevalga **l'energia di vivere e non la cultura di morte**.

Roma é una città spezzata. Una parte, il centro storico, muore per eccesso di funzioni e l'altra, la periferia, si spegne per il motivo opposto. Al posto di abitazioni si realizzano uffici e così nel centro si ha **una città senza casa e fuori tante case senza città**.

Bisogna curare questa malattia.

**C'è ancora bisogno di servizi al servizio dell'uomo.**

Ma non solo: dobbiamo ripartire dalla periferia.

Occorre spostare uffici, commercio, cultura, trasformando cioè una periferia amorfa e anonima in tante città della metropoli e salvare così il centro dall'infarto.

**Mettere il centro in periferia** non é solo, quindi una questione di organizzazione urbanistica, ma é l'unica politica veramente moderna per la città.

Parlando della condizione **di abbandono dei malati mentali** ho voluto sottolineare quella di tutti gli emarginati, gli esclusi la cui esistenza appassionava tanto **Franco Basaglia**.

L'occasione di questo incontro-colloquio deve aprire spazi non solo di confronto, ma anche di impegno. Per il prossimo Seminario Europeo di studio e ricerca a Bruxelles potrebbe essere utile e non solo scontato ripartire dall'iniziativa d'informazione capillare alla popolazione attraverso mezzi moderni, utilizzando le immagini (ad esempio films e audiovisivi) sui temi dell'emarginazione per creare una maggiore consapevolezza e coscienza collettiva. Infatti negli anni 70 il movimento psichiatrico **sulla base di grandi iniziative culturali** era riuscito a comunicare immagini meno mostruose e pericolose del folle.

Purtroppo ora, ci rendiamo tutti conto come **l'accettazione del diverso, dell'emarginato e del sociale-ultimo** sia crollata a tutti i livelli, espressione di uno *star male collettivo, persecutorio e violento* con perdita dell'identità e non riconoscimento della soggettività.

**Fausto ANTONUCCI**  
*Consigliere Comunale*  
*Primario SDSM USL RM3*  
ROMA

# MALATI DI MENTE SENZA DIMORA

## POSSIBILITA' E DIFFICOLTA' NELLA RIABILITAZIONE DEGLI EMARGINATI SENZA DIMORA A ROMA.

### 1. Premessa

*Bisogna essere mentalmente  
lucidi, moralmente puri e  
fisicamente puliti.  
Anton Cechov*

Questa sintetica prescrizione si può leggere nei *Quaderni di Appunti di Vita e Letteratura* di Anton Cechov (Primo Quaderno, 1891-1904, p.71). L'apofrosma di Cechov, sottilmente ironico, può ben introdurre il nostro discorso.

I barboni che popolano a milioni le strade di tutto il mondo, soprattutto delle grandi città, non appaiono quasi mai fisicamente puliti.

La loro purezza morale, a dispetto di qualche idealizzazione letteraria, è di fatto messa in dubbio continuamente dalla evidente diffidenza che suscitano; alcuni studi poi, come quello di Lillian Gelberg et al. (1988), ci informano che la frequenza di precedenti penali è relativamente elevata: in una ricerca di comunità (*community-based survey*), su 529 *homeless* adulti intervistati il 59% risulta essere stato arrestato almeno una volta e il 24% aver ricevuto almeno una condanna penale.

Resta l'ultimo punto: i barboni sono "mentalmente lucidi"? Il nostro lavoro si articola proprio intorno a questa domanda.

### 2. Chi sono i barboni?

Secondo il Dictionnaire Robert, il *clochard* è "una persona socialmente disadattata, che vive senza lavoro né domicilio, nelle grandi città".

La parola, in uso dagli inizi del nostro secolo, contiene in sé l'ambiguità di un doppio rimando: a *clocher*, zoppicare, quindi a un segno di malattia o disfunzione, e a *cloche*, campana nel senso di guscio, involucro, che designa l'uomo-chiocciola, quello che porta tutto con sé, oggi spesso in due sacchi di plastica. In America, alcune espressioni di gergo che designano i barboni sono *bums*, *winos*, *skid row people*, *down and out*. Negli anni Trenta George Orwell sperimentò personalmente e descrisse in due opere la condizione del clochard: *Down and Out in Paris and London* (1933), *The Road to Wigan Pier* (1937)

Lo studio di quell'area, piena di interrogativi, in cui si sovrappongono disturbi psichiatrici cronici e fenomeni di emarginazione sociale, richiede qualche riflessione sul barbonismo e sulle sue metamorfosi piu' recenti, prendendo come fuoco di osservazione la citta' di Roma.

In una ricerca, istruttiva e ancora attuale, condotta dal LABOS (*Essere Barboni a Roma*, Roma, T.E.R., 1987), le caratteristiche generali del barbone sono riassunte nelle seguenti tre:

- Gravi bisogni materiali insoddisfatti (alloggio, vitto, cure sanitarie);
- Isolamento sociale e affettivo;
- Tendenza al deterioramento fisico e psichico.

Nell'universo degli emarginati senza casa e senza lavoro sembra possibile distinguere, attualmente, due tipologie principali: i barboni "classici" e i "nuovi" barboni.

I primi, piu' vicini al clochard tradizionale, sono in media piu' anziani (oltre i 40 anni), piu' spesso maschi (M/F = 2/1), e rappresentano un gruppo che sembra numericamente abbastanza stabile. Il loro stile di vita e' rigidamente cristallizzato. Chiedono aiuto meno facilmente, soprattutto per qualche sussidio, quasi mai per lavoro. Calvaruso, nella introduzione alla ricerca Labos sopra citata, usa per loro la felice espressione "anoressia istituzionale", che descrive bene una posizione sospesa fra il rifiuto e l'incapacita' di entrare in rapporti di comunicazione e di scambio per fruire della societa' e delle sue strutture.

I "nuovi" barboni sono in media piu' giovani, con un'eta' compresa fra i 25 e i 35 anni. Sono soprattutto maschi (M/F = 4/1) e rappresentano un gruppo in progressivo aumento. La loro condizione appare piu' plastica. Chiedono aiuto piu' facilmente e la loro domanda non e' solo di assistenza e di sussidi ma, spesso, anche di lavoro. I nati nel Lazio sono una minoranza. Molti provengono da altre regioni (64%), soprattutto dal Mezzogiorno e dalle isole (44%), o sono stranieri (10%). Ne fanno parte tossicodipendenti, giovani espulsi dalla famiglia e, soprattutto, ex-istituzionalizzati (provenienti da ospedali psichiatrici, carceri, istituzioni per minori).

La nuova poverta' e' un fenomeno emergente nelle societa' postindustriali.

Quali sono i fattori generali che possono contribuire a produrla?

In accordo con la letteratura sociologica contemporanea, è possibile indicarne, in particolare, tre:

- Organizzazione sociale in rapida crescita e continua trasformazione, con difficolta' sempre maggiori di integrazione o re-integrazione.
- Istituzioni rigide e non in grado di riconoscere bisogni e tempi individuali.
- Poverta' delle relazioni interpersonali nei gruppi, familiari e non, con precarieta' dei legami e dei valori di comunicazione e di solidarieta'.

Quali sono i gruppi piu' esposti al rischio di essere emarginati e di entrare a far parte dell'universo della miseria urbana?

Seguendo le indicazioni empiriche della Ricerca LABOS-1986, e' possibile individuare cinque categorie principali:

- Persone che hanno trascorso molti anni in istituzioni totali: ospedali psichiatrici, carceri, istituzioni per minori;
- Malati psichiatrici cronici, tossicodipendenti, alcolisti;
- Disoccupati, sfrattati;
- Immigrati;
- Anziani.

Condizione comune pressoché costante e' l'espulsione dalla famiglia o la sua mancanza. Ezra Susser et al. (1987) in una ricerca sulle esperienze infantili degli *homeless* che dormono negli *shelters* di New York City, hanno trovato che un elemento molto frequente, soprattutto fra gli ex-pazienti psichiatrici, è la separazione precoce dalla famiglia.

Le prime due categorie, fra le cinque elencate, comprendono casi di sicura pertinenza psichiatrica. Quanti sono questi casi nell'universo dell'emarginazione urbana?

### 3. Malati di mente senza-dimora

Nelle grandi città di tutto il mondo, i malati di mente senza-dimora (*homeless mentally ill*) rappresentano un problema di politica sanitaria "sempre più grave e urgente" (Teesson M., Buhrich N., 1990).

Nella folla dei marginali, il riconoscimento dei *casi psichiatrici* è importante ai fini della scelta del programma di interventi riabilitativi.

Negli Stati Uniti, il fenomeno dei senza-casa è oggetto, da qualche tempo, di una serie consistente di ricerche socio-psichiatriche. Dopo l'epidemia di AIDS, il dilagare degli *homeless mentally ill* è considerato il problema di salute pubblica più urgente nel Paese (la valutazione, recentissima, è di Steven Sharfstein, 1990). Secondo le statistiche del Federal Bureau, il numero complessivo degli *homeless* si aggira intorno ai 3 milioni. Circa 750.000, pari al 25%, chiedono ogni notte rifugio ai servizi territoriali.

Gli americani tendono a distinguere due categorie: *street people homeless*, persone che vivono stabilmente per strada, "senza-casa cronici" e *episodic homeless*, per i quali si tratta di una condizione temporanea.

Tre linee di tendenza caratterizzano l'evoluzione recente del problema *homeless* negli USA:

- L'età media tende a diminuire;
- La presenza percentuale di donne tende ad aumentare;
- La presenza percentuale di "casi psichiatrici" tende ad aumentare

L'ultimo dato è certamente collegato alla diminuzione dei pazienti ricoverati negli ospedali psichiatrici: da 340 ogni 100.000 abitanti negli anni Cinquanta a 50 ogni 100.000 abitanti negli anni Ottanta.

In Australia, uno studio recente di Herrman et al. (1989), su un campione di 382 *homeless* della città di Melbourne, condotto con l'ausilio di uno strumento diagnostico standardizzato (*Structured Clinical Interview for DSM-III-R*), ha dato i seguenti risultati: quasi la metà degli individui intervistati presentava disturbi in atto, più del 70% aveva sofferto di disturbi psichiatrici almeno una volta nel corso della vita. La comorbidità era elevata soprattutto fra disturbi psicotici e affettivi e disturbi da abuso di sostanze.

In Gran Bretagna, a Oxford, Marshall (1989) ha condotto una ricerca interessante su 48 ospiti di due ostelli per senza-casa, selezionati su 146 residenti in base alla presenza di segni di grave e persistente infermità mentale e alla mancanza di autonomia. I risultati ai quali è giunto sono stati i seguenti:

- il 90% (dei 48 preselezionati) aveva avuto precedenti ricoveri psichiatrici;
- i 43 che hanno accettato di sottoporsi a un esame con la *BPRS-Brief Psychiatric Rating Scale*, presentavano sintomi psichiatrici, soprattutto di psicosi florida o di stato difettuale;
- il livello di disabilità e di disturbi del comportamento, valutato con la *REHAB scale*, era elevato, simile a quello riscontrato in pazienti psichiatrici cronici ospiti di reparti per lungodegenti.

Marshall conclude il suo studio con un rilievo: gli ostelli devono occuparsi di pazienti psichiatrici cronici gravi e la loro idoneità a questo scopo non può essere data per buona a priori ma dovrebbe essere valutata: "*Hostels are having to care for long term severely affected psychiatric patients discharged into the community. The suitability of the services offered to such subjects should be assessed*".

La Tabella 1 riporta i risultati di una serie di 16 ricerche condotte su campioni di emarginati senza-dimora in varie parti del mondo. La prevalenza di disturbi psichiatrici "maggiori" in atto (Disturbi affettivi, Disturbi psicotici, Disturbi da abuso di sostanze) varia tra il 15% e il 90%. La frequenza di precedenti ricoveri psichiatrici va dal 20% all'89,6%. Le differenze sembrano dipendere soprattutto dai criteri di reclutamento dei campioni: i valori sono molto alti, p.e., nella ricerca di Marshall, già citata, dove è stata effettuata una preselezione degli ospiti di un ostello proprio in base alla presenza di segni di grave e persistente infermità mentale e alla mancanza di autonomia.

1st Author Place Year	Sample	N.	Instruments	Current major disorders	Previous psychiatric hospitaliz.
CROSSLEY U.K. 1969	residents in a Salvation Army hostel	60	interview		33%
PRIEST U.K. 1971	residents in common lodging houses	79	interview	75% (32% schizophr.)	
TIDMARSH U.K. 1972	Camberwell Reception Centre			52%	29%
MARSHALL U.K. 1989	residents in hostels for homeless	48	Demogr. Quest. BPRS REHAB	90%** (74% high disability)	89.6% (43)
SEGAL U.S.A. 1977	patrons of a Berkeley-Ca soup line	295			22%
ARCE U.S.A. 1983	guests at a Philadelphia shelter	193		88% (48% schizophr.)	35%
BASSUK U.S.A. 1984	residents in a Boston night shelter	78		90% (30% schizophr.)	28%
BAXTER U.S.A. 1984	review of a number of studies			25-85%	
ROBERTSON U.S.A. 1985	Los Angeles community based survey	238			20%
ROTH U.S.A. 1986	Ohio community based survey	979			30%
FISCHER U.S.A. 1986	guests at four Baltimore shelters	51			33%
FARR U.S.A. 1986	Los Angeles community based survey	374			35%
SUSSER U.S.A. 1987	residents in New York municipal shelters	223	80-minute 52-page interview		30%
GELBERG U.S.A. 1988	homeless sampled from 19 different sites	529	a 50-minute face-to-face interview	40%	44% inpatient + 15% outpatient
DOUTNEY Australia 1985	residents in a Sydney shelter for homeless			15% (schizophr.)	
HERRMAN Australia 1989	residents in Melbourne shelters	382 (69f)	SCID-R	47%	60%

## Tabella 1

### 4. Disegno della nostra ricerca

Il lavoro presenta i risultati preliminari di una ricerca, tuttora in corso, condotta dalla Cattedra di Igiene Mentale della I Università di Roma in collaborazione con i Servizi della Caritas Diocesana attivi nell'Area dei Senza Dimora.

Lo studio è iniziato nel 1989. Obiettivo principale della ricerca è individuare fattori significativamente collegati a situazioni di rifiuto e di resistenza agli interventi offerti. In particolare, si indaga sulla presenza e sul ruolo di malattie mentali croniche e sulla relazione circolare che intercorre fra patologia psichiatrica ed emarginazione sociale fino alle forme estreme del "barbonismo cristallizzato" e della "anoressia istituzionale".

#### OBIETTIVI PRINCIPALI :

- in due diversi campioni di *homeless* (numerosità: 100 e 100), raccogliere dati su:
  - caratteri sociodemografici generali,
  - prevalenza di disturbi psichiatrici in atto,
  - frequenza di precedenti ricoveri psichiatrici;
- confrontare il gruppo dei soggetti che chiedono aiuto e accettano di entrare in un programma di assistenza e riabilitazione con il gruppo di quelli che rifiutano qualsiasi intervento;
- in particolare, verificare il peso di due fattori:
  - durata della condizione di homeless
  - presenza di disturbi psichiatrici in atto o di precedenti ricoveri psichiatrici.

#### CAMPIONE A:

100 soggetti senza-dimora segnalati al Servizio Caritas Notturmo, con i quali si cerca un primo contatto in strada, nel luogo dove dormono.

#### CAMPIONE B:

100 soggetti senza-dimora che si rivolgono spontaneamente al Servizio Caritas Diurno con richieste di aiuti di vario genere.

#### STRUMENTI:

i dati socio-demografici e i segni clinici sono raccolti nel corso di un'intervista di 60-minuti seguendo un questionario di 164 items elaborato dalla Cattedra di Igiene Mentale della I Università di Roma con la collaborazione degli operatori della Caritas: *ISPSD-164* (*Intervista Socio-Psichiatrica per i Senza Dimora*). Sono utilizzate inoltre la BPRS, la REHAB-scale e la *Disability Assessment Schedule* (WHO, 1979).

le diagnosi seguono i criteri DSM-III-R e sono controllate attraverso una discussione collegiale del team di psichiatri impegnati nella ricerca, con l'ausilio di un supervisore esterno.

### 4. Risultati preliminari

La tabella 2 riassume alcuni dati preliminari relativi ai primi 60 soggetti del campione A: barboni segnalati al Servizio Caritas Notturmo, con i quali si è cercato un primo contatto in strada, nel luogo indicato dalla segnalazione che è, in genere, il luogo dove dormono.

La frequenza di ricoveri psichiatrici nella storia di questi soggetti appare molto elevata: 88% dei casi. La presenza di disturbi psicotici in atto è stata rilevata nel 66% dei casi (soprattutto psicosi florida o stato difettuale).

N	60	
MASCHI	57%	
ETA'	M: 50,5	(20-80)
SENZA FISSA DIMORA DA (mesi)	M: 103,5	(1-480)
PRECEDENTI RICOVERI PSICHIATRICI	88%	dei casi
DISTURBI PSICOTICI ATTUALI	66%	dei casi
ATTUALMENTE IN CURA	1 su 60	

Tabella 2

### 5. Discussione

Povert     il titolo del rapporto 1990 della Banca Mondiale.

Nel mondo pi  di un miliardo di persone vive con meno di 370 dollari all'anno (circa 40.000 lire al mese). I due pi  grandi ghetti del mondo sono l'Asia sudorientale (circa 800 milioni di poveri nel 1985) e l'Africa a Sud del Sahara (180 milioni). Le grandi migrazioni contemporanee dai Paesi poveri del Sud e dell'Est del mondo verso quelli ricchi del Nord e dell'Occidente hanno dato e daranno un grande contributo all'esercito degli *homeless*.

La povert     certamente la causa principale del fenomeno ed   incontestabile che molti disturbi psichici dei senza-dimora siano effetto e non causa delle loro condizioni di vita. Ma la realt   del fenomeno *homeless*   molto complessa e una quota assai consistente di questa popolazione   costituita da persone con gravi disturbi psichici, preesistenti alla loro condizione finale di estrema emarginazione (Andrews et al., 1990; Arce et al., 1984; Bassuk, 1984; Baxter, Hopper, 1984; Borg, 1978; Fischer, Breakey, 1986; Frighi, Cuzzolaro, 1989, 1990; Garety, 1990; Koegel et al., 1988; Lamb, 1984a,b; Lipton, 1983; Susser et al. 1987, 1988, 1989; Teesson, Buhrich, 1990; Torrey, 1988; Whiteley, 1955; Wing, 1970).

In quest'area in cui malattia mentale ed emarginazione sociale sono connesse attraverso interazioni continue, la deistituzionalizzazione indiscriminata dei pazienti psichiatrici ha provocato un autentico disastro sociale: "*In the last quarter century, the shift of neglect of the severely mentally ill from large custodial institutions to mean, uncaring streets underscores the man made nature of a social policy disaster*" (Sharfstein, 1990)

Di fronte alle difficolt   e ai costi delle politiche sociali di riabilitazione e integrazione, esiste ora un rischio sempre pi  concreto che lo "scandalo" visibile dei malati di mente senza-dimora, la sua "oscenit  ", faccia semplicemente oscillare di nuovo il pendolo verso una reistituzionalizzazione altrettanto indiscriminata.

**Massimo Cuzzolaro**

*I Universit   di Roma*

*Cattedra di Igiene Mentale*

### 6. Bibliografia

ANDREWS G., TEESSON M., STEWART G., HOULT J. (1990)  
Community placement of the chronic mentally ill.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 41, 184-188, 1990.

ARCE A.A., TADLOCK M., VERGARE M.J., SHAPIRO H. (1983)

A psychiatric profile of street people admitted to an emergency shelter.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 34, 812-817, 1983.

ARCE A.A., VERGARE M.J. (1984)  
Identifying and characterizing the mentally ill among the homeless.  
In: Lamb H.R. (ed.), *The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association*, pp. 75-89.  
Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1984.

BASSUK E.L. (1984)  
The homelessness problem.  
*Scientific American*, 251, 28-33, 1984.

BAXTER E., HOPPER K. (1984)  
Troubled on the streets: the mentally disabled homeless poor.  
In: J.A. Talbott (ed.), *The Chronic Mental Patient: Five Years Later*.  
Florida, Grune & Stratton, 1984.

BORG S. (1978)  
Homeless men.  
*Acta Psychiatrica Scandinavica, suppl.*, 276, 1-90, 1978

DOUTNEY C.P., BUHRICH N., VIRGONA A., COHEN A., DANIELS A. (1985)  
The prevalence of schizophrenia in a refuge for homeless men.  
*Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 19, 233-238, 1985.

FISCHER P.J., BREAKEY W.R. (1986)  
Homelessness and mental health: an overview.  
*International Journal Mental Health*, 14, 6-41, 1986.

FRIGHI L., CUZZOLARO M.  
Aspetti preventivi della psichiatria.  
In: *Trattato Italiano di Medicina Interna* (diretto da P. Introzzi), *Aggiornamenti 1985-88*, vol. III (a cura di M. Negri), pp. 1301-1356.  
Firenze, USES, 1989.

FRIGHI L., CUZZOLARO M.  
Cronicità psichiatrica e marginalità sociale: quale tipo di intervento?  
In: L. Frighi, *Argomenti di Igiene Mentale*, pp. 275-287.  
Roma, Bulzoni, 1990.

GARETY P., TOMS R.M. (1990)  
Collected and neglected: Are Oxford hostels for the homeless filling up with disabled Psychiatric Patients?  
*British Journal of Psychiatry*, 157, 269-272, 1990.

GELBERG L., LINN L.S., LEAKE B.D. (1988)  
Mental health, alcohol and drug use and criminal history among homeless adults.  
*American Journal of Psychiatry*, 145, 191-196, 1988.

HERRMAN H., MCGORRY P., BENNETT P., VAN RIEL R., SINGH B. (1989)  
Prevalence of severe mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne.  
*American Journal of Psychiatry*, 146, 1179-1184, 1989.

KOEGEL P., BURNHAM M.A., FARR R.K. (1988)  
The prevalence of specific psychiatric disorders among the homeless individuals in the inner city of Los Angeles.

*Archives of General Psychiatry*, 45, 1085-1092, 1988.

LABOS

*Essere barboni a Roma.*  
Roma, T.E.R., 1987.

LAMB H.R. (1984)

Deinstitutionalisation and the homeless mentally ill.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 35, 899-907, 1984.

LAMB H.R. (ed.) (1984)

*The Homeless Mentally Ill. A Task Force Report of the American Psychiatric Association.*  
Washington, D.C., American Psychiatric Association, 1984.

LIPTON F.R., SABATINI A., KATZ S.E. (1983)

Down and out in the city: the homeless mentally ill.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 34, 817-821, 1983.

MARSHALL M. (1989)

Collected and neglected: Are Oxford hostels for the homeless filling up with disabled  
Psychiatric Patients?  
*British Medical Journal*, 299, 706-709, 1989.

ORWELL G. (1949)

*Down and Out in Paris and London.*  
London, Penguin, 1949.

PRIEST R.G. (1976)

The homeless person and the psychiatric services: an Edinburgh survey.  
*British Journal of Psychiatry*, 128, 313-317, 1976.

ROBINS L.N., HELZER J.E., CROUGHAN J., RATCLIFF K.S. (1981)

National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule: its history,  
characteristics and validity.  
*Archives of General Psychiatry*, 38, 381-389, 1981.

SHARFSTEIN S.S. (1990)

in: Book Forum (p. 251).  
*American Journal of Psychiatry*, 147, 251, 1990.

SPITZER R.L., WILLIAMS J.B.W., GIBBON M. (1986)

*Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID-R).*  
New York, New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research, 1986.

SUSSER E., CONOVER S., STRUENING E. (1989)

Problems of epidemiologic method in assessing the type and extent of mental illness among  
homeless adults.  
*Hospital and Community Psychiatry*, 40, 261-265, 1989.

SUSSER E., LOVELL A., CONOVER S. (1988)

Unravelling the causes of homelessness and of its association with mental illness.  
In: B. Cooper, T. Helgason (eds.), *Epidemiology and the Prevention of Mental Disorders.*  
London, Routledge & Kegan, 1988.

SUSSER E., STRUENING E.L., CONOVER S. (1987)

Childhood experiences of homeless men.  
*American Journal of Psychiatry*, 144, 1599-1601, 1987.

TEESSON M., BUHRICH N. (1990)

Prevalence of schizophrenia in a refuge for homeless men: a five year follow-up.  
*Psychiatric Bulletin*, 14, 597-600, 1990.

TORREY E.F. (1988)

*Nowhere to Go: the Tragic Odyssey of the Homeless Mentally Ill*.  
New York, Harper & Row, 1988.

WHITELEY J.S. (1955)

"Down and out in London": mental illness in lower social groups.  
*Lancet*, 2, 608-610, 1955.

WHO (1979)

*Disability Assessment Schedule*. Psychiatric Unit, Geneva.  
Edizione italiana a cura di P.L. Morosini, Istituto Superiore di Sanità, Roma.

WING J.K., BROWN G.W. (1970)

*Institutionalism and Schizophrenia*.  
New York, Cambridge University Press, 1970.

## IL DISAGIO ABITATIVO

Definiamo disagio abitativo *una situazione in cui non trova pieno soddisfacimento il bisogno essenziale di un alloggio.*

Le forme che concretamente questo disagio assume si collocano lungo una scala che vede a un estremo l'esclusione dall'accesso a una qualsiasi forma di ricovero e dall'altra un soddisfacimento comunque parziale o problematico di quel bisogno.

L'assunzione di queste forme di soddisfacimento parziale del bisogno di ricovero a problema presuppone una scelta di valore: quella di riconoscere come diritto soggettivo che la casa non debba essere fonte di disagio o costituire una preoccupazione.

Alla tipologia del disagio abitativo corrisponde una tipologia di gruppi sociali che quel disagio patiscono.

Nella realtà romana queste categorie sociali sono: i senza dimora (homeless), gli zingari, gli immigrati poveri, gli sfrattati.

*1. I senza dimora.* Il gradino più basso della scala del disagio abitativo è occupato dai senza dimora: una categoria generica - non sempre meglio precisabile per la varietà di situazioni che in essa si addensano - che accoglie quelle persone per le quali, senza ombra di dubbio, più grave è lo stato di marginalità e di degrado.

A questo riguardo mi preme innanzitutto sfatare la mitologia del clochard, sorta di filosofo eccentrico, distaccato dall'affannosa e insensata corsa dei topi in cui si risolve la società contemporanea. Si tratta di un romanticismo reazionario che maschera la falsa coscienza di chi non vuole essere turbato da una realtà ben diversa. I "senza dimora", sono, nella quasi totalità, relitti umani, individui che ad un certo momento della loro vita non ce l'hanno fatta più a competere con gli altri.

*Sono degli sconfitti e la nostra società è impietosa con chi non è in grado di sostenere gli standards richiesti.*

Tra loro vi sono malati mentali dimessi dagli ospedali psichiatrici, alcolisti, tossicodipendenti, ex-carcerati, individui cui la cronica disoccupazione ha tolto ogni residuo di autostima e quindi la capacità di continuare a lottare, oppure individui deboli completamente soggiogati da un evento traumatico.

Quanti sono? Difficile dirlo, perchè si tratta di un segmento di popolazione fluttuante che per definizione si muove sul territorio della città seguendo itinerari assolutamente singolari, alla ricerca di una nicchia che offra riparo e isolamento dalla realtà circostante vissuta come ostile e pericolosa. Il dato certo da cui partire è costituito dai circa 600 posti letto offerti dalle varie associazioni assistenziali private.

Nella latitanza degli interventi pubblici, si sono costituite negli anni strutture di accoglienza promosse quasi sempre da istituzioni religiose. Non mancano tuttavia centri gestiti da associazioni laiche. Rispetto al fabbisogno l'offerta in atto è largamente insufficiente, ma svolge comunque un servizio essenziale.

La tipologia dei centri è estremamente varia, sia dal punto di vista degli ambienti in cui i senza dimora vengono accolti, sia per quel che riguarda i servizi prestati (alle volte solo ricovero notturno, altre anche uno o due pasti, assistenza medica, servizi igienici, vestiario, il reinserimento nel mondo del lavoro etc.).

In genere queste strutture contemplano nei propri regolamenti, che gli assistiti sono obbligati a rispettare, un limite massimo di permanenza, scaduto il quale gli ospiti sono tenuti ad allontanarsi.

E tuttavia, nonostante l'impegno dei volontari, tale è la difficoltà di rinvenire sistemazioni definitive o comunque meno temporanee, che di fatto le permanenze tendono a prolungarsi ben oltre il limite stabilito dal regolamento. In diversi casi gli ospiti si allontanano per poco tempo per poi fare ritorno nello stesso luogo. Tipico il caso dell'ostello Caritas di via Marsala ove circa il 40% degli ospiti permane nella struttura per un tempo superiore alla settimana e talvolta di mesi.

Questa realtà rende assai approssimative le stime circa il numero dei senza dimora che vengono accolti. La capacità di ricovero ammonta, come già accennato, a circa 600 posti/giorno. Se il ricambio avviene con lo stesso ritmo riscontrato all'ostello Caritas di via Marsala, durante un anno le persone assistite in queste strutture assommerebbero a 6000 unità. Si tratta però sicuramente di una stima approssimata per eccesso, perchè molti dei centri indicati ospitano soggetti con una permanenza media o indefinita (disabili, anziani) o più prolungata (ragazze madri, persone agli arresti domiciliari, sieropositivi).

Ai "senza dimora" che trovano accoglienza nelle varie strutture, vanno aggiunti quelli che pernottano all'aperto. Ci sono i solitari, con i loro cartoni e fagotti cenciosi che possiamo incontrare sui marciapiedi e sulle panchine dei giardinetti, ma ci sono anche alcuni punti fissi di ritrovo. Siamo in grado di proporre una stringata esemplificazione con l'avvertenza che caratteristica comune di queste aggregazioni è la loro precarietà per cui come possono nascere dalla sera alla mattina così con la medesima facilità possono scomparire.

a) **La stazione Termini** costituisce il luogo di ritrovo preferito dai profughi provenienti dall'Europa orientale. Si tratta di 300/350 individui in crescita costante. Ciò ha fatto sorgere un clima di diffidenza tra gli "italiani" che si sentono minacciati. Tra i "senza dimora" non esiste solidarietà. Oltre alla violenza che essi subiscono dalla società che li esclude e li sospinge ai margini, esiste una violenza latente che si esercita tra di loro per l'accaparramento di un posto meno gelido o disagiato o per derubare il vicino delle sue povere cose.

b) **Alla stazione Tiburtina** si raccolgono circa 60 individui prevalentemente anziani.

c) **Alla stazione Casilina** 150 romeni trovano riparo. Le stazioni sono particolarmente ambite per via dei treni in sosta sui binari morti.

d) **Nei giardini di colle Oppio** pernottano 30/50 maghrebini e iraqueni.

e) **Nelle adiacenze del convento** delle suore missionarie di madre Teresa sostano circa 20 africani (ghanesi?).

2. ***Gli zingari.*** Le stime più accreditate li fanno ammontare a una cifra oscillante tra le 3 e le 6 mila unità. Non è possibile formulare valutazioni più precise a causa della loro mobilità, accentuata da una estrema precarietà di sistemazione.

I "campi sosta" in cui si concentrano forniscono una delle sintesi più illuminanti di ciò che significa emarginazione e degrado. Privi di servizi igienici, di acqua corrente, di elettricità, vivono in roulotte sovrappollate, stipate in aree ristrette. D'inverno si riscaldano accendendo fuochi nel timore perenne degli incendi data l'estrema infiammabilità delle roulotte fatte di materiali plastici e la loro vicinanza.

Il problema degli zingari non è soltanto quello dell'alloggio. E' più ampio e implica un progetto che si ponga in modo intelligente e realistico l'obiettivo della loro integrazione.

Attualmente l'unico tra i diversi gruppi di zingari che possiamo considerare completamente integrato è quello dei giostrai i quali possono contare su di un mestiere che gli consente di vivere dignitosamente. Gli altri gruppi sono abbandonati a se stessi: nessuno offre loro un lavoro e quindi sono costretti ad "arrangiarsi" con l'accattonaggio e il furto, attività che li emarginano ancora di più.

Un'analisi attenta del modo di vita, della cultura e delle aspirazioni degli zingari consentirebbe di sgombrare il campo di molti rancidi luoghi comuni. Il primo di questi è che per gli zingari non si pone un problema di alloggio perchè essendo nomadi per tradizione plurisecolare, di un'abitazione come l'intendiamo noi non saprebbero che farsene. Invece pochi sanno che sotto questo profilo gli zingari sono molto cambiati. Probabilmente per l'impatto che anche su di loro hanno esercitato i modelli culturali della società urbano-industriale, la cultura del nomadismo è in forte ribasso. Già non pochi tra loro hanno inoltrato istanza per un alloggio di edilizia sovvenzionata e ottenutolo lo abitano senza problemi.

Inoltre la richiesta che essi rivolgono, per il tramite dei loro rappresentanti, alle autorità è quella di disporre di campi sosta attrezzati con strutture abitative fisse i quali costituiscono obiettivamente una realtà di passaggio tra le abitazioni mobili, tipo roulotte, e gli appartamenti tradizionali dell'edilizia sovvenzionata in "torri" o "stecche".

Altro pregiudizio fortemente radicato nell'ethos popolare è quello che etichetta gli zingari come "accattoni" o "ladri". Questo stigma costituisce naturalmente la fonte della legittimazione alla ghettizzazione ed emarginazione cui sono assoggettati. Che molti zingari praticino l'accattonaggio, il furto e il borseggio è un fatto comprovato dalle statistiche giudiziarie e pertanto non può essere contestato.

Inferire però, come fa il senso comune, dall'alta incidenza di zingari tra gli autori di quei reati, che essi siano naturaliter ladri e accattoni costituisce un'inaccettabile semplificazione razzistica del problema. Che difatti va rovesciato. Molti zingari sono ladri e accattoni perchè non possono fare altro. Il furto e l'accattonaggio rappresentano la loro unica risorsa di sopravvivenza.

In alcuni casi i piu' giovani hanno seguito corsi di qualificazione professionale e conseguito il relativo diploma -indicatore assai eloquente di volontà di integrazione - ma poi nessuno ha voluto assumerli.

**3. Gli immigrati poveri.** Ancora piu' difficile è la quantificazione degli immigrati poveri dato il continuo afflusso, la loro mobilità e la clandestinità che li costringe a nascondersi nelle pieghe della città. Possiamo tentare di formulare delle stime a partire da alcuni dati certi.

Nella provincia di Roma risiedono circa 180.000 stranieri con regolare permesso di soggiorno. Con una popolazione lievemente superiore al 6,5% del totale nazionale, la provincia di Roma accoglie il 23% del totale degli stranieri residenti e quasi la stessa quota degli extra-comunitari regolarmente residenti, i quali ammontavano a 151.066 al 31.12.1990.

Ma una aliquota cospicua di questi ultimi proviene da paesi sviluppati e appartiene a ceti relativamente affluenti. Comunque nella misura in cui ci si riferisce alle statistiche ufficiali risulta impossibile cogliere il profilo dell'esclusione che emerge con tutti i suoi drammatici connotati di miseria e disperazione in occasione di tragedie come quella recentissima dell'incendio dell'ex fabbrica dell'Ostiense o di sgomberi per motivi di "ordine pubblico" dei quasi 3.000 extra-comunitari stipati in quel pezzo di Calcutta che era la Pantanella. In quest'ultimo caso è stato un elemento estrinseco -quello appunto dell'ordine pubblico - a obbligare le autorità ad effettuare una conta e a cogliere di sorpresa un'opinione pubblica distratta, per la numerosità dei "senza niente".

Per sapere qualcosa di piu' di questo mondo di miseria ed emarginazione ci si deve rivolgere ai centri di assistenza come ad esempio le mense gestite dalla Caritas. Una indagine svolta su tutti gli utenti nel giro di due mesi ha consentito di evidenziare immigrati appartenenti a 40 nazionalità diverse che pur dichiarando in gran maggioranza di trovarsi in Italia per motivi di lavoro, risultavano possedere un lavoro stabile nella misura del 16% a fronte di un 15% circa occupato in un lavoro precario e soprattutto di un quasi 70% privo di qualsiasi occupazione. Del resto anche coloro che si trovavano nella condizione piu' vantaggiosa, tanto "agiati" non dovevano essere se continuavano a fruire delle mense della Caritas. Non solo. A chiarimento della situazione va aggiunto che nella quasi totalità dei casi il lavoro stabile era un lavoro "in nero" vale a dire privo dei contributi previdenziali e sanitari previsti per legge a tutela del lavoratore dipendente.

Ma qual è il segmento del mercato del lavoro che gli immigrati occupano? Se si tratta di donne, nella quasi totalità sono impiegate come collaboratrici familiari o nell'assistenza agli anziani. Ma non mancano le reclutate nei rackets della prostituzione, sovente gestiti da connazionali.

Per quanto riguarda gli uomini, se ne riscontra una certa presenza nel basso terziario come inservienti, camerieri e personale di fatica o nell'industria (prevalentemente quella edile) come manovali. A parte ciò altre possibilità si presentano nel lavoro nero o nel piccolissimo commercio ambulante per di più spesso non autorizzato e quindi sottoposto ai rischi di sequestro e di multe. Non va sottaciuto la partecipazione ad attività illegali come lo spaccio di droga o altre che comunque finiscono per agevolare il passaggio dall'esclusione alla reclusione.

Una congettura attendibile circa la consistenza di questo esercito più o meno clandestino dovrebbe perlustrare i luoghi d'incontro, gli alloggi sovraffollati, i residence degradati e i mille anfratti che accolgono e nascondono quest'umanità dolente e umiliata. Chi ha dimestichezza con questa realtà fa ammontare a una cifra tra i 30 e i 50.000 la loro consistenza.

In questo scenario così sinteticamente richiamato il problema dell'alloggio assume una rilevanza particolare. Secondo il campione casuale dei fruitori della mensa Caritas, circa un terzo alloggiava presso istituti religiosi, un quarto presso parenti o amici e il rimanente o per strada o sul luogo di lavoro o presso qualche pensione. Ma spesso l'abitare in affitto nasconde situazioni di sovraffollamento in alloggi precari o con carenti dotazioni igieniche magari a canoni iugulatori. Ma c'è chi sta peggio.

Ormai si è consolidata la pratica di occupare stabilimenti industriali in disuso spesso ridotti in stato di fatiscenza se non di mero rustico. All'ex-pastificio Pantanella si è già accennato. Altri luoghi di insediamento di gruppo sono: l'ex-Snia sulla Prenestina, l'ex-Breda sulla Casilina, l'ex-deposito Acotral alle Capannelle. Non mancano in questo panorama di miseria alcuni edifici abbandonati perché semi-cadenti come a via Urbana, via Caprareccia, via Casilina, via del Pigneto, per non tacere delle grotte di S Gregorio al Celio e di qualche anfratto sui colli della città (per es. al colle Oppio).

**4. Gli sfrattati.** Un'altra area di disagio abitativo è quella della cui presenza lo sfratto costituisce un indicatore eloquente. Anche qui però è necessario operare alcune distinzioni perché in questa categoria sono compresi fenomeni con diversa gradazione di disagio.

Lo sfratto è diventato un problema con connotati di particolare acutezza a causa di fattori di natura strutturale connaturati alle caratteristiche intrinseche del bene casa da un lato, e delle gravi carenze della politica di edilizia residenziale dall'altra.

I fattori strutturali sono sintetizzabili in un elemento: l'alloggio, comunque e ovunque, ha un costo di produzione elevato e pertanto esclude una quota della popolazione dall'accesso non solo della casa in proprietà ma anche dalla casa in affitto.

A questo dato di fatto si può ovviare solo con un intervento congruamente integrativo da parte dell'offerta pubblica.

E veniamo alle carenze delle politiche di settore.

In Italia l'edilizia residenziale pubblica è sempre stata insufficiente a coprire il fabbisogno della domanda non solvibile. Si è preferito ricorrere a ripetuti provvedimenti di calmierazione dei canoni di locazione cui i proprietari hanno replicato con una specie di serrata, in quanto hanno spesso preferito ritirare il proprio (o i propri) appartamenti dal mercato e conservarli inoccupati piuttosto che assoggettarsi a una normativa che a ragione o a torto consideravano (e considerano) penalizzante.

Altra conseguenza è stato l'inaridimento del mercato dell'affitto, polmone indispensabile di ogni mercato residenziale equilibrato. Ne è seguito che chi è destinatario di un'ordinanza di sfratto e non ha le disponibilità economiche per acquistare una casa si trova a dover fronteggiare un problema di soluzione obiettivamente difficile.

Si danno casi di coabitazioni presso parenti, addirittura di smembramento di famiglie. Chi può si assoggetta ai mille sotterfugi proposti dai proprietari per aggirare le norme di legge.

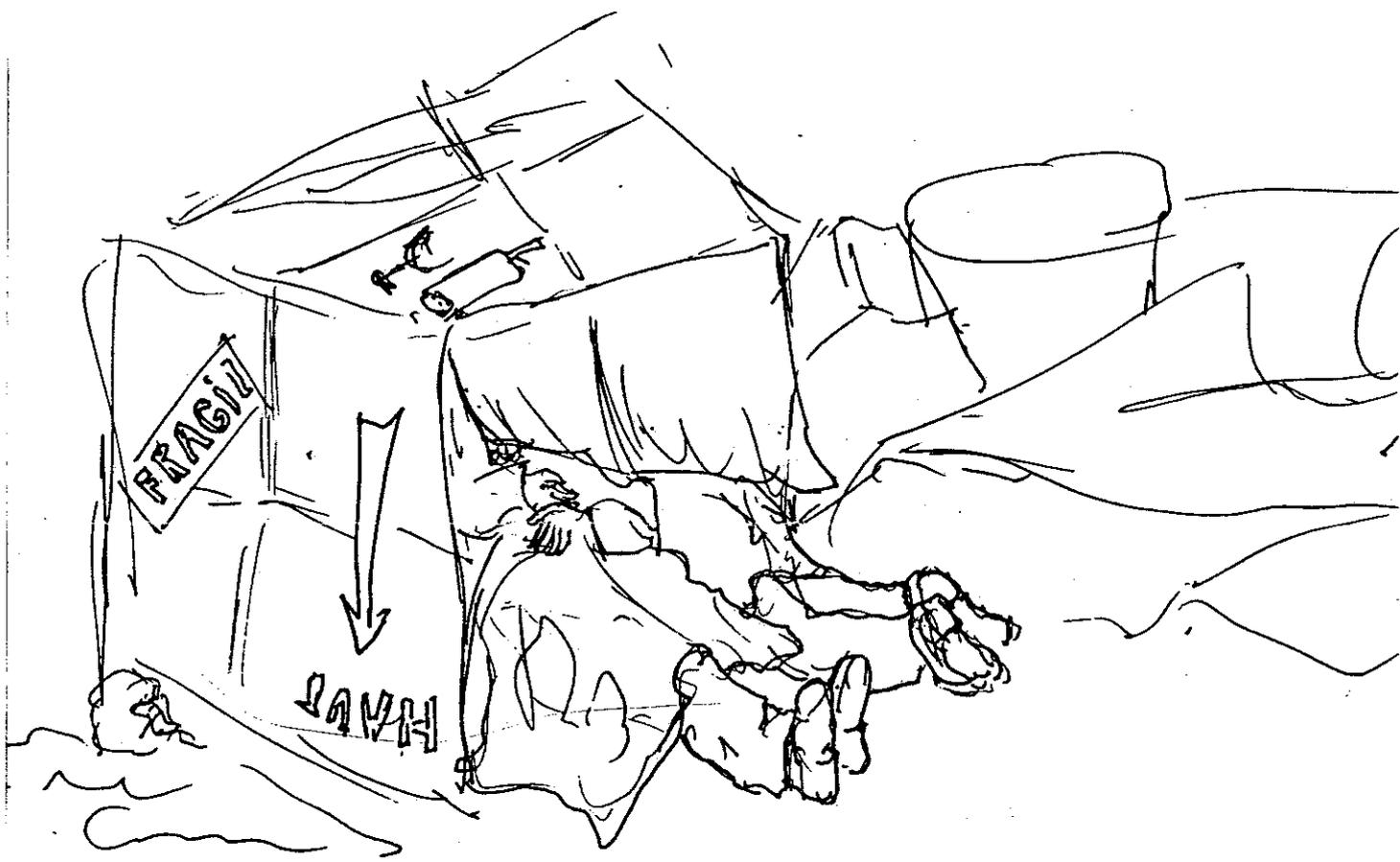
A Roma la situazione sul fronte degli sfratti è attualmente la seguente. 26.000 sono le sentenze esecutive mentre 45.000 sono i procedimenti in corso presso la pretura che sono destinati nella quasi totalità a concludersi con una ordinanza di rilascio dell'immobile. Difatti, secondo la legislazione vigente, il locatore può pretendere di rientrare in possesso dell'alloggio locato non solo per morosità dell'inquilino o per sopravvenuta necessità propria o dei propri congiunti, ma anche per "finita lo alla scadenza del contratto che ha una durata minima (che poi spesso coincide con la massima) di quattro anni.

Delle circa 26.000 ordinanze di sfratto, il 5% è motivato dalla morosità dell'inquilino, il 15% dalla sopravvenuta necessità e ben l'80% dalla finita locazione. L'assistenza alloggiativa offerta dal Comune agli sfrattati privi della possibilità di trovare una soluzione purchessia consiste, per lo più, nella sistemazione nei famigerati residence. Le famiglie che attualmente fruiscono di questa soluzione sono circa 1000 con circa 3.000 componenti.

Ad ogni famiglia è concesso uno spazio assolutamente insufficiente con particolare disagio dei minori privi di spazi adeguati allo studio e alla socializzazione con i loro pari.

**In queste condizioni come sorprendersi che queste soluzioni alloggiative si trasformino in veri e propri alveari, gremiti all'inverosimile, dove spesso attecchisce il cancro della violenza e del degrado ambientale e morale?**

**Marco BRAZZODURO**  
*DIPARTIMENTO DI SCIENZE DEMOGRAFICHE*  
*UNIVERSITA' LA SAPIENZA*  
ROMA



UN ABRI POUR ...

## HOMELESSNESS & MENTAL ILLNESS - THE BRITISH EXPERIENCE

Early literature on this subject is scarce, but includes some European and American work. Wilmans, in his 1902 study of psychiatric admissions to a German hospital, found 120 homeless men and women committed with a diagnosis of schizophrenia, mainly from the Baden police workhouse. In the USA, Faris and Dunham suggested in 1939 that the prevalence of mental illness was higher in what they called the "disorganised community". Spurious

descriptive categorisations were even applied to this population:

Anderson (1923) USA    Ey (1950) France

Itinerant workers:	Hobos	Errants
Itinerant non-workers:	Tramps	Vagabonds
Non-itinerant non-workers:	Bums	Clochards

However, interest started in Britain with **Stuart Whiteley's**<sup>1</sup> 1955 review of a series of 1536 acute male admissions to a South London observation ward. He noted that 130, or 8%, were of no fixed abode, about 1/3 of whom were schizophrenic, mostly with paranoid features. Those suffering from schizophrenia tended to be living in the most impoverished circumstances, night shelters rather than lodging houses. His view was that "the main cause (of homelessness) is the personality defect which does not allow him to form relationships".

By the time **Berry and Orwin**<sup>2</sup> reported their Birmingham study of an acute psychiatric ward in 1966, 23% of their acute admissions were of NFA. This rate was rising fast compared with non-urban hospitals in the same area of the country. 74% of these patients had had previous hospital admissions. They blamed premature discharge from hospital, inadequate community support and re-development of inner-city areas of Birmingham, leading to a dearth of low-cost rented accommodation.

**Griffith Edwards** was the first to survey a total hostel population in 1968, interviewing, with a team, the entire population of the Camberwell Reception Centre (a huge hostel for the homeless), numbering around 1000 men. He found that a similar proportions had been admitted to mental hospital, 25%, as had had alcohol problems. This was perhaps the first hint that the traditional and widely-held view of vagrancy as peculiarly characterised by alcoholism might be mistaken.

This finding of a high rate of mental illness in the population of hostels for homeless men was confirmed by **Ian Lodge Patch's**<sup>3</sup> 1970 doorstep survey of two Salvation Army hostels, diagnosing 15% as suffering from schizophrenia and an astounding 50% as being personality disordered. Having discussed this unusual finding with him, it seems likely that many of those he labelled as personality-disordered were suffering from schizophrenia. His assessments were based on one-off interviews without access to information from other sources.

Robin Priest's<sup>4</sup> 1976 Edinburgh survey examined sub-groups of the homeless mentally ill and found that, compared with alcoholics or those with personality disorders, those with a diagnosis of schizophrenia (32% of his representative sample) tended not to find their way to treatment services.

BRITISH HOSTEL SURVEYS

	SCHIZOPHRENIA	ALCOHOLISM	AFFECTIVE DISORDER	PERSONALITY DISORDER
EDWARDS 1968	24%	25%	N/K	N/K
PRIEST 1970	32%	18%	5%	18%
L-PATCH 1971	15%	N/K	8%	51%
TIDMARSH 1972	~25%	25%	~5%	17%

These findings are not unique to this country, but have been evident on a larger scale in the U.S.A., where the Kennedy reforms of the mid-60s produced a massive programme of deinstitutionalisation with the optimistic expectation that community mental health centres would take the place of the old asylums in the care of the mentally ill. The Italian mental health reforms of the last few years may be following a similar pattern - 12% of the patients deinstitutionalised under the new laws may now be homeless.

My study<sup>5</sup> was undertaken in response to reports from local Salvation Army staff that they were having to deal with increasing numbers of mentally ill men who did not appear to be in contact with psychiatric services and who appeared to have been inappropriately discharged from hospital. The catchment area of Lewisham and North Southwark Health Authority, like many areas of central London, has had a tradition of providing low-cost, open-access hostel accommodation for at least half a century. There were 880 beds of this nature open in this area, although most have now closed.

METHOD

The survey was conducted between September 1986 and April 1987 at a Salvation Army hostel near Waterloo station. This was a large, traditional establishment for homeless men with 251 beds, arranged in four large dormitories.

Approximately 30 of these beds are taken by men who worked there as cooks, cleaners or maintenance staff, leaving 220 beds free for use. New arrivals were usually expected to pay on admission, being sent to the Social security office if they had no money. However, "Special Relief" could be considered - at the discretion of the officer on duty, a man could be allowed one night's accommodation free. There were few home comforts, with only 4 baths and 5 showers, although unlike many of the old reception centres and lodging houses, there were two day rooms and so residents did not have leave the hostel during the day. Two Salvation Army officers supervised the day-to-day running of the hostel but had little time

for counselling or rehabilitative work. They were very conscious of the fact that they have no training in dealing with mental illness.

In view of the difficulties of obtaining a representative sample of the whole hostel population, it was decided to compare two groups of men:

1. Those who, at the start of the study, had resided at the hostel for one year or more, hereafter referred to as "residents". They were generally well-known to hostel staff. Preliminary approaches had suggested that these men were willing to be interviewed and easy to find, so it was decided to attempt to interview this group in its entirety.

2. Those men who were booking-in for the first time, or who had not slept at the hostel during the preceding 3 months, hereafter referred to as "new arrivals". A pilot survey had suggested that men newly-arriving at the hostel would be willing to be interviewed, seeing it as a valid part of the admission process, even when it was emphasised that the interviewer was independent of the hostel management and that a bed would be available whether or not they agreed to participate. A representative sample of new arrivals was therefore interviewed.

A semi-structured interview schedule was constructed to include demographic data, medical, psychiatric, forensic and institutional histories, information regarding engagement with services and accommodation preferences.

## RESULTS

A total of 124 men were interviewed, 59 residents and 65 new arrivals. Four men refused and five were missed, giving a refusal rate for both groups of less than 10%. This was an encouraging finding, belying the popular prejudice that this group of men is particularly awkward or uncooperative.

### Social Data

The mean age of all the subjects was 49.5 years (s.d.16.6). That of the new arrivals, 41 years, was less than that of the residents, 59.2 years, (independent t-test, 2-tailed  $p < .001$ ).

75% originated from outside London - 25% were born in England, 20% in Ireland, 13.9% in Scotland and 15.5% outside the U.K.. In spite of this, 80.5% had spent 5 years or more in London.

94% were unemployed, with most of the few that had work doing casual or temporary labour.

12% were black, half of these of Afro-Caribbean origin.

Many came from large families, with a mean of 3.9 siblings (s.d. 3.5) - 11.4% were only children, 44.9% had 5 or more siblings.

On average the new arrivals had left home aged 19.6 years, significantly earlier than the residents at 24.5 years ( $p < .005$ ). 66.7% had never married and 23.9% were separated or divorced. 45% had served in the armed services or merchant navy as either

conscripts or volunteers.

Overall, 32.2 % had spent time in prison.

In fact, this sample is very similar to the "traditional" homeless populations studied in previous British hostel surveys.

### Psychiatric Data

#### DSM 111 DIAGNOSES

	New Arrivals N=65	Residents N=58
Schizophrenia	16 (24.6%)	22 (38%)
Alcohol Dependence	9 (13.8%)	1 (1.7%)
Personality Disorder	7 (10.8%)	1 (1.7%)
Mood Disorders	4 (6.2%)	0
Anxiety Disorder	2 (3.1%)	0
Dementia	1 (1.5%)	1 (1.7%)
Substance abuse	1 (1.5%)	0
Mental Retardation	0	1 (1.7%)
Alc. Amnestic Dis.	0	1 (1.7%)
No Diagnosis	25 (38%)	31 (53%)

As can be seen in table 2, the main diagnostic category was schizophrenia - 31% fulfilled the criteria for a DSM 111 diagnosis. Other forms of psychiatric morbidity were present, mainly amongst the new-arrivals, but none approached the size of the schizophrenic group.

Of the men diagnosed as schizophrenic, four-fifths were experiencing hallucinations, delusions or thought disorder and over half were not in contact with any psychiatric service. 44% were receiving either oral or intra-muscular anti-psychotic medication, but only 34% were still in any sort of contact with psychiatric services.

In all cases, the psychiatric disorder had preceded the loss of accommodation.

The hypothesis that newly-arriving schizophrenics would be a younger, more disturbed group who had managed to avoid treatment was not supported. The mean age for both groups of schizophrenics was in the mid-40s and the level of disturbance did not differ significantly between groups.

#### Hospital Histories

90% of those diagnosed as suffering from schizophrenia had been admitted to a psychiatric unit at some time in their life. The mean age of first psychiatric admission was 27.5 years. The mean duration of aggregated time spent in psychiatric units was 4 years for residents, 6.9 years for new arrivals. Including one man who claimed to have been through 70 admissions, the modal number of

admissions was 4. The modal duration of admission was 31 months.

**MEN WITH SCHIZOPHRENIA**

	MEAN AGE	NUMBER NEVER HOSPITALISED	MEAN LENGTH OF TIME IN DIRECT ACCESS HOSTELS	MEAN TIME SINCE LAST DISCHARGE
NEW ARRIVALS N = 16	43.5 Years	0	3.5 Years	2.6 Years
RESIDENTS N = 22	49.8 Years	4 (19%)	11 Years	10.5 Years
SIGNIFICANCE	N/S	N/S	P<0.05	P=0.01

However, as can be seen from table 3, there were differences between the new arrivals and residents.

If anything it was the resident group that had avoided engagement with services, with 19% of them never having been hospitalised. For those of the residents who had been hospitalised, the average length of stay was about two-thirds that of the new-arrivals and the mean time since last discharge from psychiatric hospital was almost 5 times that of the new-arrivals (independent t-test, 2-tailed p= 0.01). There was no inverse correlation between time spent in hospital and time spent in open-access hostels (Mann-Whitney U-Wilcoxon rank sum test).

48.6% of the schizophrenic sample had spent time in prison compared with 25% of the remainder ( $X^2=5.53$ ,  $p<0.05$ ).

**Discussion**

Compared with the point-prevalence rate for schizophrenia of 0.2% for South London, this survey demonstrated a massive over-representation in the hostel population. However, in terms of the historical estimates of morbidity in homeless men, it was not exceptional. This suggests that in spite of current emphases on community services, men with schizophrenia continue to be lost to follow-up and to become and to remain homeless. Why should this be so? Four points warrant consideration.

A. The nature of service provision. In general psychiatric practice, the catchment area system works well for those who are settled. However, the situation changes if a patient should move out of a catchment area. Unless the psychiatrist concerned has a special interest in that patient, he or she usually ceases to exist as far as the local psychiatric service is concerned and follow-up is often lost. Community services may work well for those who have a permanent residence or a fixed address in an area. However for those who are homeless, sleeping out or living in a hostel, the situation is less satisfactory. They may not be regarded as bona

fide residents of an area and thus may not be given high priority by already over-stretched catchment area psychiatric teams.

B. The issue of deinstitutionalisation. Most of the schizophrenic group studied here had spent substantial periods of time in hospital. However, most had spent multiple short periods in hospital and had certainly not been long-term residents. The attached graph of hostel closures in London reveals another form of institutional closure that perhaps has more relevance for the homeless mentally ill than mental hospital closure - the virtual disappearance of the old large hostels for the homeless. Historically, these formed a parallel institutional system where large numbers of homeless mentally ill men were housed.

C. The nature of discharge. Are schizophrenic men being discharged directly on to the streets? In most cases, no. At their last hospital discharge, 31% were discharged directly to hostels for the homeless, 30% to live with their parents, 22% to their own house, flat or lodging and 11% to group homes or hostels with a policy of rehabilitation. This constitutes some evidence of inappropriate discharges to hostels but, more importantly, of fall-out from apparently reasonable community placements.

D. How is it that large direct-access hostels have been able to cope with such high levels of psychiatric morbidity? They exhibit two features that are strikingly reminiscent of the old mental hospitals:

1. The wide range of bizarre behaviours tolerated.
  2. The general non-intrusiveness of other residents and staff.
- These aspects of hostel life may well result in an emotional climate similar to those in which low "expressed emotion" may reduce the likelihood of relapse and which may be subjectively comfortable for the schizophrenic. However, the lack of appropriate stimulation means that no progress is made towards rehabilitation or resocialisation. The result has been a dreary, demeaning status quo of perpetual dependance in a grim environment.

## Conclusion

The process of mental hospital closure has been paralleled by a similar process of attrition affecting direct access hostels for the homeless, mainly over the last 10 years. These hostels had served as unacknowledged asylums for large numbers of the homeless mentally ill at least since the mid-1950s. It is therefore hardly surprising that, with the disappearance of these facilities, the homeless mentally ill have been increasingly visible on the streets. This recent crisis of visibility has unmasked a fundamental flaw in British community care - its failure to provide effective community services to a substantial minority of those with long-term mental illness. This failure is not a recent development but dates back to the roots of community psychiatry in this country. The shift from one sort of hospital provision, the asylum, to another, the district general hospital, has been mistaken for a shift to care in the community and patients have lost out.

The psychiatry of homelessness should not be seen as a micro-speciality in its own right, but as an integral part of the spectrum of community care. The specialist teams that have been

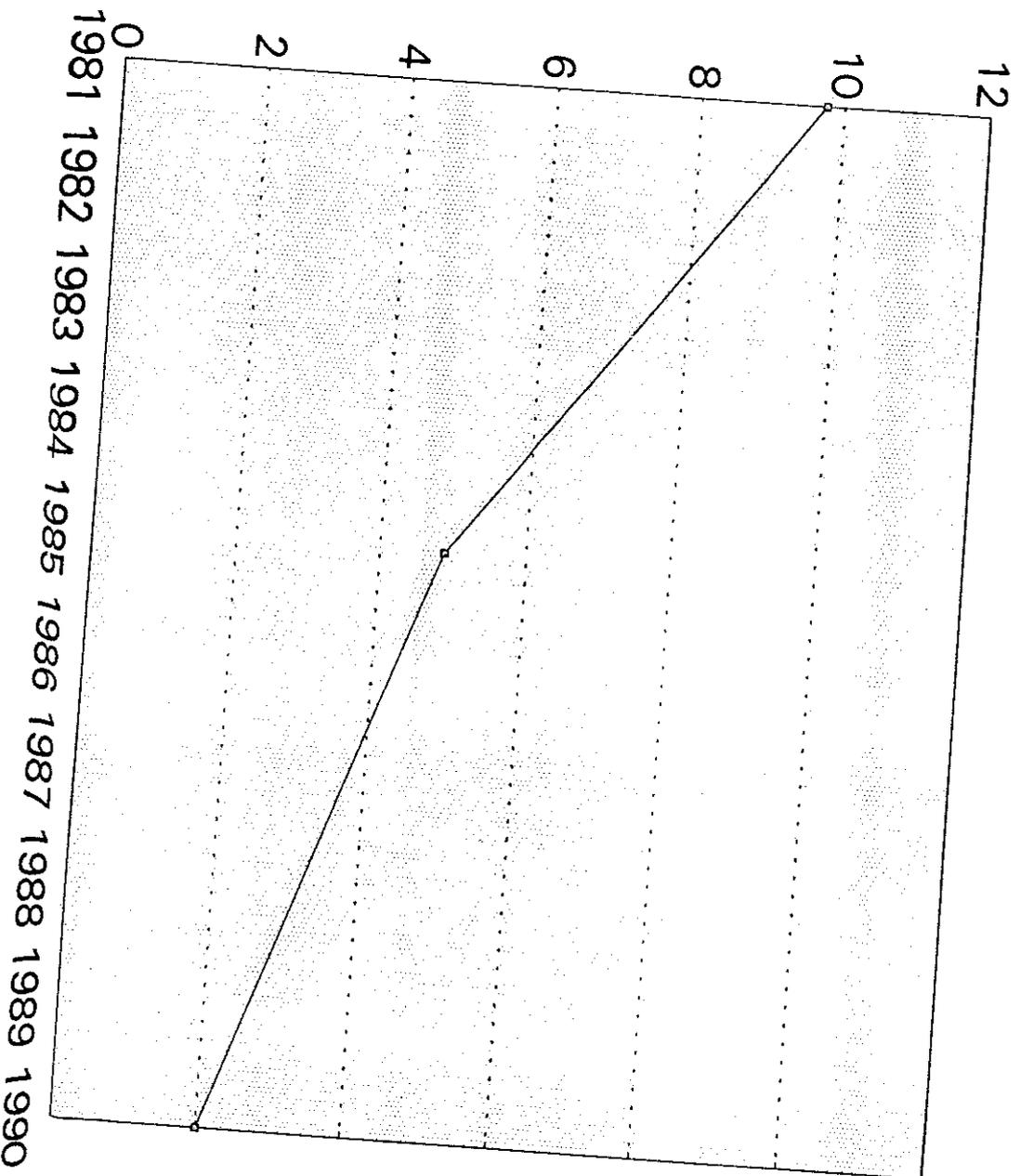
funded as a consequence of this recent crisis should provide useful models of coordinated community care for people whose psychiatric disorders simply will not go away.

**References:**

1. Whiteley, J.S. (1955) Down and out in London: mental illness in the lower social groups, *Lancet*, 2: 608-610.
2. Berry, C. & Orwin, A. (1966) No fixed abode: a survey of mental hospital admissions, *British Journal of Psychiatry*, 112, 1019-1025.
3. Lodge Patch, I. (1971) Homeless men in London: I. demographic findings in a lodging house sample, *British Journal of Psychiatry*, 118, 313-317.
4. Priest, R.G. (1976) The homeless person and the psychiatric services: an Edinburgh survey, *British Journal of Psychiatry*, 128, 128-136.
5. Timms, P.W. Fry, A.H. (1989) Homelessness and mental illness, *Health Trends*, 21, 70-71.

# Direct Access Hostel Bed Spaces In London

x 1000 Bed Spaces



Series 1

# LES SANS-ABRI

## *Socialement maudits Médicalement oubliés*

### □ INTRODUCTION

A première vue, il peut sembler absurde qu'un pays qui possède un système de sécurité sociale très élaboré puisse rencontrer un problème d'exclusion sociale et, en particulier, des soins de santé; les quelques exceptions inévitables ne devraient que confirmer la règle d'un système fonctionnant globalement comme il faut.

Pourtant, malgré cette protection sociale et médicale très élaborée, le monde associatif constate l'accroissement du nombre de personnes incapables d'accéder pleinement aux rouages mis en place.

La principale raison ordinairement évoquée pour comprendre ce phénomène de marginalisation est la "crise économique". Celle-ci, par le biais du chômage et des difficultés de logement, joue un rôle essentiel mais ne peut rendre compte, à elle seule, de la complexité du problème.

Une autre raison, ne découlant pas nécessairement de la précédente, est le décrochage d'une partie de plus en plus importante de la population vis-à-vis d'une société de plus en plus rapide et complexe. Décrochage psychologique, mais aussi décrochage physique lorsque sautent les cellules familiales et les microsolidarités locales.

Le problème de la société duale n'est donc pas lié uniquement à un manque de ressources à partager, mais aussi au développement d'un écran de plus en plus opaque entre ces ressources et ceux qui les nécessitent.

### □ DEFINITION DU PROJET

#### I. LES PARTENAIRES

Le projet est né de la rencontre de deux expériences.

D'une part, "MEDECINS SANS FRONTIERES" réalise depuis quatre ans, en France, un projet analogue. Cette expérience, aussi riche soit-elle, ne peut être extrapolée telle quelle en Belgique, même si, au-delà des particularités liées à chaque pays, des communs dénominateurs existent pour tous les pays membres de la Communauté Européenne. En outre, MSF, depuis trois ans, a mis sur pied deux permanences médicales réservées aux sans-abri.

D'autre part, le "FORUM BRUXELLOIS DE LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ" qui réunit 80 associations et services sociaux privés, possède une compétence bien établie en matière d'aide sociale et plus particulièrement dans la résolution des problèmes liés au décrochage médico-social. A plusieurs reprises, le Forum a mené des actions ciblant la population des sans-abri.

La répartition des tâches au sein du projet découle de la complémentarité des expériences : MEDECINS SANS FRONTIERES prend en charge le volet médical et le FORUM, le volet social.

## **II. PRINCIPES DE BASE**

Ce projet n'est pas d'inspiration caritative et, en aucune façon, ne remet en cause le système de sécurité sociale et les institutions correspondantes.

Il part toutefois du principe que, si des lacunes existent, il convient de les combler et, qu'en soi, mettre à nu les problèmes ne saurait constituer un nouveau problème.

Des initiatives généreuses mais brouillonnes, qui viendraient à déséquilibrer un système basé sur les droits sociaux, sont à éviter.

L'attitude consistant à protéger à tout prix un équilibre qui exclut, par la difficulté d'accès, une frange croissante de la population, doit tout autant être rejetée.

Si des personnes ont besoin de soins et peuvent les recevoir, il faut les leur prodiguer. Et ce contact peut, par ailleurs, constituer l'amorce d'une aide plus en profondeur et d'une réinsertion au sein des mécanismes institués.

## **III. LES OBJECTIFS**

Les objectifs du projet découlent directement des principes énoncés ci-dessus.

### **A. Soigner**

Qu'elles se trouvent exclues du système de sécurité sociale ou qu'elles se soient elles-mêmes marginalisées par rapport à ce système, des personnes malades ont difficilement accès à des soins médicaux décents. Les problèmes de santé ne peuvent encore qu'aggraver leur isolement.

Soigner est le premier geste qui puisse rompre le cercle vicieux. Pour ces personnes, la consultation peut en outre constituer un des rares moments où un contact peut s'établir entre "l'autre société" et elles, un des rares moments où un passage peut s'opérer. La dispense de soins peut constituer un mode de réinsertion dans les circuits normaux dans la mesure où elle s'appuie sur une méthode appropriée et en articulation avec une aide sociale.

### B. Raccrocher

Un assistant social, s'appuyant sur cette accroche médicale et sur un réseau efficace et bien structuré, aide les personnes qui le souhaitent à régulariser leur situation vis-à-vis des institutions officielles en facilitant les démarches administratives. Il les oriente vers des associations qui s'occupent de diverses formes d'aide (logement, emploi, formation,...).

### C. Observer - sensibiliser

Ce lieu de passage peut fournir des données propres à mieux cerner un phénomène qui, en définitive, reste mal connu. Les informations recueillies au moment de la première consultation sont enregistrées dans un programme informatique et traitées de manière à fournir les éléments de base à une réflexion en profondeur sur le problème. Par ailleurs, l'expérience acquise peut servir à étendre l'initiative à d'autres villes ou régions sensibles.

## **IV. FONCTIONNEMENT**

### A. Un dispensaire mobile

L'achat et l'aménagement d'un bus en centre médico-social permet de disposer d'un cabinet de consultation, d'un bureau pour l'assistant social du Forum et d'une salle d'attente. En outre, MSF met à la disposition du projet un local servant de secrétariat.

### B. Des permanences

Une permanence socio-médicale est assurée dans des lieux, à des jours et heures fixes du lundi au vendredi.

### C. Les activités médicales

Les activités médicales sont assurées par des médecins bénévoles qui prennent en charge une consultation par semaine. On retrouve donc toujours le même médecin le même jour, à la même heure, au même endroit. Les soins et les médicaments sont dispensés gratuitement. Les patients sont suivis jusqu'à ce qu'ils puissent être repris en charge par les structures habituelles. Le dossier médical est alors transmis au médecin choisi par le patient.

Des accords sont établis avec des hôpitaux et laboratoires afin de disposer d'un quota d'hospitalisation et d'exams complémentaires, notamment en ce qui concerne la biologie clinique.

## D. L'activité sociale

Un assistant social rémunéré et travaillant à plein temps est attachée au projet. Son rôle est d'ouvrir les dossiers, d'écouter et de repérer les problèmes sociaux que rencontrent les personnes se présentant au dispensaire et d'aiguiller celles-ci vers les institutions ou associations qui peuvent leur venir en aide (CPAS, ONEM, Sécurité Sociale,... et les associations ou services membres du FORUM).

## □ DONNEES STATISTIQUES

## I. METHODOLOGIE

### A. Récolte des données

Les données dont nous nous sommes servis pour réaliser cette enquête ont été récoltées à l'aide de questionnaires standardisés dont une copie se trouve en annexe.

Les données ont été recueillies dans l'unité socio-médicale et à la Maison de la Solidarité.

#### 1. Données médicales

Chaque patient dispose d'un dossier qui permet aux médecins d'assurer le suivi de son état de santé.

En outre, le médecin transpose le diagnostic posé ainsi que d'autres données sur une fiche standardisée lors de chaque nouvel épisode de maladie et non de chaque consultation.

Dans un premier temps, l'analyse complète de la consultation du type de celle proposée par la WONCA<sup>1</sup> dans sa Classification Internationale des Soins Primaires<sup>2</sup> est apparue trop fastidieuse pour les praticiens.

Après multes débats, l'équipe a tranché et a décidé de prendre en compte les diagnostics plutôt que les motifs de la consultation ou les procédures.

---

<sup>1</sup> World Organisation of National College and Academy of general practice

<sup>2</sup> CISP, traduit de l'anglais et mis à jour par les Docteurs Marc Jamouille et Michel Roland, Lyon, éd. Alexandre Lacassagne, avril 1992.

## 2. Données sociales

Un dossier social est également ouvert pour chaque usager (cfr annexe III). Les données recueillies par l'assistant social lors du premier contact sont transcrites sur une fiche standardisée qui en permet l'encodage et le traitement.

## 3. Outil

Nous avons utilisé la cinquième version de EPIINFO pour le traitement des informations tant médicales que sociales par une fusion des deux types de fichiers selon la clé du numéro de dossier.

## 4. Limites

Dans la mesure où les données sociales recueillies, ne le sont qu'au premier contact, il n'est pas évident d'évaluer l'évolution de la santé d'un malade si sa situation sociale se modifie. Le fait qu'un SDF retrouve un logement décent aura des répercussions sur son état de santé. Notre méthode ne permet pas de l'évaluer.

Notre méthode d'analyse ne constitue pas un outil d'évaluation du travail social.

Notre souhait eut été de pouvoir comparer la prévalence des pathologies rencontrées dans le cadre de nos dispensaires à des chiffres qui engloberaient l'ensemble de la population. Malheureusement, ce type de données n'existe pas en Belgique.

Nous nous sommes donc servis sur une étude<sup>3</sup> faite à Amsterdam qui réunit 110.000 épisodes de maladie.

Exemple : l'Asthme

A Amsterdam, la prévalence est de 18.20 épisodes. Parmi les sans-abri, la prévalence est de 46.4.

Malheureusement, ces données, en tant que telles, ne peuvent faire l'objet de comparaisons ne fût-ce que parce que les pyramides des âges sont fondamentalement différentes, la classification utilisée à Amsterdam<sup>4</sup> est plus pointue que la nôtre, la taille des échantillons est disproportionnée, etc.

Une procédure de standardisation, laborieuse, nous aurait permis de confronter les données d'Amsterdam aux nôtres. Nous n'avons pas eu le temps de l'entreprendre.

---

<sup>3</sup> Etude obtenue grâce à l'aimable collaboration de la Fédération des Maisons Médicales

<sup>4</sup> Classification Internationale de Soins Primaires

## B. Population cible

Suivant les objectifs définis à l'origine, notre projet s'adressait aux personnes qui se trouvaient exclues du système de soins.

Au départ, le seul critère objectif qui selon nous permettait de juger si une personne avait ou non accès aux soins était le fait qu'elle soit en ordre de mutuelle<sup>5</sup> ou non.

Rapidement, les faits nous ont montré que cette vision était par trop réductrice. Des conditions économiques, sociales et culturelles peuvent en elles-mêmes être à la base de l'exclusion médicale.

---

<sup>5</sup> ou disposait d'une carte médicale du CPAS (Centre Public d'Aide Sociale), organe communal.

### C. Premiers chiffres

L'étude des données a été réalisée pour une période allant du 4 octobre 91 au 31 Août 1992.

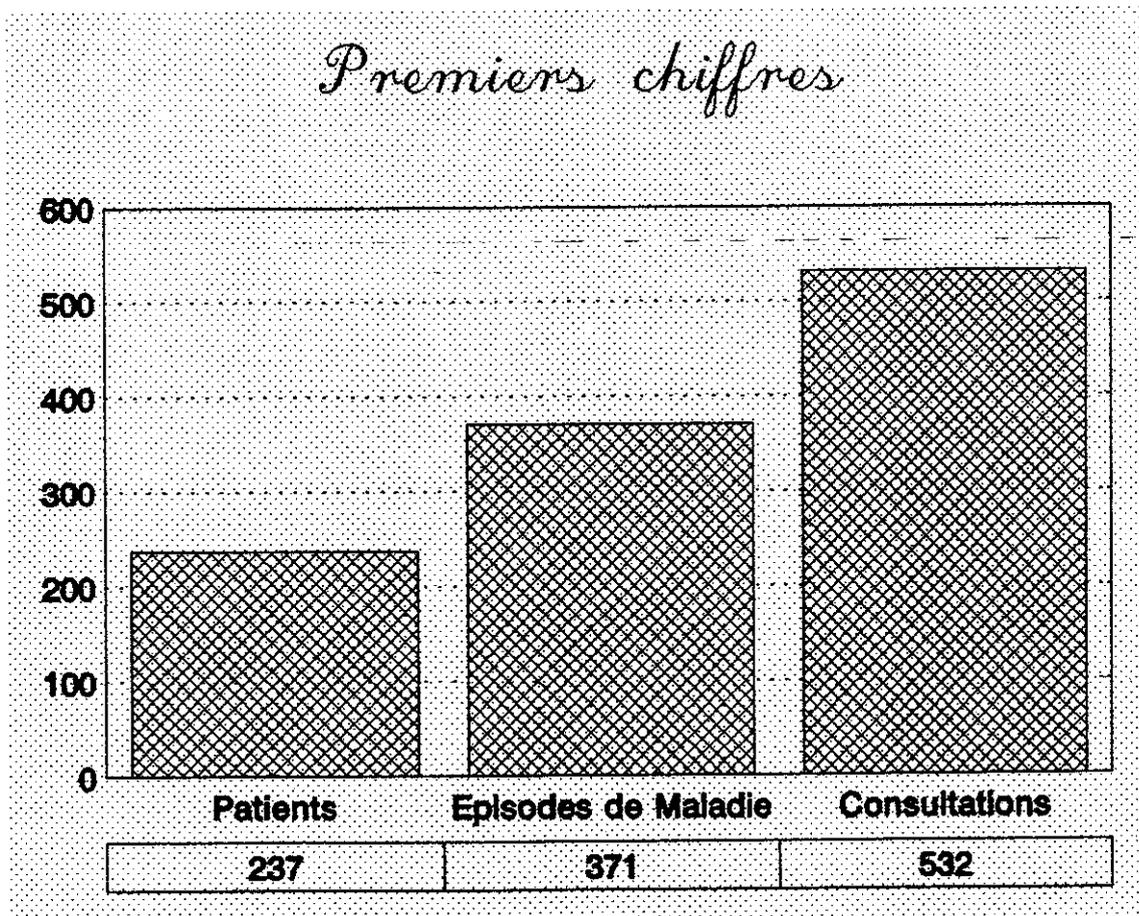
Durant cette période nous avons accueilli 237 personnes qui ont consulté 532 fois.

Néanmoins après sélection, nous avons pu retenir 371 nouveaux épisodes de maladie.

On arrive ainsi, en 11 mois, à un rapport de 2.24 consultations par patient chez le médecin.

La moyenne belge est de 4.5 consultations par patient pour une période d'un an.

La différence entre le nombre de consultations et le nombre de nouveaux épisodes de maladie s'explique par le suivi des maladies chroniques, le réajustement de certains traitements, ainsi que par le rôle social que, parfois, le médecin est amené à jouer.



Données en chiffres réels.

## II. TYPOLOGIE SOCIALE DE LA POPULATION

### A. Sexe

La répartition par sexes fait apparaître une proportion relativement importante<sup>6</sup> de femmes (29 pour-cent).

Si l'on ne prend en compte que les sans-abri, la proportion de femmes est ramenée à 15 % pour 85 % d'hommes.

Si l'on considère les individus sans aucune protection sociale, on arrive à 23 % de femmes et si l'on tient compte des personnes sans logement et sans protection sociale la proportion de femmes est ramenée à 13 %.

### B. Âge

Les tranches d'âges ont été découpées de telle manière que nous puissions mesurer la proportion de mineurs qui fréquentaient notre service.

Sur les 237 personnes, 145, soit plus des 2/3, sont âgées de moins de 40 ans.

Si l'on ne prend en compte que les personnes dont on a la certitude qu'elles n'ont plus de domicile, les proportions sont équivalentes.

### C. Nationalités

La grande majorité de notre population est de nationalité belge.

Viennent ensuite les ressortissants d'autres pays membres de la CEE ; ensemble, ils représentent 83 % du total des usagers; viennent enfin les personnes provenant d'Europe de l'Est en général et de Pologne (8 personnes) ainsi que de l'ex-Yougoslavie (5 patients) en particulier.

La Pologne est la troisième nationalité représentée parmi les usagers (après la Belgique et la France). Le trafic organisé de la main-d'oeuvre polonaise explique l'importance de cette proportion.

Nous n'avons eu à accueillir aucune personne de nationalité roumaine. Ceci est d'autant plus remarquable que l'afflux de demandeurs d'asile d'origine roumaine est resté très important pendant la période de référence.

---

<sup>6</sup> par rapport aux chiffres récoltés les années précédentes

#### D. Niveau d'études<sup>7</sup>

Dix pour-cent des personnes n'ont pas obtenu le diplôme de primaires.

L'importance du phénomène de l'illettrisme apparaît bel et bien.

Une rapide addition nous permet de constater que 55 % des personnes n'ont pas pu poursuivre leurs études après l'enseignement fondamental.

#### E. Conditions d'habitation

Près de 59 % de nos patients n'ont plus de logement.

En y ajoutant ceux qui séjournent à l'hôtel<sup>8</sup>, on arrive à une proportion de 61.6 % de personnes qui n'ont plus de domicile.

Trente-neuf pour-cent des usagers dispose donc d'un logement.

Une condition sine qua non pour se retrouver à la rue est de ne plus pouvoir compter sur les réseaux de solidarité naturelle que connaît l'ensemble des individus socialement intégrés. Bon nombre de SDF qui ont connu la gare mais ont trouvé un logement<sup>9</sup> n'ont plus que ceux qui sont restés dehors comme seul réseau social. C'est la raison pour laquelle, alors qu'elles sont relogées depuis des années, certaines personnes fréquentent encore les mêmes lieux qu'avant et n'ont que très peu changé leur mode de vie.

Trouver un logement et obtenir le minimex pour entamer sont deux raisons nécessaires mais non suffisantes pour avoir une chance d'exister socialement.

Ces constats marquent l'importance d'un accompagnement social à consentir susceptible de s'inscrire dans le temps variable pris en compte notamment par les CPAS.

#### E. Origine des revenus

Force est de constater que 57 % des usagers ne disposent d'aucun revenu.

Concernant les revenus liés au travail, nous avons totalisé le travail déclaré et le travail noir.

Les personnes émargeant au CPAS représentent 11 % du total.

---

<sup>7</sup> Sans = diplôme de primaires non obtenu

CEB = Certificat d'Enseignement de Base

CESI = Certificat d'Enseignement Secondaire Inférieur

CESS = Certificat d'Enseignement Secondaire Supérieur

Sup. = Etudes supérieures, universitaires ou non

<sup>8</sup> qui ne peut pas être reconnu comme un domicile.

<sup>9</sup> souvent une chambre meublée

Le recoupement des données statistiques permet de constater que les SDF ne sont pas les seuls à ne pas avoir accès aux soins; d'autant que certains d'entre eux, bien que rayés au registre de la population, gardent leurs droits ouverts pour quelques mois.

Quinze pour-cent de nos patients sont couverts par la sécurité sociale mais n'ont pas tous accès aux soins<sup>14</sup> souvent pour des raisons d'ordre financier.

### G. Conclusion

Les données ci-dessus indiquent que notre population est bien ciblée.

Quelles en sont les traits majeurs ?

- Le pourcentage de femmes est en croissance même si les hommes restent majoritaires.
- 60 % des patients sont âgés de moins de 40 ans.
- 52 % sont célibataires.
- 70% sont Belges, si l'on y ajoute l'ensemble des Européens on arrive à 90%.
- 55% ont, au plus, terminé leurs études primaires.
- Plus de 61% n'ont pas de domicile.
- 57% n'ont pas de revenu.
- Plus de 82% ne sont pas en ordre de sécurité sociale

---

<sup>14</sup> voir dernier paragraphe de la page précédente.

### III. DONNEES MEDICALES

#### A. Evolution de la fréquentation

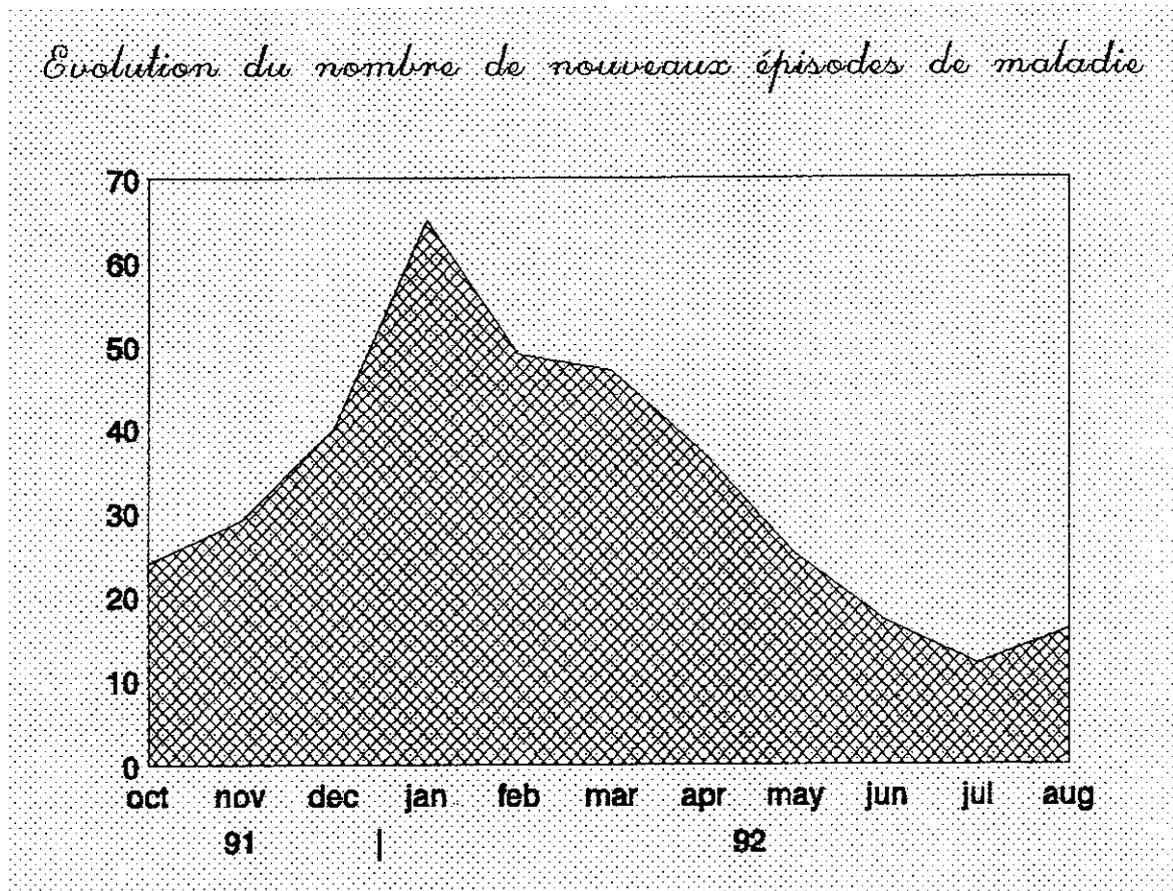


Figure 1 : données en chiffres réels

Ce graphique nous montre clairement que, si la maladie ne s'arrête pas avec l'arrivée du printemps et de l'été, le nombre de nouveaux épisodes de maladie, tout comme le nombre de consultations, chutent sensiblement à la belle saison.

Cette chute s'explique par le fait que, dès les mois d'avril et mai, bon nombre de sans-abri quittent Bruxelles et partent à la recherche de travaux saisonniers.

B. Quantification par épisodes de maladie

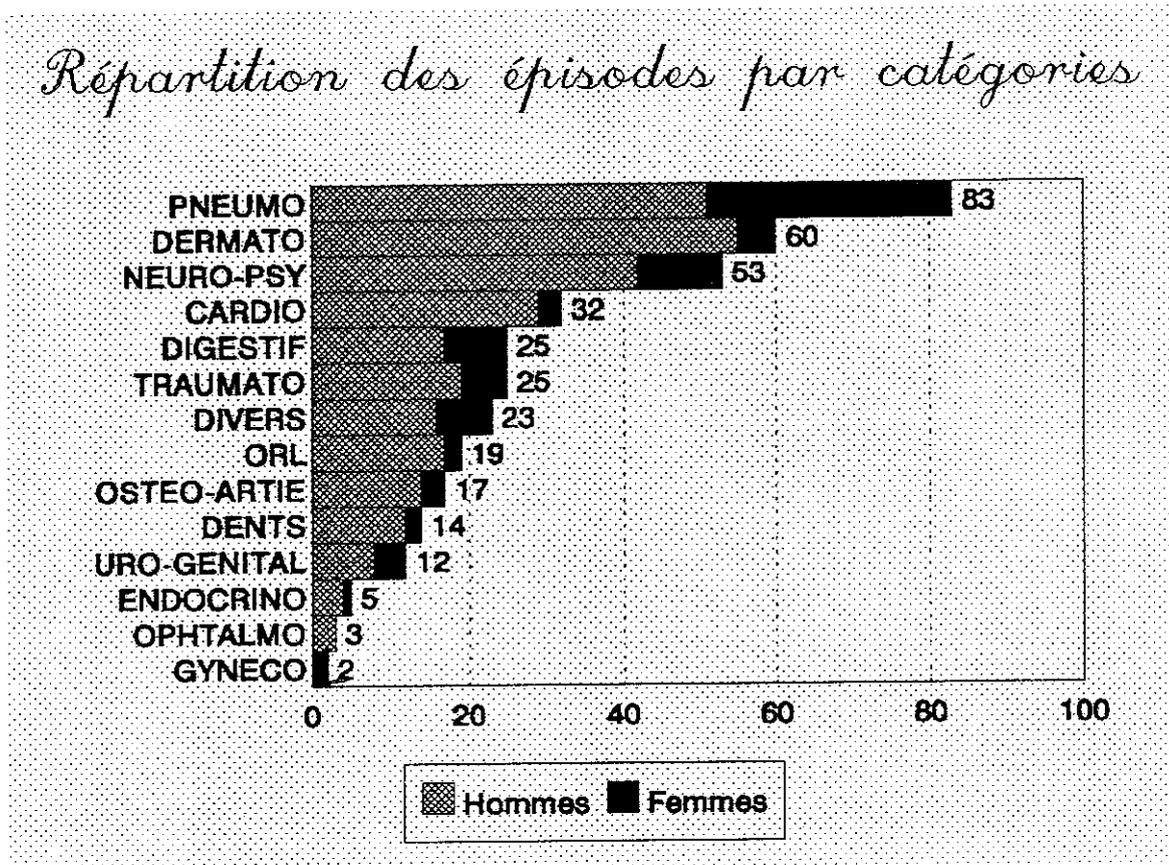


Figure 2 : données en pourcentages

Le tableau ci-dessus nous montre clairement que les pathologies les plus rencontrées relèvent de la pneumologie, de la dermatologie et de la psychologie.

Néanmoins, il faut établir la différence entre les hommes et les femmes.

Pathologies les plus rencontrées	
Hommes	Femmes
Dermato	Pneumo
Pneumo	Neuro-psy
Neuro-psy	Digestif

Poussons plus avant l'analyse pour la catégorie **neuro-psy** (les aures on pourra les consulter dans le rapport complet).

### 1. Neuro-Psy.

Pour cette rubrique, il semble qu'il y ait eu confusion entre le motif de la consultation et le diagnostic posé.

NEURO-PSYCHOLOGIQUE		Freq	Percent	Cum.
-----				
Toxicomanies		24	45.3%	45.3%
Angoisse, dépression		29	54.7%	100.0%
-----				
TOTAL		53	100.0%	100.0%

En effet, dans un premier temps, la fiche standardisée permettait de faire la différence entre l'alcoolisme et les autres formes de toxicomanie.

Nous avons regroupé les deux catégories dans la mesure où l'équipe n'avait repris que 4 cas d'alcoolisme. Ce chiffre permet de penser que n'ont été diagnostiquées comme alcooliques ou toxicomanes que les personnes qui ont explicitement fait la demande d'une aide de désintoxication ou de produits de substitution.

Notons enfin que tant les femmes (2ème place dans les pathologies rencontrées) que les hommes (3ème place) sont touchés par ce fléau.

Nombre d'épisodes de maladie : 53.

Classes d'âge	NEURO-PSY		
	Hommes	Femmes	Total
18 - 29 ans	47.1%	13.2%	60.3%
30 - 39 ans	18.9%	5.7%	24.6%
40 - 49 ans	9.4%	1.9%	11.3%
50 - 59 ans	3.8%	0.0%	3.8%
TOTAL	79.2%	20.8%	100.0%

La toxicomanie liée aux produits illicites touche davantage les jeunes âgés de moins de 30 ans.

Les patients plus âgés présentent davantage une toxicomanie aux médicaments. Elle s'explique en partie par le fait que bon nombre d'entre eux au cours de leur incarcération plus ou moins récente ont été abrutis par toute les formes possibles de benzodiazépines ou autres formes de tranquillisants.

Il apparaît qu'en prison, on ne pratique aucune forme de sevrage à ces produits, et même, que le milieu carcéral produit de nouveaux dépendants.

## 2. Mode de vie

Par l'anamnèse réalisée lors de chaque première consultation, le médecin tente de déterminer certaines données liées au mode de vie de patients :

- 117 personnes ont prétendu avaler tous les jours de grandes quantités de boissons alcoolisées;
- 159 personnes ont affirmé fumer plus de 10 cigarettes par jour;
- 19 personnes se sont déclarées toxicomanes.

Nombre de patients : 237

Mode de vie	
Tabagisme	67.1%
Alcoolisme	49.4%
Toxicomanie	8.0%

Ces chiffres ne décrivent sans doute pas une situation réelle. En effet, ces trois pathologies, considérées comme honteuses, sont souvent sous-évaluées voire dissimulées par le patient.

Enfin, notons que deux personnes ont révélé leur séropositivité (HIV).

### 3. conclusion

Les données médicales que nous avons pu établir nous permettent de tirer certains enseignements et de tracer des plans pour l'avenir.

Les 3 affections les plus fréquentes sont respectivement d'ordre :

- dermatologique, pneumologique et neuro-psychologique chez les hommes;
- pneumologique, neuro-psychologique et digestif chez les femmes.

Les hommes connaissent de grosses carences en matière d'hygiène, alors que le phénomène est marginal chez les femmes. L'état de fatigue est également une donnée importante : 11 cas de fatigue extrême.

Le monde des sans-abri est un monde violent tant dans son mode de fonctionnement interne que par les agressions qu'il a à subir de l'extérieur.

L'alcoolisme et le tabagisme sont très fréquents, alors que les MST sont quasiment absentes.

La fréquence peu élevée de problèmes dentaires est un sujet d'étonnement. Tout comme les affections dermatologiques, ils feront désormais l'objet d'une recherche active.

Vu la fréquence de problèmes psychologiques, nous réfléchissons à la mise sur pied d'une méthode thérapeutique spécifique à cette population. En effet, les Centres de Santé Mentale ne sont pas équipés pour répondre aux besoins de ce type de population qui ne se déplace plus pour sa santé.

## □ CONCLUSIONS

Il est temps de lutter contre cette image romantique du sans-abri, "intellectuel", qui un jour, dans sa quête de liberté et d'absolu, a décidé d'envoyer paître toutes les structures sociales. En trois ans de travail, nous n'en n'avons pas rencontré un seul.

Le sans-abri qui nous consulte est, le plus souvent, un homme, belge, célibataire, âgé de vingt à quarante ans, sans revenu ni protection sociale et dont le niveau de scolarité est faible. Son origine sociale n'est pas une constante.

La plupart des sans-abri sont issus de milieux économiquement, socialement ou culturellement défavorisés. Certes, ils présentent tous des personnalités très fragiles.

Toutefois, l'expérience nous enseigne que nombreux sont ceux qui, à un moment donné, peuvent basculer et se retrouver à la rue.

Le surendettement est un phénomène déclencheur qui produit des drames tels qu'au bout du compte, il n'y a plus d'autre issue que celle du suicide social.

Un phénomène qui n'apparaît pas directement dans cette étude mais qu'il est essentiel de souligner, est la fidélisation du malade pour le médecin qu'il s'est choisi.

Ces deux observations feront, ultérieurement, l'objet d'études approfondies.

L'état de santé lamentable et la lourdeur des pathologies que connaissent les sans-abri s'expliquent : ils connaissent surtout des maladies directement liées à leur mode de vie et à leurs conditions sociales; en outre, ces maladies sont souvent considérées comme honteuses<sup>15</sup> dans l'imaginaire collectif; ils échappent aux objectifs de la médecine préventive et notamment à la médecine du travail, comme d'autres catégories de démunis d'ailleurs.

Pour la suite du projet, Médecins Sans Frontières renforcera le volet préventif de son action par une recherche active de certains types de pathologies, notamment.

Quant au Forum, il s'efforcera, par une analyse renforcée des modes de survie utilisés et d'une plus grande intégration de son action tracée en priorité sur la qualité relationnelle, de consolider les ancrages ainsi que les chances de réinsertion sociale de ces populations démunies.

La population que nous avons rencontrée n'est pas composée exclusivement de sans-abri. Considérer que le concept d'accès aux soins se limite au fait d'avoir ou non un logement s'avère par trop réducteur. Nombreuses sont les personnes qui disposent d'un logement, de revenus, voire d'un travail et qui n'ont pas accès aux soins pour des raisons économiques, psycho-sociales, administratives ou culturelles.

**Benoît DENEYS**  
*Médecins Sans Frontières*  
BRUXELLES

N.B.: SI VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS, VOIR LE RAPPORT: "*LES SANS-ABRIS SOCIALEMENT MAUDITS, MÉDICALEMENT OUBLIÉS*".

---

<sup>15</sup> alcoolisme, toxicomanie, tuberculose, parasitoses, etc.

## LE PAYSAGE PSYCHIATRIQUE BRUXELLOIS

On m'a demandé de rendre compte de l'état de la psychiatrie à Bruxelles, sa législation et son infrastructure. Parler du site bruxellois c'est vous engager à suivre les zigzags de notre paysage politique. Mais j'écourterai l'itinéraire pour dire seulement que les différents niveaux de pouvoir parviennent si bien à saucissonner la subsidiation du secteur de la santé mentale, que l'hospitalier et l'ambulatoire pourraient ne jamais avoir à faire l'un avec l'autre. Et que les deux peuvent encore éviter tout contact avec le secteur social et culturel.

La Belgique n'est certainement pas innovatrice en matière de psychiatrie dans le milieu de vie. Son infrastructure est de type *traditionnel*: la durée d'alitement est longue, le personnel peu nombreux (50% de moins qu'aux Pays-Bas); l'argent distribué au compte-gouttes laisse peu de faculté de tenter des alternatives d'hébergement et de soins, et ce tant pour les patients de longue durée que pour les autres. Toutefois la région bruxelloise vit une réalité différente, plus mouvementée, que le reste du pays: les raisons historiques ne sont pas étrangères à cet état de fait, parcourons les.

Dans les années 70, les pouvoirs concernés semblent résolus à encourager une psychiatrie plus dynamique, moins hospitalo-centrique et édictent une série d'Arrêtés Royaux visant un système de soins intégrés, traitant les patients dans leur environnement. Entre autres, ils établissent des normes de programmation réduisant le nombre des lits hospitaliers et créent (ou agréent) des *centres de santé mentale*, desservant en principe un territoire de 50.000 habitants.

Malgré cela, à la fin des années 80, le *Rapport Groot et Bréda*<sup>1</sup>, constate que si on assiste à "une importante réorientation de l'offre", "le nombre global de lits n'a diminué que de façon limitée".

Plusieurs facteurs peuvent sans doute expliquer cet immobilisme, mais ils mènent tous me semble-t-il au même constat: la répartition et la gestion des lits hospitaliers relèvent plus de l'histoire des murs que de leur utilité. Pourquoi?

D'abord, l'ambulatoire n'a jamais obtenu de moyens financiers suffisants: 18 milliards de francs belges sont octroyés chaque année aux hôpitaux psychiatriques (actes médico-techniques non inclus) pour 2 milliards à l'ensemble des centres de santé mentale, chargés d'organiser la prévention, la cure et la post-cure d'un territoire donné. Ainsi, si le législateur a dévolu aux centres de santé mentale le soin d'aider les personnes psychiquement perturbées et leur entourage à retrouver un équilibre perdu, il a toutefois omis de faire bénéficier ceux-ci des moyens matériels et humains que requiert la prise en charge globale qu'il commande.

---

<sup>1</sup> GROOT M., et BREDA J., Evaluation de la programmation hospitalière. Deuxième partie: soins hospitaliers psychiatriques, UFSIA (Université d'Anvers), mai 1989.

Vraisemblablement, le législateur postulait que les nécessités de cure hospitalière diminueraient automatiquement (miraculeusement?) si le dispositif ambulatoire augmentait. C'était sous-estimer un courant puissant, intéressé à contrer la déshospitalisation. En effet, il faut savoir qu'environ **80%** des hôpitaux belges relèvent de l'initiative privée, appartiennent à des propriétaires peu enclins à renoncer aux bénéfices que leur rapportent des bâtiments et des terrains, par ailleurs peu convertibles... La culture des chicons ou des patates ne seront jamais aussi rentables que les hospitalisations, qui dans un tel contexte, répondent aux lois du marché libre.

Les différences régionales en matière d'infrastructure le montrent bien: pour des raisons essentiellement historiques, la Flandre compte plus de lits que la Wallonie, qui en compte plus que Bruxelles. Et le nombre de journées d'hospitalisation présente la même courbe... Ce qui revient à dire que lorsque dans une région, le nombre de lits est élevé, les hospitalisations sont nombreuses. l'offre renforce la demande et fait signe vers l'histoire des régions, non vers l'état mental des populations. Ailleurs, d'autres pratiques thérapeutiques seront mises en oeuvre, c'est le cas de Bruxelles.

Un autre point: le mode de subsidiation au lit occupé, à l'acte, ou ce qu'à l'Autre "lieu" nous appelons *la culture du lit* implique que la survie de l'hôpital, et donc de l'emploi, repose principalement sur nombre de personnes hospitalisée. Dans ces conditions, toute tentative d'écourter le temps d'alitement irait à l'encontre des impératifs budgétaires de la structure hospitalière. De ce constat naquit, lors de journées d'études<sup>2</sup>, la revendication d'un mode de subvention forfaitaire, abolissant les conséquences financières de la non-hospitalisation et de la déshospitalisation: d'être enfin dégagés de l'obligation de *remplir les lits*, gestionnaires et travailleurs pourraient plus librement imaginer et trouver d'autres traitements, d'autres réponses plus axés sur *l'extérieur* et en collaboration avec le tissu social.

---

<sup>2</sup>Les Politiques de Santé mentale à l'Epreuve du Changement, journées d'étude des 8 et 9 juin 1989, organisées par L'Autre "lieu" Recherche-Action sur la Psychiatrie et les Alternatives, en collaboration avec les syndicats, des associations de terrains et de réflexion, le Ligue des Droits de L'Homme, des personnalités universitaires. Depuis cette date, c'est annuellement que ces associations invitent les professionnels de la santé mentale à réfléchir ensemble et à revendiquer une organisation de travail centrée sur le citoyen.

## ***QUELQUES CHIFFRES***

### **1. Les structures hospitalières:**

Pour **10 millions** d'habitants, la Belgique compte:

- 21.019 lits agréés<sup>3</sup>;
- 5.876 lits agréés hors programmation<sup>4</sup>;
- 1.547 lits<sup>5</sup>.

-----  
28.442

Pour **1 million** d'habitants, donc 10% de la population on pourrait s'attendre à trouver à Bruxelles 1/10ème du nombre total de lits. Mais non! On y dénombre 1.496 lits d'hôpitaux, parmi lesquels 562 en service psychiatrique d'hôpital général (pour 3.192 pour le reste du pays).

Bruxelles compte donc 5,3% des lits psychiatriques en Belgique et répartis dans des services différents puisque:

La Belgique dispose de 25% de lits A et 48,4% de lits T <sup>6</sup>
Bruxelles                    51,7%                    31,8

Bruxelles remplit pratiquement les normes de programmation, ce qui a des conséquences certaines sur la carrière psychiatrique des patients:

- la durée de séjour est plus courte;
- le taux de rotation est plus rapide;
- le taux d'encadrement est plus élevé: il varie selon la taille du service (proportion inverse), sa spécificité et l'appartenance publique ou privée de l'hôpital.

---

<sup>3</sup> que la loi prévoit de continuer à subventionner.

<sup>4</sup> donc destinés à disparaître.

<sup>5</sup> ce sont des lits hors normes, hors programmation et ... en constante progression: ils n'existaient pas bien surs avant les normes de 1971, ils étaient 1.100 en 1976, 1.547 en 89...

<sup>6</sup> lits A: services aigus pour patients occasionnels et la *file active*; lits T: de traitement, pour patients *chroniques*; les lits restant sont des lits fermés, appelés à disparaître, des lits pour enfants et des lits pour personnes âgées.

## 2. Les structures intermédiaires:

### a. Les logements protégés ou appartements supervisés

En 1985, une circulaire ministérielle donne aux hôpitaux la possibilité de loger hors murs des patients éprouvant des difficultés à vivre de manière autonome mais dont l'état ne nécessite pas pour autant le maintien en hôpital psychiatrique.

Deux types de logements sont ainsi définis:

-le logement encadré, "axé sur le passage, impliquant un habitat temporaire où le traitement est l'objectif principal.

-le logement protégé en revanche, ne fixe aucune limite dans le temps.

L'assistance indispensable est, dans ce cas, minimale; ce qui prime, c'est le logement proprement dit<sup>7</sup>.

C'est ce deuxième type, le plus économique du point de vue des dépenses immédiates de l'Etat, que favorisent de récents Arrêtés Ministériels (1990) (alors que le rapport précité recommande le maintien des deux!). La subvention se limite aux personnels, les frais de séjour et d'hôtellerie incombent aux locataires. L'encadrement scientifique y est pratiquement nul.

De plus des règlements en tout genre vident peu à peu (c'est un euphémisme) ces logements de leur sens. Ainsi, on a pu espérer trouver dans les arrêtés la possibilité pour des patients de louer un appartement dans la cité, au fur et à mesure des pourparlers, certains se sont empressés d'exiger que les logements protégés regroupent au moins 4 personnes.... et d'investir dans l'achat de bâtiment ad hoc. Encore une fois, il semble qu'en Belgique les exigences en santé mentale sont liées à celles de la spéculation immobilière: les *propriétaires* transforment toute alternative en achats de bâtiments. Dans ces conditions de rentabilité, on comprend aisément qu'une personne qui ne serait pas *en règle* d'insertion sociale est automatiquement écartée des soins.

3.000 places sont à pourvoir en Belgique francophone, dont 300 à Bruxelles. Une soixantaine de ceux-ci sont destinés aux "ex-patients psychiatriques", les autres le sont vraisemblablement aux autres membres de la "distinction catégorielle" établie par le Rapport Groot et Bréda: des personnes handicapées physique ou mentale, des personnes âgées, des jeunes et des sans-logis<sup>8</sup>.

---

<sup>7</sup>Rapport Groot et Breda, op. cit., p. 92.

<sup>8</sup>Ces derniers sont toujours (mais plus pour longtemps) sous le coup d'une loi réprimant la mendicité, et logent donc bien souvent en prison. Le Dr. Karel ROELANTS nous entretiendras plus tard de cette situation un peu particulière.

b. *les hospitalisations partielles:*

De jour ou de nuit, elles émanent soit d'un hôpital soit de structures ambulatoires. Elles sont peu nombreuses à Bruxelles (291 places dont 47 pour toxicomanes) pratiquement inexistantes ailleurs.

3. Les centres de santé mentales:

Créés (ou reconnus<sup>9</sup>) en 1975, Bruxelles compte 28 centres:

7 pour la Communauté flamande;

16 pour la Communauté française;

6 *bilingues* ou bicommunautaire.

C'est là aussi une situation privilégiée par rapport aux autres régions du pays: dès 1978 Bruxelles était à 100% de sa capacité (et même plus) tandis que la Wallonie en est aujourd'hui à 80% et la Flandres à 50% environ. Ce qui assombrit pourtant le tableau bruxellois, c'est que bon nombre des centres adoptent une démarche *spécialisée* (pour un type de pathologie ou pour un type de population) rendant leur accès malaisé pour un certain nombre d'habitants du territoire. La proportion de 1 centre pour 41.000 habitants devient alors un constat bien théorique.

Cette spécialisation empiète donc sur la *territorialisation* des centres mais aussi sur leur capacité de prendre en charge ceux qui ne prennent pas l'initiative de consulter les professionnels de la santé mentale: ceux qui *ne demandent rien*. Les plus démunis des habitants, ceux qui ont peu de ressources économiques, sociales et culturelles sont donc souvent exclus des soins des centres.

Un commentaire à cette situation: d'après un certain nombre d'assistants sociaux interrogés à ce propos<sup>10</sup> il ressort que les plus démunis n'accèdent pas aux centres parce qu'ils sont peu informés de leur existence ou de l'aide qu'ils pourraient en attendre, d'autant plus que les services sociaux ne les renseignent pas à ce sujet. Deux explications à ceci: l'aide sociale à fournir paraît plus urgente que le soutien psychologique, ou alors ces services pensent que les plus démunis sont incapables de "*mentaliser*".

---

<sup>9</sup>Le soutien étatique renforce plutôt qu'il ne crée un dispositif mis en place par l'initiative privée: la moitié des services du pays fonctionnait déjà avant 1975.

<sup>10</sup>à l'occasion d'un travail universitaire (intitulé: Le secteur informel en santé mentale: approche psycho-sociologique) j'ai en effet essayé de dégager les opinions et les options de travail des assistants sociaux des centres pour adultes).

Ceci indiquerait une communication tronquée entre ces deux pôles d'aide qui parfois se posent en rivaux. Le danger d'une telle mésentente est qu'elle opère dans le sens d'une *exclusion des exclus* empêchant ceux-ci de solliciter une aide psychologique. L'aide sociale est leur seule ressource, et pour les sans-logis, la prison....

Je cède la parole à Philippe HALLIN, qui abordera l'organisation de l'aide sociale. Je vous remercie.

**Rina HOROWITZ.**

*L'Autre lieu*

BRUXELLES

## **Cadre Législatif et Institutionnel social EN BELGIQUE**

### *1. Le cadre politique*

La Belgique est en cours de transformation institutionnelle et les compétences sociales sont réparties entre :

- le niveau national : justice, baux à loyer, montant du minimum du moyen d'existence,...;
- le niveau communautaire (francophone, néerlandophone et germanophone): éducation, culture, protection de la jeunesse, centres d'accueil pour sans abri, ...;
- le niveau régional (région flamande, région wallonne et région bruxelloise) : aide aux immigrés, asiles de nuit, politique du logement,...;
- le niveau communal : aide sociale individuelle, ....

La Belgique étant engagée depuis 10 ans dans un processus d'assainissement budgétaire en raison de l'énorme dette publique du pays, les différents niveaux de pouvoir se renvoient la balle et essaient de faire payer par les autres les dépenses sociales et de santé. De plus, les alliances politiques sont différentes selon les niveaux de pouvoir et il n'y a pas souvent volonté de coopération, même parfois à l'intérieur des départements de chaque niveau.

### *2. Le cadre législatif*

En 1976, la Belgique a instauré le droit pour tout adulte belge ou résident depuis longtemps en Belgique à un minimum de moyens d'existence, dont le montant est actuellement de 19 103 frs nets par mois pour une personne seule. L'unique condition est d'avoir un domicile. Ce montant est alloué par les Centres Publics d'Aide Sociale (un par commune)

Les personnes sans abri qui sont radiées des registres de population de leur commune sont prises en charge par le Centre Public d'Aide Sociale de la commune où ils se trouvent au moment de leur demande d'aide. Elles sont alors habituellement placées dans un centre d'accueil qui leur ouvre le droit à ce minimum, appelé Minimex. Le problème est que la moitié du montant du minimex est à charge du niveau national et l'autre moitié à charge de la commune de domicile. Celle-ci a donc intérêt à ce que le sans abri la quitte le plus rapidement possible.

Une loi centenaire considère encore le vagabondage comme un délit et envoie ceux qui sont dans cette situation dans une des quatre prisons pour vagabonds, appelées dépôts de mendicité. Cependant, cette loi n'a plus beaucoup de fonction répressive (la plupart des gens se présentent volontairement) et elle est en passe d'être abrogée.

Le droit au logement n'est pas inscrit dans la Constitution belge. La plupart des belges sont propriétaires et aucun gouvernement n'ose édicter des lois contraignantes pour les biens mis en location.

Cela signifie que la loi du marché est la seule régulation et que n'importe quel taudis peut être mis en location à n'importe quel prix, sans recours du locataire sauf parfois en ce qui concerne la durée de la location.

### ***3. L'offre institutionnelle***

Le logement social public ne loge que 8 % de la population, soit bien moins que la plupart des pays européens. A Bruxelles, 20 000 demandes sont en attente. Des initiatives de logements sociaux privées subventionnées par les pouvoirs publics commencent à voir le jour.

150 centres d'accueil reçoivent chaque jour près de 5 000 personnes sans abri. Ils sont pratiquement tous privés et offrent une grande variété de services : pour hommes, femmes avec enfants ou familles, à court, moyen ou très long terme, parfois avec remise au travail, accompagnant plus ou moins les hébergés dans leur tentative de réinsertion, institutionnels ou communautaires, ... Chacun d'eux trie plus ou moins ses clients et exclut ceux qui ne lui conviennent pas.

De nombreux lieux d'assistance caritative distribuent des repas, des vêtements ou offrent des espaces de rencontre axés sur la convivialité. Certains sont aussi des lieux de vie à long terme basés sur des valeurs communes.

### ***4. Les problèmes***

La force du réseau d'aide sociale belge est aussi sa faiblesse. De nombreuses institutions existent, sans grand lien entre elles ni coordination. Les pouvoirs publics voudraient coordonner l'action mais ne le peuvent parce que leurs subventions sont tout juste suffisantes pour permettre aux services de survivre sans beaucoup de moyens. Ils n'ont donc pas les moyens de contraindre l'offre, largement privée.

D'autre part, des usagers utilisent cette variété et cette non-collaboration pour faire le tour des institutions sociales et de santé. Chaque fois qu'ils touchent au coeur de la crise qui les a amenés dans l'institution, ils s'en vont ailleurs pour ne pas avoir à la traverser.

Un autre problème réside dans le peu de contacts opérants entre le champ social et celui de la santé mentale. Une méfiance réciproque existe, un autre mode d'organisation hiérarchique et, souvent aussi, une différence flagrante de moyens.

De plus, le système politique et financier belge, et l'affiliation de nombreuses associations à l'un des trois grands groupes de pression du pays ( les familles sociale-chrétienne, socialiste et libérale, qui se retrouvent aussi bien dans les partis politiques que les syndicats et toutes les fédérations professionnelles), amènent une politisation très grande du social, ce qui a pour effet de favoriser les grosses institutions, de préférence résidentielles, au détriment des petites, a fortiori ambulatoires.

Le grand nombre d'institutions a également pour effet d'occulter le problème de la pauvreté, de le rendre peu visible et donc peu connu du grand public.

Enfin, la crise du logement ayant débuté il y a cinq ans et qui a abouti à une augmentation énorme du prix des loyers rend l'accès aux plus démunis seulement possible dans des taudis insalubres. Le parc immobilier belge est suffisant quantitativement mais en très mauvais état.

**Philippe HALIN**  
*Association Maisons d'Accueil*  
BRUXELLES



Alors ce Roi !

# PLANNING COMMUNITY SERVICES

FOR

## *Homeless Mentally ill*

### 1. INTRODUCTION

IN 1987 THE AEIPS - ASSOCIATION FOR THE STUDY AND PSYCHOSOCIAL INTEGRATION, A PRIVATE NON- PROFIT ORGANIZATION WAS CREATED IN LISBON TO CONTRIBUTE TO THE DEINSTITUCIONALIZATION OF THE MENTALLY ILL, PROVIDING A COMMUNITY SUPPORT SYSTEM ON TWO BASIC NEEDS:

\* HOUSING

\* EMPLOYMENT

THE ORGANIZATION OFFERS SERVICES TO 80 PERSONS WITH SEVERE MENTAL ILLNESS, WHO COME ESSENTIALLY FROM PSYCHIATRIC HOSPITALS.

THE SERVICES ARE PROVIDED THROUGH A COMMUNITY CENTER AND A COMMUNITY RESIDENCE ( FOR 8 MEMBERS ).

THE CENTER IS STRATEGICALLY STRUCTURED ACCORDING TO THE MAIN AIMS OF THE ASSOCIATION, WHICH ARE:

\* INDIVIDUAL REHABILITATION

\* DEVELOPMENT OF HOUSING OPTIONS

\* SUPPORTED EMPLOYMENT

\* SUPPORTED EDUCATION

THE ENVOLVEMENT ON EVERY STEP OF THE INTEGRATION PROCESS ALLOWS THE

MEMBERS TO BE ACTIVE PARTICIPANTS ON THE RESOLUTION OF THE IDENTIFIED PROBLEMS.

TO MOTIVATE THIS GROWING PROCESS, MUTUAL HELP GROUPS MEET ONCE A WEEK CONTRIBUTING TO CONCRETE PROBLEM-SOLVING STRATEGIES AND CREATING SOCIALIZATION ACTIVITIES.

AN EMPOWERMENT PERSPECTIVE EMBODIES ALL THE GROUP AND INDIVIDUAL ACTIVITIES OF THE PROGRAM FACILITATING THE PARTICIPATION OF THE MEMBERS ON DECISION MAKING, POLITICAL ADVOCACY AND PROJECT DISSEMINATION.

THE CURRENT SITUATION IN PORTUGAL, ON THE AREA OF MENTAL HEALTH IS THAT A LARGE NUMBER OF PERSONS WITH PSYCHIATRIC DISABILITIES IS HOSPITALIZED DUE TO ECONOMIC AND SOCIAL FACTORS.

THE RAPID GROWTH OF THE URBAN AREA OF LISBON HAD AS RESULT AN INCREASE OF THE HOMELESS POPULATION IN WHICH ARE INCLUDED INDIVIDUALS SUFFERING FROM SEVERE MENTAL ILLNESS.

TAKING IN CONSIDERATION THE EXPERIENCE DEVELOPED BY THE AEIPS ON COMMUNITY INTERVENTION, A SPECIFIC PROGRAM FOR THE HOMELESS MENTALLY ILL WAS DEVELOPED FOR THE URBAN AREA OF LISBON.

I SHALL PRESENT YOU A PROGRAM THAT WILL INCLUDE FOUR MAJOR AREAS:

1. MODEL DEFINITION
2. PRINCIPLES OF INTERVENTION
3. COMMUNITY SERVICES FOR HOMELESS MENTALLY ILL
4. INTERVENTION PROGRAM

## 2. A COMPREHENSIVE MODEL FOR HOMELESSNESS

A COMPREHENSIVE MODEL FOR HOMELESSNESS SHOULD INTEGRATE FACTORS AT MULTIPLE LEVELS - INDIVIDUAL, ECONOMIC AND SOCIAL.

FIELD STUDIES INDICATE THAT AMONG THE HOMELESS POPULATION 25 TO 30% IS THE PERCENTAGE OF MENTALLY ILL IN URBAN AREAS LIKE LONDON, PARIS, ROME, MADRID OR LISBON.

RESEARCH ON HOMELESSNESS HAS BEEN FOCUSED SUCCESSFULLY ON THE DETERMINATION OF THE CHARACTERISTICS OF THIS POPULATION. THESE EFFORTS TO IDENTIFY THE SOCIAL AND HEALTH PROBLEMS HAVE DISTRACTED US FROM STUDYING THE GROWTH OF POVERTY, THE DECREASE IN INVESTMENTS ON SOCIAL WELFARE AND ON LOW-INCOME HOUSING; THESE ARE CONTRIBUTORS TO HOMELESSNESS THAT ARE NOT CHARACTERISTICS OF INDIVIDUAL VICTIMS.

THEREFORE, IT BECOMES RELEVANT THE DEVELOPMENT OF A COMPREHENSIVE MODEL ABLE TO INTERVENE SIMOULTANEOUSLY AT THE INDIVIDUAL AND THE SYSTEM LEVEL.

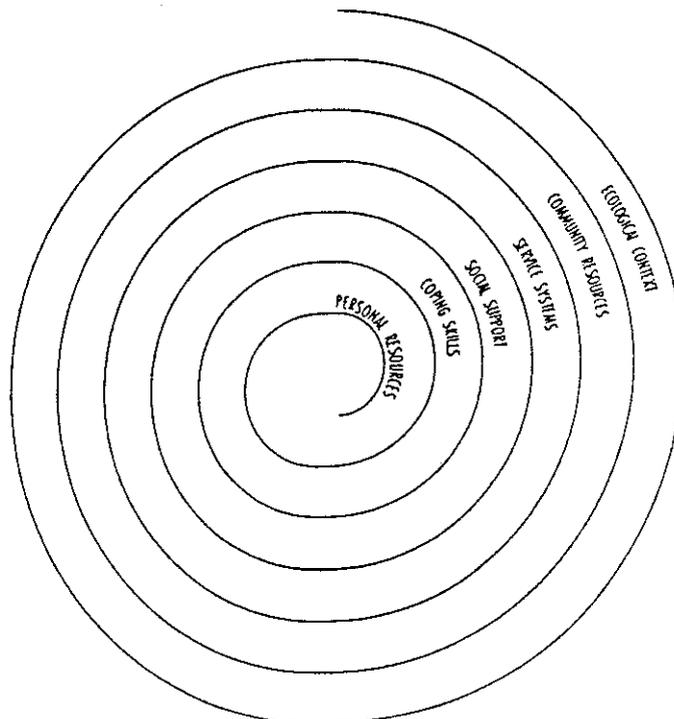


FIG.1

- 1 - PERSONAL RESOURCES - PROVIDE SUPPORT TO PERSONS AT RISK, TO MAINTAIN MENTAL HEALTH AND STABLE HOUSING SITUATIONS
- 2 - COPING SKILLS - PROBLEM - SOLVING AND EMOTIONAL FOCUSED STRATEGIES TO INCREASE INDIVIDUAL RESISTENCE TO STRESSFUL LIFE EVENTS AND PROMOTE SOCIAL ADJUSTMENT OVER TIME
- 3 - SOCIAL SUPPORT - BOTH THE EXISTENCE AND THE QUALITY OF PEOPLE'S SOCIAL TIES TO RELATIVES AND FRIENDS ARE CRITICAL FOR THE SAFETY AND PREVENTION OF HOMELESSNESS.
- 4 - SERVICE SYSTEMS - WHERE INDIVIDUAL COPING EFFORTS HAVE BEEN WEAKENED BY STRESS OR MENTAL HEALTH PROBLEMS AND SOCIAL SUPPORT ARE ABSENT OR WEAKENED, LINKING TO SOCIAL SERVICES BECOMES CRUCIAL.

EXAMPLES:

- \* LEGAL REPRESENTATION
- \* WELFARE SUBSIDIES
- \* ASSOCIATIONS

THESE ARE PRIVILEGED CONTEXTS FOR ESTABLISHING SOCIAL RELATIONS, PRACTICING COPING SKILLS, DEVELOPING A SENSE OF PERSONAL EFFICACY AND EMPOWERING TO LOOK FOR PERSONAL NEEDS.

### 3. PRINCIPLES OF INTERVENTION

1 - SATISFACTION OF EMERGENCY NEEDS - THE RESPONSE TO EMERGENCY NEEDS OF FOOD, CLOTHING, HOUSING AND HEALTH CARE SHOULD BE THE PRIORITY

2 - EMPOWERMENT PERSPECTIVE - PROVIDING OPPORTUNITIES FOR CHOICE AND DECISION CONCERNING PERSONAL AIMS

3 - PROVIDE ACCESS TO SERVICES

\* CRISIS SUPPORT AND INTERVENTION

\* HEALTH CARE

\* REHABILITATION

THESE SERVICES SHOULD HAVE FLEXIBILITY AND MOBILITY IN ORDER TO UNDERSTAND THE INDIVIDUAL FUNCTIONING ON THE FIELD AND FIND SUPPORT OPPORTUNITIES ON THE EXISTING ENVIROMENT, AS WELL AS THE OPPORTUNITY FOR ESTABILISHING A SUPPORTIVE RELATIONSHIP WITH THE PROFESSIONALS.

4 - PROMOTION OF INDIVIDUAL RESPONSABILITY AND ADVOCAY OF THE HOMELESS MENTALLY ILL

5 - LONG-TERM SERVICES AND ENHANCEMENT OF THE QUALITY OF LIFE SERVICES SHOULD BE AVAILABLE ON A LONG TERM BASIS AND DEVELOP A NETWORK OF SUPPORTS AND RESOURCES TO ENABLE THE HOMELESS MENTALLY ILL TO HAVE ACCESS TO HIGHER QUALITY STANDARDS.

#### 4. COMMUNITY SUPPORT SERVICES FOR HOMELESS MENTALLY ILL

AMONG THE HOMELESS MENTALLY ILL TWO GROUPS MAY BE IDENTIFIED:

1 - TRANSITORY - STUDIES DEVELOPED IN SEVERAL COUNTRIES OF EUROPE AND THE UNITED STATES HAVE CONCLUDED THAT THIS GROUP MOSTLY INCLUDES YOUNG ADULTS IN A CRISIS SITUATION.

CRISIS INTERVENTION AND ACCESS TO INDIVIDUAL REHABILITATION PROGRAMS SEEMS TO BE AN ADEQUATE INTERVENTION FOR THIS POPULATION

2 - LONG TERM - THIS POPULATION DUE TO A LONG TERM SOCIAL ISOLATION REVEALS NEEDS OF SUPPORT AT DIFFERENT LEVELS.

THE CONTACT WITH THIS GROUP HAS TO BE PERSISTENT, SYSTEMATIC AND CONTINUED.

THE DIVERSITY AND COMPLEXITY OF THIS POPULATION REQUIRES THE DEVELOPMENT OF A SET OF COMMUNITY SUPPORT SERVICES, WHICH INCLUDE:

#### FIG. 2

##### 1 - LOCATION AND INVOLVEMENT OF THE HOMELESS MENTALLY ILL

THE PARTICIPANTS WILL BE LOCATED ON THE PLACES WHERE THEY USUALLY CIRCULATE, FOR EXAMPLE - STREETS, SUBWAY STATIONS, PUBLIC GARDENS, SHELTERS, ETC.

# COMMUNITY SUPPORT SERVICES FOR HOMELESS MENTALLY ILL

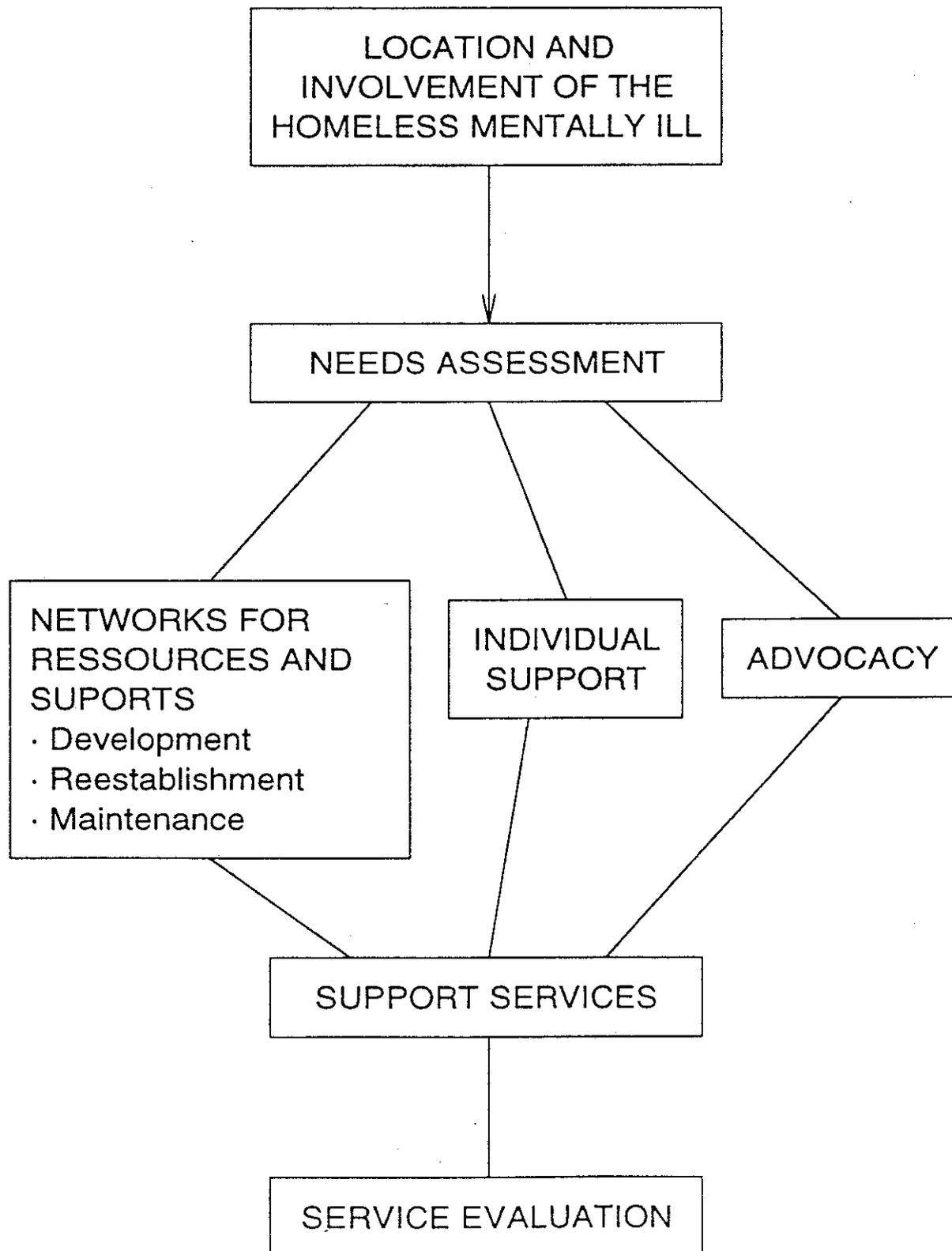


FIG. 2

2- NEEDS ASSESSMENT - PROVIDES INFORMATION ON THE STRENGTHS AND POTENTIAL AS WELL AS ON THE DEFICITS OF THE PARTICIPANTS.

3 - INTERVENTION PLANNING - ACCORDING TO THE INFORMATION GATHERED ON THE NEEDS ASSESSMENT THE PARTICIPANT WITH THE PROFESSIONAL WILL:

- \* DEFINE THE PRIORITIES
- \* SELECT THE ACTIONS TO ACCOMPLISH THE DEFINED PRIORITIES
- \* SCHEDULE THE ACTIONS TO BE DEVELOPED
- \* IDENTIFY THE RESOURCES AND SUPPORTS REQUIRED

4 - DEVELOPMENT, REESTABLISHING OR MAINTENANCE OF NETWORKS FOR RESOURCES AND SUPPORTS AT TWO LEVELS:

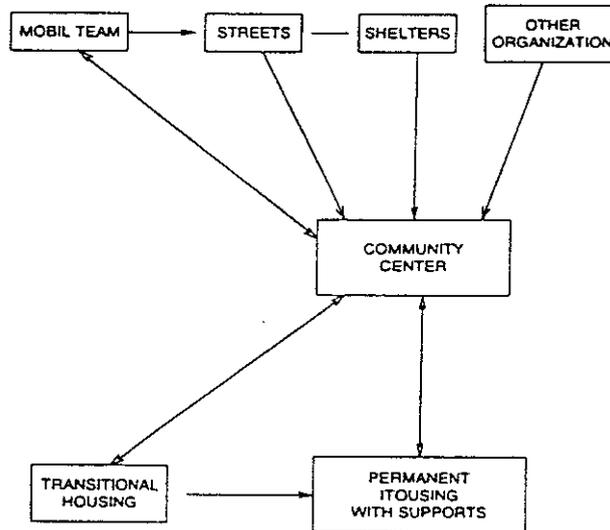
- INDIVIDUAL LEVEL - SUPPORT ON SPECIFIC NEGOTIATIONS THAT INVOLVE OTHER ORGANIZATIONS  
EX: PREPARING MEETINGS FOR HOUSING / EMPLOYMENT ARRANGEMENTS
- INSTITUTIONAL LEVEL - SERVICE COORDINATION AND INSTITUTIONAL AGREEMENTS

5 - INDIVIDUALIZED SUPPORT - THE PARTICIPANTS OF THE PROGRAM WILL HAVE ACCESS TO INDIVIDUALIZED SUPPORT DURING THE PROCESS OF DECISION MAKING, OBTAINING AND KEEPING THE SITUATIONS AND PERSONAL AIMS DECIDED.

6 - ADVOCACY - DEVELOPMENT OF LEGISLATION THAT FACILITATES THE ACCESS TO THE NEEDED SERVICES / EFFICACY ON OBTAINING SOCIAL BENEFITS AND THE RESOLUTION OF EMERGENCY SITUATIONS / MODIFY AND CREATE RESOURCES THAT FACILITATE THE ACCESS TO HOUSING AND EMPLOYMENT

7 - SERVICE EVALUATION - THE DEVELOPMENT OF MECHANISMS TO ENSURE THAT THE PARTICIPANTS RECEIVE THE SUPPORT SERVICES, THE EXTEND OF THEIR EFFICACY AND ADEQUACY TO THE IDENTIFIED NEEDS.

## Intervention Program



### MOBIL TEAM

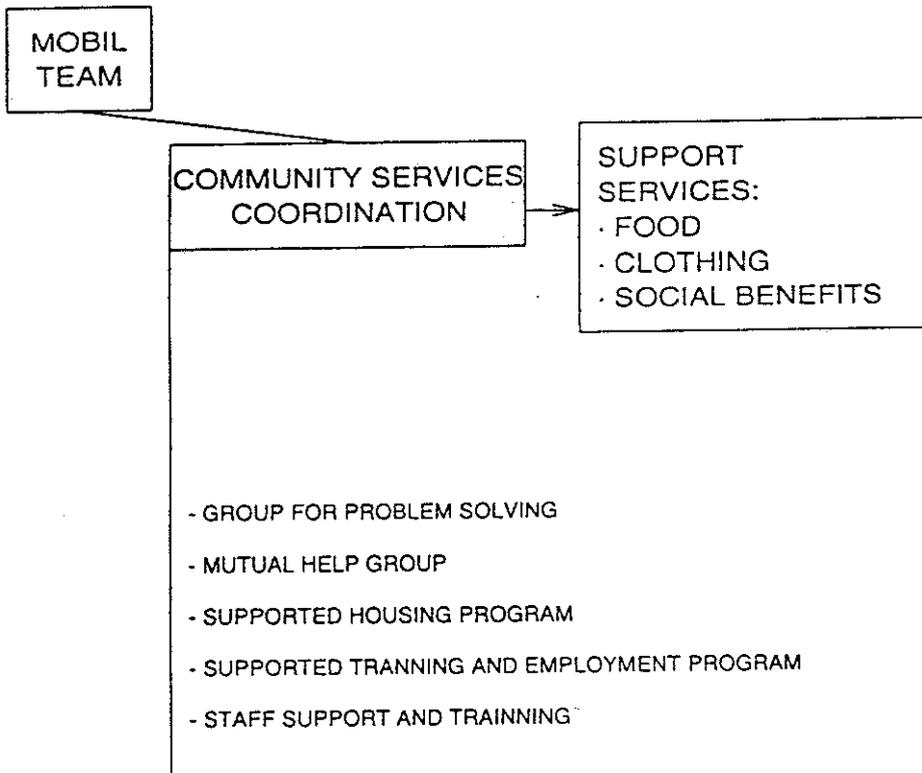
- \* ON-SITE INTERVENTION
- \* ESTABLISHING THE RELATION
- \* INVOLVEMENT ON THE PROGRAM
- \* NEEDS ASSESSMENT
- \* ENSURING ONGOING SUPPORT

THE MOBIL TEAM WILL HAVE 5 MEMBER THAT WILL BE RESPONSIBLE FOR THE LOCATION AND INVOLVEMENT OF THE POTENCIAL PARTICIPANTS ON THE FIELD - ON THE PLACES WHERE THEY USSUALLY ARE - STREETS, SUBWAY STATIONS, PUBLIC GARDENS, SOUP KITCHENS, SHELTERS, ETC.

THE HOMELESS MENTALLY ILL WILL BE INVITED TO VISIT THE CENTER WHERE THEY WILL BE GIVEN OPPORTUNITIES FOR FOOD, PERSONAL HYGENE, CLOTHING, TEMPORARY HOUSING, MEDICAL CARE AND PERMANENT HOUSING AS WELL AS OPPORTUNITIES FOR TRAINNING AND EMPLOYMENT ON THE OPEN LABOUR MARKET.

ON-SITE CONTACTS WILL BE CONTINUED, USING CREATIVE STRATEGIES TO FACILITATE A REGULAR PARTICIPATION ON THE COMMUNITY CENTER ACTIVITIES AND ENGAGE ON A REHABILITATION PROGRAM.

# COMMUNITY CENTER



## COMMUNITY CENTER

THIS SERVICES STRUCTURE PROVIDES THE ACCESS TO A SET OF SPECIFIC SERVICES AIMED TO A PROGRESSIVE INDEPENDENCE OF THE PARTICIPANTS WITH THE AMMOUNT OF SUPPORT CONSIDERED NECESSARY.

TO ACHIEVE THESE PURPOSES EACH MOMENT OF INTERVENTION, BESIDES THE RESOLUTION OF EMERGENCY NEEDS, SHOULD BE EMBODIED ON AN EMPOWERMENT PERSPECTIVE.

\* GROUPS FOR PROBLEM DISCUSSION

A GROUP MEETING WHICH MAIN GOAL IS TO DISCUSS SPECIFIC THEMES RELATED TO COMMUNITY INTEGRATION, SUCH AS HEALTHY LIFE STYLES, REQUIREMENTS FOR OBTAINING HOUSING, EMPLOYMENT OR SOCIAL BENEFITS, WILL TAKE PLACE WEEKLY, USING TECHNIQUES LIKE ROLE-PLAYING USEFUL FOR PRACTICING INTERPERSONAL RELATIONSHIPS.

\* MUTUAL HELP GROUPS

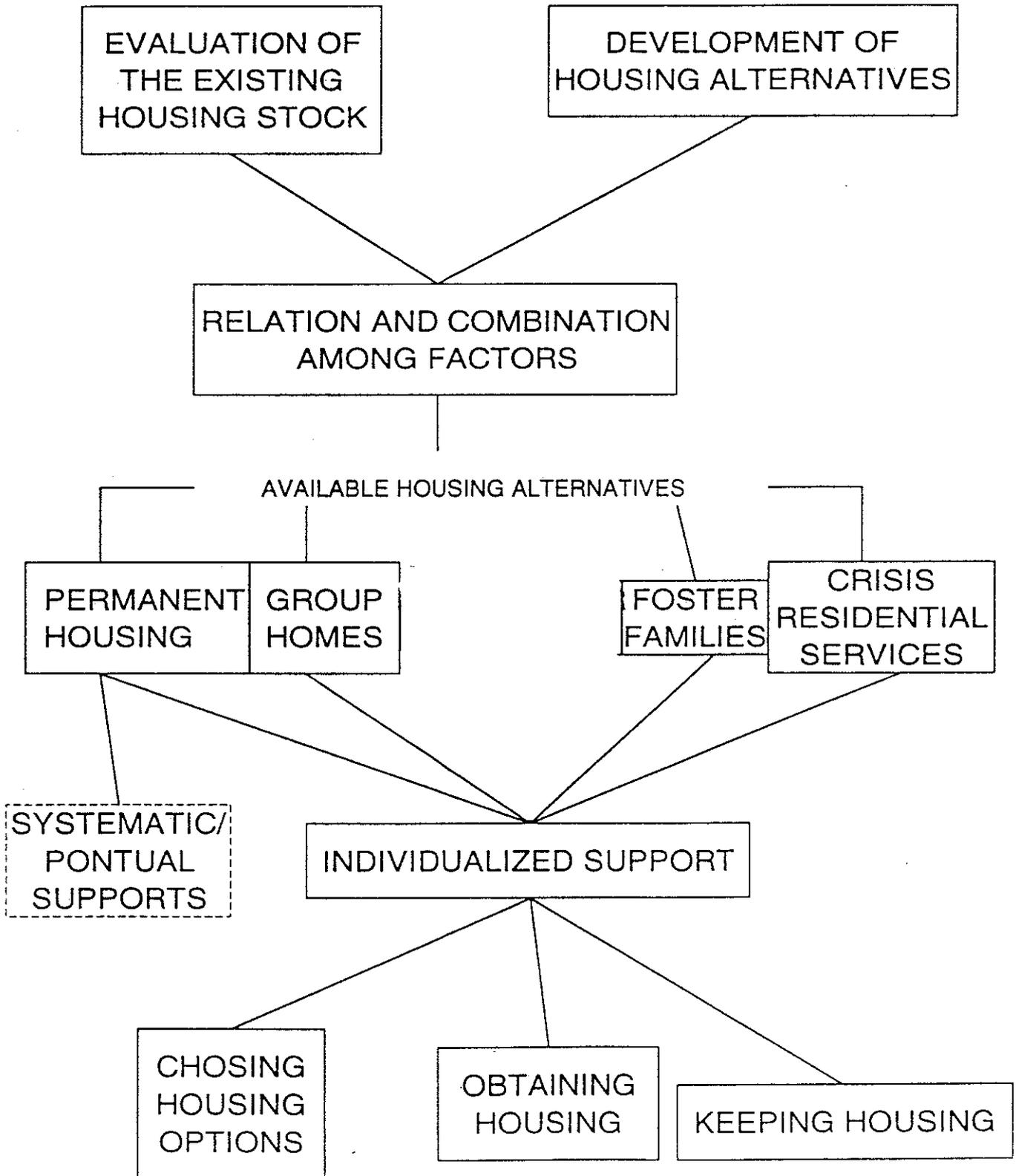
WEEKLY GROUP MEETINGS AMONG THE PARTICIPANTS OF THE PROGRAM WHERE CREATIVE STRATEGIES FOR PROBLEM SOLVING MAY BE DEVELOPED. MUTUAL HELP GROUPS ARE RELEVANT OPPORTUNITIES FOR EMPOWERING IT'S MEMBERS AND RAISING AWARENESS ON THEIR POTENTIAL

\* SUPPORTED HOUSING PROGRAMS

THE PROFESSIONALS OF THE COMMUNITY CENTER WILL DEVELOP ACTIONS ON TWO MAIN LEVELS

- 1- WORKING AT THE SYSTEM LEVEL
- 2- INDIVIDUALIZED SUPPORT PROGRAMS

# SUPPORT HOUSING PROGRAM



THE ACTIONS TO BE HELD AT THE SYSTEM LEVEL WILL BE BASED ON TWO MAIN ASSUMPTIONS:

- A. MAXIMIZATION OF THE OPPORTUNITIES OF COMMUNITY INTEGRATION
- B. MOBILIZATION OF RESOURCES AND SUPPORTS FOR THE DEVELOPMENT OF A DIVERSITY OF HOUSING OPTIONS

THE EVALUATION OF THE HOUSING STOCK AND THE CREATION OF HOUSING ALTERNATIVES ARE THE TWO AREAS OF INTERVENTION.

THE COMBINATION OF THE SEVERAL FACTORS AMONG THESE TWO AREAS WILL DETERMINE THE HOUSING ALTERNATIVES AND THE WAYS TO HAVE ACCESS TO A DECENT, STABLE, SAFE AND AFFORDABLE HOUSING ALTERNATIVE.

THE AVAILABLE HOUSING SOLUTIONS MAY BE:

- \* PERMANENT HOUSING WITH SISTEMATIC OR PONTUAL SUPPORT
  - 1 - 2 ELEMENTS
- \* GROUP HOMES
  - MAXIMUM 8 ELEMENTS
- \* FOSTER FAMILIES
  - AN USEFULL RESOURCE IN SOME SITUATIONS OF EXTREME SOCIAL ISOLATION
- \* CRISIS RESIDENTIAL SERVICES
  - A CRUCIAL COMPONENT FOR SUPPORTED HOUSING PROGRAMS TO AVOID HOSPITALIZATION AND/OR HOMELESSNESS

THE INDIVIDUALIZED SUPPORT PROGRAMS WILL BE FOCUSED ON THREE MAIN ACTIONS:

\* CHOOSING HOUSING

- EVALUATION OF THE PRESENT SITUATION
- EVALUATION OF NEEDS AND PREFERENCES
- EVALUATION OF RESOURCES AND SUPPORTS THAT ARE OBTAINED WHEN THE CANDIDATE NEEDS
- EVALUATION BY THE CANDIDATE OF HIS OR HER NEED OF SERVICES

\* OBTAINING HOUSING

- DETERMINATION OF THE MOST ADEQUATE CONTEXT
- ASSESSMENT OF SPECIFIC NEEDS
- MOBILIZATION OF THE RESOURCES AND SUPPORTS REQUIRED
- CONTRACT CELEBRATION

\* KEEPING HOUSING

" SKILLS LEARNING ON CERTAIN ENVIROMENT ARE NOT THE MAJOR DIFICULTY. KEEPING THEM CONSISTENTLY OVER TIME SEEMS TO BE THE GREATEST PROBLEM."

Donaldson/Ibister  
1987

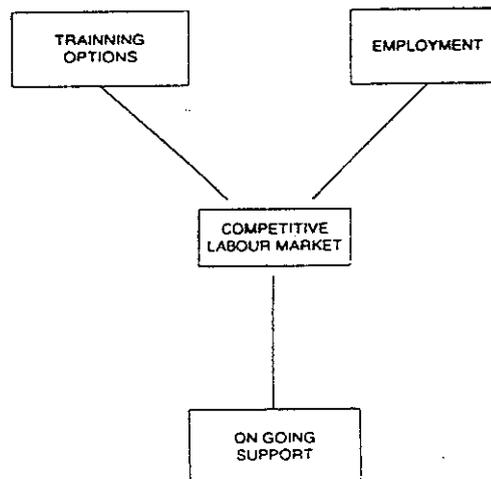
- RIGOROUS ASSESSMENT OF REQUIREMENTS ON A SPECIFIC HOSING OPTION
- DEVELOPMENT OF STRATEGIES FOR CONTINUING SUPPORT

\* SUPPORTED EMPLOYMENT PROGRAMS

FOLLOWING SIMILAR PRINCIPLES TRAINING AND EMPLOYMENT PROGRAMS WILL PROVIDE OPPORTUNITIES FOR INTEGRATION ON THE OPEN LABOUR MARKET, ACCORDING TO THE PARTICIPANTS BACKGROUND AND PREFERENCES FOR CAREER DEVELOPMENT.

CONTINUING SUPPORT WILL ALSO BE PROVIDED ON THE CHOOSING, OBTAINING AND KEEPING AN PRODUCTIVE ACTIVITY.

**SUPPORTED EMPLOYMENT PROGRAMS**



\* STAFF SUPPORT AND TRAINING

SUPERVISION AND CONTINUING TRAINING WILL BE PROVIDED FOR THE STAFF ON THE FOLLOWING AREAS:

- APPROACH TECHNOLOGIES WITH THE HOMELESS MENTALLY ILL
- CRISIS INTERVENTION
- STRATEGIES ON HOUSING / EMPLOYMENT DEVELOPMENT
- KEEPING HIGH QUALITY OF SERVICE PERFORMANCES

6 - PROGRAM EVALUATION AND RESEARCH

\* SATISFACTION OF THE PROGRAM PARTICIPANTS

\* QUALITY OF LIFE

\* MAINTENANCE OF HOUSING

\* MAINTENANCE OF EMPLOYMENT

\* SOCIAL AND COPING SKILLS

- BUDGETING

- MEDICATION MONITORING, ETC.

WIYH THIS PROGRAM THE AEIPS IS EXPECTING TO PROVIDE ADEQUATE SERVICES AND OPPORTUNITIES OF COMMUNITY INTEGRATION TO THE HOMELESS MENTALLY ILL ON THE URBAN AREA OF LISBON, WHO ARE HOSPITALIZED OR ON THE STREETS THROUGH THE ACCESS TO STABLE, DECENT AND SAFE HOUSING AND EMPLOYMENT OPTIONS.

**Maria Ioao VARGA MONIZ**  
*Director of the Housing Department*  
AEIPS  
LISBON

## THE HOMELESS IN THE CITY OF LISBON

In the year 1988 we began to work with homeless people in the city of lisbon, both on the streets and in a shelter. So, we found that homeless were basically concentrated in the city's center, where we also can find a soup kitchen and a shelter.

During several months we slowly approached and interviewed about seventy homeless, forty one of them sleeping in a shelter. They were an heterogeneous group, most of them suffering from mental diseases (1).

### 1. PEOPLE ON THE STREETS

---

- Psychotics
  - In-patients escaped from psychiatric hospitals
  - Mental retarded
  - Alcoholics
  - Young people and drug dependents
- 

These were some of the characteristics of the homeless population in the shelter (2):

## 2. PEOPLE IN A SHELTER (n=41)

---

- Male: 83%
  - Middle aged (mean= 40)
  - Literate: 88%
  - Criminal: 41% (Homicides: 7%)
  - Lack of contacts with family and friends: 98%
  - PSYCHIATRIC TREATMENT: 78%
  - PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION: 34%
- 

Among them we found two main groups (3):

- 17% were episodically homeless (most coming from abroad)
- 83% were mentally ill

These ones received no treatment of any kind and no one recognised them as being mentally ill. Nevertheless, 78% of them had already been under treatment in the past and 34% even in psychiatric hospitals.

## 3. SHELTER - PSYCHIATRIC MORBIDITY

---

PSYCHIATRIC DISEASES: 83%

- psychoses: 34% (schizophrenia: 24%)
- alcoholism: 24%
- personality disorders: 20%
- drug abuse: 10%
- depressive disorders: 12%

NO PSYCHIATRIC DISEASES: 17%

---

Homeless come from many places: psychiatric services, drug dependence units, prisons, broken homes and labour losses, etc.

Once on the streets it is very difficult to change this direction, specially if they have lost their homes.

Social services are able to provide them food, clothes, sheltering, etc. But this is not enough. Most of them also need psychiatric care, either medication or rehabilitation.

We must think of small multidisciplinary teams working on the streets in order to identify and characterize this population, trying to give them the best or the possible solutions.

**Antonio BENTO**

*ARIA Associação Reabilitação da Ajuda*

LISBON

# **PEOPLE ON THE STREETS**

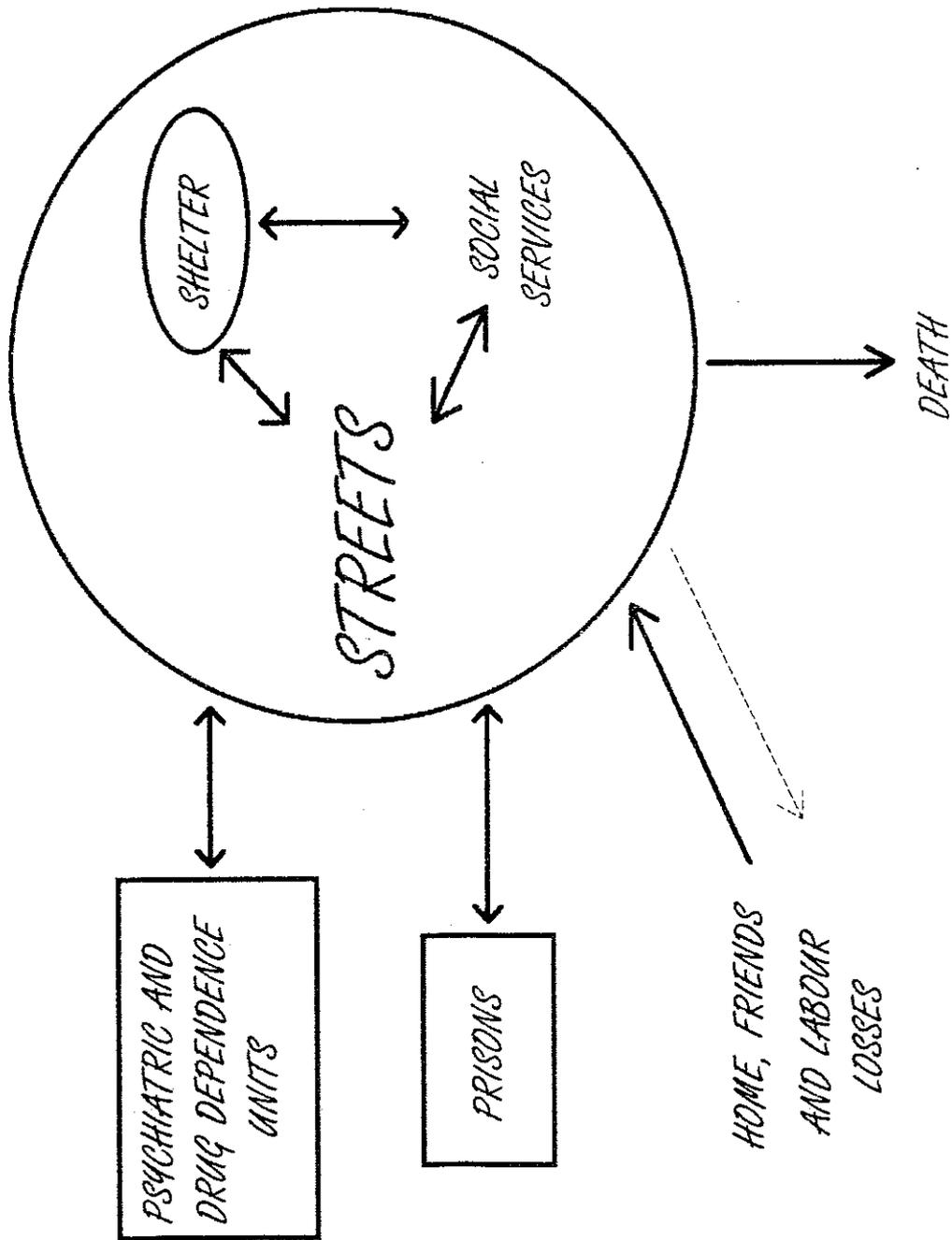
- **PSYCHOTICS**
- **IN-PATIENTS ESCAPED FROM PSYCHIATRIC  
HOSPITALS**
- **MENTAL RETARDED**
- **ALCOHOLICS**
- **YOUNG PEOPLE AND DRUG DEPENDENTS**

## PEOPLE IN A SHELTER (n = 41)

- MALE : 83 %
- MIDDLE AGED (mean = 40)
- LITERATE : 88 %
- CRIMINAL : 41 % (HOMICIDES : 7 %)
- LACK OF CONTACTS WITH FAMILY AND FRIENDS : 98 %
- PSYCHIATRIC TREATMENT : 78 %  
PSYCHIATRIC HOSPITALIZATION : 34 %

# SHELTER - PSYCHIATRIC MORBIDITY

- PSYCHIATRIC DISEASES : 83 %
  - PSYCHOSES : 34% (SCHIZOPHRENIA : 24%)
  - ALCOHOLISM : 24 %
  - PERSONALITY DISORDERS : 20 %
  - DRUG ABUSE : 10 %
  - DEPRESSIVE DISORDERS : 12 %
  
- NO PSYCHIATRIC DIAGNOSIS: 17 %



# AN ALTERNATIVE TO THE STREETS

*for homeless people with mental health problems*

## A Homelessness Agency

Thames Reach is a voluntary sector agency working with people who sleep out in central London.

Within the agency five projects make their particular contribution to provide an integrated service for this widely differentiated client group.

All contacts with people sleeping out are made initially by the Thames Reach Outreach team. Workers spend four evenings/nights each week at the main sites in areas where people gather to sleep out.

The workers make themselves available to the people there, offering whatever help is needed: sort out benefits, help people get identification, refer them for medical or psychiatric help, link up with alcohol and drug services, contact family and friends, get legal advice, liaise with social workers and probation officers.

But since most sleep out for lack of acceptable alternatives, the main work is finding people accommodation.

The street contact is followed through in office appointments. Some people just want a quick emergency hostel booking, but most are prepared to spend time discussing needs and preferences before coming to a decision on the course they want to pursue.

There can be a waiting period of weeks or months while applications are processed, during which preparation for resettlement is carried forward.

Where it is difficult to secure suitable accommodation for someone who is particularly vulnerable or has been sleeping out a long time and has problems in addition to homelessness, a place is offered in a Thames Reach hostel.

The agency manages two small, good-standard hostels for 22 residents in one and 13 residents in the other. Hostel residents stay until the kind of long-term permanent accommodation which they want is secured.

Many people sleeping out want to move directly into their own independent flats and a majority of our hostel residents also make this choice. Our Housing Resettlement team has responsibility for securing offers of housing from Local Authorities and Housing Associations and the task of assisting people to move in and providing resettlement support for at least six months, and afterwards if a crisis arises. Housing Resettlement workers also find the kind of supported long-term accommodation that our hostel residents want to move on to.

### A need identified

From the experience of workers in all these projects: outreach, two hostels and housing/resettlement, it became more and more evident that there were a significant number of homeless people with mental health problems whom it was difficult to place successfully in accommodation.

Even when a satisfactory relationship was established with outreach workers on the street, which itself could take months of regular contact, any encouragement to move off the street into a hostel may be resisted; some who did move indoors were unable to cope with the different lifestyle or the project was unable to cope with them and a few of those who settled in successfully could not be moved on.

This does not by any means apply to all the people with mental health problems who are sleeping out. Over 40% of Thames Reach hostel residents have mental health problems; for the most part they settle in well and difficulties in finding accommodation to move on to have been the result of a general lack of long-term supported accommodation.

Nevertheless, the group who do pose serious problems in terms of finding access to suitable accommodation are the most vulnerable, distressed and marginalised of the homeless population, itself a marginalised group.

Thames Reach had, therefore, drawn up a proposal to establish an accommodation project for homeless people with mental health problems before the government instituted in 1989 the Homeless Mentally Ill Initiative which made funding available through the Department of Health for schemes of this kind.

### The Homeless Mentally Ill Initiative

The first discussions regarding the services to be created under the Homeless Mentally Ill Initiative were held by the Under Secretary of State for Health and Department of Health officials with three voluntary sector agencies which worked with people sleeping out and a Homelessness Psychiatric Team, an experimental project based at Guys Hospital which offered clinical treatment to people with mental health problems, living in large hostels in South East London.

Later local and regional health authorities and local authority social services departments were asked for their co-operation.

The results demonstrate the advantages and disadvantages of the consultation methods. Because the agencies who would potentially implement the plans were involved at the beginning, the services have remained targeted, as intended, on people sleeping out, priority has been given to the establishment of accommodation with a high level of support; the input of mental health expertise has increased. Above all, a flexible approach developed which has allowed the schemes to progress in accordance with the differing background and experience of the agencies and teams involved. This is an initiative refreshingly unencumbered by bureaucratic procedural constraints.

On the other hand the later involvement of statutory bodies, particularly of Social Services Departments, creates problems for the future; they are expected eventually to take over the funding of expensive projects, which they support but had little influence in creating. Further difficulties are arising because Social Services are also expected to fund as part of their community care programmes the provision of support which tenants moving on from the schemes to permanent accommodation require. Until this permanent supported housing is available there will be few vacancies for others from the streets to fill.

### Aberdour and Galleywall flats

As part of the initiative, and under the auspices of the regional health authority, Thames Reach, in partnership with a Housing Association, established and manage a scheme for homeless people with mental health problems. The project, based on two sites, is known as the Aberdour and Galleywall flats. Each property accommodates ten people in self-contained units. Each unit has its own front door and consists of a bed-sitting room, kitchen and bathroom. In addition, there is an office, interview room, laundry, communal lounge and communal kitchen.

A Team Leader and eight project staff manage both properties and support the tenants. Staff are available at both sites from early morning to mid-evening, and operate an emergency 'on-call' system during the night.

Places are offered by the Thames Reach Outreach Team to people who have a mental health problem, who have slept out for a long time and are unable or unwilling to stay in hostel accommodation.

The Aberdour/Galleywall project has developed a tolerant and flexible approach to tenants. Staff provide day-to-day support which includes help with benefits, budgeting, life-skills, self care and support in a crisis. Emphasis is placed upon making 'quality time' available, on offering support and assistance appropriately, without being intrusive or directive. This is working well for this clients group, whose needs and wishes are quite diverse.

As well as giving support, staff cook communal meals for those who want to eat together, and they help with cleaning. Staff's role is generic, which has advantages, particularly when it is possible to involve tenants.

Each member of staff is a key-worker for two or three tenants. A tenant is under no obligation to participate in regular formal sessions, and many keywork relationships are built through frequent, informal contact. A major part of the keyworker's task is to co-ordinate input from the team as a whole, helping to achieve some consistency, and to facilitate access to other services where appropriate. The key-worker plays a central part in liaising with specialist staff from the Mental Health Team.

Mental Health Team staff are directly involved with six tenants on a regular basis and have worked with three others who themselves decided to end contact. Mental Health Team staff provide consultancy to individual keyworkers and on occasion to the team as a whole; they are also holding a series of training sessions on mental health issues. Access to 'mainstream' NHS psychiatric and general medical services is greatly facilitated by the Mental Health Team.

This model works well, giving to the tenants a comprehensive service, but with no obligation to use psychiatric services if they do not wish to do so.

In the nine months since the scheme opened, no-one has been asked to leave. One person who disliked the location left after a week; another left after two weeks to pursue an application for a flat in another borough; another left after 10 weeks, for reasons unknown and returned to the streets; and a fourth, wanting to live more closely with others, left after five months in a planned return to a Thames Reach hostel.

It is important to stress that the freedom of choice and the tolerance of disturbing behaviour which is necessary to allow most people in this client group to settle, is greatly facilitated by the self-contained nature of the accommodation. At the same time, the communal setting offers security and a bulwark against isolation which is often feared.

These brief descriptions of the problems and responses of three residents may help to give an insight into the work taking place in the Aberdour/Galleywall project.

Tenant: X

Age: 30

Male

1. History

- Diagnosed as suffering from "paranoid psychosis" with auditory hallucinations and paranoid delusions.
- Occasional heavy drinker, and drug-abuser (now mainly pain-killers, but previously heroin and amphetamines).
- Chronic physical health problems and disability.
- Almost completely unmotivated re. self-care.
- Long history of short stays in various hostels and housing projects; usually evicted (or left just before eviction), either as result of his "anti-social" behaviour (e.g. shouting, threats, self-neglect, loud music, etc, etc), or problems re. his sexuality, leading to harassment of female residents and/or staff.
- Tests the limits re. acceptable/unacceptable behaviour, usually until he is rejected and evicted, then denies any personal responsibility.

## 2. A&G Approach

- X is unwilling to participate in regular keywork sessions, but keyworker has managed to establish good relationship (initially by sorting out practical/minor problems, benefits claims, with X) X will now seek out keyworker to talk, raise issues that concern him, ask for assistance, but is also able to use the duty worker for this if keyworker is unavailable.
- We have helped with 'self'-care and domestic tasks (laundry, cleaning the flat) which X finds very difficult - partly because of his disability. Initially we helped by doing things for him, but more recently we've been consistently encouraging him to do things with us, or for himself: some success with this, but he sometimes gets into a complete mess before making any moves to clean up.
- A & G were able to work jointly with MHT at first, but X stopped his contact with MHT worker 2-3 months ago. This joint-working arrangement had worked well while X's behaviour was at its most challenging. Option remains open for X to re-establish MHT contact if he wishes.
- A & G refused to collude with X's misuse of medication (early in his stay) which he initially left with us for safe-keeping. He currently uses only prescribed pain-killers, looks after his own tablets, and rarely misuses them.
- X went through a period of 2-3 months when he was persistently testing the limits. Team's response was to set limits clearly, explicitly, but also emphasise that our response (e.g. warnings) was to his behaviour, and not because he was bad/mad/unwanted in the project. Most incidents happened while X was drinking heavily (paranoid delusions increased), and involved arguments, threats of violence, disturbance to other tenants. Also consistently challenged harassment of female tenants and staff.

## 3. Currently

- X says he feels settled and "fairly safe".
- Seems to be doing ok without MHT contact, and without any significant medication.
- Beginning to respond to our approach re. self care and cleaning up the flat still a long way to go.
- Appreciates the privacy of his own flat, but also the proximity of other tenants. Uses communal facilities and meals frequently.
- Most "anti-social" behaviour is now "contained" quite effectively within the flat, and has less effect on other tenants.

- X also says he feels that he is respected by staff (and some other tenants!). His complaints about past placements centre upon "too many people telling me what to do".
- Generally responds ok to limit-setting - accepts his behaviour is sometimes out of order - and agreed on one occasion that a final warning was appropriate!
- Still gets very low at times, especially when physical health is poor, is making more use of keyworker at these times. Drinking binges have become a bit less frequent.
- When low or frustrated, still says he's going to leave, but has never seen this through. Has now started to acknowledge that if he needs a break he can go away for a while without losing the flat (he recently went to Ireland for the weekend to visit family).
- Needs hospital treatment/admission re: physical illness, but very resistant to this.
- Seems much more confident, and talks more coherently.
- Has been at A & G for 8 months.

Tenant: Y

Age: 50

Male

1. History

- Sleeping out/short hostel stays since 1978, (prior to that: hostels, bed & breakfast, army).
- Previously a very heavy drinker (but now a bit more controlled - still drinks a lot!).
- Diagnosed "schizophrenic", suffers auditory hallucinations.
- Chronic physical health problems, including damage to leg. Has had severe leg ulcers - almost had to have left leg amputated a few years ago.
- Can be extremely disturbing to others; shouts, rants, punches the air, shoots with imaginary gun, threatens violence. Actual violence rare, but not unheard of.
- Never washed himself or his clothes.
- Couldn't/didn't budget.

2. A & G Approach

- Initially he completely rejected idea of keywork.
- Self-contained nature of A & G was a great advantage: Y could drink in the flat, remain fairly hostile to staff and other tenants, but with less effect upon others than would be the case in a hostel or shared place.
- Wouldn't let anyone into flat (which was a complete mess)!
- Didn't pay rent, or repay loans.

3. Turning point came

when Y went to Edinburgh for a few weeks in summer "to get a new medical certificate. He made contact with a Community Psychiatric Nurse (CPN) there, at a day centre he had used in the past. CPN contacted A&G; we kept the flat available for Y to return to, and lent him his coach fare. CPN in Edinburgh visited A&G (by chance!) whilst Y was in Edinburgh, and also made contact with MHT. Y agreed to be referred to MHT upon his return, and began to use medication. Was initially in a bad way - hallucinations, shakes etc, and quite frightened.

Has maintained MHT contact since then, and his health has improved dramatically. Also much more co-operative; no longer hostile, and very rarely abusive or threatening. Starting to get physical health problems sorted out (registered with a London GP for the first time, visits nurse to get leg dressed, arranging hospital admission to get leg fixed): A & G providing support with all this. Also handling money much better, buying own food, paying rent. Much A&G effort has gone into gaining Y's trust, sorting out his benefits, and encouraging self-care: Y now actively seeks support when he needs it. Still drinks heavily, and displays some fairly bizarre behaviour; makes occasional forays back into street life and the circuit, sleeps out once in a while, uses handouts, but also says "I'm no longer a dosser - I've got a flat". Has now been at A&G for about 7 months.

Tenant Z

Aged: 68

Female

1. History

- Very little is known: she relates a new version every time!
- Arrived in London December 1991; previously homeless in Brighton.
- Referred to A&G via Outreach, by MHT: they met her in Tooley Street, where she had reputation for being hostile, abusive, racist, and generally 'difficult'.
- She used a variety of identities. Partly as a result of this, she had been unable to make DSS claim successfully.

- Expressed many "delusions of grandeur": related to royalty all over the world!
- Paranoid delusions, mainly about police, CID, Secret Services, CIA etc.

## 2. Initially

- She appreciated the space, privacy, and high standard of accommodation.
- She talked at everybody incessantly - conversation was impossible, and the monologue endless.
- A&G provided meal credit and loans for several weeks while trying to help Z to get DSS claim established. Eventually arranged for a visiting officer to see her, after Z sabotaged our efforts by changing identity again!.
- Z ended her contact with MHT as soon as possible, but A&G Team still used MHT for advice re: how to work with her.
- Had difficulties with other tenants: competed with them for staff attention, stayed very aloof, and alienated herself.
- Z trusted no-one.

## 3. A&G Approach

- Careful not to collude with Z's delusions, but we were/still are very gentle in challenging them.
- All staff, but especially her keyworker, made time for her (mostly to listen!). She didn't want regular keywork sessions, and initially said she didn't need a keyworker at all. Keyworker's approach was to pay regular "social" visits to Z, help her to get the flat sorted out the way she wanted it, go shopping with her, sort out benefits (major task!), attempt to gain trust and help Z to feel more settled: this has been quite successful.
- We have avoided concentrating too much on her past: emphasis is on encouraging her to take control of things in the present.

4. Currently

- Getting on better with other tenants: socializes a bit, but doesn't use communal space very much.
- Demands for less staff time. Can hold a conversation, and end it appropriately some times.
- Delusions are less apparent, but still around.
- Sticks with a single name and identity.
- Doesn't use any psychiatric services, or medication.
- Lives more independently than many of our tenants: may start to consider moving on to permanent self-contained housing, with lower support, in the not too distant future.

**Beryl STEEL**  
*Thames Reach*  
LONDON

Andrew Leitch  
Community Leader  
The Simon Community

## Introduction

This paper is about myself and my experience in the Simon Community. This is because Simon is very much about individuals. My aim is to present an alternative which actually exists. I shall present the Community and argue for a wider provision of services for homeless people.

### Myself

As one of two Community Leaders of the Simon Community I am responsible for the day to day running of a Community of about 55 resident members. The Simon Community consists of volunteer workers and homeless people living together in three houses and a night shelter.

There are 25 or so volunteer workers who live and work in the Community. I myself joined the Community at the end of September 1991. My role as a Community Leader is to take an overview of the Community and to guide it through facilitating meetings, one-to-one sessions and by providing clear leadership when necessary. In undertaking the task, I use my experience in Simon and training from outside sources. My colleague and myself also work with our management committee in planning the longer-term development and maintenance of the Community.

Such a broad scope within which to work provides an equally broad view of many topics. There is a Simon ethos, or philosophy, which applied to current issues is used in Campaigning on behalf of and with homeless people and in liaison with other agencies.

### An Apology

Not an apology as such, but an explanation. I am not a psychiatrist. I am not medically trained. I am however a member of Simon. Our Community cannot produce statistics or scientific research. What we do possess however, is the experience of living alongside one another without the barriers of salary or professionalism. We carry a viewpoint rather than a treatise: it is a way of looking at homelessness gleaned from Simon's philosophy and through some of us having slept rough ourselves.

Our approach is different, our philosophy is different. I may not understand your language, and you may not understand mine. However, homeless people are foremost people, with the infinite variety that presents and with no need for a "professional" friend. Many approaches are necessary in living with those least fortunate in society. I hope you can appreciate the difference of Simon.

## The Simon Community

### History

The Simon Community was founded in 1963 by Anton Wallich-Clifford, a probation officer who had become disillusioned by the lack of provision for the many homeless men who repeatedly passed through his case-load. Anton wanted to create a place where homeless people would be accepted on their terms and at their level. Simon is a way of life and not an organisation. The emphasis was on voluntary action and the involvement of as many people as possible in a "grass-roots" movement of concern.

In the fertile atmosphere of the 1960s, Simon grew fast. Soon there were Simon Communities all over the UK. By the 1970s, Simon in London remained very much as it started, as a small volunteer Community. By this time the Cyrenians had formed out of many of the other communities and were employing paid staff. Anton founded CHAR (the Campaign for the Homeless and Rootless) and NAVH (the National Association of Voluntary Hostels), both still active. Many other organisations sprung out of the Simon Community, as experiments which worked and were left to their own devices.

Anton died in 1976 but remained firmly in Simon's history. Simon has since acquired a night shelter and managed to find more permanent properties but is unchanged in spirit. Our nightshelter is situated at King's Cross which is a hub buzzing with activity day and night - many of those on the edge of society in London can be found at the Cross. Our night shelter welcomes many people from the streets for short breaks: these people are brought back from our outreach work. A lot of these people are mentally or physically ill. We meet many more who do not wish to return with us, but who accept our being with them where they are.

The fast turnover of workers and residents in Simon (it is a chaotic and intense place) has led to a patchy and "lurching" history. This does not matter so much however, as Simon is always there and always welcoming to many people who return again

and again to its hospitality. The chaos matters much less in the light of this spirit.

## Philosophy

Simon is a community. We do not run hostels, but houses. We do not have staff but volunteers. Simon does not aim for rehabilitation: it is a place of acceptance of homeless people on their terms. Simon will not undertake single-sex or exclusive work except under special circumstances. We are a Community for those who wish not to have simply a bed in a hostel, but wish to take part in our work of caring and campaigning for and with homeless people. We are a working Community and part of that work is to accept and perceive the gifts of those for whom no other provision exists.

Simon intends to come in where others leave off. We are based on principles of hospitality, voluntary poverty and being a bridge between the "normal" World and that of "skid row" or the rough sleeper. Our name comes from that of Simon of Cyrene who was compelled to carry the cross for Christ. Although we are not a Christian Community, that symbol means a lot to us. We constantly strive to accept the vulnerability of living with people rather than things.

## Structure

The tools which we use to live together are the tier structure and meetings.

The tier structure is a means to accept people at their level and on their terms. In a sense the bottom tier is the streets: we do a lot of outreach work, meeting people where they sleep. We may offer a cigarette or a cup of tea, but most importantly we offer hospitality and a listening ear.

The next step into Community is our night shelter. Here people can take a short break from the streets. There are no obligations except for the three rules which apply throughout the Community. These are no alcohol, no drugs and no violence in any house.

The first tier house, St Theresa's, is someone's first experience of living in Simon. Here a new resident will come to learn about the Community, attend meetings and take part in our work. It is a chance to think a little more about where he or she is and what they would like to do next. Many people do not get any more

settled in Simon than the shelter or the first tier: some come and go many times over the years. This is OK: Simon is always there for people. The first tier house is constantly changing: residents come and go quickly. Some stay three months, some three days. Many leave voluntarily, just disappearing, and some are asked to leave. This is Simon's acceptance.

For those who wish to commit themselves to living in Community, there are two second tier houses. One is in London, and plays the role of "mother house" for the Community. People here are involved in work at our office, in our night shelter and also in tasks of hospitality in the house. The other house is a small farm in Kent: the work here is on the land and in welcoming people from London who need a rest and some quiet. Second tier houses are less chaotic and less hard-working than first tier: there is more being and living rather than action and working.

There are many meetings in Simon, from daily breakfast meetings in the houses to twice monthly management meetings. The meetings are sometimes chaotic, sometimes efficient: most importantly they are times together, times of relationship.

### "We are all misfits"

The homeless people in Simon are there because somewhere along the line they have failed to fit into what society calls normal. Those of us who are volunteers are in many ways misfits too. Simon is an engulfing place and soon you find it difficult to explain the atmosphere of it to outsiders. We are a little on the edge. Maybe I am a misfit even at this meeting.

As a body we are also a misfit. We are not quite a Community. Also we are not quite a therapeutic community. We are not quite a homelessness agency. We have a policy of not receiving government funding. Increasingly this too is singling us out as different.

### People who sleep rough as a way of life

Many of the people Simon knows on the streets are people who sleep rough as a way of life. They have often been there for many years. These people have developed a whole set of coping strategies in order to sustain this life and loss of the context which a home represents. They often drink. They may be aggressive. If you sleep rough, you eat rough, you talk rough, you even care rough. Many are crystal clear in what they think and say. This can be uncomfortable to live with, but it is honest,

even in deviousness. You can talk and argue with clarity, you can confront it and above all you are welcome to relate to it.

Even these people are on the edge however. Their way of thinking is not that of "ordinary" people. Their concerns are very different. Their view of the World is much more accepting of fate: it is not the scientific mastery of Western man! Recognising these differences without judgement is what acceptance is about. We, who have never been homeless, can never know what life really is on the streets.

There are other people who are more obviously in mental distress. They are schizophrenics, manic depressives, "wild" people. They are people who scream madly because they have lost their room in the shelter or who cannot use furniture. They are people whose behaviour is beyond comprehension. They are shut in on themselves, living in some World of their own. Mental illness is one of their coping strates. The stress of sleeping rough causes a lot of mental illness. In Simon we tend not to label people as "mentally ill". That is a job for the medical profession. Using that language here however, we know and live with people with a wide variety of "disorders". The common denominator in many of their lives is their exclusion and undervaluing.

#### Provision and Research for "Mentally Ill" Homeless People

Current provision is largely inadequate. The number of homeless people is increasing as our society becomes richer. Government is at a loss as to what to do and would seemingly rather sweep the problem out of sight than address it.

#### Necessary provision

It is a sad comment on our society that we need to maintain large and expensive social service departments just in order to patch up the social fabric. This very system is dehumanising and destructive. The power tools of social work and psychology may often create unreal relationships, excluding the patient even more.

The first need of mentally ill homeless people is not treatment, but to be treated as human beings. Many have opted out of care, or have crisis intervention as their only contact with any provision for them. It is necessary to have the opportunity for relationship, not role playing. That is what volunteering is about in Simon.

Homeless people are first and foremost individual people, however mentally ill. Those with mental illness are often most near the edge of society. They need to be reached out to patiently and with continuity. The process could take years, and people must always be allowed to "fail". Patience is needed on the part of providers. We must accept people on their terms and not try to fit them into our ideas of what is best for them. That is sometimes too great a demand to place. People need an environment in which they can live, without needing to be "patients" or "children". Often these roles are forced into play by the very way centres are run. Our own attitudes are bad enough in contributing to this.

There is a lot of stigma attached to mental illness, even in the general medical profession. Training for health care staff in relating to and understanding the situation of homeless people is vital. Discharge procedures are often ignored, for admittedly pressing reasons, leading to homeless people being evicted from hospital to the streets. Care in the Community in Britain effectively means care in the home: there is no adequate health care provision for people where they live on the streets. Mental health after-care programmes designed for rough sleepers do not exist.

Provision is required that is accessible to people. Institutions exist for those for whom this is adequate provision. There is little non-institutional provision. By this I mean provision that allows people to be themselves: that allows them to behave as they are, to leave for a few days if they wish, to fend for themselves. Many hostels have restrictions on where guests can go, what time they have to be in bed etc. Another institution is the flat. A flat is not the answer to many people's homelessness: they cannot cope with the budgeting or the loneliness.

### Research

I find this the most difficult area to comment on, being inexperienced in it myself. I would think however that research is required on some different fronts to the usual medical or sociological ones.

Given an unspecific research grant I would attempt to investigate the long-term effects of current government policy and practice in the health and social services fields on the homeless population and on public perceptions of homeless people and mental illness. Discovering the true, maybe unconscious, thinking behind our state's treatment of homelessness as well may be an impossible task however.

Other research should be experimental: based on non-professional and accepting principles, I would institute a variety of projects in an attempt to reach out to and welcome mentally ill homeless people. There are some beginnings of this work in London, with more outreach work to such people on the streets. It is important to try things out however: we need commitment, and the belief in ourselves as human beings capable of relationship, most of all. Growth can only come from taking honest risks. Case studies, professional staff and strict methodology can, but needn't necessarily, follow later.

### Conclusion

Britain has seen a large increase in the number of millionaires in the country in the last few years. In the atmosphere in which this growth has occurred, it seems to me fairly obvious that the growth in the number of homeless people at the same time cannot be disconnected from this. Our society is becoming more insular and exclusive. As technology takes over, as administration becomes more sophisticated, more and more people are dropping out of their lives and their homes.

Britain is moving faster. The media is a great motor of concern; it is what appears before people's eyes that matters. It is no coincidence that a large charity, called Crisis at Christmas, "removes" many people from the streets of London, for very laudable reasons, for the few days when seeing them there would be most upsetting. With greater accuracy we can classify people, as elderly, as vulnerable, as disabled and also as mentally ill. With this increased knowledge comes increased fear: the village idiot has become the city monster.

Attitudes of exclusion and selfishness can only aggravate the situation of those who find it hardest to be part of "normal" society. In many cases, we must ask ourselves whether the problem is really in them, or in society. We need radical Communities, in which people willing to live alongside and share the lives of those whom society has failed, can reach out to the most lonely.

Andrew Leitch

## MENTAL HEALTH LEGISLATION IN GREAT BRITAIN

Dr P. Timms, Senior Lecturer in Community Psychiatry  
Guy's & St Thomas' United Medical & Dental School, London

### **History**

Early 13th century records from the Court of Chancery reveal that English legislation in the middle ages recognised different forms of mental disorder. Demonic possession was not commonly invoked as a cause, most cases being viewed as suffering from a physical distemper of some sort. However, they were not in the business of diagnosis as the court proceedings were mostly concerned with property of persons suffering from such disorders who had been deemed unfit to look after their own affairs.

The **Vagrancy Act** of 1713 and 1744 provided for the apprehension and detention of those who might be dangerous, on the order of two or more magistrates. The **Mad Houses Act** 1774 provided for minimum standards of care and control of patients in private mad houses. This followed a series of scandals regarding the appalling conditions and improper treatment that seem to have been characteristic of the private facilities of the time. The **County Asylums Act** of 1808 authorised the provision of special public "asylums" to house the dangerous, the poor, and some paying patients. This act was facilitative rather than proscriptive, but was followed by an explosion of asylum building. Most of the subsequent nineteenth century legislation, (over twenty acts of Parliament), was concerned with the care of mental disordered people in such institutions, public or private.

Throughout this period it was not possible to be admitted to a mental hospital voluntarily.

The **Mental Treatment Act 1930** replaced the terms "lunatics" and "asylums" by the terms "person of unsound mind" and "mental hospital". For the first time, this act provided for voluntary admission

to mental hospitals following pioneering action in parts of Scotland during the last decade of the nineteenth century. By 1957 about 75% of all admissions to mental hospitals were voluntary, and in some hospitals the rate was over 90%. Until 1959 it was illegal to admit anyone "of unsound mind" to any institution other than a designated mental hospital. However, in the meantime various other institutions, such as general hospitals and teaching hospitals, had had portions of their wards and out-patient departments designated in this way and so people with mental disorders could finally be looked after outside the precincts of the old asylums.

The next piece of legislation, on which the present legislation in force is based, was the **Mental Health Act 1959**. Contrary to the old act, this legislation assumed that the focus of treatment was to be outside hospitals, and that admission against a persons will was to be for a temporary period for reasons of health or safety. However the operation of the procedures was rather loosely controlled and the legislation did nothing to improve the standards of care and practice in many of the old asylums, resulting in a series of scandals and enquiries throughout 1960s and early 1970s. In response to this, a government body called the **Health Advisory Service** was established to visit and report of conditions in hospitals and to encourage a good practice on behalf of the Secretaries of State.

It was two years after the Mental Health Act had been passed that an explicit policy of mental hospital closure was declared by Enoch Powell, Minister of Health for the Conservative Government at the time. No further legislation was passed for over 20 years until Larry Gostin, the legal director of MIND forced the subject back on the political agenda -

## **The Mental Health Act 1983**

This generally reduced the length of detention allowed, and introduced more strenuous criteria for involuntary detention or treatment. It is the legislation currently in force in the UK.

**The Mental Health Act Commission** was established to administer and monitor the workings of the act. It functions as a body independent of the Department of Health which has responsibility for the welfare of all psychiatric patients detained involuntarily in hospitals.

### **Section Four "Assessment"**

This is known as the "emergency" section of the Mental Health Act as it is intended only to be used in a situations where delay is unacceptable either for reasons of health or safety. A social worker or relative must make the application and any doctor can supply a medical recommendation. It provides for detention of up to 72 hours in a place of safety, which is usually a hospital of some description. However, it is regarded as poor practice if somebody is detained on a Section 4 for a total of 72 hours. The intention is that a further medical opinion should be sought as soon as possible to decide whether this section should be rescinded or converted to a Section 2 (see below).

### **Section Two "Assessment"**

This requires an application by a social worker or nearest relative, a medical recommendation from a GP who knows the patient, and a second medical recommendation from a doctor recognised as having had special training in psychiatry by the Mental Health Act Commission. This section allows for 28 days detention for

assessment and certain treatments.

### **Section Three "Treatment Order"**

This has similar requirements for the professional recommendations required, but allows for up to six months detention in hospital for treatment.

### **Section 136**

This section of the act allows for a policeman to detain any individual he or she finds in a "place to which the public have access" whom they feel to be in need of care or protection, or a danger to others, by virtue of his or her mental state. This allows, like the section four, for 72 hours detention at a place of safety. Again, it would be regarded as poor practice for a Section 136 to run its full 72 hours, the objective being for the patient to be seen as soon as possible for a proper assessment by a doctor and an approved social worker.

### **Mental Health Review Tribunal**

Patients can appeal against Sections Two and Three of the Mental Health Act and have the right to be represented at a Mental Health Review Tribunal. The tribunal consists of a lawyer from the Mental Health Act Commission, a second opinion doctor, a lay person and a clerk, all of whom are appointed by the Mental Health Act Commission. The patient should be represented by a solicitor, a written report must be submitted by the responsible psychiatrist and, in theory at least, the responsible psychiatrist should be available to participate in the tribunal.

## **Current Debate**

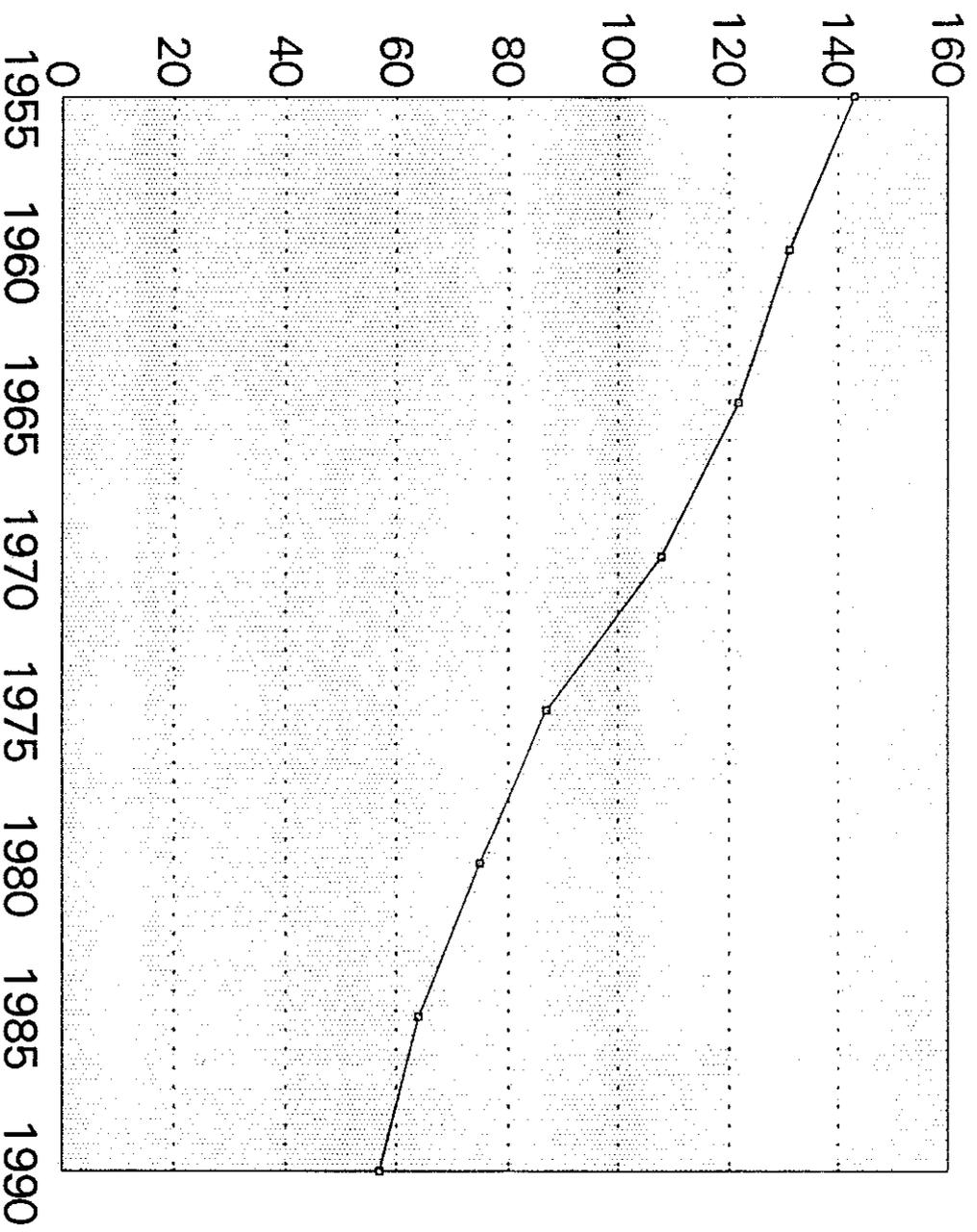
The current debate in Britain regarding Mental Health Act legislation is about whether psychiatrist's powers should be extended to allow them to give patients compulsory treatment outside the hospital, in the community. This has been sparked off by a recent incident in which a young man suffering from schizophrenia, who had declined treatment outside hospital, acted on his delusions, climbed into the lions' den at London Zoo and was severely mauled. As one might expect, the Government is quite in favour of such legislation as it ignores the fact that shortage of resources is often the main factor in patient's poor cooperation with treatment outside hospital. Patient organisations are, understandably, against it and the Royal College of Psychiatrists has ended up somewhere in the middle. The RCPsych is arguing for a supervision order to apply to patients whose frequent relapses seem to be due to non-compliance with treatment in the community. It would allow for rapid return to hospital without going through the full procedure for a treatment section.

## **Mental Health Act Legislation & Psychiatric Bed Use**

As can be seen from the enclosed graphs, Mental Health Act legislation in Great Britain has had no effect on bed usage whatsoever. Psychiatric bed usage started to decline in 1954, five years before the 1959 act, and proceeded at a fairly constant rate up to and beyond the 1983 act. From 1985 onwards the rate of decline has slowed probably because we are nearing a level at which would be difficult to provide even an adequate emergency service with fewer beds.

# Psychiatric beds for England and Wales

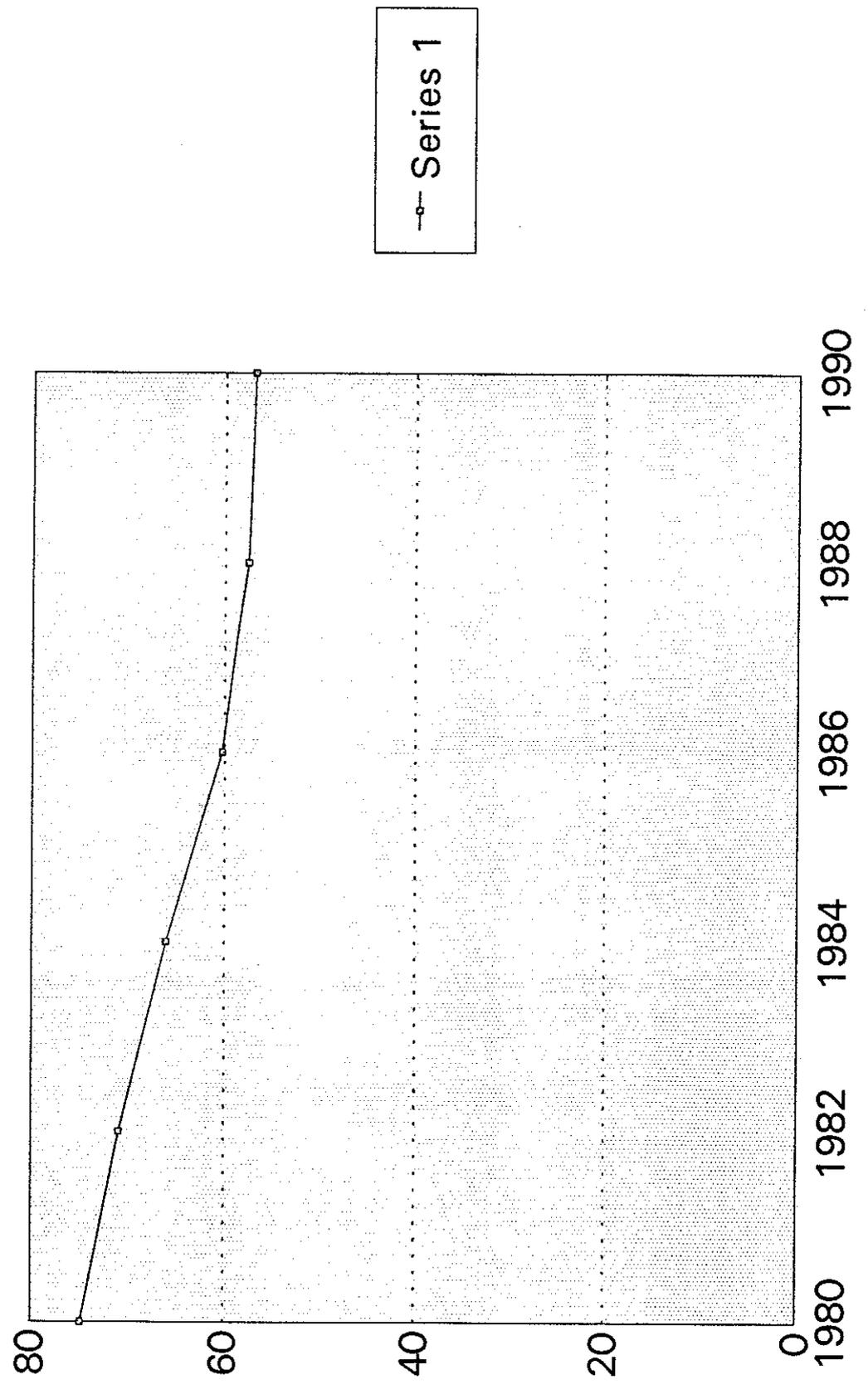
x 1000 bed spaces available nationally



Series 1

# Psychiatric beds for England and Wales

x 1000 bed spaces available nationally



## APERÇU DU SYSTEME DE LA PSYCHIATRIE EN FRANCE

### Cas particulier à Paris

La santé mentale est à l'heure actuelle une des préoccupations majeures en matière de santé publique.

- d'une part la psychiatrie publique est souvent amenée à prendre en charge une population démunie. Les troubles mentaux représentent un risque grave pour les qualités de vie des sujets, leur relation sociale, et ont une répercussion sur le cours de leur existence (les troubles mentaux restent la première cause d'entrée en invalidité) ;
- d'autre part les besoins de santé mentale restent croissants, surtout chez les adolescents et les personnes âgées : 19 % des patients consultant le médecin généraliste souffrent de troubles mentaux, 1.000.000 de personnes chaque année s'adressent à la psychiatrie.

### LA SECTORISATION

Née sous l'impulsion de quelques psychiatres d'exercice publique, le secteur de psychiatrie générale figure encore aujourd'hui comme un modèle thérapeutique original.

#### Historique

C'est une circulaire du Ministère de la Santé Publique du 15 mars 1960 qui fait état d'une doctrine de secteur.

"L'établissement psychiatrique doit desservir désormais une aire géographique bien délimitée et proportionnée à son importance appelée secteur".

C'est la circulaire du 16 janvier 1969 qui divisera chaque département en aires géographiques bien délimitées appelées secteurs, le secteur proprement dit comprenant une population de 67.000 habitants et trois lits d'hospitalisation pour 1.000 habitants. Cette circulaire prévoit également différents organismes extra-hospitaliers comme les dispensaires d'hygiène mentale, actuels centres médico-psychologiques, les hôpitaux de jour, les foyers de post-cure et les ateliers protégés.

C'est la circulaire de mars 1972 qui précise les buts et les moyens de la politique de secteurs en établissant les modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.

## **Le fonctionnement**

L'équipe psychiatrique est constituée par un médecin psychiatre chef de secteur qui a la responsabilité d'une équipe composée de médecins, d'assistantes sociales, de psychologues, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, etc...

L'équipement psychiatrique d'un secteur repose sur un ensemble de structures de soins hospitalières et extra-hospitalières, devant répondre à toutes les demandes d'assistance psychiatrique.

## **Les équipements psychiatriques actuels**

L'équipement psychiatrique français, quantitativement insuffisant, est d'une extrême hétérogénéité :

### Les institutions publiques de prévention et de cure

- Le centre médico-psychologique, élément de base de la sectorisation, assure les consultations ambulatoires de cure, de post-cure et les visites à domicile.
- Les centres hospitaliers psychiatriques. Il en existe 135 représentant 111.012 lits d'hospitalisation. Parmi eux, on compte 83 centres hospitaliers publics, 24 centres hospitaliers privés, 28 services de psychiatrie annexés à des hôpitaux généraux.
- Les services de psychiatrie des hôpitaux généraux accueillent essentiellement les urgences psychiatriques, états d'agitation, épisodes aigus de psychose, de toxicomanie, de dépression, et tentatives de suicide. A titre d'exemple de l'augmentation de la charge de soins d'urgence, notons que dans l'année 1983, nette augmentation des suicides (12.000) et des tentatives de suicide (entre 120.000 à 150.000), 3 Français sur 100 ont fait, font ou feront un passage à l'acte suicidaire.

Pour remédier aux carences du système de soins, ont été proposées différentes solutions :

- . l'implantation de services sectorisés dans les hôpitaux généraux ;
- . le développement d'unités psychiatriques travaillant en liaison étroite avec les équipes spécialisées et les hospitalisations d'urgence ;
- . l'organisation de services de garde psychiatriques en hôpital général.
- Les services d'urgence et d'orientation. (Ce chapitre sera développé par le Docteur Mercuel, psychiatre au centre psychiatrique d'orientation et d'accueil à Paris).

- Les autres structures de soins :

. *Les conceptions anciennes :*

Les hôpitaux de jour, au nombre de 300 : cette formule n'est proposée aux patients trop souvent que comme un pis-aller. Mais utilisée dans des indications précises, elle peut éviter des réhospitalisations ou des hospitalisations trop longues.

Les foyers de post-cure, au nombre de 72 en 1977, ont comme objectif de favoriser la réinsertion sociale.

. *Les nouvelles formules :*

Les appartements thérapeutiques sont des formules d'hébergement avec un encadrement soignant partiel et une participation personnelle active des patients.

Les centres d'accueil permanents ou à temps partiel, avec ou sans lit, sont prêts à recevoir tout état de détresse et toute demande de soins urgents.

**Les organismes privés de prévention et de cure**

Les cliniques psychiatriques privées ou maisons de santé sont approximativement au nombre de 150 et représentent environ 10.000 lits d'hospitalisation.

**Les organismes de reclassement professionnel**

Le reclassement socio-professionnel des malades mentaux est difficile en raison de l'importance de leur difficulté psychologique, des réactions de rejet de la part de la société et de l'insuffisance des moyens mis à la disposition des organismes sociaux.

Pour conclure, il nous faut insister sur plusieurs points :

- l'hôpital psychiatrique ne doit pas être le lieu d'exclusion, de refuge d'une population en difficultés sociales où les soins psychiatriques ne peuvent rien apporter et où l'hospitalisation se prescrit par défaut d'autres solutions ;
- c'est dire l'absolue nécessité de l'évolution du dispositif psychiatrique allant de pair avec une évolution des modes de solidarité, avec la construction de relais sociaux aptes à accueillir autant qu'à soutenir ses sujets ;
- ainsi chaque secteur devant disposer de structures conçues aux fins de soins et de réadaptation permettant une insertion dans le milieu social et un réentraînement à l'autonomie ;

- si la chronicité est le fait de la maladie, et se définit en durée de prise en charge, la chronicisation est le fait des institutions et se définit en termes d'abandon de tout projet et d'absence de perspectives pour le patient ;
- ce sont les structures alternatives (appartement thérapeutique, centre de post-cure, placement familial thérapeutique...) qui peuvent apporter une réponse la plus adaptée.

## LA LEGISLATION FRANÇAISE

La législation française comprend en matière d'assistance et de protection des malades d'abord :

### La loi du 3 janvier 1968

Il s'agit d'une loi de droit civil. Elle est relative aux mesures de protection dont doivent bénéficier les sujets majeurs que l'altération de leur faculté met dans l'impossibilité de s'occuper de leurs intérêts.

- Sauvegarde de justice : il s'agit d'une mesure d'urgence limitée dans le temps, permettant l'annulation ou la modification d'actes ou d'engagements qui auraient été pris de façon inconsidérée.
- Tutelle et curatelle : ces mesures de protection plus ou moins complètes entraînent pour le sujet une "décharge" de sa capacité juridique, le patient étant représenté d'une manière continue dans les différents actes de la vie civile par un représentant légal.

### La lutte contre les alcooliques dangereux et la toxicomanie

La loi du 15 avril 1954 sur les alcooliques dangereux et la loi du 31 décembre 1970 sur la toxicomanie ont un objectif de prévention d'incitations aux soins et de répression.

### La loi du 30 juin 1975

Elle est en faveur des personnes handicapées et a comme objectif d'apporter une assistance adaptée aux enfants, adolescents ou adultes handicapés ainsi qu'à leur famille et de favoriser le maintien de ses sujets dans leur milieu naturel de vie et leur autonomie socio-professionnelle.

## LA LOI DU 27 JUIN 1990

Cette loi reprend en la modifiant la loi du 30 juin 1838.

Effectivement la loi de 1838 n'était plus qu'une loi résiduelle, amputée de tous les articles portant sur la protection des biens (que l'on retrouve dans la loi du 3 janvier 1968). Elle fut complétée par la loi sécurité liberté du 2 février 1981 et par la loi sur la sectorisation du 13 décembre 1985.

Par ailleurs, le Conseil de l'Europe en 1983 et la Commission des droits de l'Homme de l'ONU de 1989 insistaient sur un renforcement des contrôles concernant les patients soumis à un traitement involontaire.

### **Les droits de la personne**

Le nouveau texte de loi précise un certain nombre de points qui jusqu'à présent est établi dans les faits. Ainsi, les patients hospitalisés contre leur volonté ne pourront séjourner que dans un établissement spécifique, on ne saurait les maintenir plus de 48 heures dans un service non réglementé.

Tous ces malades doivent pouvoir bénéficier de la possibilité d'émettre et de recevoir du courrier, de consulter un avocat ou un médecin de leur choix, et de pratiquer la religion et la philosophie qu'ils souhaitent.

### **Des modalités d'entrée**

L'hospitalisation à la demande d'un tiers nécessite comme avec la loi de 1838 une demande de placement, la nouveauté résidant dans la nécessité de deux certificats médicaux, le premier certificat émanant toujours d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (sauf en cas de péril imminent, article L333-2). Le second certificat peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil. Les certificats des 24 heures, de quinzaine et mensuel sont maintenus.

Pour l'hospitalisation d'office, c'est toujours le Préfet qui décide, ce type d'hospitalisation concernant exclusivement les malades compromettant l'ordre public ou la sécurité des personnes.

## **La caducité**

C'est une des grandes nouveautés de la nouvelle loi qui réside dans la levée automatique des hospitalisations sous contraintes dans certains cas :

- si les certificats ne sont pas remis dans les temps prévus par la loi ;
- si le Préfet, dans le cadre de l'hospitalisation d'office, s'abstient de prendre la décision de maintien du malade au bout de 48 heures, en cas de placement provisoire, au bout d'un mois, de 4 mois, de 6 mois après hospitalisation d'office.

## **La Commission Départementale d'hospitalisation**

Il s'agit là encore d'une nouveauté de la loi. Cette Commission, composée de psychiatres, de magistrats et de membres d'une organisation représentant les familles de malades mentaux, est informée de toutes les hospitalisations non-volontaires, doit examiner toutes les hospitalisations selon les procédures non-volontaires, doit examiner toutes les hospitalisations selon les procédures d'urgence et recevoir les doléances des patients.

Elle peut même proposer une sortie contre avis médical, soit directement, soit en passant par le Président du tribunal de grande instance.

Enfin, elle est chargée d'ici 5 ans d'établir un rapport sur la viabilité de cette loi.

La loi du 30 juin 1838 nous permettait de pouvoir soigner sous la contrainte les patients quand du fait de l'aliénation de leur psychose ils avaient déjà perdu leur liberté.

Ces dernières années un travail de réflexion sans doute fortement influencé par les innovations libératrices de la psychiatrie italienne, a permis de voir émerger la loi du 27 juin 1990 dont l'article L326-3 renforce les droits fondamentaux du sujet atteint de troubles mentaux.

Laurent dont l'existence se réduit depuis une dizaine d'années à ceux que nos maîtres en psychiatrie nommaient délire en acte est l'exemple paradigmatique de ce que l'hôpital psychiatrique peut être parfois un lieu d'adresse ; en Français ce mot équivoque avec l'adresse de la maison familiale perdue.

Lui, qui boit jusqu'à un état de "mort psychique", et qui gît sous une porte cochère dans un décor de crépuscule du monde, finit souvent au petit matin aux urgences d'un hôpital, d'où il fugue s'il n'a pas été rendu à sa "liberté".

Ainsi au bout de quelques jours d'une traversée cauchemardesque, d'une errance hallucinatoire, il évoquera Ste Anne - signifiant magique - qui le conduira au CPOA.

Arrivé là, souvent présentant une altération de son état général, mettant en jeu sa vie, il refusera toute assistance, et seule une hospitalisation sous la "contrainte" selon les termes de l'article L333-2 (celui du péril imminent) nous permettra de l'aider du moins d'essayer.

Dans un des pavillons du service, nous serons amenés à restreindre ce qui croit être sa liberté et qui n'est en fait que sa volonté d'anéantissement, faire barrage à l'envahissement d'une pulsion de mort, apaiser l'injonction sarcastique "bois à ta disparition" qui l'amène à se tuer dans l'élation délétère de l'ivresse. Nous ne pouvons que limiter ses conduites folles qui lui feront franchir les murs pour rejoindre l'alcool.

Il reviendra toujours, parfois au bout de quelques minutes, préférant en définitive son lit de la clinique à la porte cochère, cette deuxième maison où il sait qu'il a sa place, celle que sa mère lui a toujours refusée, sans doute avant même qu'il vienne au monde. Là tout au moins nous avons pu éviter qu'il rejoigne par la mort la plus viviale celle du corps vivant, la ~~fin~~ du sujet à laquelle le discours de l'autre l'avait destiné.

François ELDIN de PECOULAS  
Centre Hospitalier St Anne  
PARIS

## **MISSION de la rue du Jura**

*Médecins du Monde*

Cette brève intervention a pour objet de préciser la place et le rôle de la psychiatrie à la MISSION de la rue du Jura .

Nous sommes un groupe de cinq psychiatres et psychologues qui assurons une présence quotidienne, à raison chacun d'une ou deux consultations hebdomadaires.

La demande peut être directement exprimée par le patient, mais le plus souvent c'est un de nos collègues ( généraliste ou exerçant une autre spécialité que la notre ) qui suscite cette demande ou nous même, qui en participant à l'accueil, la facilitons.

Nous n'avons pas fait d'évaluation statistique des pathologies mais ce que nous avons pu constater recoupe ce qui a été rapporté par le C.P.O.A. et le docteur SIMONNET c.a.d. qu'une grande partie des patients qui viennent à "la rue du Jura" sont des exclus du secteur psychiatrique:

- personnalités limites, alcooliques, toxicomanes qui se débattent dans des difficultés sociales inextricables et qui ne supportant plus leurs conditions de vie sont au bord du passage à l'acte.

- étrangers plus ou moins clandestins qui présentent des états dépressifs ou des manifestations psychosomatiques

- peu de psychotiques

- de plus en plus de patients d'un niveau socioprofessionnel autrefois élevé, et qui à la suite d'une rupture dans leur vie sociale et familiale plongent très rapidement dans l'errance.

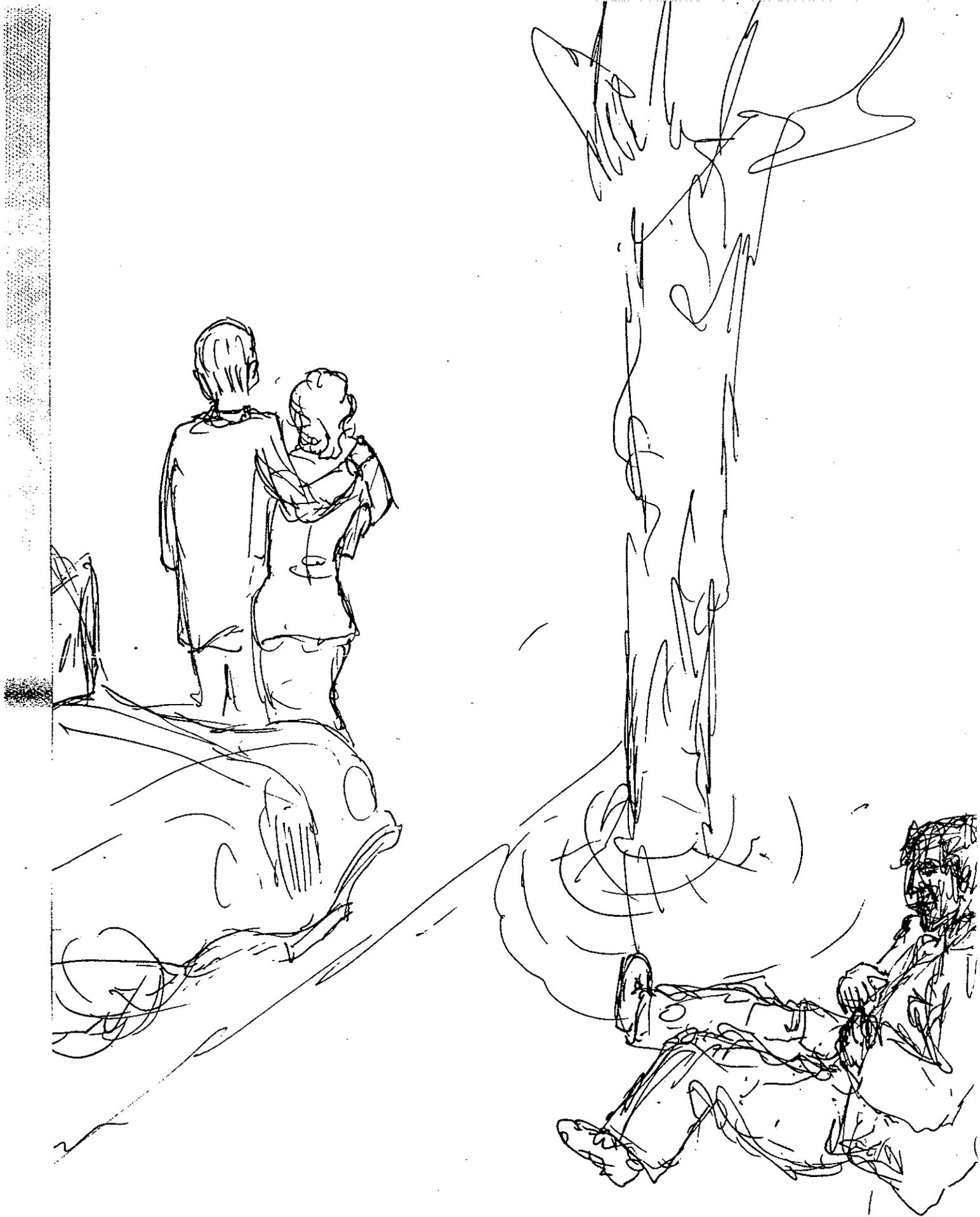
Face à des pathologies très lourdes, et aux problèmes de désinsertion qui les accompagnent, notre rôle ne peut être que modeste. C'est avant tout un travail d'orientation, et il est souvent possible de faire prendre en charge les patients par des organismes spécialisés gratuits - qu'il s'agisse du secteur public ou de structures pour alcooliques et toxicomanes - mais pour un certain nombre de patients c'est rue du Jura qu'ils vont trouver les soins et le soutien nécessaire, qui leur permettra de continuer la lutte. Dans ce cas le psychiatre n'est qu'un intervenant parmi d'autres.

Ces quelques données ne sont bien entendu qu'une introduction à une étude plus approfondie que nous nous proposons de poursuivre dans les mois à venir.

**Zoubida DJELALI**

*Mission France - Médecins du Monde*

PARIS



ils ne peuvent pas encore

# " LA MAISON DE NANTERRE "

UN SIÈCLE D'EXISTENCE

*L'histoire d'une mutation difficile,  
du dépôt de mendicité au centre  
de réinsertion sociale.*

## INTRODUCTION

Pour répondre à l'invitation de monsieur Luigi LEONORI autour du thème " Exclusion sociale et maladie mentale ", nous proposons de vous présenter un établissement public de la région parisienne spécialisé depuis plus de 100 ans dans la prise en charge des exclus.

Ce lieu a la particularité d'offrir à un très grand nombre de personnes sans domicile une complémentarité de services, qui s'étend de l'abri de nuit provisoire à l'hébergement longue durée en réservant une place importante aux soins, et incluant notamment une consultation de psychiatrie .

Après un détour nécessaire par l'histoire de cet établissement, son mode de fonctionnement actuel et la population qui y est accueillie, nous tenterons de vous faire part de notre réflexion concernant la souffrance de ces patients et la difficulté d'aménager un espace thérapeutique au sein d'une telle institution .

\* \*  
\*

## SPECIFICITE DE CE LIEU D'ACCUEIL DANS LA REGION PARISIENNE

Un lieu unique en son genre et qui présente son lot de qualités et d'inconvénients, selon le point de vue où l'on se place mais toujours dans l'excès, semble-t-il...

### *Rappel historique*

L'origine de l'établissement remonte à la fin du XIX<sup>e</sup> siècle; il était alors destiné à recevoir toutes les personnes tombant sous le coup du décret impérial de 1808 concernant "l'extirpation de la mendicité" et des articles 274 et suivants du code pénal concernant la répression du vagabondage et de la mendicité.

L'édifice a été construit dans la commune de Nanterre (15 km de Paris) sur un terrain de 17 hectares appartenant à la ville de Paris, constituant ainsi une sorte d'enclave géographique dans la ville de Nanterre.

Cet établissement, dont la construction fut achevée en 1887, venait remplacer la prison de St Denis qui devait être détruite. Dix à quinze ans après, le pénitencier s'ouvre à tous les malheureux, bénéficiaires de l'assistance obligatoire, une partie hôpital et hospice tend à se développer, se transformant peu à peu en établissement de bienfaisance. En 1967 cet établissement prendra le nom de "Maison de Nanterre", rattaché au budget de la ville de Paris, sous la tutelle de la préfecture de police de Paris.

Ce lieu reste associé dans l'opinion commune à un dépôt de mendicité encore appelé "Maison des Petits Vieux" ou "Mouroir de Nanterre", qui trahissent l'image persistante du vieux clochard, ou de la vieille prostituée qui vient y finir ses jours.

Ce gigantesque centre d'accueil, aux allures de ghetto des pauvres, accueillait jusqu'à 5000 personnes avant 1970.

En 1981, sous la pression médiatique entre autres, les pouvoirs publics ont décidé d'entreprendre l'humanisation des lieux, ce qui s'est traduit par une diminution progressive de la capacité d'accueil au profit de l'amélioration des conditions de vie. Cependant ce processus de transformation agissait trop lentement et devant la difficulté de la tâche on peut dire que la maison de Nanterre a fait couler beaucoup d'encre: journalistes, producteurs de T.V. et anti-psychiatres se sont penchés sur sa structure et son fonctionnement dénonçant les conditions d'accueil et les mauvais traitements infligés à ces pauvres hères..!

Un peu à la manière de PINEL qui libère les fous de leurs chaînes, la Maison de Nanterre a essayé de se détacher du modèle carcéral pour s'intéresser sous un jour nouveau aux problèmes de ses clients, leur avenir et leur réinsertion. L'embauche progressive de travailleurs sociaux (30 aujourd'hui) témoigne de ce souci d'orienter les gens vers des projets de sortie, même si ce travail d'accompagnement social est de longue haleine, et les résultats rarement aboutis. A titre d'exemple, on peut citer le foyer de réinsertion de 40 places, réservé aux personnes qui ont retrouvé un emploi: il est rarement plein ! .

Le 15 juin 1989, le changement de statut de l'établissement a été voté, avec rattachement à la fonction publique hospitalière, dépendant du Ministère de la Santé; le préfet de police reste toutefois président du conseil d'administration devenu tripartite Etat/DDASS des Hauts-de-Seine/Ville de Nanterre.

Un nouveau nom de baptême a consacré ce changement: Centre d'accueil et de Soins Hospitaliers MAX FOURESTIER en hommage à un ancien pneumologue de l'hôpital.

Malgré l'effort d'humanisation qui a été fait, l'établissement reste lourd à gérer, du fait des diverses structures qu'il recouvre et du nombre de personnes qu'il représente. Les effectifs se répartissent de la manière suivante:

- 1000 personnes hébergées au centre d'accueil
- 500 personnes à la maison de retraite
- 500 lits d'hôpital général
- 300 lits au CHAPSA (abri de nuit)
- 1200 salariés

Les conditions de vie en collectivité sont toujours difficiles du fait de la promiscuité inévitable .

## *Les "bleus" du CHAPSA*

Au sein de cet imposant établissement, il existe une structure, tout à fait particulière, qui a fait la réputation de Nanterre: le Centre d'Hébergement et d'Assistance aux Personnes Sans Abri, dit le CHAPSA.

Sa capacité d'accueil, de 300 places, est presque toujours utilisée.

Redoutée par tous les clochards parisiens et autres sans domicile fixe, dénoncée par les médias, elle remplit cependant une mission utilitaire pour les plus désocialisés, même si la forme et les principes de fonctionnement restent à modifier .

Le CHAPSA a été créé dans les années 50 lorsqu'on a mis fin aux arrestations des vagabonds qui étaient auparavant punis de 45 jours d'emprisonnement, le plus souvent à Nanterre.

L'objectif est de recueillir les personnes sans domicile dans Paris afin de les conduire à Nanterre pour la nuit, avec obligation de les ramener vers Paris le lendemain. Outre le souci de vider les rues de la capitale de cette population gênante et voyante, un intérêt d'ordre sanitaire tend à se développer peu à peu: prophylaxie, soins et assistance à personne en danger.

En 1985, une consultation médicale créée par le docteur Patrick HENRY a été adjointe au dispositif abri de nuit, et en 1989 un service social.

Des cars de ramassage circulent dans Paris (4 tournées par jour) en deux équipes distinctes - rues et métro - avec des étapes rituelles: les gares, les ponts, les stations de métro, Châtelet-les-Halles... et des étapes plus informelles, parfois en réponse à l'appel des commissariats d'arrondissements. Il arrive aussi fréquemment que des personnes attendent volontairement le car aux points de passage pour être amenés à Nanterre pour être protégées de la rue, du froid et pour l'offre de services ( possibilité de manger, dormir, se laver, se couper les cheveux, se soigner... )

Ce sont des surveillants de la Préfecture de police qui sont chargés de ce travail, plus familièrement désignés sous le terme les "bleus" à cause de leur uniforme .

Les critères de ce ramassage restent un peu flous, à l'appréciation des bleus:

- absence de papiers sur soi attestant un domicile
- pas d'argent
- occupation d'un espace public
- traits de clochardisation ( bouteille de vin, saleté, nudité,...)

Le CHAPSA draine une population très hétéroclite, de plus en plus jeune; les personnes les plus détériorées n'ont plus accès à aucune autre structure. Ceux qui souhaitent être aidés pour "s'en sortir" demandent ou se voient proposer un hébergement plus durable au centre d'accueil.

### ***Mode de fonctionnement actuel***

Au centre d'accueil, les personnes accueillies sont des sans domicile fixe de la région parisienne ou de Paris, qui font la demande d'hébergement. Celui-ci est accordé sur des critères administratifs et de personnalité, un filtrage étant réalisé concernant les malades mentaux par un psychologue chargé de les réorienter sur leurs secteurs ou de poser des réserves pour les gens qui ne pourraient pas s'adapter à la vie en collectivité, pour des problèmes de violence le plus souvent.

On propose dans ce cas là un hébergement "à l'essai ".

La durée de l'hébergement n'est pas limitée dans le temps, ce qui constitue une particularité de cet établissement par rapport à l'ensemble des établissements de la Région Parisienne. Quand les gens y entrent, ils ne savent pas quand ils ressortiront, peut-être jamais; la suite possible de leur séjour pouvant s'effectuer sans discontinuité vers la maison de retraite, et jusqu'au cimetière particulier attendant qui leur est réservé !

L'établissement étant à l'origine conçu pour accueillir des indigents, toutes les personnes hébergées ayant des ressources étaient tenus de les remettre intégralement à l'établissement pour participer aux frais de leur prise en charge, un minimum de 570frs leur étant laissé en argent de poche. Depuis le 01/01/93 la participation financière a été limitée à 1200 francs par mois, exigible pour ceux qui ont des ressources suffisantes.

Le travail est obligatoire, sauf raison médicale sérieuse. L'activité est proposée en fonction des capacités des personnes et contribue à la bonne marche de l'établissement.

Il est possible d'exercer différents travaux, les plus proches de l'activité professionnelle passée. Chaque service est encadré par des ouvriers d'Etat: lingerie, couture, peinture, hygiène, cuisine... Même s'ils travaillent entre 4 à 8 heures par jour, ce travail ne fait pas encore l'objet d'une reconnaissance par des certificats de travail ni des cotisations au régime de retraite de la Sécurité Sociale ! seul un pécule de 200 à 600frs récompense cet effort.

### **LA MAISON DE NANTERRE, INSTITUTION ATYPIQUE**

A quel type d'institution avons-nous affaire ?

Maintenue jusqu'à présent hors de tout cadre légal sous la seule tutelle de la Préfecture de police et dans l'intérêt de l'ordre public, ce lieu "en marge" connaît quelques difficultés pour rentrer dans les normes de la DDASS suite à son changement de statut décidé en 1989.

La question de l'identité de ce lieu demeure plus que jamais présente, à l'image de la population indéfinissable qui y est accueillie: il y a multiplicité des références possibles.

### **\* *Lieu carcéral ? Lieu policier ?***

- La tutelle de la Préfecture de police parisienne, c'est-à-dire le Ministère de l'Intérieur,
- La présence des surveillants de police pour assurer l'encadrement de l'hébergement,
- Le contrôle des entrées et des sorties par une seule ouverture dans le mur d'enceinte constituant l'accès commun à l'hôpital, au centre d'accueil et à la maison de retraite, contrôlée par une guérite de surveillance ( dispositif qui a de quoi surprendre et choquer les habitants de la ville qui viennent se faire soigner à l'hôpital...),
- le règlement intérieur à tendance répressive, tous ces éléments font penser à un lieu carcéral.

### **\* *Lieu rédempteur ?***

Par ailleurs, l'obligation qui est faite aux hébergés de travailler dans les services entre 6 à 8 heures par jour, affectation appelée "travail occupationnel", se veut à visée rééducative conformément au vieux mythe du travail salvateur, voire rédempteur.

L'idée sous-jacente dans l'esprit des responsables administratifs qui gèrent le centre d'accueil est qu'on peut les aider à se réinsérer en les rééduquant par le travail, pour leur redonner le goût à une activité professionnelle en les protégeant de l'abus d'alcool par un système de punitions: exclusion du centre d'accueil, avertissement, pécule bloqué..., en les protégeant également de la rue par un système de cartes de sortie restrictif.

Il est demandé à chacun de participer à la solidarité: "on a besoin de vous pour faire tourner la maison". Outre l'aspect valorisant de ces tâches pour les hébergés qui se sentent utiles, voire indispensables au bon fonctionnement de l'ensemble, cela constitue un des moyens les plus sûrs de fixer les personnes au sein de cet établissement, qui fonctionne en quasi-autarcie pour toutes les activités de service.

### **\* *Pensionnat ?***

D'autres aspects de la vie collective font penser à un mode de vie de pensionnaires/cas sociaux voire à un centre de redressement pour délinquants...

L'anonymat des conditions d'hébergement: un lit en fer, une armoire métallique, pas de place à table réservée au réfectoire, ouverture du courrier administratif, trousseau de vêtements fourni et blanchi, pas de regroupement possible entre hébergés en l'absence de salles de loisirs prévues à cet effet, pas de possibilités d'intimité, horaires des repas (11h30 - 16h30 pour les premiers services), sanctions disciplinaires.

Le travailleur social est utilisé comme référent; médiateur privilégié entre l'institution et l'hébergé, mais aussi tuteur, éducateur... L'hébergé est considéré, dans ce système comme irresponsable en ce qui concerne son autonomie propre, infantilisé: tout est décidé à sa place. Par contre il est responsable de tous ses écarts au règlement intérieur.

### *\* Lieu de soins ?*

Le fait qu'un hôpital soit jumelé avec un centre d'hébergement permet une offre de soins très étendue, et l'accès y est très largement facilité aux hébergés, quelque soit leur couverture sociale. Les soins médicaux semblent être parmi les besoins primordiaux des hébergés, respectés par l'administration. La dimension de soins est donc importante et renforce l'idée que ce sont des personnes malades.

### *\* Asile ?*

La référence asilaire est inévitable. On décrit parfois la maison de Nanterre comme une "Ville dans la Ville" un monde à part derrière le mur, de là à penser qu'il s'agit d'une vie hors la vie, le pas est facile à franchir.

L'objectif, à l'origine, était bien de conserver à l'intérieur des murs une population gênante à l'extérieur, parce qu'inadaptée au système. Il s'agissait de contenir les problèmes sociaux et les pathologies criantes par une routine institutionnelle qui incite à la passivité en faisant appel, au besoin, à une chimiothérapie lourde dans les cas de violence.

La bonne adaptation à l'intérieur de l'établissement est un critère de maintien, récompensé par un pécule amélioré, des responsabilités et une "ascension sociale" vers le secteur "dignité", réservé aux plus méritants!

### *\* Caserne ?*

L'architecture des lieux, quant à elle, fait penser à une caserne militaire: bâtiments en enfilade, desservis par 2 galeries centrales, paliers circulaires dans les étages, jusqu'au bâtiment cellulaire qui demeure, même désaffecté. Pour l'anecdote, c'est ce lieu qui a servi pour le tournage du film de Jacques BECKER: "Le trou" en 1946 - et nos bureaux sont aménagés dans d'anciennes cellules. Le bâtiment étant difficile à aménager, on se rattrape sur les jardins et les bacs de fleurs ! L'activité horticole est principalement exercée par des patients de la consultation de psychiatrie.

Toutes ces données sont-elles conciliables pour offrir un lieu de réinsertion digne de ce nom?

Il s'agit, on le voit d'une approche diamétralement opposée aux origines de l'établissement. Le changement ne va pas sans résistance dans les mentalités comme dans les structures. L'éclatement en petites unités spécialisées, réclamé depuis longtemps par les opposants de la maison de Nanterre, réinvesti récemment par la direction pourra-t-il se réaliser et comment? C'est le pari des années à venir. la métamorphose, si elle est nécessaire, sera lente à se réaliser.

## PROFIL DE LA POPULATION ACCUEILLIE

### Aspect social

Quelques chiffres vont nous permettre d'éclairer cette présentation.

Evolution des effectifs dans chaque structure

Année	Centre d'Accueil	Hospice	Hôpital	Total
1971	2514	1300	773	4587
1981	1922	1000	694	3616
1987	1279	520	567	2366
1992	865	520	509	1884

Ce tableau fait apparaître l'état des effectifs de l'ensemble des structures de la Maison de Nanterre. On peut noter la diminution constante du nombre d'hébergés au Centre d'Accueil comme à l'Hospice.

\* Statistiques pour l'année 1992 au centre d'accueil

Sur les 865 hébergés , 90% sont des hommes.

L'âge de la population globale se répartit ainsi:

- 10% ont moins de 30 ans;
- 45% ont entre 30 et 50 ans;
- 45% ont entre 50 et 65 ans.

14% des hébergés sont de nationalité étrangère, dont 52% du Maghreb.

La majorité des personnes accueillies arrivent par le biais du CHAPSA.

\* Les raisons de l'hébergement

A l'origine destiné à recevoir des indigents, on peut noter qu'actuellement, grâce à l'amélioration de la législation sociale, 77% d'entre eux ont des ressources (salaires, Revenu Minimum d'Insertion, Allocation Adulte Handicapé...) Il semble pourtant que leur handicap majeur soit leur impossibilité à vivre seul et leur demande est d'être pris en charge par une institution qui va penser et agir pour eux.

Le centre d'accueil n'est pas ouvert aux couples.

65% des hommes accueillis sont des célibataires, les autres étant pour la plupart divorcés ou séparés.

En ce qui concerne les femmes, elles maintiennent souvent une vie affective; presque toutes ont des enfants, de pères différents, placés à l'Aide Sociale à l'Enfance ou dans la famille proche.

On peut noter de fréquents aller-retour entre l'institution et l'extérieur: rue, hôpital psychiatrique ou général, autre structure d'hébergement, squat... Leur itinéraire semble les ramener toujours à cette institution, même si cela doit être le CHAPSA. Ils ne parviennent pas à s'adapter à une autre structure ou à une vie plus autonome.

Quand il subsiste des liens avec la famille, il s'agit le plus souvent de la mère ou d'une soeur (substitut maternel?)

L'attitude des familles vis à vis de l'institution est teintée d'ambivalence; lui demandant tout à la fois de les aider mais aussi de les garder dans les murs, pour se protéger de visites difficiles ou d'une charge trop lourde pour eux.

La perte ou le vol des papiers d'identité est courant, que ce soit pendant les séjours dans la rue ou au Centre d'Accueil; n'ayant plus de raison sociale, leur identité a-t-elle encore une importance?

#### *\* Situation par rapport à l'emploi*

La plupart des hébergés ont quitté ou perdu leur emploi plus souvent qu'ils n'ont été licenciés économiques. S'ils ont subi des périodes de chômage, ce n'est qu'ensuite. Beaucoup ont eu l'expérience du travail intérimaire, qui ne permet aucune assurance quant à la stabilité des revenus.

Il y a ainsi des carrières professionnelles arrêtées après dix ou vingt ans d'exercice (décorateur, architecte, légionnaire, etc).

On peut relever également la situation des personnes maghrébines qui subissent un licenciement économique ou consécutif à une période de maladies. Ils ont toujours vécu à l'hôtel, seul, sans famille, du moins en France, et ne peuvent envisager un retour au pays. Ils semblent présenter des états dépressifs en relation avec leur exil et leur difficile intégration dans la vie sociale

Pour les patients de la Consultation de Psychiatrie, le projet professionnel passe souvent par le recours à la COTOREP. Outre l'octroi d'une Allocation Adulte Handicapé, c'est la reconnaissance d'un taux d'inaptitude au travail qui paradoxalement, permet un reclassement professionnel, dans le monde du travail protégé. Le faible nombre de propositions concrètes s'ajoute à l'instabilité des patients, et les retours au travail sont ponctués d'échecs ou de pauses.

### **ASPECTS PSYCHOPATHOLOGIGUES**

Les personnes accueillies peuvent présenter des pathologies mentales lourdes telles que des psychoses chroniques (schizophrénie, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénie, état délirant), des organisations limites de la personnalité, des troubles graves du narcissisme, des personnalités de type psychopathique, des déficiences intellectuelles, des problèmes épileptiques, tout ceci associé bien souvent à des problèmes graves d'alcoolisme, l'éthylisme

chronique étant le lot de l'immense majorité: au moins 3/4 de la population. Pratiquement toute la population, au delà de l'éthylisme chronique ou aiguë, présente des troubles évidents de la personnalité.

La symptomatologie des patients désocialisés est complexe. Elle ne rentre pas toujours dans un cadre nosographique établi, même si nous avons tendance à les situer proche des états limites.

L'enjeu de leur pathologie semble se situer sur un plan proprement existentiel de vie ou de mort. Nous pouvons souvent mettre en évidence un autre aspect très important qui est celui des troubles graves du narcissisme avec des comportements autodestructeurs qui mettent en cause leur survie: absorption massive d'alcool, déchéance physique qui sont souvent le corollaire de la déchéance sociale. Cependant, on peut penser que l'alcoolisme des patients désocialisés ne serait que le façade la plus criante des troubles psychiques plus profonds.

Nous retrouvons des points communs dans leur mode de fonctionnement psychique tels que:

- la problématique de l'abandon
- la tendance dépressive
- les plaintes somatiques
- le rapport à la réalité très fragile
- l'alcoolisme

## **L'UNITE FONCTIONNELLE DE PSYCHIATRIE**

Nous allons dans un premier temps vous présenter brièvement l'histoire de la psychiatrie dans cet établissement. Elle est apparue vers 1977, à l'époque où la volonté manifeste du directeur était de rendre le lieu plus humain ( réduction des effectifs, mise en place d'un service social...)

Le docteur Wirth, embauché comme vacataire de l'hôpital, recevait des hébergés du centre d'accueil. La demande des hébergés, les observations recueillies sur la gravité des troubles, ont permis, sous son impulsion et celle du docteur Jupille, la création d'une consultation de psychiatrie en 1985, qui s'est progressivement dotée d'une équipe plus étoffée, sous l'autorité administrative du Centre d'Accueil.

La psychiatrie était alors dénommée "Psychiatrie-Sociale". Elle devenait la bonne caution morale de l'institution et son garde-fou. Prise dans le rouage institutionnel, la psychiatrie devait déroger à sa fonction, les psychiatres à leur éthique.

Cette pression contraignante a obligé les psychiatres à adopter une attitude de résistance face aux demandes de l'institution qui entravent le travail thérapeutique et contribuent à l'épuisement de l'équipe soignante.

Le rattachement de la consultation de psychiatrie à l'hôpital en 1992, reconnaissance officielle en Unité Fonctionnelle de Psychiatrie, a un peu soulagé l'équipe.

Le projet d'intégration dans le secteur psychiatrique de la ville de Nanterre devrait permettre de dégager une plus grande cohésion dans l'orientation du travail.

Actuellement, nous sommes une équipe à effectif réduit,

4 médecins psychiatres (2 mi-temps, 2 vacataires)

1 psychologue

2 assistantes sociales

1 infirmière psychiatrique

1 aide soignante

1 secrétaire

L'U.F.P reçoit des patients hospitalisés (300 consultants en 1992) et majoritairement des patients du centre d'hébergement (600 consultants en 1992). Le premier entretien a lieu le plus souvent à la demande du personnel, surveillants ou travailleurs sociaux, lorsqu'un problème a été repéré..

Quelle peut être la place de la psychiatrie dans ce type d'institution, dite de réinsertion sociale, pensée et fonctionnant sur un modèle policier et non thérapeutique?

Nous gardons nos distances par rapport aux exigences administratives, nous temporisons et essayons de travailler le plus possible au regard de la souffrance psychique des personnes recues.

Leur situation précaire nous amène, en tant que thérapeute, à en tenir compte, et rend interdépendant les champs psychiatrique et social. Donner une éthique à notre travail est un des premiers objectifs à fixer. Notre référence fondamentale est la psychanalyse à travers la formation d'un certain nombre de nos collègues, à travers un mode de pensée qui doit beaucoup à cette référence.

### *Limite de notre intervention face aux réalités cliniques*

Il n'est surprenant pour personne à ce jour de faire un constat plutôt navrant concernant les tentatives thérapeutiques ou sociales menées avec les patients désocialisés.

Tous victimes d'un effondrement du lien social, l'explication de leur état est à trouver du côté de leur vie psychique.

Ce qui frappe d'entrée dans la relation avec ces patients, c'est la passivité psychique qu'ils semblent vivre, passivité que l'on retrouve dans leur rapport aux autres, au monde, dans leur parcours de désocialisation.

Ils se cantonnent dans un discours de victime, ce qui leur évite de s'interroger sur eux-mêmes.

Patrick Declerck, psychanalyste, écrit: " c'est comme s'il s'agissait souvent d'une longue usure de la personne, d'un long parcours où elle agit effectivement, entreprend toute une série de tentatives de formation, de travail, de cure mais rien de tout cela ne fonctionne: mariage, paternité... A examiner ces histoires de vie, qui sont toujours fragmentaires, difficiles à obtenir, parsemées de confusion de dates, on est d'emblée frappé par la surprenante fréquence d'actes manqués, d'accidents, de catastrophes... C'est précisément l'accident qui constitue la toile de fond, le chaos fondamental de toute leur existence, et cela depuis le premier temps. Il semble que rien jamais ne puisse chez eux aboutir. Le projet n'est là que prétexte à la mise en acte d'un invariable et compulsif échec, paradoxale action qui se mobilise pour mieux échouer".

Nous assistons au travail de la compulsion de répétition et des effets de la pulsion de mort, cette force qui écarte le patient de la vie des relations d'objet et de la guérison et lui fait avoir un comportement paradoxal.

On peut citer les exemples nombreux de patients pour lesquels des démarches sociales ont été entreprises et qui s'alcoolisent avant le premier entretien avec un employeur ou sur un lieu de stage, patients pour lesquels on met en place une hospitalisation d'urgence pour un problème somatique grave, et qui disparaissent entre temps.

L'alcool joue là un rôle actif dans les comportements autodestructeurs. On peut le considérer comme une arme, redoutable, qui alimente leur narcissisme destructeur. On peut supposer qu'il est au service d'un objet interne persécuteur.

A partir d'un discours rationnel où l'objet alcool est présenté comme la cause de tous leurs maux (séparation, perte du travail, problèmes somatiques...), nous essayerons de les faire s'interroger sur ce qui agit en eux, de faire le lien avec un événement présent source d'angoisse. Ils attribuent aussi des fonctions magiques et curatives à l'alcool "j'ai bu pour oublier, c'est comme un médicament... je bois quand ça ne vas pas, ça me calme. C'est après que c'est dur." Leur incapacité à vivre, ils en font quelque chose également de magique. Ils sont presque dans un rapport délirant à cet objet. P. DECLERCK en parlant des clochards dit "qu'on a l'impression qu'ils utilisent un produit quelque'il soit qui a annulé le temps, le réel et la pensée et qu'ils s'arrangent pour vivre dans un état de conscience minimale... ils cherchent à se réfugier dans un temps maternel qui soit fait de fusion, anhistorique".

La rupture affective a eu un effet déclenchant dans leur désocialisation. Elle semble vécue comme une démission, comme si un bout d'eux-mêmes disparaissait dans cette séparation. Les problématiques de l'anaclitisme/abandonnisme, de la fusion/séparation, du deuil et de la perte seraient à analyser. Quand les patients arrivent à Nanterre, on a l'impression que tout s'arrête pour eux et que c'est là la tentation du rien.

La dépendance psychique dans la relation thérapeutique peut parfois prendre une tonalité persécutive ou de méfiance par rapport au traitement médicamenteux, ou au thérapeute.

Il y a des souffrances obscures mais aussi réelles avec des traumatismes de l'enfance. Dans la plupart des cas, ils ont eu un environnement familial qui a été perturbé: divorce, abandon des parents, soins maternels défailants, mésentente des parents, alcoolisme, pauvreté... facteurs prédisposants dont le caractère traumatisant est évident. Déjà dans leur enfance, ils ont eu des problèmes scolaires, ils ne semblaient pas trouver de soutien dans leur famille, et se retrouvaient livrés à eux-mêmes.

Ils souffrent d'un trouble de l'identité sociale mais aussi de l'identité de filiation. Ils ne semblent pas avoir intégrés de repères familiaux suffisants pour structurer une personnalité stable. Les échecs, les abandons de l'enfance les ont confrontés à des traumatismes qu'ils ont tus et qui demeurent actuels même s'ils les ont recouverts d'une chape de silence.

Pour que quelqu'un devienne sans domicile fixe, il faut bien entendu des causes (alcool, événements traumatiques) mais aussi un terrain propice à la désocialisation.

### *La relation thérapeutique comme repère possible à la resocialisation*

Nous nous plaçons, en tant que thérapeutes, d'un point de vue relationnel avec le patient et tentons d'analyser avec lui ses points de souffrance qui apparaissent au grand jour en répétant inlassablement la même chose.

Dans ce sens, nous réservons au patient un espace de parole où il pourra, si la relation thérapeutique le permet, revivre dans la relation transférentielle des expériences vécues de son enfance, des modes relationnels aux parents souvent mal structurés par manque, semble-t-il, d'identification primaire ou de soins maternels suffisamment bons.

Nous espérons leur permettre de se réapproprier quelque chose de leur histoire personnelle, de leur enfance dont ils parlent souvent comme si elle ne leur appartenait pas. On peut penser que les traumatismes de leur enfance ont été mal intériorisés et restent à l'état de traumatisme tout court.

Nous partons donc de l'hypothèse que la désocialisation sous toutes ses formes est la traduction de leurs souffrances psychiques, de leurs difficultés à vivre dans un corps d'adulte et de maintenir des liens sociaux et relationnels continus, stables sans être obligés de recourir inconsciemment à des ruptures, des échecs, des départs, des recommencements... Nous pensons donc que les tentatives de sanctions basées sur un jugement moral - vouloir faire le bien des autres - ne peuvent qu'échouer car nous sommes en face d'un état de souffrance psychique. Cette position sera soutenue de part notre éthique par l'ensemble des thérapeutes soucieux de l'amélioration de l'état psychique de l'individu.

L'unité fonctionnelle de psychiatrie pourrait être considérée comme un "espace transitionnel" entre l'intérieur et l'extérieur où le patient peut, dans la sécurité de la relation thérapeutique, jouer à passer de la mise en acte à la mise en discours.

D'un point de vue thérapeutique, il est nécessaire d'accepter la régression, les rechutes, les échecs des patients.

\* \*  
\*

## CONCLUSION

La Maison de Nanterre est un lieu de paradoxes. Proposer des soins thérapeutiques qui visent l'autonomie relève aussi d'un paradoxe dans ce lieu d'assistance tout azimut !

Il nous semble que la psychiatrie ne peut venir en aide à la souffrance sociale et psychique des patients S.D.F qu'en respectant l'individualité de chacun, avec le temps qui sera nécessaire, en un lieu de soins axé sur l'écoute qui soit bien distinct, en tachant de faire abstraction de tout l'imbroglie socio-administratif dans lequel ils sont pris.

Qu'est ce qui distingue un patient S.D.F. d'un autre patient ? L'obscénité avec laquelle il expose son état de dégradation physique pousse à intervenir, entraînant l'interlocuteur dans une confusion des rôles.

La complexité des problèmes et l'attitude de ces patients pourraient facilement nous amener à délivrer une prise en charge globale et dans l'urgence. Or, s'il y a des besoins primaires évidents, force est de constater que derrière le rempart de l'urgence, il n'y a pas de demande explicite pour une action véritablement thérapeutique.

La Maison de Nanterre peut certes apporter une réponse sociale et médicale. Par contre, en ce qui concerne la prise en charge psychiatrique, il nous semble qu'un dispositif de secteur indépendant de la structure d'hébergement serait préférable. En effet, la loi de sectorisation (du 25 juillet 1985) ne prévoit-elle pas un accès aux soins identique pour tous les patients, qu'ils soient ou non sans domicile fixe? Conserver une consultation spécialisée intra-muros renforce le processus d'exclusion sociale dont ils sont l'objet.

SI VOUS SOUHAITEZ EN SAVOIR PLUS:

### Article

*"L'apragmatisme et la clochardisation" Patrick DECLERCK - Psychanalyste -  
Congrès sur le thème de l'apragmatisme - Clinique de la Chesnaie - 1989.*

### Livres

- *"Les vieux vont mourir à Nanterre" de Carmen Bernand, sociologue  
Université Paris - éditions du SAGITTAIRE - 1978*

- *"La Débine" de Jean Luc PORQUET, journaliste.  
Editions FLAMMARION, 1988*

### Films

*"Un lieu pour renaître ou mourir", "Folie des hommes ou des institutions"  
Réalisation TV de Bernard MARTINOT ,diffusé en 2 épisodes sur TF1 - 1986*

*"Les Amants du Pont Neuf" film cinéma de Léo CARAX - 1992  
Les 10 premières minutes montrent le ramassage et l'arrivée au CHAPSA d'une  
manière très réaliste. Le tournage a eu lieu dans les locaux avec le personnel et les  
clochards.*

**Michèle DUFFAR** Psychologue  
**Sophie MOLLET** Assistante Sociale

*Unité Fonctionnelle de Psychiatrie du Centre d'Accueil et  
de Soins Hospitaliers de NANTERRE.*

# LE PROGRAMME DE RECHERCHES CONCERTÉES

## "GARE DU NORD"

### I.

Inauguré le 23 Octobre 1992, le programme de recherches sur la Gare du Nord lancé à l'initiative du Plan Urbain, de la SNCF et de la RATP réunit six équipes de chercheurs en sciences sociales sélectionnées, en Juin 1992, dans le cadre d'un appel d'offres intitulé : "Action publique et professionnalités de l'urgence".

A l'origine de ce programme, il y avait à la fois l'expérience des gestionnaires de la première gare européenne par le flux des voyageurs et un défi lancé à la recherche en sciences sociales.

*L'expérience des gestionnaires a donné la formule et la clé de voute du projet, c'est-à-dire le problème de l'accessibilité aux espaces et services publics, en posant les questions suivantes :*

- A quelles conditions peut-on sauvegarder et renforcer la cohérence et l'accessibilité d'un espace qui, comme toute gare, s'inscrit dans plusieurs logiques territoriales et plusieurs logiques d'usage et par lequel doivent transiter aussi bien les usagers réguliers de la banlieue Nord de Paris que les voyageurs qui emprunteront bientôt les rames des TGV?

- Quelles sont les formes de régulation acceptables d'un espace qui, par ailleurs, est occupé de manière plus ou moins permanente par des Sans Domicile Fixe et transformé en lieu de rencontre et en marché par des minorités ou des groupes marginaux?

*Aux chercheurs en sciences sociales, le programme demandait de relever, sur un site et un terrain singulier, le défi d'interdisciplinarité en leur rappelant une opération lancée, voici trente ans, sur un village de Bretagne devenu célèbre : Plozevet.*

- A quelles conditions l'écologie urbaine peut-elle se saisir aujourd'hui, sur un haut lieu des métropoles de cette fin de siècle, du problème classique de la coprésence de populations différentes sur un même territoire? Comment doit-elle redéfinir la notion d'environnement pour comprendre les exigences de mise en confiance et de sécurité, de cohérence et de lisibilité d'un espace de circulation?

- Si Plozevet représentait la France du changement et des "Trente Glorieuses", que représente aujourd'hui la Gare du Nord? Que nous dit ce chantier interminable de la recomposition des cultures urbaines, de la complexité d'une société de services organisée autour de la mobilité, qui doit constamment surmonter la segmentation de ses publics pour répondre aux exigences démocratiques d'équité?

Loïn de se complaire dans un volontarisme programmatique, l'initiative de recherche concertée sur la Gare du Nord entend se positionner dans la perspective d'une *critique de l'action publique*. Elle voudrait convaincre opérationnels et chercheurs de l'intérêt et de la fécondité d'une réflexion commune, construite au plus près du terrain.

## II-

Cette réflexion commune s'oriente d'ores et déjà sur quelques grands axes problématiques :

- Les missions, les activités et les professionnalités du service public lors d'une perturbation "normale" et lors d'incidents majeurs. Comment se fait la coordination des activités et comment se construisent les priorités dans "l'histoire naturelle" d'un incident? Sur quel mode s'opère la coopération des savoirs et des savoir-faire? Quelle est la consistance des règles pratiques entre elles et des règlements institutionnels entre eux?

- Les épreuves ordinaires que rencontrent des usagers dans un espace problématique et quotidiennement contesté. Quel sont les compétences des usagers dans leur rapport aux équipements techniques et aux services offerts? Comment concilient-ils les exigences de pertinence, d'intelligibilité et de convenances? Jusqu'à quel point peut-on compter sur une autorégulation des usages conflictuels d'un même espace de services?

- Les qualités scénographiques et sensibles - lumineuses et sonores - de l'espace de la Gare du Nord. Quels ont été les partis d'aménagement, de signalétique, de dramaturgie et quelle est l'appréciation par les usagers de choix en matière de qualification de l'espace? Quel est l'équilibre, dans la conception et dans les usages, entre les exigences de régulation du trafic et les exigences d'information des voyageurs?

- L'organisation générale de la sécurité et ses trois volets : sécurité ferroviaire, sécurité publique et sécurité civile. Comment collaborent les services ayant pour mission de répondre aux situations de risque, d'urgence ou de détresse? Comment sont réparties les responsabilités entre services de contrôle, services de police et services medico-sociaux dans la gare et autour d'elle?

- La Gare du Nord comme point de réseau dans son territoire migratoire local, régional et international. De quel espace de migrations la Gare du Nord est-elle le centre? De quel marché, pour quelles trajectoires est-elle le haut lieu? Quelle signification accorder à la concentration d'agences de travail intérimaire dans le quartier? Peut-on dresser, à partir de la Gare du Nord, la carte des parcours de la précarité?

Au point de départ des travaux de recherche présentés dans ce recueil consacré à la présence du "Sans Domicile Fixe" dans l'espace public, nous avons retenu, provisoirement, une grille d'analyse qui s'organise autour de trois grands points :

II.1 - *La carrière* du "Sans Domicile Fixe". Il s'agissait d'insister sur la discontinuité de l'itinéraire de quelqu'un qui se retrouve à la rue et de ne pas préjuger trop vite d'une trajectoire. C'est un vieux principe qui, lorsqu'on étudie un itinéraire professionnel ou résidentiel, l'histoire de vie d'un délinquant ou d'un musicien de jazz, demande que l'on tienne compte des événements, des avatars, des bifurcations mais aussi des inerties d'un milieu, des réseaux sociaux, de leurs liens "faibles" et de leurs "chaînes de coopération" (H. BECKER, 1984, 1988), jusqu'à la logique des circonstances. Ce principe implique d'analyser la carrière par un certain nombre de ses segments significatifs, qu'on ne pose pas a priori le caractère linéaire de l'errance et que l'on accorde aux incidents à la fois objectifs et subjectifs qui s'inscrivent aussi bien sur le plan résidentiel que sur le plan professionnel une dimension existentielle qui se traduit dans le rapport à autrui de manière générale.

Insister sur le fait qu'une carrière est une série discontinuée de segments, c'est supposer qu'il y a une forme aussi marginale soit-elle de socialisation à l'intérieur de ce processus de désocialisation qui caractérise l'itinéraire d'un "Sans Domicile Fixe". Décrire une carrière, c'est donc décrire la recomposition d'un monde, d'un petit monde, à l'intérieur même de ce qui pourrait se nommer une "dérive".

Le sociologue est donc contraint d'analyser et de décomposer cette linéarité pour comprendre le récit même du "Sans Domicile Fixe" et retrouver la série de situations qu'il a pu traverser et la série d'épreuves qui pour lui ont été décisives.

Ces épreuves, objectives ou subjectives, sont vécues et racontées comme des épreuves du *maintien de soi* et tendues par la nécessité et la volonté de "tenir". Ainsi, "l'histoire des malheurs" que l'on recueille lorsqu'on écoute les "Sans Domicile Fixe" ne doit pas être enregistrée immédiatement dans le registre de la souffrance mais, autant que possible, être rapportée à l'expérience de la *vulnérabilité* - des situations sociales, des liens et des positions qui les organisent. Il s'agit de ruptures parfois bénignes, de menus glissements, de mises à l'écart parfois mineures qui, dans l'expérience et le discours des "Sans Domicile Fixe", sont perçus comme de "petits abandons de soi". C'est

un point sur lequel travaille l'équipe de Jean-François LAE et Isabelle ASTIER, en centrant son attention sur la carrière du "Grand Célibataire", sur l'épuisement de ses allégeances et de ses protections qui explique et entretient la dégradation de son apparence physique et corporelle et, plus précisément, son odeur.

II.2 - *Les activités du SDF dans l'espace public.* Le travail ethnographique de Pascale PICHON avait pour projet de décrire et d'analyser "la manche" comme une forme d'interaction avec les citadins ordinaires et comme une forme de *présentation de soi*. C'est là une épreuve récurrente, non plus de la mémoire du "Grand Célibataire", mais du présent quotidien de l'homme à la rue qui doit sauver la face sur un trottoir, dans une gare ou dans une rame de métro. La manche c'est ainsi une activité, la dernière après la série des "démarches" et des arrangements destinés à se procurer des ressources et avant la déchéance de la "cloche".

Mais "la manche", c'est aussi un usage régulier et socialement régulé de la ville et une géographie en creux de l'espace de la charité à l'échelle d'une agglomération. Samuel BORDREUIL explore ainsi, dans l'espace urbain New Yorkais, la continuité entre les activités des gens de la rue (*Street-People*) qui survivent de récupérations diverses et mobilisent en quelque sorte l'espace de circulation de la ville et celle du "Homeless" qui tente de renouveler le contrat d'allégeance à la société marchande en effaçant le don, en assumant une position de militant et en proposant de prendre en charge lui même le problème que constitue sa présence "indésirable".

II.3 - *L'abri.* C'est là une question qui peut être opposée à la série précédente, comme la nuit au jour. C'est à la fois le rapport à l'institution, la manière d'être accueilli et désigné, le type d'inscription dans la nomenclature de l'assistance et de la sécurité publiques. C'est aussi, les incidences de "la règle des cinq nuits" qui fait de la vie du "Sans Domicile Fixe" une errance contrainte, d'un abri à un autre. La encore, il y a plus de continuité qu'on ne l'imagine entre l'abri précaire et l'abri institutionnel, entre l'hébergement en surnombre (*Doubling Up*), le squatt, la gare et la rue.

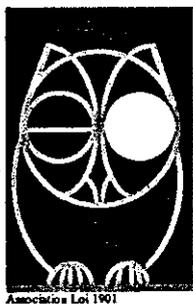
Avec la question de l'abri et de la nuit, c'est la sphère privée de la vie du SDF qui apparaît au grand jour. Comment protéger sa personne et ses biens ? Quels sont les droits de ceux qui sont depuis plus ou moins longtemps en "fin de droits" ? C'est aussi le problème de la

fatigue physique, de la dégradation, de la promiscuité et de l'intimité impossible.

Ce que nous apprend l'expérience américaine des vingt dernières années telle que nous la présentent Samuel BORDREUIL, Kim HOPPER et Anne LOVELL, c'est que l'abandon de soi qu'observe l'ethnographie des "Sans Domicile Fixe" est le symptôme d'une série d'autres abandons, repérables ceux là dans l'action publique elle-même. Le premier incendie entretenu, que l'on n'a pas su ou pas voulu éteindre est celui de la surpopulation et de la dégradation du logement social : c'est alors l'orbite résidentielle du mal logé qui est troublée, les réseaux de l'hébergement en surnombre qui s'épuisent et se saturent. L'organisation de la précarité et de l'instabilité résidentielles se conjugue ensuite avec les effets lointains du désenfermement et la misère ou l'impuissance des services sociaux d'assistance, contraints de plus en plus de bricoler des dispositifs de prise en charge pour des pathologies lourdes, dans un travail de Sisyphe. Il suffit alors que l'expérience de survie dans la rue vienne épuiser physiquement les dernières ressources du "homeless" pour que la question du droit à la ville devienne concrètement celle des droits de l'homme à la rue et que les fondements mêmes de l'urbanité démocratique soient mis en débat : droit à la *privacy* et droit de vote par le biais de la question du domicile et des violations de domicile ou de la domiciliation et de la résidence ; droit d'expression aussi, mis en cause par les tentatives de répression de la mendicité et l'expulsion du mendiant décidément "indésirable" dans l'espace public.

L'expérience française, telle que l'analysent Jean-François LAE, Pascale PICHON, Olivier QUEROUIL et l'ensemble des intervenants de la deuxième séance, montre à son tour que l'irruption apparente du phénomène des sans-abri est en fait une lente et "irrésistible" ascension de l'abandon, une série minutieusement ordonnée de mises à l'écart et de silences qui conduisent le vagabond contemporain, comme le "sans aveu" du XIIe siècle à partir à la rencontre de son prochain et, comme le dit Pascale PICHON, à "troquer sa dépendance à l'égard des services d'assistance contre une dépendance au coup par coup. Utilisant au mieux les opportunités diurnes que lui offrent les espaces publics de la ville, le SDF qui fait la manche semble pris au piège de ses capacités d'adaptation."

Isaac JOSEPH  
Plan Urbain  
PARIS



Association loi 1901  
Date de création :  
1975  
Fondateur et  
président d'honneur :  
ABBE PIERRE

# compagnons de la nuit

Fondée en 1975 par l'abbé Pierre, notre association regroupe des habitants du quartier Latin, des enseignants, des sociologues, des médecins, des travailleurs sociaux.

Son action vise jeunes et moins jeunes. Elle se réalise au moyen d'une relation éducative se basant sur la libre adhésion et l'anonymat (prévention spécialisée) et avec le concours d'une équipe éducative de professionnels, la nuit.

## Historique

Pendant une dizaine d'années (1975-84), notre action s'est déroulée dans un bar du quartier St-Michel ouvert jusqu'à deux heures du matin.

En 1984, le changement de propriétaire du bar prive l'association d'un local pour accueillir les jeunes et conduit les éducateurs à les suivre dans divers endroits du quartier et ailleurs.

Ce travail de rue (85-90) permet de mieux percevoir et d'approfondir certains aspects de la vie d'un monde marginalisé ou en difficulté, en particulier le monde et la vie à l'intérieur du métro et le monde de la nuit.

La nuit qui, au centre de Paris, se définit par l'absence de métro. Entre sa fermeture et son ouverture, c'est le vide social, le "trou noir" où ne demeurent, face aux détresses, que les services d'urgence hospitaliers et les rondes des gardiens de la paix. C'est le moment où les sans-abris volontaires ou non galèrent d'absence de lieu en absence d'argent, de fatigue en solitude...

De là est né le projet **Moquette** qui voit le jour début 1992. Point important : le travail nocturne de bar des dix premières années apporte une expérience décisive, en ce sens que la barrière des horaires habituels de la rencontre éducative du jour est rompue et qu'elle amorçe la nécessité de sortir dans la nuit.

## MODES D'INTERVENTION

Dans un quartier (quartier Latin) dont l'activité économique et sociale est essentiellement nocturne, nous assurons la seule présence et le seul lieu d'accueil social dans la nuit parisienne. Présence dans les lieux publics nocturnes (cafés, métro, etc.) et animation d'un lieu d'accueil - la **moquette** - dans nos locaux.

Cette action se prolonge avec l'accompagnement le jour pour les démarches à effectuer dans les domaines administratifs, de la santé, la recherche d'emploi et de logement, etc.

## OBJECTIFS

- Mener une action et sur l'individu et sur le milieu.
- Répondre à l'urgence des besoins qui se manifestent la nuit.
- Aider les jeunes, au moyen d'une relation éducative se basant sur la libre adhésion et l'anonymat à construire, ou reconstruire, leur personnalité et à rétablir le lien rompu avec leur environnement familial ou social.
- Etre un relais avec l'environnement en établissant des liens avec les travailleurs de la nuit afin de les impliquer dans une démarche globale de prévention sociale
- Etre un relais entre la nuit et le travail social de jour et, en premier lieu, avec les associations travaillant sur le même quartier.
- Lier à notre démarche d'intervention une démarche de connaissance de la nuit par un travail de recherche mené sur le terrain et analysé en collaboration avec des spécialistes.
- Développer la vie associative en mettant la disponibilité et les compétences professionnelles de nos adhérents au service de nos activités auprès des jeunes et de notre activité d'information et de sensibilisation du corps social.

## EN BREF

- **Nos partenaires** : Conseil de Paris, Fonds d'action sociale (FAS), Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse, Direction de l'action sociale, Délégation interministérielle au RMI, Plan Urbain...
- **L'équipe éducative** : Pedro Meca, Carlos Bravo, Geneviève Guitton... et des bénévoles
- **Le Conseil d'administration** comprend treize personnes et est présidé par Mme le Dr Dominique Simonnet.

novembre 1992

*Minuit  
c'est midi...  
La nuit aussi est un  
soleil.*

Nietzsche

La question posée par les "Compagnons de la nuit" et les solutions qui ont tenté d'y répondre est issue d'une problématique toute différente. En effet, elle est placée dans une réflexion associative, (peut-être caritative,) sociale mais en tout cas jamais directement médicalisée et ne se professionnalisant que progressivement.

Les compagnons de la nuit sont issue de l'histoire et de l'amitié. Pendant des années un bar, loué par l'Abbé Pierre, le Cloître, accueillait une clientèle d'errants, de marginaux mais aussi de non errants et non marginaux qui se retrouvaient ensemble au coude à coude. Ouvert tard et bien tard, il suscitait des "troubles de jouissance" aux alentours et sous prétexte de trafic de drogue périclita jusqu'à fermer, la reprise du bail d'un bar étant irréalisable fautes de finance, d'appui et d'assentiment des autorités municipales. Il fallut tout liquider matériellement, mais le fallait-il au niveau associatif ? Dans cette année où tout foutait le camp une réflexion se mit en route et à travers cette discussion se <sup>voient</sup> ~~étaient~~ des amitiés. Amitiés entre personnes bien différentes : cinéaste, enseignants, médecins, fonctionnaires, etc. Ils oublièrent vite leur rôles sociaux pour discuter avec acharnement de l'avenir des découvertes faites au Cloître qui ne pouvaient être laissées de côté. Longtemps des solutions furent cherchées pour trouver une alternative à ce lieu d'accueil et d'échange qu'était le bar. Où ? Une péniche, un autre bar ? Tout était hors de portée. Il fut peut-être nécessaire

d'en arriver au licenciement total de tout le personnel qui avait travaillé au Cloître pour parvenir à la formulation nouvelle que quelques dix ans de travail ont permis de mettre en place.

Et puisque nous parlions tout à l'heure de secteur et de hors secteur où l'espace est déterminé par le logement dans un cadre géographique précis et le temps par la continuité, nous pouvons esquisser la problématique dans ces deux catégories. Travailler dans le Quartier Latin, au Cloître d'abord, faisait découvrir que l'espace qui s'ouvrait devant lui était tout à fait variable aux différents temps de la journée. Cet endroit -mythique entre tous- s'étendait sur un territoire variable selon les heures. Ainsi existe-t-il un quartier plus intellectuel que bourgeois, très marqué par sa vocation étudiante, jeune et animé dans la journée autour des grands lycées et des facultés. Ce quartier vit de 8 heures à 22 heures.

L'autre est celui des cinémas, des petits restaurants, de la sortie de bonne compagnie, plutôt bon marché, amical et sans façon, avec l'été beaucoup de touristes, de bateleurs de toute sorte. Un miroir aux alouettes qui cherche une ambiance.

Mais au-delà d'une heure du matin, après le dernier métro, autour des bars ouverts plus tard, se découvrent ceux qui traînent, attardés ou installés, c'est la nuit. Le temps n'a plus le même sens, il n'est pas celui du sommeil, il n'est pas celui du jour. La restent des gens qui pour la plupart sont venu, souvent de très loin, non pour

un moment de joie avant de retrouver son logis, mais pour être là parce qu'on n'a rien à faire ailleurs. On n'a pas à travailler comme les étudiants ou les commerçants, on n'a pas à se divertir pour une bonne soirée au restaurant, on cherche la nuit dans un lieu chargé depuis des siècles du mythe d'un milieu d'errance et de rencontres étonnantes.

Ce monde d'errance dont les horaires n'existent plus par rapport au jour forme un milieu accouru des quatre coins de PARIS et de la banlieue mais qui se reconnaît dans une forme de vie qui est la nuit. Là, il n'y a guère de gens qui vivent (à part les bars ouverts et les urgences médicales), encore moins de gens qui dorment (ceux-là sont depuis longtemps rentrés chez eux), quant au travail social, il y a bien longtemps qu'il a passé son temps, récupération et congés exceptionnels compris.

Alors puisque nous nous sommes trouvés dans la nuit après le Cloître nous nous sommes dits : "Et si nous allions dans la nuit". Trouver une alternative directe au Cloître ce serait répondre à des questions posées d'avance. Il y avait assez d'amitié entre les membres du conseil d'administration (reste ultime de l'association) pour accepter ce moment où tout savoir échouait mais permettait de percevoir un objet nouveau et quel objet : la Nuit et qu'une interprofessionnalisation amicale pouvait jouer ensemble une nouvelle approche.

A partir de là un nouveau mode de pensée pouvait se dégager dont la première affirmation était : il ne faut pas penser la nuit en terme de jour. La nuit n'apparaissait plus alors comme le moment fait pour le repos, la nuit se découvrait comme un milieu ayant ses propriétés particulières dans son rapport avec l'espace, le temps, la vie et le travail social. A cette question nouvelle, répondait une réalité bien différente de celle que nous rencontrions chacun dans notre espace professionnel, et donc des situations qui demandaient une réponse différente.

D'autre part la question de la territorialité se posait en termes différents. Territorialité ne veut plus dire la même chose pour des lieux dans lesquels les hommes et les femmes errent dans un mythe, ici le Quartier Latin. Quant on songe à ce qui était dit sur les "hors secteurs", on voit bien que, si la territorialité ne permet pas de prendre en compte l'ensemble des problématiques personnelles, elle permet encore moins de faire cas, de rendre présents ceux qui errent dans la nuit.

On découvre alors que la Nuit en tant que milieu de vie est un lieu de passage où se jouent des situations existentielles de passage. Ce moment de passage vécu personnellement ne correspond pas forcément à la maladie ou à la crise, mais révèle un besoin, une interrogation relationnelle que la nuit, où l'entrée dans la nuit pose de façon radicale. Etre dans la nuit est un moment de suspension, un passage au désert. Et cette image nous fait penser à la réflexion

suivante : on n'est hermite que si, après être passé au désert, on en revient ou on vous y retrouve, sinon on est mort. Notre question était alors : y a-t-il des gens qui peuvent être présents pour retourner dans leur solitude errante, leur questionnement sans écho, ceux qui divaguent dans la nuit. Ils sont partis car ils n'y voyaient plus dans notre jour.

Le travail était donc celui de l'organisation de retrouvailles, donner leur signification à un réseau de sociabilité présent mais lui-même errant sans but, parce que fermeture et ouverture du métro les isolaient dans une parenthèse dont la société n'avait cure. Il fallait connaître fleuriste, barman, videurs, flics qui savaient l'un ou l'autre "où un tel était paumé" ou "qu'un tel était en train de se casser la gueule". Il ne fallait pas surtout expédier la solution ailleurs qu'à l'intérieur de la nuit, car la question était précisément posée dans la nuit. Envoyer les gens parce qu'ils allaient mal au psychiatre de secteur était une contre solution, pour le secteur on l'a vu, mais pour le type lui-même qui n'irait ailleurs de la nuit que s'il choisissait de sortir ou trouver<sup>er</sup> une solution dans la nuit.

Le premier travail était donc de rencontrer dans la nuit, de ne pas laisser mourir dans la nuit et peut-être permettre de revenir au jour. La rencontre ne pouvait être que recherche des deux côtés à travers un réseau de solidarité tissée avec chacun et tous. C'est l'histoire des "Nuitards" : qui veut bien discuter la nuit y trouve

des tables, paye ses consommations et peut rencontrer qui bon lui semble et trouver les compétences qui lui conviennent. Il faut être psychiatre ou travailleur social pour découvrir la violence de cette interpellation différente ! On s'aperçoit là que les gens n'ont pas tellement besoin d'un psychiatre, pas vraiment en tout cas pour le moment, qu'ils n'ont pas besoin d'un suivi social, il n'en ont pas besoin encore. On peut toujours se démerder, mais qu'ils ont besoin de sociabilité, toi, moi, homme et femme qui sont là qui non seulement t'écoutent mais te parlent dans ce moment présent. On se retrouvera un jour ou jamais mais quelque chose s'est dit avec l'autre qui existe de soi qui existe.

Le travail alors, c'est quoi ? Accueillir pas héberger, donner envie de reprendre contact, pas trouver des solutions directes, envoyer à d'autres qui recevront le ménage issu du premier accueil. Il ne faut pas se situer en lieu de compétence, mais être à proximité des compétences, connaître, orienter, tâtonner dans la recherche. Ce sera la moquette -qui voudra travailler avec nous pour qu'elle soit vraiment de NUIT?— où la seule régulation sera le respect des autres, en groupe dont le centre n'est pas le professionnel mais peut-être la tasse de café ou l'histoire de la quête de bouffe ou la ralante contre le dernier psychiatre ou travailleur social qui vous a foutu dehors... Peut-être le travailleurs social, le médecin, l'employeur, le philosophe ou le flic sont nécessaires, mais en tout cas, dans la nuit, ils peuvent servir à autre chose et rencontrer ? Quoi ? Au désert n'est-ce pas les ~~diabes~~ autant que Dieu... Il faut supporter.

diabes

## MALADES MENTAUX ET CLOCHARDISATION EN REGION PARISIENNE

La région parisienne a cette particularité d'attirer vers elle une série de **personnes désinsérées** qui pensent trouver un pôle d'attache centralisé vers la capitale. De plus, si l'on regroupe tous les départements de l'Ile de France, la population atteint plus de **12 millions d'habitants** ce qui fait une mégapole considérable où viennent se fondre - ou se perdre - nombre de **sans domicile**.

A ceux-ci s'ajoutent certains, porteurs de troubles psychiques qui, outre la rupture des attaches, les amènent à ne pas pouvoir ou ne pas vouloir se fixer.

### LE CPOA

Le rôle essentiel de la Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil réside en une mission d'**accueil**, d'**examen médico-psychiatrique** et d'**orientation**. Au titre de consultation spécialisée d'orientation, il ne saurait pour cette raison concurrencer les autres institutions.

Les organismes de secteur, pour si fournis qu'ils soient, ne peuvent être tous ouverts à toute heure et tous les jours. Le CPOA offre un lieu de réponse à l'urgence psychiatrique pour 12000 consultants par an.

Il s'agit de consultations sécuritaires par des médecins confirmés.

Quand la décision d'hospitalisation est prise, l'orientation s'effectue vers un service hospitalier de secteur ou autre, un service somatique, un service de soins privé. En cas de maintien sur le lieu de vie le patient est adressé alors à une consultation de C.M.P. ou autre.

Depuis sa création en 1967 et jusqu'à ce jour, l'une des missions principale consiste en l'accueil et à l'orientation des sans-abri, des S.D.F, des provinciaux et des étrangers à Paris, présentant un trouble psychique. Cette répartition s'effectue de façon adéquate et équitable entre les différents secteurs de psychiatrie de la région parisienne. Qu'il y ait indication d'hospitalisation en urgence ou non le CPOA assure donc une sorte de répartition de prise en charge de cette population.

Pour certains de ces patients le lieu de vie est un foyer, un centre d'accueil non sectorisé ou plus dramatiquement un lieu "mal défini". Le CPOA joue là un de ses rôles les plus importants : **il s'agit de favoriser pour ces sujets une "néo-sectorisation"** qui permettra, par la suite, une continuité de traitement par une même

équipe. Seule une **centralisation des renseignements** peut permettre cette **orientation-répartition**.

### QUELQUES CHIFFRES

En 1986 :

- **13%** des consultants sont S.D.F.
- **11% de femmes** ( pour 37% dans la population générale qui consulte )
- **75%** sont **sans profession**, pour 68 et 61% respectivement chez les hommes et femmes de la population générale.
- **70% d'hospitalisation** ( contre 63% pour la population générale )

En 1992:

- la proportion dépasse les **25%**, notamment lors des mois d'hiver.
- **21% de femmes**
- **54% d'hospitalisation** contre 60% pour la population générale.

Même si tous ces " non sectorisés" ne sont pas des S.D.F. ( étrangers ou provinciaux ), la proportion est considérable et représente environ 2000 nouveaux dossiers par an.

Aucune statistique n'a évalué avec précision le nombre de S.D.F., néanmoins une approximation retenue est celle de **20 000** isolés, vagabonds, errants ou S.D.F. vivant **en région parisienne**.

### UN ACCUEIL POSSIBLE

L'expérience montre que si le "S.D.F." est **plus rejeté qu'un autre**, on finit par le percevoir comme les autres patients, mais avec un temps de latence.

Il se présente de lui-même ou est adressé par des services d'hôpitaux généraux, la police, les pompiers, les associations caritatives ou toute autre institution en rapport avec les sans-abri ( médecin du monde, le centre de Nanterre, le centre d'aide social, l'Armée Du Salut, des institutions d'aides aux réfugiés ou aux sortants de prison....).

Il s'agit donc de malades difficiles, d'abord rejetés puis accueillis. Pour cette raison, en Ile de France, compte-tenu de l'importance du problème, une réglementation fut nécessaire.

### "CONTINUITÉ DES SOINS"

Le principe-maître de notre pratique: "continuité des soins". Le seul qui puisse nous faire éviter les pièges de nos propres rejets, à condition de l'assortir de souplesse. Il a donc fallu, et cela par **circulaire, réglementer l'accueil et l'orientation des**

faire face à une situation de rééquilibre). Là, on ne peut parler de continuité à respecter, mais **peu à peu on amène le S.D.F. à accepter, à un moment ou à un autre, une écoute et une prise en charge** ( non uniquement au sens administratif ), sans qu'un glissement symptomatique conduise à l'hospitalisation en urgence dans un néo-secteur loin de son "territoire".

### L'AVENIR

Doit-on envisager un service d'accueil des Sans Domicile dans chaque hopital ?

Doit-on promouvoir la consultation spécialisée au plus près de la crise: dans les gares, les foyers, les squats?

La réponse dépasse largement l'aspect purement médical et préventif puisqu'elle ne peut s'envisager sans une certaine politique de santé. Or celle-ci irait à l'encontre de celle qui tend dangereusement à se pratiquer actuellement: offrir des soins aux patients solvables...

**Alain MERCUEL**

*C.P.O.A. Centre Hospitalier St Anne*  
PARIS

## LES EXCLUS DU SECTEUR

Quelques réflexions sur la désinsertion  
sociale à PARIS : la rencontre  
avec la psychiatrie publique

Les question des "errants", ceux qu'on appelait autrefois les vagabonds, se transforme par rapport à la psychiatrie de secteur telle que nous la pratiquons en France en celle de "sans domicile fixe" si nous considérons ces personnes du point de vue de la police et de l'administration et en celle de "Hors Secteur" dans le cadre propre de la psychiatrie. Cette mutation des dénominations est significative d'un jeu social et institutionnel qui traduit un mesusage du système, de la mauvaise adaptation de ces structures à traiter ou assister ces personnes alors qu'elles ont largement fait leurs preuves quand il s'agit de patients insérés dans une communauté.

Le "hors secteur" est mis dans nos institutions psychiatriques dans une situation de corps étranger, d'intrus. Il l'est par son mode d'entrée à l'hôpital psychiatrique. Il l'est par l'importance des questions sociales qu'il pose et qui débordent sans cesse la réponse proprement thérapeutique.

La simple étude de l'arrivée de ces patients à l'hôpital met en évidence ce porte à faux. Quand un individu ne peut justifier d'une adresse, son hospitalisation se fait dans un service dont la désignation ne tient aucun compte de son espace personnel. Il sera adressé au hasard d'un tour de rôle des différents hôpitaux parisiens et, à l'intérieur de ceux-ci, d'un tour de rôle des différents services. Un circuit s'établit ainsi. Appel : malaise sur la voix publique, comportement incohérent ou agressif qui font l'objet d'une intervention de la police ou des pompiers. Urgence : le patient est conduit aux urgences de l'hôpital général le plus proche, où il sera reçu ou non par un psychiatre. Orientation : de là il est orienté vers l'une des deux structures spécialisées de PARIS, CPOA ou IPP. C'est là que se fait la répartition. En bien des cas, quand il s'agit de décompensation extrême au fond du circuit d'errance, le patient fait alors l'objet d'un placement sous contrainte.

Arrivant dans ces conditions, parachuté d'une autre planète, celle de l'errance, le patient apparaît dans un état de misère, de malpropreté, d'agressivité, de méfiance qui ne favorisent guère son accueil à l'hôpital. Son arrivée réalise une double intrusion. Intrusion dans le service lui-même qui se voit déséquilibré dans son travail s'il mène une politique active de secteur. Intrusion dans la vie du patient qui se voit contraint à un mode de sociabilité

fondamentalement étrangère à ses habitudes ou ses adaptations. Tout semble organisé pour qu'une difficulté de prise de contact, d'établissement d'un contrat de soins soit mis en place.

Du point de vue du service de psychiatrie, l'arrivée du "hors secteur" crée une contradiction dans la politique de soins de secteur. Dans celle-ci l'hospitalisation n'est plus le centre du dispositif de soins. Elle n'en est qu'un élément, essentiel certes, mais au service d'une dynamique communautaire dans le quartier même. L'idéal est qu'aucun patient ne soit hospitalisé sans qu'une action préalable de prévention ou d'accueil ne soit intervenue. Une arrivée par répartition passive d'un hors secteur, renvoie l'hôpital à sa fonction d'asile tout puissant et isolé en mettant en échec sa dimension d'orientation communautaire.

On conçoit les difficultés de communication qui résultent de tout ce processus. Le patient ne souhaite pas une hospitalisation dans la perspective générale de l'équipe soignante. Il souhaite un certain repos, ce qui le fait vite soupçonner de parasitisme. Il souhaite une rupture dans son circuit d'errance, ce qui le fait accuser de "se planquer". Dans le meilleur des cas il demande un soin, mais les difficultés qui ont précédé son hospitalisation, la tension qui préside à son accueil, rend très aléatoire l'établissement d'une alliance thérapeutique.

Les situations peuvent s'organiser de trois façons différentes. La première est la mise à la porte pure et simple. Il n'y a pas alors de contrainte d'hospitalisation. La santé physique du patient est correcte. Un soupçon de parasitisme, de planque ou de chronicisation à bon compte s'établit. Au terme d'une rupture de contrat dont les données deviennent vite intenables, le malade sort souvent même "contre avis médical".

Pour des raisons très variables, l'hospitalisation se déroule apparemment dans de bonnes conditions. Une ébauche d'alliance thérapeutique s'est établie parce que la personne s'est montrée capable d'échanger et de recevoir dans l'institution ou parce qu'il faut bien sortir du placement sous contrainte, on cherche alors une alternative à l'hospitalisation sous forme de traitement social ou médico-social : formation, foyer de post-cure. On espère souvent secrètement que ces mesures éloigneront définitivement celui qui reste fondamentalement l'intrus du fait de son extra-territorialité.

Enfin, troisième alternative, dans une sortie de suradaptation à l'institution, le hors secteur réussit à s'installer pour une longue période. Il arrive ainsi, dans un jeu qui mériterait une recherche approfondie, à mettre en échec l'institution qu'il maîtrise en jouant à la fois sur la culpabilité des personnes, leur découragement devant la complexité de la situation et les limites objectives des solutions qui peuvent être proposées face à la détresse sociale.

On doit mettre en relation l'organisation du rapport entre l'errant et l'hôpital et le déroulement propre du circuit de désinsertion sociale. L'hospitalisation survient dans un processus qui est avant tout sociopathique. Le profil psychiatrique des patients est rarement classique. Drogue et alcool sont bien souvent en avant de la décompensation, mais comment distinguer entre structures proprement psychotiques, psychopathes, abandonniques ? Ils ont pour trait commun de savoir garder une adaptation dans la marginalité même dans une vie faite d'expédients. Ce monde de clochardisation ou de petite débrouille, de petite délinquance où s'associent drogue, alcool, bagarres, petits trafics, est bien étranger à celui des patients dont l'insertion sociale à travers un domicile bien établi est la base du travail thérapeutique.

Dans ce tableau de l'errance et de la marginalisation, l'hospitalisation joue souvent un rôle négatif et aggravant. Il existe un cercle vicieux de l'hospitalisation : il est en effet convenu qu'à PARIS tout patient hospitalisé dans un service de secteur doit retourner dans le même s'il "rechute" avant cinq ans quelque soit entre temps son devenir personnel s'il n'a pas trouvé un domicile. Lorsqu'il s'agit d'un patient vécu comme difficile pour lequel diverses alternatives ont été proposées, mises en forme et ont lamentablement échoué, on imagine aisément l'atmosphère de rejet et d'hostilité qui préside à son retour. S'engage alors une lutte dont le caractère pervers ne doit pas échapper. Pour le service hospitalier le patient est redoutable dans la mesure où il a appris toutes les faiblesses de l'institution et sait les utiliser dans une guerre d'usure. La demande du patient semble disparaître dans cet affrontement. A terme la demande d'aide est tellement distordue qu'elle n'apparaît plus que dans le fait même de ces retours en catastrophe. L'équipe soignante a l'impression que le patient cherche par tous les moyens à se détruire. Elle est renvoyée à un sentiment d'impuissance qui est bien souvent le résultat du déni d'un désir de détruire. Pourtant ces situations extrêmes restent la dernière tentative de faire entendre une détresse authentique.

La seule issue pour l'institution est la vie d'une certaine tolérance. Il faut reconnaître qu'il n'y a pas de solution satisfaisante et que les résultats de nos soins restent bien médiocres. Comment faire pour que la demande si complexe de ces patients ne se heurte plus sur un mur de refus qui entraîne l'escalade de la violence ? Une des voies possibles est un accueil sur le secteur avant toute hospitalisation. Les diverses aides apportées alors permettront de prévenir les situations de détresse qui conduisent d'une manière plus au moins violente à l'hôpital. On voit alors que le but recherché est en quelque sorte "l'adoption" par le secteur.

L'opération n'est pas simple et elle exige une démarche particulière de secteur. La plupart des lieux d'hébergement, des alternatives à l'errance sont organisées par des associations caritatives qui échappent aussi bien au secteur qu'aux structures psychiatriques. Un réel effort de liaison est nécessaire car ces

structures semblent un réservoir de rejetés et d'exclus. C'est dans un souci de liaison et d'articulation approfondie avec leur projet que peut être entreprise une collaboration entre le soin quand il est nécessaire et chaque fois qu'il est nécessaire et l'accueil tout aussi nécessaire.

Mais il faut bien avouer que si cette "adoption" porte parfois ses fruits, la situation d'errance met bien souvent en échec notre projet. On a alors affaire à ces "patients tourniquets" entrant et sortant aussi vite que nous sommes incapables de <sup>leur</sup> répondre. Est-ce là pour autant l'échec du travail de secteur ? Deux considérations nous permettront d'affirmer le contraire. La première est que l'abandon du travail de secteur tendrait à recentrer le travail non plus sur un réseau communautaire où la trajectoire et la demande du patient sont accueillis en continu mais vers une médicalisation de sa crise. Dans ce cas le patient "élevé au rang de malade" ne fait plus l'objet que d'une considération ponctuelle - la maladie, la crise - au terme de laquelle il ne peut plus être considéré que comme "guéri" ou "incurable". Nous voulons toujours considérer la trajectoire des personnes ~~en terme de maladie et de guérison~~. La situation des hors secteurs serait encore plus détériorée par l'abandon de notre organisation, car elle entraînerait la perte de tout espoir de soin.

La seconde considération est que le travail de secteur ne doit pas être considéré comme une organisation institutionnelle fixe, une susceptible d'évolution. Les expériences d'accueil permanent sur le secteur ont montré l'existence de réponses nouvelles qui concilient la demande de soins et la liaison avec une réponse sociale.

Jacques SIMONNET  
CHS Vaucluse  
PARIS

- de la  
la nielle  
ni de la  
le la maladie  
n de la guérison  
en que comme  
un temps  
particulier  
et des

## L'EXPÉRIENCE D'EMMAUS

### *Présentation de la situation française :*

Avant de rentrer dans le vif du sujet, permettez-moi de présenter en quelques chiffres la situation des sans-abris en France.

Le Père Joseph WRESINSKI, dans son rapport auprès du Conseil Economique et Social en 1987, présentait 400.000 sans-abris sur l'ensemble du territoire. Dans un document de cette semaine auprès d'un promoteur de logement social, une étude évaluée à 500.000, soit 1 % de la population le nombre des sans-abris. Actuellement, on dénombre près de trois millions de chômeurs. On évalue à 2,5 millions de Français (soit 4 à 5 % de la population) ceux qui vivent en dessous du seuil de pauvreté, soit 60 F par personne et par jour. Si les prestations de solidarité versées par l'Etat étaient supprimées, le nombre des "pauvres" s'élèverait à 7 millions, soit 12 % de la population. L'exclusion concerne en majorité des isolés (46 %), des familles monoparentales (17 %). On repère à peu près 100.000 personnes isolées considérées comme "sans domicile fixe" ; 20.000 en région parisienne, 5 à 6 000 dans le métro parisien. A partir d'une enquête réalisée en 1986 pour le Commissariat Général au Plan, un organisme d'étude (le CREDOC) soulignait l'importance du cumul des précarités. Les problèmes de santé sont avec l'emploi au coeur des phénomènes d'exclusion.

### LE MODELE D'EMMAUS

"Reste avec nous car il se fait tard et le jour est sur son déclin"

(Les disciples d'EMMAUS)

Luc XXIV - 29

En 1949, Henri GROUES, Prêtre Capucin, Député, ancien résistant, fonde en Banlieue Parisienne, une maison d'accueil où un nombre sans cesse croissant de sans-logis demande l'hospitalité. Souhaitant vivre une solidarité humaine forte, l'Abbé PIERRE travaille avec eux à la récupération et revende d'objets hétéroclites, vivant aussi en autarcie. Au cours de l'hiver 1954, suite à un froid intense et à la détresse d'hommes et de femmes vivant dans la rue un appel est lancé à la radio, à la solidarité nationale. Des dons arrivent, des bénévoles se lancent derrière l'Abbé PIERRE pour vivre une solidarité avec les plus pauvres. Le Mouvement EMMAUS est lancé...

Il serait vain de retracer aujourd'hui les nombreux événements qui marquèrent l'expansion fulgurante d'EMMAUS, mais aujourd'hui le Mouvement EMMAUS c'est : une société de 10.000 logements dits Habitations à Loyer Modéré en région parisienne. Plus de 153 communautés de vie et de travail sont réparties sur toute la France, accueillant 3 000 personnes (communautaires) chaque année. Une quarantaine de communautés d'amis qui soutiennent l'action des communautés. EMMAUS est présent dans 29 pays du monde, soit 300 groupes d'accueil, de travail, de partage, de vie au service des plus souffrants. Des communautés sont en train de se mettre en place dans les pays de l'Est.

En région parisienne, l'Association EMMAUS gère 13 services : centres d'hébergement pour familles ou hommes seuls, service d'illettrisme, vestiaire, banque alimentaire, etc...  
L'ensemble des acteurs d'EMMAUS : Société de logement social, Communauté, Association EMMAUS se retrouvent autour d'une charte : d'un manifeste universel.

### *Historique des centres d'accueil :*

Pour bien comprendre l'histoire contemporaine des lieux d'accueil en France, il faut savoir que c'est initialement des lieux d'asile de nuit, à l'initiative d'associations, de congrégations religieuses, de paroisses. Ces centres généralement fermés dans la journée proposaient un couchage, un souper, un petit déjeuner. C'est avec une loi du 19 avril 1946 qu'apparaît la notion de centre d'hébergement. Ce texte encourage l'ouverture d'établissements pour les personnes cessant la prostitution à des fins de rééducation, de reclassement ou cessant le vagabondage. Par convention avec l'état, des institutions publiques ou privées peuvent alors obtenir des financements.

Dès lors, les conditions d'hébergement s'améliorent et les centres fonctionnent avec des salariés jour et nuit, 365 jours par an. La Loi du 19 Novembre 1974 élargit considérablement le champ d'activités des centres d'hébergements. Le manque de ressources devient le critère principal d'accès au droit. Aujourd'hui, plus de 500 Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale offrent 15.000 lits, accueillent plus de 100.000 personnes par an.

Responsable d'un de ces centres de 40 places, situé au coeur de Paris, et en lien avec l'ensemble des lieux d'accueil d'EMMAUS, je constate chaque jour les phénomènes complexes et ambigus d'aliénation des populations stigmatisées par l'errance et en voie de clochardisation. On peut facilement repérer dans l'accueil d'hommes adultes un certain nombre d'indicateurs :

. la rupture familiale, l'échec du projet économique, la solitude, l'instabilité, la maladie physique ou psychologique, l'expulsion du logement.

L'accueil en centre d'hébergement non médicalisé, communautaire ou non, n'a pas d'élément restrictif. Les motifs de sélection sont un papier d'identité, une capacité à travailler, une capacité à vivre en groupe.

### *Typologie des publics accueillis :*

En théorie, l'être humain est essentiellement un être social, sa relation au monde est marquée par les liens qu'il tisse avec son entourage, et la société entière n'est-elle pas un réseau de réseaux ? A EMMAUS, vivre, partager, travailler avec des individus en rupture de lien social constitue une expérience d'échanges forte et modélisable.

Effectivement, des points communs se retrouvent dans les populations admises, dans nos centres d'hébergement, dans nos services d'accueil de jour. Tous les individus n'entretiennent plus de rapports positifs avec leur milieu social originel. Ils sont en situation d'isolement extrême, de grave délabrement physique et mental. Leur mobilité permanente les oblige à une vigilance de tous les instants. Toute chose acquise peut à tout moment disparaître comme par exemple la perte de papiers d'identité, des vêtements déchirés par l'usure ou encore des chaussures trouées par de longues marches. Aucune personne ne sort indemne de la "vie dans la rue" considérée par elle comme à celle d'une bête.

Les situations de marginalisation rencontrées sont de 3 sortes :

--> **Marginalisation ancienne** : elle concerne des individus connaissant parfaitement l'ensemble des lieux d'aide. Ils sont généralement passés par l'aide sociale à l'enfance, rattachés depuis toujours à un lien de vie collective (pensionnat, armée, foyer). Ils stagnent dans un "no man's land social". Ce sont des caractériels notoires.

--> **Marginalisation chronique** : les individus ont un passé complexe mais très présent, ils ont dû se débrouiller seuls très tôt et se sont trouvés en situation de délinquance. Ils ont tout fait et rien fait : petits boulots, drogue, prison, alcool, trafics divers. A chaque sortie d'un hôpital ou d'un établissement pénitentiaire, ils ont la possibilité de retrouver une stabilité économique, une autonomie relative. Cependant, l'absence de référent affectif les fragilise.

--> **Marginalisation nouvelle** : cette catégorie est révélatrice d'un durcissement de la société à l'égard de ceux qui n'arrivent pas à négocier les changements économiques et sociaux. Leur parcours est typique : sur endettement --> divorce --> chômage --> maladie --> épuisement des droits --> vacuité.

### *Eléments de praxéologie :*

Face aux identités éclatées, se constitue un grand vide relationnel et social. L'importance de l'étude des comportements sociaux n'est pas minimisée par les psychiatres. On en retrouve les traces chez les pionniers de la psychiatrie comme PINEL - ESQUIROL et chez les promoteurs de la politique d'action sociale décontractée.

Aujourd'hui, de manière synthétique, la maladie mentale serait le résultat de trois facteurs.

- 1) Le biologique ou somatique, le développement de la neurophysiologie, de la génétique, de l'imagerie qui en attestent la validité.
- 2) Le psychologique a toujours tenu une place éminente en France, en rendant compte du succès des théories analytiques et de la multiplicité des écoles et des courants de pensées.
- 3) Le social reste une science non définie, faute d'une théorie reconnue par l'ensemble des acteurs de ce vaste champ aux frontières floues.

Seul le concept de "réseau social" constitue une grille pour l'étude des phénomènes d'aliénation mentale et de marginalisation extrême.

A EMMAUS, la reconstitution d'un réseau social offre à divers marginaux la possibilité de service dans un lieu de reconnaissance dans lequel, grâce au partage du travail, se créent des liens. Avec le temps, et de fréquents "aller et retour" entre désocialisation et résocialisation, l'émergence de rapports identitaires construits apparaît. Certains repères sont assimilés, validés, modélisables hors des lieux de vie d'EMMAUS. La guerre contre l'exclusion est gagnée. Quitter un lien de vie protecteur est enfin possible.

## EMMAUS UNE MAÏEUTIQUE :

Le Mouvement EMMAUS ne se définit pas en deux mots : EMMAUS se vit. Derrière cette affirmation, il faut comprendre la priorité absolue de l'action. Action de partage, d'engagement, de combat pour la promotion du plus souffrant. La prédominance de l'action dure sur la réflexion pure est vraisemblablement dictée par une attitude à la fois défensive et agressive vis-à-vis d'un univers incluant pêle-mêle les sciences économiques, sociales, médicales, la recherche normative. Nous sommes avec l'homme le plus souffrant et son mystère.

L'histoire d'EMMAUS ne s'écrit pas en vers, dans le genre littéraire de la poésie ou du merveilleux, mais en prose dense avec des pleins et des creux. EMMAUS offre une piste originale pour mettre l'homme debout. EMMAUS n'est pas un lien répétitif d'une quelconque institution. EMMAUS, c'est une pratique de travail, de partage, d'Amour. EMMAUS, c'est un paradoxe, EMMAUS est un amant qui mène le plus fou des hommes à un idéal de vie. EMMAUS est en perpétuel mouvement, en perpétuelle gestation. EMMAUS, c'est l'art d'accoucher individuellement et collectivement de nouveaux projets, de nouvelles espérances.

*"Quant à mon art d'accoucher à moi, il a, par ailleurs, toutes les mêmes propriétés que celui des sages femmes, mais il en diffère en ce que ce sont des hommes (...) qu'il accouche ; en ce qu'en outre, c'est sur l'enfantement de leur âme et non de leur corps que porte nom examen".*

**Socrate....Théétète ou de la science.**

**Xavier VANDROMME**  
**EMMAUS**  
**PARIS**

**BIBLIOGRAPHIE :**

- B. CHEVALLIER :           EMMAUS ou venger l'homme ,  
Livre de poche - Le Centurion 1979
- P. LUNEL :                   40 ans d'Amour - Edition N. 1 -(1992)
- H. LE RU:                   De l'Amour au Management, Edition ouvrière 1986
- HAMMER :                   Influence of Samil Social Network as factors  
on mental hospital admission ,  
Human Organisation 1963 Londres
- ESCOLIER-REICHMANN   Analyse des réseaux sociaux -  
Revue française de psychiatrie n. 8 Octobre 87
- MUCHIELLI :                L'identité P.U.F Paris 1986
- PLATON :                    Théétète ou de la science , PARIS Gallimard 1950

## LA PRESENCE DU SECOURS CATHOLIQUE

### LA PRESENCE DU SECOURS CATHOLIQUE

Le Secours Catholique ou CARITAS Paris que nous représentons ici a pour mission de "rayonner la charité", d'apporter aide et secours à toute personne..... article 1er de nos statuts.

Les 40 salariés permanents et les 1 700 bénévoles de la délégation se mobilisent jour après jour pour mettre en actes cette volonté.

En 1991, 40 000 situations de pauvretés rencontrées ; les actions que nous allons décrire sont celles qui ont à faire avec le sujet qui nous préoccupe ici "les malades mentaux clochardisés".

Disons que nous sommes heureux de cette rencontre de l'initiative de Luigi LEONORI de cette dimension européenne pour confronter nos pratiques mais aussi pour comparer les cadres législatifs dans lesquels elles s'inscrivent.

La Caritas Paris n'est pas engagée directement dans les soins ou des actions d'hébergement de malades mentaux à la rue. Cependant dans ses différents accueils (20 000 SDF en région parisienne) bénévoles et salariés ont à faire avec la souffrance de ces personnes et par là même rencontrent des difficultés supplémentaires pour l'accueil et l'orientation.

D'une façon générale nos actions auprès des personnes à la rue, visent d'une part à répondre à des besoins premiers : se laver, se vêtir, se nourrir, se poser arrêter de marcher, trouver un accueil chaleureux, d'autre part en une aide à la recherche de logement ou d'hébergement, et une aide à la recherche d'emploi.

Il nous semble que les premiers éléments sont une base indispensable pour un état de santé mentale.

Pour se laver, se vêtir, se poser, un lieu nommé la Voûte ou service vêtements.

4 000 personnes reçues en 91 dans un cadre agréable autour d'un café. Elles sont accueillies et peuvent alors se doucher, se raser, choisir des vêtements, laver leur linge si elles le souhaitent, le repasser.

2 après-midi par semaine, certains sont invités à revenir pour être là, échanger... se sentir exister.

Pour se laver, se nourrir, trouver un accueil chaleureux, nos 7 accueils de jour sont des lieux de type familial pour 12 à 15 personnes maximum.

Les personnes y sont adressées pour y passer la journée de 10h à 17h ou soirée. Elles y trouvent douche, machine à laver, sèche linge. Le repas est préparé et partagé. A travers la mise du couvert, les plats à préparer, la vaisselle à faire, la salle à balayer, les accueillis retrouvent des gestes de la vie quotidienne. Des relations se tissent entre accueillants accueillis et entre eux, petit à petit, les personnes se "restaurent". Elles trouvent là un appui amical nécessaire pour retrouver pied dans la vie.

Un de nos accueils de jour le Folgöet a été créé exclusivement pour un public ayant eu ou ayant encore à voir avec la maladie mentale. Ce lieu fonctionne avec une salariée et 8 bénévoles, 4 jours par semaine plus une soirée pour ceux qui travaillent. 70 personnes ont ainsi été accompagnées l'an dernier.

Autre lieu de convivialité ce que nous appelons "pain partagé Hermel" dans le 18è ;

là aussi, 2 fois par semaine 60 à 70 personnes sont accueillies par une équipe de bénévoles dès 10h pour ceux qui le veulent jusqu'à 14h. Ils trouvent là une possibilité d'échanger, de jouer aux cartes ou au scrabble avant le repas. Celui-ci est servi par petites tables. Les accueillis sont des SDF, des personnes seules très fragilisées ou en logement précaire et quelques malades mentaux pour qui l'équipe a su aménager un espace et une relation adéquate où ces personnes semblent trouver un équilibre.

Aider à trouver un hébergement ou un logement,

pour cela le centre Ballu permet aux personnes à la lisière de l'insertion ou de la réinsertion de bénéficier d'hébergement voire de prises en charge de chambres d'hôtels ; cela en attendant que la personne puisse payer elle-même sa chambre. Des aides à la survie alimentaire, de l'aide aux transports peuvent aussi être donnés car nécessaires. 100 000 Frs par mois sont ainsi utilisés.

Nous réservons une aide spécifique pour les sortants d'hopitaux psychiatriques. A partir d'un fonds de 100 000 Frs obtenu dans le cadre des Mesures Précarité Pauvreté, la délégation à la demande des équipes psychiatriques fait des prises en charge d'hôtel, pour une durée limitée en attente d'une autre

solution. Situé comme tiers entre le malade et l'hôpital, le service que nous rendons est très apprécié des services spécialisés et utile pour les malades.

Enfin, compte tenu du nombre important d'accueillis en grande difficulté psychologique rencontrés dans nos accueils, qu'il s'agisse de difficultés psychologiques avérées ou de troubles liés à la vie d'errance, à la demande des bénévoles nous avons mis en place 2 groupes de supervision avec Mme A. psychiatre ancien chef de service de l'hôpital Ste Anne. C'est une aide précieuse qui permet aux accueillants de mieux élaborer leurs réponses et attitudes.

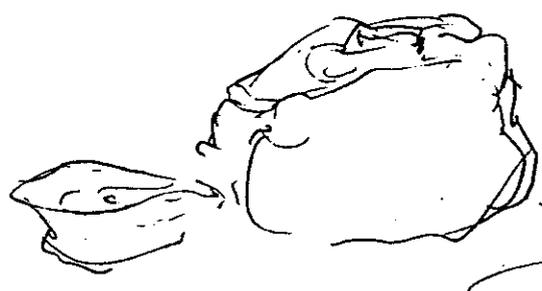
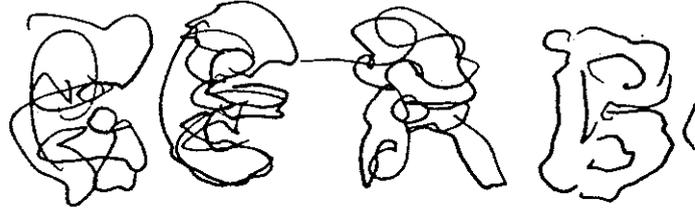
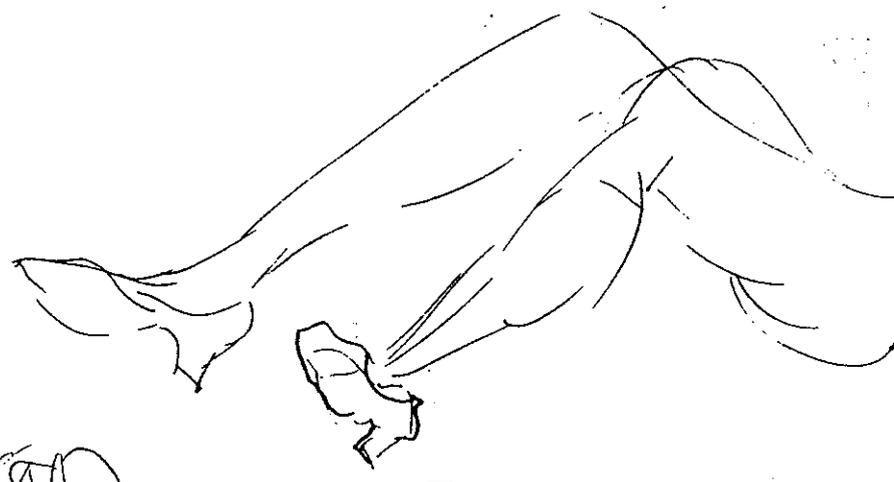
En conclusion, nous pouvons affirmer que l'aide que nous apportons aussi bien dans les activités décrites ci-dessus ou dans celles menées au cœur des quartiers auprès des enfants et de leur famille relève plutôt de la prévention. C'est en étant aux côtés des personnes alors que se multiplient les situations de ruptures, (travail, logement, famille) c'est en apportant un soutien amical, financier aux personnes fragilisées que nous agissons en amont de la maladie mentale.

Hector CARDOSO-RODRIGUEZ  
Animateur

Odile LE BER  
Déléguée

ATTENDES

MM...  
MM...  
MM...  
MM...  
MM...



NOUS ENTRERONS DANS LA CARRIÈRE

(Hymne national !  
mais oui !

## PRESENTAZIONE DEI CENTRI CARITAS

### *Area ascolto ed accoglienza*

Le diverse esperienze acquisite dalla Caritas Diocesana di Roma nel contatto e nell'assistenza offerta ai cittadini senza dimora hanno permesso la creazione di risposte strutturate e coordinate tra loro.

Le prime esperienze si ebbero direttamente nei luoghi di emarginazione presenti nella città: Stazione, centro storico, locali abbandonati, tentando di individuare le cause del fenomeno e formulare adeguate strategie d'intervento.

Da qui presero spunto i primi servizi della Caritas quali la mensa ed i due centri d'ascolto per italiani e stranieri (inizi anni 80).

La necessità di diversificare gli interventi, unita al tentativo di avvicinare coloro i quali non entravano direttamente in contatto con i servizi, determinò il crearsi di gruppi di volontari che in orari notturni tentavano un approccio nei luoghi di maggiore emarginazione. L'offerta di panini, bevande calde, coperte rappresentò una efficace strategia di avvicinamento che ruppe diffidenza, paure ed isolamento.

Questo servizio, ormai consolidato, è sempre stato accolto con favore dagli "ospiti": il barbone (spesso anziano o malato di mente), il giovane sbandato, lo straniero in cerca di lavoro, il noleggiatore abusivo, il ladruncolo, etc.

Fin dall'inizio, tramite questo servizio, si è cercato di favorire più l'incontro umano che la semplice distribuzione di viveri. Nonostante l'avvicendamento dei volontari, la mensa itinerante fornisce una serie di volti a cui far riferimento e da avere come amici.

L'approccio iniziale si trasforma ben presto in un rapporto di fiducia, volto a conoscere le persone, la loro storia di partenza per trovare insieme la soluzione al loro problema.

Nel luogo di maggior emarginazione (Stazione Termini) nel giugno 1987, la Caritas Diocesana istituì l'Ostello in convenzione con il Comune di Roma.

L'Ostello, oltre alla finalità primaria di accoglienza e di ascolto, per la promozione e il reinserimento dell'emarginato, assicura anche una funzione di "Osservatorio" del fenomeno e delle cause della povertà con lo scopo di:

- \* far presente alla comunità civile ed ecclesiale della città di Roma i problemi legati all'emarginazione;
- \* suggerire, di conseguenza, adeguate proposte di intervento concreto, con progetti innovativi e non mancando di denunciare, laddove esistano, carenze nei servizi territoriali ed istituzionali.

La necessità di attuare interventi mirati su particolari categorie di utenza e di offrire risposte idonee, portò successivamente all'apertura di un altro centro di accoglienza e di una comunità-alloggio.

Nel giugno 90, infine, maturata l'esigenza di un maggiore collegamento dei servizi che permettesse un iter riabilitativo dell'ospite, si è pensato di accorparli in un'unica area denominata "ascolto ed accoglienza". L'organizzazione dell'area è partita da un'attenta riflessione fatta dagli operatori sulla personalità dell'emarginato e delle sue problematiche.

Ci sembra che l'emarginato grave, in particolare il S.F.D. è per definizione un individuo che ha rotto sia fisicamente (rispetto al territorio d'origine) sia emotivamente (rispetto ai legami affettivi) con la propria rete sociale a cui:

- o non ha mai appartenuto consapevolmente
- o che ha deliberatamente rifiutato
- o che lo ha dolorosamente espulso.

È quindi un individuo privo di una rete di appartenenze di "supporto sociale" inteso come tutte quelle funzioni di aiuto, appoggio personale, psicologico, emotivo e sentimentale che normalmente sono offerte a chi è più prossimo.

L'impossibilità o l'incapacità ad attivare reti sociali di riferimento che non siano labili o frammentarie, porta queste persone in una condizione di marginalità complessa che si caratterizza come:

- lontananza da molti "centri" (lavoro, famiglia, istituzioni in genere),
- e come "percorso" di progressiva autoemarginazione.

Inoltre proprio la condizione di assenza di legami primari rende molto più difficile per costoro accedere alle reti di supporto istituzionale/professionale.

Ne deriva che non ci si può occupare di queste persone in modo "burocratico", ma che è indispensabile mettere in atto delle relazioni di servizio, che siano in grado di riattivare dei percorsi comunicativi tali per cui queste persone posano lentamente riallacciare delle relazioni significative, le uniche in grado di permetter loro di ridurre la situazione di isolamento/emarginazione.

In questo cammino di riabilitazione l'ospite è aiutato dal gruppo degli operatori dei singoli centri che forniscono interventi di sostegno al programma personalizzato di riabilitazione.

Il gruppo di operatori giocherà un ruolo fondamentale nel definire, qualificare e articolare un contesto di accoglienza e di rispetto per ogni singolo ospite. Particolare riguardo dovrà avere il gruppo degli operatori nel proporre attività che incoraggino i processi di socializzazione e di autonomia.

In questo aiuto "qualificato" il gruppo degli operatori interni ai centri si confronta quotidianamente con l'équipe psico-medico-sociale.

Il lavoro di tale équipe, trasversale ai servizi di accoglienza prevede:

- analisi della domanda
- individuazione dei bisogni
- formulazioni di un progetto di aiuto
- elaborazione di programmi personalizzati
- analisi dei dati statistici
- sostegno a qualsiasi operatore che lo richieda.

Per concludere é necessario richiamare l'attenzione su alcune problematiche emerse nel nostro lavoro quotidiano.

I barboni S.F.D. con disturbi psichiatrici più o meno profondi, gli "ex-180", i cornici per i quali non ci sono strutture adeguate e spesso anche i "rifiutati" dai servizi ospedalieri, si vedono costretti a dimorare per la strada o ad accettare alloggi non confacenti ai loro bisogni. (ostelli - dormitori etc.).

Queste forme di intervento hanno dimostrato quanto sia valido un approccio umano per entrare nel loro vissuto e creare un rapporto di fiducia tale da permettere anche un avvicinamento terapeutico-riabilitativo.

Quest'ultima fase, ovviamente, dovrebbe essere attuata in strutture idonee atte all'accoglienza elastica di soggetti psichiatrici.

L'alta densità negli ostelli e la variegata tipologia di presenze (barboni malati mentali, alcolisti, immigrati, tossicodipendenti) rischia di emarginare all'interno di essi le presenze dei malati mentali che a causa delle diverse patologie, autonomamente, vengono esclusi.

Solo la creazione di centri che permettessero l'integrazione di piccoli nuclei con patologie a diversi stadi potrebbe ovviare al ritorno per la strada che purtroppo si prospetta il più delle volte a soggetti psichiatrici transitanti negli Ostelli per S.F.D.

**Gennaro DI CICCO**

*Area ascolto-accoglienza Caritas*

ROMA

## PROFESSIONISTI DEL DSM RM12 & VOLONTARI CARITAS

### *una collaborazione possibile*

#### "I MALATI MENTALI CHE EVOLVONO VERSO IL BARBONISMO"

Questa frase sembra rappresentare il nostro punto di lotta, la scommessa che il nostro Dipartimento di salute mentale cerca di portare avanti da oramai oltre dieci anni. Quella cioè di costruire una cultura che vada nella direzione opposta, basata su un lavoro quotidiano che ci permette di interrogarci sui pazienti, sul loro rapporto con noi, su ciò che può fare ammalare ma, cosa più importante, su come organizzare progetti terapeutici per pazienti con situazioni psicotiche gravi, al fine di poterli reintegrare al massimo delle loro possibilità. Tutto ciò all'interno di una legge, quale quella italiana, che pur essendo considerata all'avanguardia rispetto ad altre legislazioni europee, è stata spesso messa sotto accusa di produrre abbandono e "barbonismo".

Credo di poter affermare che il nostro DSM si è fatto carico di queste responsabilità e ha cercato, anche contro le lentezze burocratiche e le non risposte istituzionali, di conquistarsi spazi e collaborazioni là dove è stato possibile.

Ci siamo trovati ad operare su un territorio molto vasto della zona nord di Roma, un territorio con caratteristiche socio-demografiche notevolmente disomogenee, che comprende zone di estrazione alto-borghese, quartieri popolari, una periferia agricola. Inoltre, nel nostro territorio esisteva l'unico Ospedale Psichiatrico della città, le persone del quartiere erano state, da sempre, in contatto con i "fantasmi" della follia prima, con il prodotto della cattiva applicazione della riforma psichiatrica poi da parte di chi aveva confuso "l'apertura" dei manicomi con la deresponsabilizzazione o "l'abbandono" dei pazienti.

In questi anni siamo riusciti a creare tutte le strutture previste dalla legge regionale n.49 (CSM, centri diurni terapeutici, centri di formazione professionale, comunità terapeutiche e riabilitative, comunità alloggio, case-famiglia ed appartamenti assistiti, etc.). Per potere attivare tutto questo abbiamo dovuto contemporaneamente creare una rete di rapporti con tutte le agenzie sociali del territorio, senza le quali il nostro lavoro sarebbe rimasto limitato e parziale.

Nel corso della storia del nostro DSM siamo stati sempre consapevoli che il benessere dei nostri pazienti non poteva essere garantito solo dalla qualità del nostro intervento ma che, per "rompere" l'isolamento istituzionale e sociale del malato, dovevamo riuscire ad integrare la nostra operatività con tutte le realtà sociali del territorio. Tra le tante realtà con le quali abbiamo avuto rapporti in questi anni, ci sembra utile riportare l'esperienza tra il nostro DSM e un gruppo di volontariato Caritas. L'esperienza risale al 1983 quando alcuni operatori del servizio decisero di contattare due parrocchie del territorio molto attive nelle attività di volontariato, nel tentativo di mettere insieme i due poli di intervento, apparentemente distinti e separati, la cui unione permettesse di attivare in modo concreto e coordinato risposte differenziate nei confronti di portatori di disturbi mentali.

Il volontariato cristiano rispose positivamente ai nostri stimoli, assumendo un atteggiamento di attenzione e disponibilità alla comprensione dei bisogni del malato psichico sempre più percepito come persona "sofferente" e bisognosa di risposte non solo assistenziali, nel senso appunto della carità fine a sè stessa.

Come servizio e quindi in qualità di "specialisti" ci ponemmo alcuni obiettivi tra i quali la necessità di fornire un'informazione che permettesse di superare l'immagine convenzionale del malato mentale spesso connotato negativamente come persona pericolosa e senza possibilità di guarigione. Una maggiore comprensione della malattia mentale doveva essere il primo passo verso iniziative di intervento diretto.

La prima iniziativa presa dal DSM sul piano operativo fu quella di organizzare un corso di formazione per un gruppo di volontari che facevano riferimento alla parrocchia di N.S. di Guadalupe.

Il corso si pose più obiettivi: quello più generale di far conoscere l'attuazione della riforma sanitaria e della legge n.180, la composizione di un DSM ed i suoi compiti istituzionali; quello più specifico relativo al nostro territorio, alle strutture esistenti e alle nostre modalità operative, in sintesi alla nostra storia.

La parte qualitativamente più significativa del corso non ha riguardato però l'informazione, sicuramente utile, ma la necessità di far prendere coscienza ai futuri "operatori" che l'aspetto più importante non era quello di conoscere la diagnosi di un paziente, di capirne il significato in termini di sintomi e quindi di apprendere da noi risposte da attivare, era questa infatti all'inizio la richiesta prevalente, ma l'aspetto più significativo doveva essere quello di una "conoscenza" della persona sofferente, conoscenza che passa attraverso la ricostruzione della sua storia, dei suoi vissuti, della sue paure di "essere umano" e non solo di "malato mentale", e che solo attraverso questo tipo di conoscenza si può sviluppare un rapporto che permetta una modalità di comunicazione che implica una partecipazione attiva alla sofferenza dell'altro, ma anche la possibilità di contenerla.

E' stato prevalentemente su questi aspetti che abbiamo cercato di impostare il corso al fine di migliorare la qualità del rapporto tra volontariato ed utente cercando di lavorare anche per il superamento dell'idea di pietismo presente in molti volontari per istanze personali.

Potremmo dire che il salto qualitativo dei volontari è stato quello di prendere coscienza della necessità di sviluppare una "cultura dell'accoglienza" e di vedere la parrocchia come sede di servizi e mobilitazione di risorse complementari al servizio ed al benessere di ogni cittadino.

Da parte nostra eravamo consapevoli dell'importanza che poteva assumere nella vita quotidiana dei nostri pazienti l'ingresso di figure "non tecniche" come punti di riferimento che fornissero uno strumento esistenziale in più e di come la possibilità di sperimentare relazioni positive potesse favorire potenzialità evolutive quasi sempre esistenti nel paziente anche se spesso ignorate o negate. In quanto tecnici ci ponemmo come "calibratori" dei rapporti cercando di modellare relazioni elastiche con confini e modalità chiare assolutamente necessarie con questo tipo di pazienti che altrimenti tenderebbero ad un coinvolgimento totale non utile a nessuno.

Questa collaborazione non avrebbe significato delegare la nostra competenza tecnica, ma al contrario la nostra scommessa verteva proprio sulla necessità di mantenere separati e distinti i rispettivi ruoli. Ciò in quanto pensavamo a un tipo di aiuto non tecnico ma comunque altamente "terapeutico", volto ad inventare nuove risposte che potessero favorire la possibilità di riallacciare legami individuali, che a loro volta facilitassero il riappropriarsi di opportunità e di risorse in un percorso di superamento dall'esclusione che spesso questo tipo di patologia comporta.

La prima tappa operativa nel tragitto combinato tra DSM e questo primo gruppo di volontari è stata l'apertura concordata di un "Centro di ascolto". L'istituzione parrocchiale viene coinvolta in questo primo progetto che prevede l'utilizzazione di alcuni locali della parrocchia per due mattine alla settimana. Nel corso della costruzione di questa collaborazione emergono già momenti di confronto su esperienze concrete che i volontari si trovano ad affrontare. Dopo questa prima esperienza, ritenuta positiva, viene aperto un Centro di incontro e di accoglienza per tre volte alla settimana. Nel primo periodo è stata necessaria la presenza di una équipe del DSM per accompagnare e sostenere le volontarie in una esperienza che sentivamo da loro voluta ma anche temuta per il senso di responsabilità insito nel compito assuntosi.

Il "Centro di accoglienza" ha rappresentato uno spazio riconosciuto come proprio dai nostri pazienti riducendo così quei "vuoti" di costrizione alla solitudine spesso popolati da angosciose paure. E' di quest'anno la decisione di trasformare il "centro di accoglienza" in "Centro diurno" che prevede una serie di attività più strutturate: un corso di cucina, uno di cucito ed altra attività espressive.

E' in questi spazi di disponibilità e di conoscenza che sono nati rapporti privilegiati e duraturi tra i nostri utenti ed i volontari con le caratteristiche e le modalità proprie degli incontri personali.

Questa nostra esperienza di collaborazione tra Servizio e Volontariato può quindi essere considerata come spunto di riflessione per un lavoro che inserisca all'interno di un processo terapeutico dei risvolti non codificabili secondo la pratica vigente e consueta ma estremamente utili per quel percorso di evitamento dell'abbandono del malato mentale che rappresenta uno degli obiettivi di una pratica psichiatrica corretta.

**Giulia MARCELLI,**

Psicologo collaboratore, Coordinatore  
gruppo di lavoro Caritas-DSM RM/12.

**Anna Maria DE LEONARDIS,**

Aiuto psichiatra responsabile CSM  
Distretto Monte Mario-Balduina, DSM RM/12.  
ROMA

# L'AMBULATORIO CARITAS PER IMMIGRATI

*ambulatorio di igiene mentale transculturale  
aspetti clinici ed epidemiologici*

## INTRODUZIONE

Gli studi sulla psicopatologia da transculturazione hanno permesso di constatare che non esiste una patologia specifica determinata dall'evento migratorio, ciò nonostante possiamo considerare gli immigrati come una categoria "a rischio" in quanto possono sviluppare una sintomatologia fisica e/o psichica come conseguenza ad un disadattamento, sia sociale che culturale, nel Paese ospite.

Gli orientamenti patogenetici sui disturbi psichici degli immigrati seguono essenzialmente due direttive principali, contrastanti fra loro seppure entrambe confermate da numerose ricerche : la teoria dell' "alien migrateur" da una parte, e dall'altra la tendenza a considerare l'immigrato come un soggetto psichicamente sano, desideroso solo di migliorare le proprie condizioni di vita.

Dagli studi compiuti dalla Cattedra di Igiene Mentale della I Università degli Studi di Roma "La Sapienza" sui vari aspetti del fenomeno migratorio, sono stati messi in evidenza alcuni aspetti caratteristici dell'immigrazione a Roma, qui brevemente riassunti :

- la maggior parte degli immigrati è di origine africana (soprattutto provenienti dal Corno d'Africa) e sono in maggioranza di sesso maschile;
- il 75% ha un'età inferiore ai 30 anni;
- alta scolarità (il 60% ha un diploma di scuola media superiore o di

laurea)

- circa il 70% dichiara di essere disoccupato
- i motivi politici ed economici risultano essere le principali cause di im migrazione.

Da un punto di vista psicopatologico si è osservato che punteggi elevati nei questionari utilizzati per rilevare disturbi psicopatologici sindromi ci, sono riportati dal 10% degli etiopi e dal 17% degli altri.

Non sono disponibili dati attendibili relativi alle popolazioni esaminate nei rispettivi Paesi di origine, per cui non è possibile trarre valutazioni più specifiche. Si può comunque affermare che sono tassi non elevati in quanto diversi studi epidemiologici indicano una prevalenza complessiva di disturbi psichici in popolazioni adulte generali dell' ordine del 15%.

Per quel che riguarda i disturbi psichiatrici maggiori, concernenti cioè quelle patologie che richiedono ricovero ospedaliero, la percentuale dei ricoverati presso gli S.P.D.C. di Roma, secondo gli ultimi dati disponibili, è dell' ordine dello 0,8%. Si tratta anche in questo caso di un valore decisamente basso considerando che la popolazione generale di immigrati era va lutabile intorno alle 100.000 unità.

In generale possiamo affermare che le diagnosi psichiatriche più frequenti sono da ascrivere ad una sofferenza caratterizzata soprattutto da di sturbi minori ansiosi e depressivi.

Questi dati, più volte confermati nel tempo da ulteriori ricerche, dimo

strano che i protagonisti di questo flusso migratorio sono in realtà indiv  
idui più dotati e intraprendenti e non, invece, come asserito da altre  
numerose ricerche, quelli più disturbati e disadattati nel Paese di origin  
e.

Attraverso un' analisi statistica dei dati raccolti nei vari campion  
i esaminati è stato possibile individuare alcuni probabili fattori di ris  
chio psicopatologico:

- sesso femminile;
- età più avanzata;
- soggiorno in Italia più lungo;
- scolarità meno elevata.

#### L' AMBULATORIO DI IGIENE MENTALE TRANSCULTURALE

A Roma dal 1983 esiste un ambulatorio polispecialistico istituito dal  
la Associazione Missionaria Fernando Rielo, condotto da medici volontari.  
Questa struttura è situata nei pressi della Stazione Termini, in via Magent  
a fino al 1988 e successivamente in via Marsala, luogo strategicamente ott  
imale in quanto molto vicino ad uno dei punti di aggregazione più frequent  
ato dagli immigrati extracomunitari a Roma.

Dall' ottobre 1986 in questo poliambulatorio è stato istituito un serv  
izio di igiene mentale condotto dagli operatori della Cattedra di Igiene

Mentale, che si alternano in questo servizio operante stabilmente un giorno la settimana.

Il lavoro psichiatrico si svolge in stretta collaborazione con i medici ed i chirurghi di altre specialità ed ha quindi il carattere di una attività di liaison - psychiatry.

Questo tipo di approccio risulta il più utile con pazienti che, sia per la cultura di origine sia per la condizione stessa di immigrati, esprimono difficilmente un disagio emotivo come primo disturbo e tendono piuttosto a mediare il rapporto con il medico attraverso l'offerta di un sintomo corporeo.

In questo paragrafo verranno analizzate le cartelle cliniche relative al periodo gennaio 1989 - maggio 1992.

Il campione è costituito da 116 pazienti, di cui 89 maschi (pari al 76,7%) e 27 donne.

Suddividendo il campione secondo le aree geografiche di provenienza si osserva che la maggioranza dei pazienti è di origine africana: 87 (75%) del totale. Tra i Paesi africani quelli più rappresentati sono i Paesi del Corno d' Africa (38 dall' Etiopia e 17 dalla Somalia, pari al 32,7% della popolazione generale). Sono presenti inoltre immigrati provenienti dall' Asia (solo maschi, 10,4%), dall' Europa dell' Est (in egual misura tra i sessi, 8,7%), dall' America Latina e Centrale (5,1%) e 1 dalla Jugoslavia (di sesso maschile).

Dividendo la popolazione maschile esaminata in fasce di età si evidenzia la giovane età del campione: il 60,7% ha un'età inferiore o uguale a 30 anni.

La maggioranza dei maschi è celibe (57 casi, 64%) mentre il 30,4% è coniugato (19 su 27 hanno dichiarato di avere il proprio nucleo familiare disgregato).

La scolarità della popolazione maschile esaminata dimostra un alto livello: il 59,6% è in possesso di diploma di scuola media superiore e il 18% di laurea.

Per quanto riguarda la variabile occupazione, l'analisi ha rilevato che il 73% dei maschi è disoccupato, mentre i rimanenti sono impiegati in diverse occupazioni (operai generici, commercianti per lo più ambulanti, domestici, infermieri, operai edili, impiegati nel settore alberghiero e contadini).

Per quanto riguarda il sesso femminile, gli aspetti socio - demografici sono sostanzialmente simili per quanto un confronto statistico non sia possibile causa l'esiguità del campione.

Pur tuttavia si può constatare che il sesso femminile tende ad essere maggiormente rappresentato in una fascia di età più giovane (tra i 21 e i 25 anni) rispetto agli uomini.

Attraverso un'analisi delle diagnosi psichiatriche relative ai soggetti maschili (Tab. 3) si può notare che il disturbo psichico più frequente è ascrivibile alla sfera dei sintomi ansiosi (21,3%), che sembra essere più

frequente tra gli individui compresi nella fascia di età tra i 18 e i 25 anni.

Una sindrome depressiva è spesso riscontrata (16,8%) anche in associazione con disturbi ansiosi (14,6%).

I disturbi somatoformi sono molto frequenti (15,8% del totale), spesso accompagnati da sintomi ansiosi e depressivi. Sono sintomi somatici portati all'osservazione del medico generico, ma hanno tratto giovamento, nell'ambito di una stretta collaborazione con l'ambulatorio di igiene mentale, da terapie psicofarmacologiche dopo molti tentativi infruttuosi eseguiti con farmaci apparentemente specifici.

I sintomi più spesso presentati sono cefalee, disturbi gastrointestinali e dolori localizzati in varie regioni somatiche soprattutto nella zona lombare.

I disturbi della sfera sessuale, altri disturbi psichici che si proiettano sul corpo ma con valenze dinamiche diverse, sono presenti in 10 pazienti (11,3%) e sono dovuti essenzialmente ad eiaculatio praecox e ad impotenza.

Sono inoltre presenti disturbi psicotici, bipolari, paranoidei, fobici e di personalità. Sono stati visti infine 3 casi di maschi alcolisti e un tossicodipendente.

Nella Tab. 1 sono riportate le diagnosi psichiatriche relative al sesso femminile e si può constatare un andamento abbastanza simile a quello maschile per determinate sindromi, mentre i disturbi psicotici sembrano esse-

re maggiormente rappresentati (5 su 27 contro 6 su 69).

Lo stesso vale per la sintomatologia depressiva, anche se in misura inferiore.

Correlando tra loro i dati riguardanti il tempo di permanenza in Italia al momento del colloquio e la diagnosi psichiatrica si evidenziano alcune caratteristiche che forniscono interessanti elementi di discussione.

Nella Tab. 2 sono riportati i dati relativi al momento del primo colloquio nel campione generale.

E' evidente che la maggioranza dei pazienti sono giunti all'osservazione psichiatrica nei primi 6 mesi di permanenza in Italia (41,3%), mentre più si allunga il soggiorno più la percentuale diminuisce, arrivando al 18,1% dei soggetti che si sono stabiliti nel nostro Paese da più di 2 anni. Questo potrebbe far pensare che i primi sei mesi sono tra i momenti più difficili del fenomeno migratorio mentre i successivi, forse a causa di una maggiore integrazione e conseguentemente una migliore condizione di vita, sembrerebbero favorire una migliore condizione psicofisica.

La situazione di emergenza iniziale potrebbe quindi determinare l'insorgenza di disturbi psichici più o meno evidenti, favoriti talvolta da una predisposizione individuale al manifestarsi di sintomatologie psichiatriche.

Al fine di confermare tale ipotesi sarebbe necessario procedere mediante un follow - up prolungato nel tempo dei pazienti giunti alla nostra osservazione. Tuttavia la mobilità degli immigrati ed una certa resistenza da parte loro alle visite di controllo, dopo che si sono attenuati i sintomi ini-

ziali, rendono difficile l'attuazione di un siffatto programma di ricerca.

Nella Tab. 9 sono riportate le diagnosi psichiatriche dei soggetti maschili correlate al tempo di permanenza in Italia. Risulta evidente che la sindrome depressiva e il disturbo somatoforme tendono a manifestarsi più frequentemente nel periodo immediatamente successivo all'immigrazione. Stesso andamento per il disturbo paranoideo. Il disturbo d'ansia è invece equamente rappresentato in tutti i periodi considerati, così come la sindrome ansioso depressiva, anche se quest'ultima tende ad essere più rappresentata in un periodo compreso tra il I e il II anno di permanenza.

Il campione femminile mostra sostanzialmente le stesse caratteristiche, ma si caratterizza per il più accentuato andamento del disturbo depressivo prima considerato. Infatti i casi rilevati sono concentrati nel periodo immediatamente successivo l'immigrazione.

### CONCLUSIONI

In conclusione, sul piano psicopatologico generale, si può affermare che più di una psicopatologia della crisi con forme cliniche acute, si tratti di manifestazioni cliniche rilevabili nell'ambito della depressione, dell'ansia e delle somatizzazioni, sicuramente favorite da un impatto traumatico.

Le condizioni di vita degli immigrati extracomunitari, spesso disage-

voli, conducono l' individuo ad un continuo stato di tensione per fronteggiare adeguatamente il "nuovo mondo" che lo circonda portandolo a condizioni stressanti intense e prolungate tali da provocare sintomi ansiosi veri e propri.

Infatti l' immigrato al suo arrivo nel Paese ospite si trova frequentemente a misurarsi con stressanti situazioni ambientali quali emarginazione sociale, disoccupazione, precarietà alloggiative ed alimentari, condizioni di sfruttamento ed altre, che ne possono incrinare in alcuni casi la salute mentale in modo più o meno evidente. E' difficile infatti pensare che tali eventi non abbiano riflessi profondi e intime connessioni con il mondo interno degli individui.

Si può comunque affermare che non esistono situazioni obiettivamente stressanti di per se, ma lo diventano quando sono definite tali dagli individui stessi cioè nel momento in cui i modelli di comportamento si dimostrano insufficienti nell' adattamento ad una data situazione. Per cui risulta determinante la personalità di base dei soggetti emigranti in relazione al superamento delle difficoltà di transculturazione al fine di modificare una condizione di disagio.

Si approntano quindi meccanismi di affrontamento che possono essere basati su un piano prettamente difensivo (con negazione o distorsione di una realtà opprimente) o su un piano che utilizzi strumenti comportamentali, attingendo ad idonee risorse personali, atte al superamento delle difficoltà ambientali.

Oltre a disagi derivabili da condizioni che affondano le radici sul piano sociale non è certamente da trascurare l' aspetto derivato dall' impatto conflittuale tra due culture diverse tra loro. L' immigrato è costretto a sintonizzare la propria vita su condotte comportamentali a lui estranee e nuove valenze sociali che non gli appartengono, creando un sentimento doloroso di "sospensione" del vissuto sganciato dal proprio passato personale e proiettato in un futuro difficilmente immaginabile, oltre che ad una atmosfera di estraneità e a un senso di perdita della capacità di controllo sulla situazione reale. E' evidente quindi come le condizioni sociali, ambientali e culturali di emarginazione e di isolamento possono condurre a tematiche depressive di autosvalutazione con perdita di fiducia nelle proprie capacità e alla visione di un futuro incerto sul quale è difficile costruire progetti.

In conclusione possiamo affermare che la patologia psichica dell' immigrato risulta essere in funzione dell' intensità degli stress, come condizione isogena, e dal modo con cui questi traumatismi vengono vissuti, come condizione subiettiva endogena. Infatti le tensioni emotive sono strettamente legate all' ambiente nel quale il soggetto vive.

Non è possibile mettere in relazione i dati emersi da questa indagine con buona parte della letteratura internazionale, a causa di diversità metodologiche, ma si può comunque affermare in linea generale che è possibile una sovrapposizione qualitativa delle patologie psichiatriche cosiddette "minori". Infatti i disturbi ansioso depressivi e somatoformi sono quelli che

si riscontrano più frequentemente in ambito transculturale, come dimostrato anche dai precedenti studi della Cattedra di Igiene Mentale.

Infine sembra ci sia una stretta correlazione, anche se per certi aspetti contraddittoria, tra tempo di permanenza in Italia e l'insorgenza di disturbi psichici, ma i dati forniti dal solo ambulatorio non possono essere determinanti nel chiarire l'influenza della variabile temporale.

**Piergiorgio GUIDORZI**  
**Marco MAZZETTI**  
*Università LA SAPIENZA*  
*Cattedra d'Igiene Mentale*  
ROMA

DIAGNOSI	21-25	26-30	31-35	36--	TOT.	-6m	7-12m	13-24m	+24m
<u>Dist. d'ansia</u>	3	1		1	5	1	2	1	1
<u>Dist. somatoformi</u>	3				3	1	1	1	
<u>S. ansioso dep.</u>	3	1			4	2			2
<u>S. depressiva</u>	2	1	2	2	7	7			
<u>Dist. psicotico</u>		2	2	1	5	1	2		2
<u>D. attacchi panico</u>		1			1		1		
<u>Isteria</u>	1	1			2		2		
<b>TOTALE</b>	12	7	4	4	27	12	8	2	5

Tab. 11

SESSO	-6m	7-12m	13-24m	+24m
MASCHI	36	16	21	16
FEMMINE	12	8	2	5
TOTALE	48	24	23	21
%	41,3	20,7	19,9	18,1

Tab. 2

DIAGNOSI	18-25	26-30	31-35	36-40	41-	TOT.	%	-6m	7-12m	13-24m	+24m
Dist. d'ansia	9	3	4	2	1	19	21,3	6	4	4	5
S. ansioso-dep.	3	5	2	3		13	14,6	2	3	6	2
S. depressiva	5	6	2	2		15	16,8	11	1	2	1
Dist. somatoformi	3	4	2	4	1	14	15,8	7	2	4	1
Dist. sfera sessuale	3	5	1	1	1	10	11,3	4	3	2	1
Dist. psicotico	3	3	1	1	1	6	6,8	2	1	1	2
Dist. bipolare		1	1			2	2,3	1			1
Dist. paranoideo		2	1	1		4	4,5	3		1	
Alcolismo			3			3	3,3		1	1	1
Tossicodipendenza		1				1	1,1		1		
Dist. fobico				1		1	1,1				1
Dist. di personalità						1	1,1				1
TOTALE	23	31	17	14	4	89	100	36	16	21	16
							%	40,4	18	23,6	18

Tab. 3

## **Un ambulatorio psichiatrico per pazienti extra-comunitari: nuovi fattori di rischio psicopatologico, aspetti terapeutici e *follow-up***

di Marco Mazzetti e Piergiorgio Guidorzi

(Cattedra di Igiene Mentale, 1<sup>a</sup> Università di Roma "La Sapienza", titolare: Prof. L. Frighi)

L'analisi dei fattori di rischio per la salute mentale degli immigrati nel nostro paese è stata oggetto di diverse indagini nel recente passato (Frighi, Frighi et al., 1985, 1987) ed ha consentito di evidenziare una serie di elementi potenzialmente in grado di favorire lo sviluppo di una patologia mentale.

Tra questi fattori desideriamo ricordare il peso dello stress da transculturazione, delle precarie condizioni di vita, di alloggio e di lavoro degli emigrati. Si sono poi evidenziati ulteriori fattori di rischio identificati con l'essere di sesso femminile, avere un'età superiore ai 30 anni e un livello di istruzione basso. (Frighi e Mazzetti, 1992)

Vogliamo qui sottolineare però alcuni elementi che possono concorrere ad un rischio maggiore di morbilità psichiatrica tra questi nostri pazienti, e che intervengono a livello secondario. Si tratta di fattori legati all'intervento terapeutico-prescrittivo e al *follow-up*.

I dati dai quali traiamo queste considerazioni sono desunti dall'attività pluriennale di assistenza psichiatrica in questo settore condotta dalla Cattedra di Igiene Mentale dell'Università "La Sapienza" di Roma, diretta dal Prof. Luigi Frighi, presso il Poliambulatorio Caritas di Roma per gli immigrati extra-comunitari non regolarizzati.

Benché l'ambulatorio sia aperto a tutte le componenti etniche dell'immigrazione, nella pratica i pazienti con cui prevalentemente operiamo sono quelli provenienti dall'Africa Nera, ed in particolare dalle regioni del Corno d'Africa (Somalia, Eritrea ed Etiopia). Le ragioni di questa osservazione stanno nelle peculiarità linguistiche, etniche e culturali di questi pazienti (Mazzetti, 1992), e sono probabilmente connesse anche alle motivazioni (spesso di tipo politico oltreché economico, a differenza di quanto accade invece per gli immigrati maghrebini) che li hanno condotti sui sentieri della migrazione, ed alle modalità con cui questa si è sviluppata.

Che la sofferenza mentale sia un fattore primario nel favorire l'emarginazione sociale è un dato ormai largamente assodato in ambito psichiatrico: la cosiddetta teoria della "deriva sociale" spiega il fatto che la prevalenza di malattie psichiatriche sia assai

maggiore nelle fasce socio-economicamente più deboli della società non solo con il fatto che le misere condizioni di vita possono essere fattori aggravanti e/o scatenanti la psicopatologia, ma anche con l'osservazione che chi è colpito da disturbi mentali tende a scivolare lungo la china dei gradini sociali, per arenarsi spesso ai margini più bassi di questi ultimi, e comunque assai al di sotto del punto di partenza.

La constatazione appare ovvia quando si consideri come possa incidere sulla capacità di produrre reddito e di condurre una normale vita di relazione una malattia che ostacoli il valido "funzionamento" sociale dei pazienti.

Si pensi ora all'immigrato. Egli parte da condizioni sociali sfavorevolissime: è povero economicamente, spesso senza casa, si nutre male, si sente estraneo al paese in cui si trova, e la sua estraneità gli viene pesantemente ricordata in ogni momento dal suo stesso corpo, dalle sue proprie caratteristiche somatiche (Frighi, 1987 e 1991). Vive, come si è detto, in una situazione in cui abbondano fattori di rischio psicopatologico.

All'immigrato, inoltre, mancano le "reti di protezione" che l'autoctono ha in termini di assistenza pubblica, di relazioni sociali e familiari e di tutti quei fattori che possono svolgere un'azione di paracadute nei confronti della deriva sociale. L'immigrato di fronte alla malattia mentale, trovandosi già ai gradini più bassi della scala, non ha margini per un'ulteriore caduta. Egli viene con grande facilità ad incistarsi in una posizione di totale emarginazione. Potremmo quindi definire la sua situazione come quella di chi si trovi in mezzo ad una difficile *impasse*, che può presto trasformarsi in circolo vizioso: da una condizione ad alto rischio per lo sviluppo di una patologia psichica, ad una di malattia che lo inchioda quasi senza speranza in tale situazione psicopatogena. Il solo fattore che funziona in senso protettivo è la salute mentale molto buona dell'immigrato appena giunge nel nostro paese, e il suo elevato livello di motivazioni che contribuiscono a sostenerla (Frighi e Cuzzolaro, 1988 e 1989).

Tuttavia, a volte, l'ammalato si ammala. A questo punto si pone al clinico non solo il compito di curarlo, ma anche di aiutarne la riabilitazione sociale. E anche a questo livello, come già a proposito dei fattori di rischio, l'immigrato appare particolarmente svantaggiato.

I problemi si presentano a due livelli: quello della *compliance* terapeutica del paziente, e quello del suo *follow-up* nel tempo.

### 1. La compliance

I primi problemi di *compliance* nascono al momento della prescrizione: i nostri pazienti immigrati manifestano un'elevata tendenza a seguire propri criteri di autosomministrazione dei farmaci e ad interrompere la cura (o a seguirla a singhiozzo) sulla base di fattori estranei alla prescrizione medica.

La prima possibile causa di questa situazione è una *non perfetta comprensione della prescrizione*, che può occorrere, oltre per motivi linguistici, anche per stati di coscienza alterati durante la visita, condizioni di tensione emotiva, eccetera. A differenza del paziente autoctono, tuttavia, quello extra-comunitario ha difficoltà molto maggiori nel trovare "correttivi" da solo (ad esempio, rintracciare telefonicamente il medico). Una possibile soluzione pratica a questo problema è risultata la consegna del farmaco al

paziente direttamente da parte del medico, che scrive di persona la prescrizione sulla confezione medicinale. Questo accorgimento, oltre a consentire al paziente di avere sempre la prescrizione tradotta nella sua lingua direttamente a contatto con il farmaco, arricchisce l'atto prescrittivo di un valore simbolico e rituale non trascurabile, quasi che il medico ponesse il suo "sigillo" sull'intervento terapeutico.

Non va infatti trascurato il fatto che sembra essere molto più diffusa tra i pazienti africani che non tra gli occidentali la convinzione che la sofferenza psichica sia di origine "esterna", non nasca cioè da conflitti interiori non risolti, ma sia il frutto di un problema che, venendo "da fuori", "da fuori" deve essere risolto. Ciò significa che l'aspettativa del paziente, quando si rivolge allo psichiatra, sembra essere piuttosto di tipo "taumaturgico": il medico, in funzione di "saggio", interviene per cacciare il disturbo dal corpo del paziente.

Questo consente di riallacciarsi al secondo ostacolo nei confronti di una valida *compliance*, che potrebbe venire definito come "*insufficiente ritualità*" della prescrizione. Non basta, ai nostri pazienti, che il principio attivo del farmaco sia efficace. E' importante che il farmaco venga dato con una certa solennità, e che la prescrizione venga fatta con partecipazione affettiva da parte del medico. E' utile che lo psichiatra accenni agli importanti benefici che il farmaco garantirà al paziente, definisca con precisione le norme di assunzione in modo che esse siano coerenti con una certa ritualità (dire, ad esempio, che è indifferente prendere un farmaco prima o dopo i pasti, oppure al mattino o alla sera, può corrispondere ad un dato esatto sul piano farmacocinetico, ma può indebolirne molto il significato rituale) e, qualora ciò sia possibile, cointeressare gli accompagnatori del malato all'assunzione: questi ultimi, a causa dell'importanza del *milieu* sociale per il paziente africano, possono infatti essere utilizzati come efficaci "co-terapeuti".

Un terzo fattore capace di interferire negativamente con la *compliance* è legato ad un approvvigionamento di farmaci inadeguato. Questa situazione si radica in parte nelle *condizioni sociali* in cui l'emigrato vive ed in parte in alcune sue *peculiarità culturali*. I farmaci ai pazienti vengono distribuiti di norma solo quando il servizio psichiatrico è attivo, ovvero una volta alla settimana. Capita con una certa frequenza, a causa dell'instabilità della vita dell'emigrato e delle difficoltà che talora evidenzia nell'adattarsi alla gestione "occidentale" del tempo fatta di orari e date precise, che egli perda l'appuntamento e sia costretto a rimandare di una settimana il rifornimento dei farmaci, con conseguente perdita di continuità nella copertura terapeutica.

Né d'altra parte è realizzabile l'ipotesi di dare ai pazienti scorte di farmaci molto abbondanti: oltre al fatto che un grosso quantitativo di medicine favorisce l'abitudine non infrequente alla *ridistribuzione* delle stesse ad amici o parenti (che, a loro dire, soffrono di disturbi simili), ciò andrebbe contro oggettive necessità di economicità nella gestione del servizio, e scoraggierebbe ulteriormente i già difficili ritorni del paziente per i controlli clinici.

La *compliance* alla farmacoterapia non è poi agevolata dalla mancanza degli altri due presidi fondamentali nell'assistenza ai pazienti psichiatrici: l'*assistenza sociale* e l'*appoggio psicoterapeutico* che non ci è possibile fornire, sia per gli oggettivi limiti del nostro servizio, sia per le difficoltà nel seguire il paziente lungo i suoi percorsi urbani ed extra-urbani.

## 2. Il follow-up

Una tale instabilità demografica costituisce anche la causa principale delle difficoltà nel *follow-up* dei pazienti e nella valutazione dei risultati riabilitativi: così come è quasi sempre impossibile per noi ricostruire la storia clinica dei pazienti quando giungono alla nostra osservazione, analogamente, immaginiamo, deve avvenire agli operatori che li vedono dopo di noi, magari in altre città italiane. I nostri ammalati normalmente non portano documentazione dei loro precedenti sanitari, non hanno una collocazione stabile e una documentazione anagrafica che consenta di seguirne le tappe, ed ogni volta è in pratica necessario ricominciare un *iter* diagnostico-terapeutico.

Ad aggravare tali difficoltà ci sono poi le *caratteristiche culturali dei nostri pazienti*, che tendono a concepire con difficoltà il concetto di patologia cronica, latente o ricorrente, e immaginano ogni remissione dall'acuzie come definitiva, rinunciando a controlli successivi. Ovviamente ciò non solo ci ostacola notevolmente nel valutare l'efficacia riabilitativa dei nostri interventi, ma ci impedisce anche un'adeguata analisi qualitativa delle modalità con cui si sviluppa la storia naturale della patologia psichiatrica degli immigrati africani nel nostro paese; dato, quest'ultimo, non privo di interesse né di significati operativi quando si consideri che è ormai ampiamente assodato dalla letteratura psichiatrica transculturale il fatto che la conformazione dei quadri clinici si differenzia in modo anche assai sensibile in popolazioni di culture differenti. Sarebbe quindi di interesse non solo scientifico, ma anche clinico-operativo sapere se la storia naturale della psicopatologia tra gli immigrati africani nel nostro paese sia omologabile a quella descritta nelle regioni africane da cui originano, o non tenda invece a modellarsi in modo più simile ai *patterns* occidentali.

Inoltre la tendenza a considerarsi "guariti" appena vi è remissione della sintomatologia, e a sospendere controlli e trattamenti è all'origine della notevole frequenza di ricadute, soprattutto in quei casi (depressioni endogene, ciclotimie, psicosi acute) che richiedono adeguate terapie di mantenimento una volta superata la fase critica.

Questo breve *excursus* si prefiggeva di evidenziare una serie di fattori di rischio correlati alla salute mentale degli immigrati che influiscono a livello di prevenzione secondaria.

Ci è sembrato utile richiamarvi l'attenzione, perché spesso c'è il rischio, soprattutto di fronte a problemi psico-sociali di questo tipo, di concentrare l'attenzione in modo quasi esclusivo sulla prevenzione primaria: ci pare invece opportuno sottolineare anche le peculiarità della prevenzione secondaria, perché i problemi che esistono a tale livello sono sensibilmente differenti rispetto a quelli dei pazienti autoctoni, e il trascurarli può portare ad un ulteriore aggravio delle già difficili condizioni dei pazienti psichiatrici extra-comunitari, e rischia anche di vanificare gli sforzi che si fanno per offrire loro assistenza. Un'attenzione a questi aspetti del problema invita anche a comprendere come le difficoltà sul piano dell'assistenza psichiatrica, e quindi il rischio per il paziente immigrato di scivolare verso l'emarginazione sociale, siano multiformi ed articolate, e richiedano quindi risposte che si dimostrino altrettanto duttili e capaci di incidere a livelli diversi e integrati dell'assistenza.

## BIBLIOGRAFIA

- Bennegadi, R. (1986): *Le migrant et le langage du corp*, Migration-Santé, 48, 28-30.
- Cuzzolaro, M., Frighi, L., (1991): *La tutela sanitaria degli immigrati. Problemi di Igiene Mentale, Difesa Sociale*, 5, 147-156.
- Frighi, L. (1985): *Il fenomeno della migrazione. Quaderni Italiani di Psichiatria*, 4, 97.
- Frighi, L. (1985): *La nuova immigrazione a Roma: problemi di Igiene Mentale. Atti XXXVI Congresso della Società Italiana di Psichiatria.*
- Frighi, L. (1987): *Alla ricerca del corpo perduto, Riv. Sper. Freniatr.*, 11, 314-320.
- Frighi, L. (1991): *La rappresentazione fantasmatica del migrante malato, Riv. Sper. Freniatr.*, 115, 532-540.
- Frighi, L. (1992): *Problems and difficulties in the psychotherapy of the "different", Atti del "VIII Perugia Meeting of Medicine and Psychiatry: Usa - Europe conference on facilitating climate for the therapeutic relation in mental health service", Perugia, 6-7 giugno 1992, pag. 201-211.*
- Frighi, L., Cuzzolaro, M., (1987): *Immigrantes extranjeros en Roma: nuevos problemas para la salud mental. Revista de Psiquiatria de la Facultad de Medicina Barna*, 14, 193-198.
- Frighi, L., Cuzzolaro, M., (1987): *Ricerche e interventi di Igiene Mentale su una popolazione di immigrati a Roma. Minerva Psichiatrica*, 28, 179-183.
- Frighi, L., Cuzzolaro, M., (1989): *Epidemiologia dei disturbi psichici in immigrati a Roma, Atti XXXVII Congresso Naz. della S.I.P., Roma, 6-11 febbraio 1989.*
- Frighi, L., Mazzetti, M. (1992): *L' Immigrazione Extracomunitaria in Italia: Problemi di Igiene Mentale, Riv. Sper. Freniatr.*, in corso di pubblicazione.
- Mazzetti, M. (1992) *La relazione medico/paziente nell' assistenza psichiatrica agli immigrati extra-comunitari. Atti della II Consensus Conference sull' Immigrazione in Italia, Palermo, 28-31 maggio 1992.*
- Westermeyer, J., (1989): *Psychiatric care of migrants: a clinical guide, Am. Psych. Press, Washington.*
- Westermeyer, J., (1990): *Working with an interpreter in psychiatric assessment and treatment, J. Nerv. Ment. Dis.*, 178, 745-749.



TIENS UNE FEMME !

# SERVIZIO DI PRONTO INTERVENTO SOCIALE

*SPQR*  
*COMUNE DI ROMA*

## PREMESSA

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale é stato attivato nell'agosto del 1988 su sollecitazione della Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di sopperire alle situazioni di emergenza degli Anziani in situazioni di abbandono. Negli anni successivi si é trasformato, configurandosi anche come unico servizio centralizzato che interviene su tutte le situazioni di emergenza sociale a livello cittadino, ampliando in tal modo il suo iniziale settore di intervento.

Il servizio nell'anno 1992 é stato potenziato, infatti l'organico é stato ampliato di un'unitá tecnica, e precisamente un assistente sociale; la strumentazione é stata sostituita da una nuova macchina Personal Computer IBM con relativi programmi, le linee telefoniche del servizio sono aumentate di altre cinque unitá di cui quattro interne ed una collegata con l'Organismo convenzionato per la centrale telefonica notturna con passaggio diretto della chiamata, facilitando, in tal modo, l'utente.

Quanto sopra ha comportato una possibilitá di miglioramento tecnico del Servizio poiché la nuova figura tecnica ha consentito di alleggerire il carico di lavoro individuale migliorando quindi qualitativamente il lavoro dell'intero staff. Infatti si é potuto procedere all'elaborazione di un progetto di ricerca relativamente alle problematiche dei cittadini senza dimora finalizzato alla comprensione del fenomeno e quindi all'attivazione di interventi sempre piú rispondenti ai reali bisogni di tale fascia d'utenza, secondo quanto già emerso nelle giornate di studio promosse nel 1991 con tutti gli operatori pubblici e privati del settore e di altre regioni che già operano sul territorio con una particolare sensibilità rispetto alla tipologia di utenza.

Tale progetto é teso a realizzare quattro obiettivi e precisamente:

1. Attivare un sistema informativo specifico, relativamente alle caratteristiche tipologiche di bisogno degli utenti senza dimora, in termini sia qualitativi che quantitativi.
2. Analisi di tali caratteristiche e della tipologia del disagio.
3. Valutazione dell'efficacia degli interventi attivati dal servizio e quindi individuazione delle eventuali aree problematiche.
4. Elaborazioni di proposte per eventuali progetti d'intervento "mirati", in relazione alle caratteristiche del disagio emerso, nonché alla valutazione effettuata, da realizzarsi in ambito cittadino ed in forma integrata con altri uffici dell'Amministrazione Comunale, ed altri Enti sia pubblici che privati.

Quanto illustrato permetterà di migliorare e prevenire situazioni di emergenza che, riferite alle particolari caratteristiche dell'utenza, spesso portano a situazioni di estremo disagio socio-sanitario dello stesso e del contesto in cui spesso si insedia.

Sempre a favore di persone maggiormente disagiate il servizio ha avviato un progetto denominato "emergenza freddo" avendo avuto disponibilità di posti letto presso strutture convenzionate ( Esercito della Salvezza - Caritas Diocesana di Roma) e presso alcune Case di Riposo del Comune ( Roma 1 e Roma 3) portando, in tal modo, il numero dei posti di prima accoglienza tra convenzionati e non a circa 420 posti.

Il progetto si è sviluppato con la collaborazione di tutti gli Organismi del Volontariato interessati al fenomeno che provvedono ad effettuare giri notturni presso i luoghi di abituale dimora dei S.F.D. ed ha coinvolto nella realizzazione anche il servizio di Pubblica Sicurezza 113 nella persona del questore di Roma e la Croce Rossa Provinciale.

Ciascuno degli organismi citati, con la supervisione del S.P.I.S., ha contribuito al primo approccio con l'utenza, in particolare, il 113 ed i volontari, oltreché gli operatori del S.P.I.S., hanno segnalato la situazione di utenti maggiormente disagiati ed hanno provveduto ad accompagnare gli stessi presso le strutture di accoglienza.

Gli operatori della C.R.I. hanno partecipato, in forma sperimentale, ai giri notturni fatti dallo S.P.I.S. presso i luoghi più isolati dove abitualmente dormono i S.F.D. ed hanno provveduto a dare prestazioni sanitarie di primo intervento agli stessi, oltre che distribuire generi di prima necessità.

La seconda parte del progetto prevede un rapporto con l'utente, l'instaurarsi di un processo di aiuto tramite colloqui e successivi interventi degli Organismi convenzionati S.P.I.S., che debbono formulare un progetto con l'utente teso a ricostruire stimoli di vita, stabilendo, inoltre, i tempi di permanenza presso la struttura.

Il progetto costituirà una prima sperimentazione, per attivare un piano di intervento collaudato, il prossimo anno senza dover attendere che si verifichino scadenze determinate da decessi di utenti esposti ai rigori della stagione invernale.

La nuova strumentazione informatica , anche se non ancora totalmente utilizzata poiché non è stata attivata la relativa formazione di alfabetizzazione regolarmente richiesta, ha comunque consentito di procedere ad una vera e propria informatizzazione dellavoro. Più precisamente è stato avviato un Sistema Informativo relativo alle caratteristiche dell'utenza e conseguentemente alla tipologia degli interventi attivati dal servizio medesimo.

Gli obiettivi prioritari che hanno motivato tale attivazione sono:

- 1) avere informazioni pertinenti e aggiornate circa l'utenza contattata;
- 2) procedere ad analisi di tipo valutativo in riferimento alla qualità del servizio e soprattutto all'adeguatezza e rispondenza degli interventi ai bisogni (in termini sia tipologici che organizzativi) .

Le informazioni raccolte nell'ambito di tale sistema si riferiscono alle seguenti tipologie:

- recidività, ovvero il numero di volte in cui il servizio viene attivato per lo stesso utente;
- organismo che eroga l'intervento;
- la data di segnalazione del caso alla centrale operativa;
- l'orario di segnalazione del caso alla centrale operativa;
- il nominativo dell'operatore della centrale operativa che accoglie la segnalazione;
- la data di trasmissione del caso all'organismo convenzionato;
- l'orario di trasmissione del caso all'organismo convenzionato;
- il nominativo dell'operatore dell'organismo convenzionato che accoglie la trasmissione;
- tipologia del segnalante, ovvero della persona che effettua la segnalazione telefonica;
- il nominativo di tale segnalante, nonché i suoi recapiti;
- la fonte di conoscenza del servizio, ovvero come il servizio é stato conosciuto;
- nominativo dell'utente;
- l'età;
- il sesso;
- lo stato civile;
- l'indirizzo dell'utente ed il recapito telefonico al momento della segnalazione;
- la circoscrizione e la USL al momento della segnalazione;
- la nazionalità;
- la residenza anagrafica;
- la circoscrizione e la USL di residenza;
- condizioni economiche;
- le condizioni relative ad eventuali convivenze;
- fruizione di eventuali altri servizi sociali e sanitari;
- tipologia del disagio;
- scolarità;
- condizioni lavorative;
- area del disagio in relazioni alle fasce d'età;
- tipologia degli interventi richiesti;
- tipologia degli interventi erogati;
- numero delle prestazioni erogate;
- caratteristiche dell'emergenza;
- reperibilità dell'utente;
- data di chiusura del caso;
- valutazione finale dell'intervento con riferimento all'esito.

La rilevazione dei dati viene fatta sia dagli operatori della centrale operativa ( Ripartizione VIII) che dalle cooperative affidatarie del caso.

Il sistema di archiviazione é in programma di DB III PLUS, e viene effettuato con cadenza mensile mediante trasferimento dei dischetti delle singole cooperative in un file generale.

L'elaborazione dei dati viene effettuata mediante l'utilizzazione del programma "LOTUS ", con cadenza trimestrale, inoltre al termine dell'anno si procede alla stesura di un rapporto finale.

Il potenziamento delle linee telefoniche, nel periodo più caldo dell'anno, ha determinato la possibilità di recepire un numero superiore di richieste in quanto il cittadino ha trovato costantemente aperti i canali di comunicazione in riferimento alle sue condizioni di bisogno.

Altro elemento positivo è rappresentato dal superamento del disagio derivante dall'esistenza di numeri differenziati per il diurno ed il notturno, mediante l'istituzione del numero unico in aggiunta ai precedenti.

Il modello del servizio, unico in Italia, è stato richiesto da vari Comuni italiani ed è anche conosciuto in campo europeo. Sono stati all'uopo effettuati vari incontri con paesi europei che hanno voluto, complimentandosi, prendere atto del nostro modello operativo (Francia, Germania, Principato di Monaco, Svezia ecc.) per riportarlo nelle loro sedi e farne oggetto di applicazione.

## **GESTIONE DEL SERVIZIO**

Caratteristica del Servizio sono la gratuità, l'essere attivo 24 ore su 24 nei giorni feriali e festivi, la possibilità di essere erogato in tempi immediati e senza limitazioni a tutti i cittadini e non, nell'ambito dell'area di competenza comunale.

Il Servizio si avvale di una "Équipe a livello centrale", composta da due Assistenti Sociali e da due dipendenti amministrativi della Ripartizione VIII, inoltre per la fascia pomeridiana, di altro personale tecnico dipendente della stessa Ripartizione VIII Sicurezza Sociale composto in prevalenza da assistenti sociali ed amministrativi operanti nell'area sociale.

L'inserimento degli assistenti sociali anche nei turni pomeridiani ha consentito un potenziamento in termini qualitativi degli interventi caratterizzati da maggiore professionalità.

Detto personale svolge le seguenti funzioni:

- Ascolto telefonico dell'utenza per la fascia oraria diurna dalle ore 8,30 alle ore 19,00.
- Decodifica delle richieste per gli interventi sul territorio da parte degli Organismi in convenzione;
- Coordinamento e supervisione tecnica degli interventi erogati dagli organismi convenzionati;
- Creazione e gestione del rapporto in convenzione tra i predetti Organismi e la Ripartizione VIII .
- Gestione amministrativa dell'Ufficio con metodo informatico;
- Progettazione e messa in atto dell'organizzazione nonché raccolta del materiale informatico relativo al Servizio in sede ed agli interventi sviluppati dagli Organismi in convenzione;
- Segretariato Sociale ed interventi operativi congiunti con Enti Pubblici e Privati e ricevimento del pubblico;

- Promozione e partecipazione ad incontri su temi specifici dell'emergenza con la partecipazione di Organismi pubblici e privati:

Per la "fascia oraria notturna" dalle ore 19,00 alle ore 8,30 il centralino telefonico gestito in rapporto di convenzione dalla Caritas Diocesana di Roma che, oltre a ricevere le chiamate degli utenti, cura, in caso di intervento indifferibile, la presa in carico dello stesso.

Gli "interventi operativi esterni" sono effettuati da n. 6 Organismi convenzionati:

- CARITAS DIOCESANA DI ROMA
- COOP.va CECILIA
- COOP.va COTRAD
- COOP.va META
- COOP.va PSICO SOCIO SANTARIO
- COOP.va DI SERVIZIO SOCIALE POLIVALENTE SAN SATURNINO

I suddetti Organismi hanno due équipes ciascuno, composte da Psicologi, Assistenti Sociali, Educatori, Assistenti Domiciliari ed hanno un autoveicolo appositamente adibito per gli interventi esterni, ad eccezione della cooperativa Psico nelle cui équipes é assente la figura dello psicologo, e della Caritas in cui non vi sono assistenti domiciliari bensì operatori sociali.

Globalmente il numero degli operatori addetti al servizio é di **n.36 persone** più i dipendenti della Ripartizione VIII che attualmente sono n. 4.

Gli Organismi convenzionati hanno l'obbligo di rapportarsi con la Ripartizione VIII utilizzando gli stessi mezzi informatici della suddetta e sono tenuti, inoltre, a redigere un progetto iniziale su ciascun utente segnalato ed a fare una relazione finale sulla conduzione del caso.

I tempi massimi previsti per situazioni di particolare emergenza sono **30 giorni**.

Altro elemento rilevante nella descrizione dell'attività svolta é quello relativo alla "pubblicizzazione del servizio" avvenuta nel mese di agosto contemporaneamente al potenziamento delle linee telefoniche.

Infatti ci sono state delle trasmissioni radiofoniche con cadenza settimanale prodotte da RAI 2 ( sede regionale del Lazio ) aventi per oggetto la presentazione dell'attività dello SPIS, oltre ad una pubblicizzazione dei numeri telefonici ed i relativo orari.

Tale iniziativa ha avuto un reale riscontro, infatti si é verificato un incremento delle richieste telefoniche, anche se non sempre pertinenti e riferite a effettive situazioni di emergenza e talvolta finalizzate a verificare l'esistenza del servizio in funzione di un'eventuale necessità futura.

Nel corso dell'anno ci sono state "**1107 attivazioni**" per situazioni di reale emergenza e "**riferite a 941 utenti**", tale differenza numerica scaturisce dal fatto che **166** delle suddette attivazioni si riferiscono ad utenti per i quali si é reso necessario intervenire più volte nel

corso dell'anno, date le gravi condizioni di disagio.

Si evidenzia dalla lettura quantitativa dei dati, concernenti le attivazioni, una diminuzione di **148** unità da attribuirsi prevalentemente ai seguenti due fattori:

1) l'ampliamento degli organici dei servizi sociali circoscrizionali, che ha consentito il passaggio dei casi direttamente al nuovo personale assunto;

2) una maggiore specializzazione dello SPIS che ha portato ad una più approfondita valutazione del bisogno espresso in riferimento all'emergenza sociale orientando i cittadini verso i servizi competenti.

Quanto sopra viene confermato da un **notevole incremento delle richieste** telefoniche che non hanno richiesto un intervento diretto; infatti sono pervenute al servizio circa **5000 telefonate**, tale approssimazione deriva da un'impersibilità operativa a registrare e quindi documentare in modo puntuale anche questo tipo di interventi. Pertanto nel valutare il dato concernente il lavoro della centrale operativa si deve tener conto anche di tale elemento.

## CONCLUSIONI

Dalle osservazioni precedenti emerge un'evidente complessità dei bisogni propri dell'utenza contattata dal S.P.I.S.

Spesso si tratta di utenti per i quali non esiste un servizio territoriale specialistico, il riferimento più immediato é ai c.d. **barboni** e più in generale a quelle persone senza dimora.

L'incidenza di tale utenza é rilevante, infatti abbiamo **147 utenti** con questo tipo di problematiche (prevalentemente in età adulta).

Occorre inoltre, specificare che questo tipo di disagio sociale comporta una metodologia d'intervento specifica e assolutamente diversa da quella attivabile per altri tipi di disagio, sia in termini qualitativi che temporali.

In generale il servizio, nel momento in cui si trova a dover intervenire in situazioni di emergenza sociale, non esaurisce e non può esaurire, i suoi compiti nell'ambito di un solo ed unico intervento come accade in ambito di emergenza sanitaria.

Infatti, il disagio sociale é generalmente caratterizzato da maggiore complessità, in quanto fattori che lo determinano sono plurimi e tra loro diversificati ed afferiscono al contesto socio ambientale, a quello familiare, alle condizioni lavorative ed economiche, alle condizioni abitative, alle condizioni psichiche etc.

Quindi il modello d'intervento non può essere deterministicamente individuato, all'interno di una logica di tipo casuale, risulta essere altresì molto più complesso ed articolato, e, per fini unicamente esplicativi, può essere definito, secondo una metodologia di lavoro di rete.

Ciò comporta una pluralità di tipologie d'intervento da attivare, quindi anche i riferimenti temporali risultano essere lunghi e non facilmente standardizzabili.

Sinteticamente possiamo affermare che l'intervento del S.P.I.S. consiste in un processo di aiuto teso all'attivazione e/o recupero della rete sia formale che informale .

In considerazione della maggiore diffusione e della sempre più attenta specializzazione, é auspicabile un ampliamento dell'organico a livello centrale, in particolar modo mediante l'inserimento di assistenti sociali, almeno in numero di due, che possano essere impiegate con criteri di turnazione mattino-pomeriggio, al fine di garantire una presenza costante di almeno due persone addette alla centrale di ascolto. Tale ampliamento consentirà, oltre ad un evidente risparmio sul piano economico rispetto alla fase attuale anche una migliore organizzazione di turni festivi che al momento non vengono coperti con personale tecnico e dipendente dell'amministrazione, ma debbono essere gestiti in diretta telefonica dagli organismi in convenzione, attribuendo loro quindi competenze improprie.

La suddetta necessità scaturisce inoltre da un'intesa in atto con il Servizio Minori della Ripartizione per la quale sin d'ora si é investiti delle competenze relative ai minori in situazioni di emergenza non differibile determinate da situazioni occasionali o da provvedimenti emessi dalle autorità giudiziarie. E' da considerare all'uopo anche la prospettiva a breve termine dello scioglimento delle Unità Operative Territoriali con conseguente ripercussione di ulteriore passaggio di situazioni di casi di minori caratterizzate dall'emergenza per i quali necessiterà l'interessamento degli operatori del S.P.I.S..

Con riferimento alle strutture di prima accoglienza il S.P.I.S. dovrebbe avere la disponibilità giornaliera di posti nonché un accesso privilegiato, poiché sia nel settore minori che di quello degli adulti e degli anziani, ha trovato spesso difficoltà .

Quest'ultime sono da attribuire a carenze di strutture di lunga accoglienza e di progettualità nei confronti degli ospiti che in realtà permangono un tempo superiore a quello previsto dalle singole convenzioni. Pertanto si rende indispensabile attivare un coordinamento centrale e periferico tra il servizio e gli uffici che hanno diretta competenza per le strutture di cui sopra.

Infine come ogni anno, si ripropone l'attivazione di una massiccia campagna pubblicitaria relativa al servizio da attuare a più livelli ed in particolare promuovendo la sensibilizzazione delle principali reti televisive nazionali e regionali, locandine specifiche da distribuire in modo capillare nel territorio cittadino, nei principali luoghi di accesso e permanenza dei cittadini.

Si auspica inoltre di poter far conoscere il servizio a cura dei propri operatori presentandolo nelle sedi operative pubbliche e private ove convergono aggregazioni di persone .

**Mario ORLANDI**  
*IL RESPONSABILE*  
*DEL S.P.I.S.*  
Comune di ROMA

ATV

-----  
ATTIVAZIONE

- \* Utenza Cittadina
- \* 113 e 112
- \* Enti Pubblici e Privati
- \* Volontariato
- \* Protezione Civile

ASC

-----  
ASCOLTO

- \* La centrale di ascolto è composta da dipendenti della Rip.VIII con presenze a turnazione per tutti i giorni dello anno con funzioni di:
  - Valutazione della situazione rappresentata;
  - Orientamento e informazione alla utenza
  - Attuazione degli interventi mediante l'utilizzo delle risorse.

RSM

-----  
| RISORSE  
E MEZZI

- \* Cooperative di Assistenza territoriale per interventi a domicilio o sui luoghi segnalati
- \* Strutture alloggiative o di ricovero gestite direttamente dall'Amministrazione
- \* Organismi ed Associazioni di Volontariato
- \* Altre centrali di Ascolto

VFI

-----  
| VERIFICA  
INTERVENTI

- \* Ufficio di Coordinamento e di Valutazione degli interventi con funzioni di:
  - Valutazione e Codifica degli interventi
  - Osservatorio dell'Emergenza cittadina
  - Raccordo con Enti ed Organizzazioni di
  - Volontariato e di cooperazione sociale
  - Trasmissione competenza ad Enti ed Organismi territoriali

TRC

-----  
| TRASMISSIONE  
COMPETENZE

- \* Circoscrizioni
- \* UU. SS. LL.
- \* Enti pubblici e Privati

## L'ORGANIZZAZIONE DELL'EMERGENZA PSICHIATRICA A ROMA

Parlare della organizzazione dell'emergenza psichiatrica a Roma potrebbe essere estremamente semplice e soprattutto breve: allo stato attuale non esiste una organizzazione specifica per le persone con problemi psichiatrici.

Però prima di addentrarmi in alcune considerazioni che riguardano soprattutto le prospettive credo sia utile dare alcune coordinate per i non italiani.

Nel comune di Roma esistono 12 unità sanitarie locali che sono altrettante unità amministrative per la gestione della sanità in quel territorio.

Ad ognuna di queste USL fa capo un Servizio Dipartimentale di Salute Mentale vale a dire l'insieme dei servizi per l'assistenza psichiatrica organizzati come unità funzionale.

In genere ogni SDSM comprende dei servizi ambulatoriali ed a volte delle case famiglie o dei centri diurni o dei Servizi ospedalieri.

	<i>previsti</i>	<i>esistenti</i>
Presidi territoriali	57	28
Centri diurni	55	5
Centri Terapeutici	20	1
Centri riabilitativi	16	1
case famiglia	107	10
case alloggio	53	2
Serv.psich.diagn.cura (SPDC)	12	8

Questa è la situazione complessiva a Roma dell'esistente. Si può ben vedere quale sia la sproporzione tra ciò che dovrebbe essere e quello che è.

Nel quadro non è riportata la situazione del personale che è ugualmente tragica.

In questo quadro che comunque tenta di rispettare la territorialità del lavoro vale a dire un rapporto funzionale tra servizi e contesto socioculturale dell'utente l'urgenza psichiatrica non è contemplata concretamente.

La legge 180 non prevede nulla di particolare in proposito.

Vi è però una legge regionale, la legge regionale n.49 sull'organizzazione dei servizi che all'art. 2 fa riferimento all'urgenza come funzione del dipartimento.

Dal 1978, tranne una breve parentesi sperimentale, l'urgenza psichiatrica è stata affrontata da un medico per turno sulle 24 ore per tutta Roma con conseguenze facilmente immaginabili anche perchè sino al 1988 esistevano sempre per tutta Roma soltanto 45 posti letto pubblici in cui era possibile eseguire i TSO (trattamento sanitario obbligatorio).

Nel Marzo del 91 è venuta a cessare anche la guardia psichiatrica centralizzata e sussiste una guardia medica generica operante sempre sulle 24 ore.

Oggi, spinti anche dalle indagini della magistratura il Comune e la Regione si sono attivati per attuare un servizio specifico per l'urgenza psichiatrica.

Devo aggiungere per dovere di cronaca che se il potere politico amministrativo è stato colpevolmente latitante vi è stata una grave collusione da parte degli operatori dei servizi che hanno preferito ed in alcuni casi teorizzato la non competenza rispetto al problema della urgenza e della crisi che veniva sistematicamente elusa e demandata ad altri non ultimi gli SPDC che qualcuno ha definito i contenitori della teratologia psichiatrica.

Oggi ci troviamo nell'anno di grazia 1992 a dover affrontare per la prima volta in modo organico a Roma il problema dell'urgenza in psichiatria.

Ciò comporta due riflessioni su :

- a) che cosa intendiamo per urgenza in psichiatria
- b) che cosa significa intervenire sull'urgenza psichiatrica in una area metropolitana come quella Romana.

#### \* **URGENZA**

È caratterizzata dalla richiesta di intervento immediato per l'esplosione di una situazione di malessere acuto e grave che si evidenzia sul piano comportamentale per atteggiamenti eclatanti, autolesivi, aggressivi determinati da una perdita di controllo del paziente.

Questa perdita di controllo può essere totale, parziale o ancora determinata da un evento particolarmente stressante che il paziente non è stato in grado di contenere. Inoltre occorre anche distinguere quelle che qualche autore ha definito urgenze pseudo psichiatriche (urgenze somatiche con prevalenti disturbi psichici), da quelle psichiatriche (stati di agitazione, crisi depressive, crisi d'angoscia ). E' evidente che a seconda dei casi diverso sarà l'intervento nell'immediato e le successive indicazioni terapeutiche.

L'urgenza è anche caratterizzata da un clima di estrema tensione, incalzante, in cui prevale la tendenza e la richiesta all'agire piuttosto che al pensare.

La difficoltà consiste evidentemente nel cercare di coniugare la necessità di accogliere la richiesta del paziente e/o del suo contesto familiare ponendo comunque degli argini che consentano una pensabilità di quanto sta accadendo.

Nell'intervento sull'urgenza mi pare che si evidenzia la contraddizione tra la richiesta di un intervento immediato laddove la psichiatria rimanda più alla parola, che al pensiero.

## \* EMERGENZA

Se utilizziamo il concetto inglese di *emergency* intendiamo anche quelle situazioni in cui non vi è un peggioramento del paziente in senso clinico o psicopatologico quanto piuttosto la rottura dell'equilibrio con l'ambiente per vari motivi( ad es.di carattere sociale ).

## \* CRISI

È la rottura drammatica di un equilibrio precedente.

E' il segno di un malessere della persona e del suo gruppo di appartenenza.

Non sempre si manifesta in modo eclatante e quindi non sempre urgenza e crisi coincidono essendo quest'ultima qualcosa di molto più complesso se non altro in base al parametro tempo.

La crisi si svolge e si evolve in tempi sicuramente più ampie non quelli della urgenza e della emergenza e pertanto richiede un intervento più complesso ed articolato. In questa evenienza la competenza specifica è primariamente dei servizi ambulatoriali che rimangono il perno per quanto attiene la gestione del paziente.

Il ricoprire la funzione dell'urgenza non elimina quindi l'aspetto della gestione della crisi nella sua accezione più ampia, soprattutto non elimina la necessità che ipotesi scientifiche sempre più ricche, nuove ed approfondite sui modelli di funzionamento della mente sia in termini psicologici che biologici, si confrontino continuamente e quotidianamente con una prassi che ha come spazio e come sfondo una rete di relazioni, di funzioni, di risorse legate a quel contesto socio-culturale.

Questa precisazione mi sembra importante perchè serve a chiarire l'obiettivo ed il piano del nostro lavoro, nonchè gli strumenti utili.

Occorre essere in grado di intervenire in tempi brevi, di discernere tra gli elementi sulla scena per poter formulare una corretta diagnosi (crisi, emergenza, urgenza) per il prosieguo dell'intervento. In ogni caso occorre poter disporre di strumenti e di risorse che consentano di far fronte in modo corretto alle richieste.

Stante queste premesse mi sembra conseguente che sia il SDSM ad affrontare l'urgenza psichiatrica. Questa competenza oltre che essere affermata dalla legislazione regionale e sostenuta da esperienze maturate sia in Italia che all'estero è rispettosa del principio della continuità terapeutica.

Roma, credo sia l'unica metropoli, in cui l'urgenza psichiatrica viene affrontata in modo del tutto aspecifico. Ciò peraltro non ha consentito di sviluppare una ricerca seria sul modo di affrontare questo problema in una area metropolitana.

Noi partiamo, oggi 1992, quasi fosse l'anno zero, a parte la breve esperienza cui accennavo prima. Peraltro il rifarsi a modelli operativi di piccole città non solo ha poco senso, ma potrebbe essere del tutto fuorviante: i numeri fanno qualità, ed i numeri a Roma sono grandi.

Pertanto, oggi, purtroppo non siamo in grado di dare una risposta seria al secondo quesito. Possiamo soltanto pensare che sicuramente avremo a che fare con fenomeni di disgregazione e di disperazione sociale massiccia, con il barbonismo, con le problematiche degli extracomunitari e degli immigrati in genere. Difficile mi sembra disegnare una mappa di interventi su una realtà che sino ad oggi è stata toccata solo marginalmente e che corre sempre il pericolo di essere "psichiatrizzata".

Affinchè i servizi ambulatoriali e ospedalieri non siano intasati da richieste a volte del tutto incongrue, ma che comunque hanno bisogno di tempo e di competenza per poter essere ridefinite e chiarite è utile istituire una sorta di filtro: occorre, a mio avviso riempire lo spazio immenso che esiste tra il paziente ed il suo ambiente da una parte e dall'altra i servizi ambulatoriali e lo SPDC che sino ad oggi ha funzionato come unico "luogo" in cui far confluire in maniera indiscriminata situazioni di urgenza, di emergenza nonché di crisi.

Ciò rischia, e questo rischio è stato soprattutto presente nel passato di far essere gli SPDC una sorta di suburra della psichiatria.

L'occuparsi in modo corretto ed utile dell'urgenza psichiatrica presuppone pertanto i seguenti requisiti:

- a) L'accogliere l'urgenza è una funzione del Dipartimento e non un nuovo servizio. Conseguentemente tutti gli operatori devono essere coinvolti nella possibilità di intervenire.
- b) Tutti gli operatori significa anche tutte le professionalità. La complessità e la difficoltà della situazione, il grosso coinvolgimento emotivo che può determinare in chi interviene, le numerose variabili di cui bisogna tener conto (il punto di vista del paziente, il punto di vista dei familiari, l'ambiente circostante ed a volte anche le esigenze di ordine pubblico con il suo alone di responsabilità legale), la disparità delle domande e dei bisogni che possono emergere non lascia assolutamente spazio ad un intervento riduttivamente sanitario o comunque delegato ad un unico operatore. Del resto mi sembra che l'intervento psichiatrico si sia caratterizzato, in questi anni, come un intervento pluridisciplinare inteso non come una giustapposizione, ma come una integrazione, una sinergia di competenze diverse e complementari con tutte le difficoltà che ciò comporta.

- c) Deve essere molto chiara la funzione dell'urgenza psichiatrica. Essa poco ha a che fare con il mantenimento dell'ordine pubblico. Questa è una competenza delle forze dell'ordine. Gli operatori del SDSM intervengono per e con le loro specifiche competenze che sono sanitarie in senso lato e più specificamente psichiatriche, psicologiche e sociali.

Mi preme molto sottolineare la specificità dell'intervento degli operatori del SDSM per evitare qualsiasi tentativo di banalizzazione.

L'intervento psichiatrico è un intervento specialistico che va attuato con modalità proprie e in situazioni specifiche. In effetti gli operatori dovranno valutare:

- 1) Se vi è realmente una situazione di urgenza.
- 2) Se è una urgenza psichiatrica.
- 3) Quali sono le risorse dell'individuo, dei familiari e delle istituzioni.

Inoltre dovranno essere in grado di mettersi in relazione con quella situazione in uno stato di pressione emotiva molto pesante.

- d) L'intervento si pone a livello di consulenza ad un intervento sanitario precedente. A questo è demandato il compito di primo filtro delle urgenze potendosi avvalere della collaborazione di vari specialisti per specifiche questioni.

Inoltre per dare un senso all'intervento sull'urgenza e non volerlo leggere esclusivamente come una anticamera del ricovero ospedaliero è importante trovare delle interfacce con:

- a) il PIS ( Pronto Intervento Sociale )
- b) con le strutture ambulatoriali e riabilitative che dovranno poter svolgere una funzione di accoglimento sulle dodici ore per quei pazienti che pur non necessitando di un ricovero devono poter disporre di una situazione di decompressione psicologica oltre che di una eventuale terapia farmacologica.

E'pertanto indispensabile che nell'ambito del territorio si aprano una serie di strutture intermedie tra l'ospedale e l'ambulatorio (D.H., centri diurni, centri crisi, ecc... ) in grado di offrire risposte diversificate a bisogni diversi, o in altri termini diversi gradi di protezione alla sofferenza del paziente ed alle difficoltà degli operatori.

Ciò è fondamentale perchè l'intervento sull'urgenza possa avere un seguito ragionato. Sicuramente verremo in contatto con una serie di richieste che dovranno poter avere un loro contenitore che non può essere esclusivamente la mente dell'operatore.

L'alternativa è coltivare il senso di impotenza, di frustrazione di operatori, pazienti e familiari di fronte alla impossibilità di costruire un'intervento che abbia una sua processualità.

Una ultima notazione. Non possiamo pensare che la istituzione della Pronta Consulenza Psichiatrica possa di per sé modificare il livello della assistenza psichiatrica a Roma. Il rischio di un qualcosa e qualcuno a cui continuare a delegare alcuni aspetti del lavoro psichiatrico è molto forte e reale. Credo che gli operatori dei SDSM debbano avere un radicamento maggiore nella loro realtà e soprattutto attuare una prassi costruita dal confronto dialettico con la realtà nella quale si lavora piuttosto che riproporre in modo acritico, modelli operativi del tutto estranei ad una cultura di dipartimento.

I dati forniti dal Prof. Calvaruso e dal Prof. Cuzzolaro obbligano ad una riflessione sulle modalità operative dei servizi psichiatrici.

Calvaruso e Cuzzolaro affermano:

- a) una percentuale molto alta e sempre in aumento di barboni sono persone con problemi psichiatrici;
- b) queste persone sia in modo "*anoressico*" che "*bulimico*" hanno comunque una grande difficoltà ad utilizzare le istituzioni.  
A seguito dell'evoluzione delle strutture sociali e familiari, le persone sofferenti per un deficit minore dipenderanno dai servizi sociali complessi per il sostegno che non possono ottenere dal loro "nido" sociale: spesso incapaci di fare uso di questi servizi, essi finiranno Handicappati. ( Sartorius ibidem ).
- c) che queste tendenze si cristallizzano col tempo e che quindi la "velocità" dell'intervento è essenziale.

Ciò comporta che i servizi devono essere molto più mobili, molto più elastici, ma soprattutto avere come primo obiettivo non tanto una terapia quanto piuttosto realizzare le condizioni che possano permettere eventualmente e successivamente una terapia, vale a dire quello che M. Masud R. Khan chiama la collocazione (placement).

Questo per evitare il fenomeno dell'abbandono e la ricostruzione di un manicomio (che altro non era che abbandono) non più al chiuso, ma all'aria aperta "en plein air".

D'altra parte il barbonismo, le persone che stanno sulla strada o che comunque sono abbandonate compongono una categoria che mette in crisi la psichiatria: sono le persone che eludono i tentativi consolidati di cura, non rispondono immediatamente, richiedono quindi elasticità, continuità, creatività, ma soprattutto una integrazione dialettica con altre scienze sociali: obbligano la psichiatria ad uscire dallo PSI ( psicologico, psicoanalitico ecc....).

In conclusione appare evidente che il riappropriarsi della problematica dell'urgenza da parte del SDSM è avvenimento che non può non avere ripercussioni su tutto l'assetto non solo organizzativo, ma anche culturale degli stessi servizi.

La ridefinizione dei concetti di crisi, emergenza ed urgenza non è un puro esercizio linguistico, ma serve a chiarire il campo d'azione di questa nuova funzione.

Inoltre il lavorare a più stretto contatto con altri sanitari ed altre agenzie servirà sicuramente a delimitare con più chiarezza le rispettive competenze soprattutto quelle della psichiatria sul cui raggio d'azione spesso vi è una notevole confusione.

**Massimo PURPURA**

*Primario Psichiatra SPDC*

*Ospedale Civile Sandro Pertini*

ROMA

## OLTRE IL PREGIUDIZIO. IL "CHI E' CHI" DELLE STRADE

*intervento della Comunità di S. EGIDIO*

Come i senza fissa dimora vivono a livello esistenziale l'esperienza della strada? Vivere senza radici, alla giornata, arrangiandosi con poco, quali conseguenze ha nella loro vita ?

Il mondo dei senza fissa dimora non è un universo indifferenziato: ci si trova di fronte a situazioni personali molto diverse tra loro. Non solo. Spesso i problemi che emergono sono sovrapposti ed intrecciati in modo tale da non rendere sempre facile o corretta una "classificazione". E' quanto rivelano i dati sulla storia e le condizioni di vita degli intervistati. Gravano sugli abitanti della strada una complessità di problemi, e non sempre un solo polo, un solo elemento, una sola condizione o motivazione riesce a definire la situazione che essi vivono.

Dall'esame dei dati di un'inchiesta condotta dalla Comunità di S. Egidio nel 1991 sulla condizione delle persone che vivono in strada a Roma, emerge che su 589 intervistati, 159 (il 26%) soffrono di problemi psichici.

### ***Problemi psichici***

E' la strada che in qualche modo produce disagio psichico o verso la strada sono spinti proprio coloro che già sono di fatto ai margini della "normalità"?

L'inchiesta evidenzia che 78 intervistati tra i 159 che accusano disturbi psichici, ne erano soggetti anche prima di arrivare alla strada. Di questi solo 7 sono stati in ospedale psichiatrico e ne sono usciti a seguito della legge 180.

I rimanenti 81 quindi si sono ammalati in strada: certo la condizione di senza-tetto si inserisce il più delle volte in equilibri umani già fragili. L'incertezza del futuro, la solitudine e l'isolamento, la vergogna, le difficili condizioni di vita, sono prove alle quali molti non resistono.

Alcune forme di psicosi o di ossessioni che si osservano negli abitanti della strada sono riconoscibili come frutto proprio della vita che conducono.

Al di là del percorso della malattia e della sua motivazione le forme in cui si manifesta sembrano acquistare infatti caratteristiche comuni.

La vita per strada infatti è una lotta quotidiana per la sopravvivenza.

Certo in strada regna sovrana la legge del più forte e chi non è forte ha paura; la prima regola comunque è non fidarsi di nessuno; c'è chi ti vuole portare via le tue cose, chi ti fa del male mentre dormi, chi ti insulta mentre cammini. Tutti gli abitanti della strada hanno vissuto queste esperienze.

Nella mente di alcuni la difficoltà a difendersi, la paura, ingigantiscono nemici reali che invadono i pensieri a tal punto che questi avversari si materializzano dovunque e in chiunque: così alcuni vedono dietro ogni angolo un pericolo e in ogni passante un possibile aggressore: attorno ad essi si alza come un muro che li rende inviciniabili; a volte schivi, incapaci di rispondere a qualsiasi domanda o di accettare aiuto, altre volte aggressivi. E' una prigione da cui è difficile uscire.

Manie di persecuzione o pericoli reali? In ogni caso, ed è quello che più conta, la "mania" è comunque un problema concreto, tangibile, che fa soffrire e che costringe anche a fare delle scelte.

C'è chi per esempio non accetta nulla da mangiare da altri né frequenta mense per i poveri per paura di essere avvelenato, chi si siede solo con le spalle contro un muro per paura di essere aggredito, chi si chiude in un mutismo ostinato per paura di dover discutere. Eccessi di difesa, ma non pazzie irragionevoli: l'exasperazione e il terrore di rivivere esperienze negative o dolorose spiegano bene questi atteggiamenti.

A volte la assenza di attività fondamentali di relazione con il mondo induce a comportamenti asociali: per esempio parlare è una necessità irrinunciabile e coloro che per lungo tempo restano isolati non ne perdono il desiderio ma lo esprimono in modo irrazionale, rivelando che la solitudine e la privazione di rapporti sociali è intollerabile tanto da dover cercare una illusoria compensazione.

Non è raro incontrare donne e uomini che parlano da soli; a volte con un interlocutore immaginario che per loro è realmente presente. Pensiamo a cosa vuol dire trascorrere intere giornate senza parlare con nessuno: occorre inventarlo. Con questo "lui" immaginario infatti è finalmente possibile discutere di cose che sembrano non interessare nessuno oppure sfogarsi dei tanti torti subiti.

Se ci si ferma a parlare con loro si scopre che è proprio di un interlocutore vero di cui hanno bisogno: qualcuno che domandi, che risponda, che abbia una voce vera; allora emerge un grande desiderio di esprimersi non sempre pari alla capacità di farsi capire, di mettere insieme ricordi e situazioni in modo conseguente: ma se si è attenti ad ascoltare e si prova ad entrare in dialogo, discorsi apparentemente insensati "miracolosamente" acquistano una logica.

A volte i racconti sembrano non avere una collocazione temporale o meglio, sembra che il tempo si sia fermato in un momento della loro vita.

Per altri invece parlare diventa, per disabitudine, una fatica o comunque un'esperienza così forte da aver paura di esagerare.

Alcuni non sanno parlare che gridando: non sempre gridano contro qualcuno; a volte è solo il tono della voce più alto del normale o un modo di esprimersi inizialmente aggressivo: desiderio di attirare l'attenzione o forma di difesa contro un mondo ostile? A volte fanno paura e questo fa crescere il loro isolamento come un circolo vizioso. Ma spesso dietro a quelle grida si nascondono uomini impauriti, vittime della paura degli altri, del mondo, della solitudine. In molti casi fermarsi a parlare con loro porta a scoprire una capacità di entrare in dialogo che sembrava impossibile: le grida cessano oppure il tono di voce torna normale.

Molte altre cose mancano agli abitanti della strada sul piano delle relazioni sociali e questo non è senza conseguenze: la propria stabilità umana infatti è intimamente connessa alla stabilità degli affetti, di un tetto, di abitudini e punti di riferimento. L'assenza di tutte queste cose, ed è la condizione normale di chi vive per strada, genera atteggiamenti "strani": sostituzioni illusorie di cose che non si hanno più.

Anche la casa è un bene prezioso di cui perfino nell'immaginario non si può fare a meno: loro a volte chiamano casa quell'angolo di strada che sono riusciti faticosamente a conquistare.

La difficoltà o l'impossibilità di compiere alcuni gesti abituali della vita di ogni giorno si ripercuotono sull'equilibrio di chi è costretto a vivere in strada; cambiarsi d'abito, lavarsi, radersi, diventano infatti un grande problema. In realtà per tutti sono il simbolo della dignità della propria persona: essere sporchi e malvestiti è come dire di aver perso la propria dignità.

C'è chi allora ingaggia una battaglia quotidiana per mantenere un aspetto dignitoso, tra orari dei pochi servizi doccia gratuiti e quelli dei centri dove distribuiscono vestiti. Alcuni soccombono in questa corsa ad ostacoli e si lasciano andare: più è forte l'isolamento più si perde la motivazione a curare la propria persona: questo non toglie che resti il gusto o il desiderio di farlo.

Dietro a questi uomini apparentemente abbruttiti, non curanti di abitudini per noi irrinunciabili, traspare una realtà di dignità umiliate, di desideri inespressi e speranze disattese.

Ogni stranezza ha una storia spesso carica di sofferenza. Queste e tante altre le forme più evidenti della malattia psichica che si possono osservare tra i senza fissa dimora, disturbi che si spiegano molte volte proprio come reazione alla vita per strada.

Accanto alle manifestazioni più gravi spesso irreversibili i senza tetto sono soggetti ad una sofferenza generalizzata che in molti casi si risolve, e con essa le sue conseguenze, quando l'esperienza in strada si conclude o quando comunque il tragico isolamento in cui vivono si spezza.

### *L'età.*

Non sono anziani. Sembrano, a volte, vecchi. ma sono giovani e adulti in larga parte e l'età media tende a diminuire.

Duecentoquattordici intervistati (più di un terzo) hanno meno di trent'anni, e l'età media è di 40 anni per gli uomini e 41 per le donne. Questa tendenza all'aumento dei giovani si registra in tutti i paesi europei.

Il dato, preoccupante, va messo in relazione con l'alto tasso di mortalità precoce di chi vive in strada. Ricerche condotte in Svezia e negli Stati Uniti dimostrano che i bag people muoiono mediamente intorno ai 50 anni, almeno vent'anni prima dei loro concittadini. C'è comunque un piccolo popolo di sopravvissuti alla vita sui marciapiedi e sotto i colonnati: tra gli intervistati infatti ben 73 (il 12% ) hanno più di 60 anni. Inoltre è da notare la presenza nel mondo dei senza-tetto di giovani minorenni: 14. Quasi tutti arrivano alla strada dopo anni vissuti in collegio; per loro le parole casa e famiglia sono vuote di significato oppure un ricordo lontano: cercano protezione vivendo in gruppo ma questo non li difende da esperienze a volte senza ritorno.

Non è un fenomeno rilevante dal punto di vista percentuale, ma è senz'altro un dato nuovo per l'Italia, che segnala l'avvio di processi di disgregazione sociale analoghi - in questo campo - a quelli che sono in corso da tempo nei paesi anglosassoni. Le caratteristiche di questo problema seguono, infatti, le dinamiche dei paesi del Nord del mondo piuttosto che quelle - diverse e abnormi - dei paesi come il Brasile (con 7 milioni di bambini in strada.

## *L'alcolismo.*

Tra i senza fissa dimora l'alcolismo è molto diffuso: lo confermano i dati dell'inchiesta che evidenziano tra gli intervistati ben 134 alcolisti. Il dato si riferisce ad etilisti gravi perché il numero di persone tra gli abitanti della strada che beve vino (e si ubriaca) è sicuramente superiore.

Se non è sempre facile ricostruire l'itinerario umano di questi alcolisti è certo che la condizione di senza tetto funziona da moltiplicatore di questa abitudine, sia che sia stata contratta in strada che precedentemente.

Cosa spinge questi uomini a bere tanto vino da essere praticamente sempre ubriachi?

Ripercorrendo la storia degli intervistati il motivo per il quale hanno iniziato a bere è a volte accidentale e lontana nel tempo: una delusione amorosa, un fallimento sul lavoro o semplicemente la compagnia degli amici. Altre volte è un una tappa di un percorso di emarginazione lungo e complesso. Ma la conoscenza della causa iniziale se è utile per ricostruire l'itinerario umano di questi alcolisti, non è però sufficiente a permettere un loro recupero. Così per loro stessi la coscienza delle motivazioni iniziali della loro condizione, da sola non basta ad aiutarli a smettere.

Ben più forti sono viceversa le cause, potremo dire, "secondarie" cioè quelle più strettamente legate alla vita per strada e non sono poche.

Prima fra tutte il freddo: per strada i rigori dell'inverno sono a volte intollerabili e spesso i senza fissa dimora non sono abbastanza coperti per difendersi. Bere diviene quasi una necessità anche se l'iniziale sensazione di caldo è un'inganno: così si spiegano le morti per assideramento che purtroppo avvengono ogni anno durante l'inverno.

Il vino inoltre per il suo contenuto calorico costituisce per gli abitanti della strada un modo per riempire la pancia a poco prezzo: più si beve e meno si mangia e meno si ha voglia di mangiare: per questo non è raro incontrare alcolisti di strada gravemente denutriti, incapaci di reggersi sulle gambe non solo per lo stato di ebbrezza, ma anche perché privi di forze.

Per chi dorme in strada prendere sonno non è facile: spesso i luoghi dove i senza fissa dimora si riparano per la notte, oltre ad essere ovviamente mancanti di qualsiasi comodità, non sono, per scelta, isolati tanto da riparare dai rumori. Dormire da soli in posti poco frequentati è pericoloso. Dopo una buona bevuta il sonno diviene così profondo da non sentire più né il freddo, né la posizione scomoda, né la confusione intorno.

Il nemico più grande dei senza fissa dimora è la solitudine: intere giornate trascorse in giro per la città in mezzo a centinaia di persone ma soli. Nella solitudine il peso dei ricordi, la preoccupazione per il presente e per il futuro diventano più pesanti: l'unico modo per fuggire è stordirsi sperando di dimenticare.

Se per un qualsiasi senza fissa dimora il futuro non va oltre il giorno dopo, per gli alcolisti la dimensione del tempo è così ridotta da perderne di senso: spesso non sanno che giorno è della settimana o non fanno caso al succedersi del giorno e della notte. Il tempo infatti è un nemico: le ore non passano mai: con una bottiglia di vino sembra passi più in fretta: o comunque l'angoscia di vivere senza una prospettiva, sembra meno pesante.

Proprio la coscienza del tempo che passa senza avere nulla da aspettare è uno dei motivi che schiacciano questi alcolisti nella loro condizione.

In genere gli intervistati non sono più giovanissimi: hanno attraversato un momento di crisi nella loro vita, forse superabile se avessero avuto il sostegno necessario, che è invece diventato l'inizio di un itinerario graduale ma irreversibile di esclusione dalla società. Non si diviene alcolisti in un giorno e più la consuetudine di bere si prolunga nel tempo più è difficile uscirne.

La condizione di questi uomini è spesso così deteriorata che loro stessi hanno paura a vivere sobri. Essere lucidi vuol dire prendere drammaticamente coscienza della propria situazione, sopportare il peso del passato e assumersi la responsabilità di un futuro che si presenta pieno di ostacoli insormontabili: soprattutto se da soli.

In questi uomini non si spegne il desiderio della vita "normale" ma il loro stato attuale è tale da farla apparire un sogno irrealizzabile.

La loro esistenza spesso oscilla tra il desiderio di cambiare vita e la paura di non riuscire a ricominciare da capo.

La qualità della vita di questi abitanti della strada è decisamente scadente non solo per carenze strutturali, comuni agli altri senza fissa dimora, ma anche per il graduale isolamento e l'impoverimento delle relazioni sociali dovute alla dipendenza dall'alcol e al continuo stato di ebbrezza.

I più vivono il problema dell'alcol con rassegnazione e vergogna: bere è vissuto come una debolezza che è difficile riconoscere anche davanti a se stessi e che condiziona il proprio modo di stare con gli altri e il giudizio che questi hanno su di sé. E' come una condanna che si aggiunge a quella già pesante di essere senza fissa dimora. La coscienza di un doppio fallimento: non essere stati capaci di procurarsi o mantenersi una casa e un lavoro e in aggiunta aver perso anche la padronanza di sé.

Effettivamente l'alcol trasforma la vita di queste persone non solo dal punto di oggettivo ma anche ne muta il carattere, gli stati d'animo, condiziona le loro azioni in modo tale da farli apparire uomini non più padroni di se stessi. E questo a volte è avvertito da loro stessi con molta sofferenza.

Tutto questo diventa evidente quando per un periodo riescono a smettere di bere: durante l'inverno è frequente che per il freddo le loro condizioni di salute si aggravino tanto da richiedere un ricovero ospedaliero. Se hanno la fortuna di essere accettati, nel giro di pochi giorni avviene una trasformazione "miracolosa": non solo nel fisico ma soprattutto nella personalità.

Si scopre la verità su questi uomini che a volte sembrano non avere più sentimenti, desideri, speranze, amarezze. Dopo queste parentesi, che sono a volte i pochi momenti di lucidità e di serenità, almeno per non avere l'angoscia della sopravvivenza, la vita riprende come prima: si ritorna alla strada e spesso l'unico compagno torna ad essere solo la bottiglia di vino.

Perché ricominciare? Ma forse bisogna domandarsi perché e per chi smettere: non per la famiglia che a volte non c'è oppure nella quale si è maturata una rottura insanabile: non per gli amici che non si hanno, non per le proprie capacità professionali che in molti casi si sono perdute assieme alla salute o che non si sono mai avute. Non è il più delle volte il desiderio di smettere che manca ma le motivazioni per le quali farlo.

Questo problema è intimamente connesso alla qualità della vita di questi alcolisti: spesso mancano di tutto dal punto di vista materiale. Un tetto, la possibilità di riacquistare ritmi e abitudini regolari, di ritrovare una stabilità e una sicurezza materiale nella vita quotidiana, sono presupposti indispensabili, per un possibile reinserimento.

Ma la qualità della vita è fatta anche di un tessuto di rapporti umani, relazioni sociali, interessi, aspettative. Questo intreccio che costituisce l'inserimento nella vita sociale, per gli alcolisti senza fissa dimora spesso è completamente distrutto da anni di isolamento ed emarginazione. Non è possibile parlare di recupero senza ricostruire questo tessuto.

La sfida non è indifferente poiché la vita di questi abitanti della strada è appesa ad un filo: l'alcolismo infatti, insieme alle malattie conseguenti e agli incidenti provocati dallo stato di ebbrezza è una delle cause di morte più frequente tra i senza fissa dimora.

### ***Tossicodipendenza.***

La presenza di tossicodipendenti tra i senza fissa dimora è un fenomeno recente e, come del resto confermato anche in altri paesi, tende ad accrescersi. Fra gli oltre 500 intervistati 98 sono tossicodipendenti. Si tratta della più rilevante trasformazione sociologica del mondo della strada avvenuta negli ultimi anni, più incidente di quanto gli stessi dati fanno emergere a causa della resistenza di questo mondo a farsi "indagare"

L'età è molto bassa: i due terzi rientrano nella fascia tra i 20 e i 30 anni. Si tratta di giovani con abitudini di vita e comportamenti differenti dai vecchi clochard. Non dormono nei cartoni, né vestono abiti dimessi, non frequentano i luoghi abituali di assistenza per senza fissa dimora, anche perché non graditi. Infine non si riconoscono nel popolo dei senza-tetto, dai quali tengono continuamente a differenziarsi. Viceversa, a volte, per l'abuso di sostanze stupefacenti le loro condizioni si deteriorano talmente da non renderli diversi dai loro compagni di strada.

Per ovvi motivi il dato relativo all'incidenza dei sieropositivi è solo la punta di un iceberg: le abitudini dei tossicodipendenti di strada aumentano infatti il rischio di diventare sieropositivi mentre la vita che conducono li espone ad ammalarsi di Aids con più frequenza. Altissima è anche la mortalità per overdose dovuta all'uso di sostanze tagliate male. Ma in alcuni casi si possono ipotizzare veri e propri suicidi per la solitudine e la disperazione.

### ***L'esperienza del carcere***

Tra gli intervistati 61 dichiarano di aver avuto almeno un'esperienza di detenzione.

Per 34 inoltre il carcere è stato l'anticamera della vita per strada: al momento della scarcerazione infatti, in assenza di alternative, (appoggio presso la famiglia o altro) si sono trovati nella condizione di senza fissa dimora.

I reati di cui in genere sono responsabili i senza fissa dimora rientrano nella cosiddetta "microcriminalità": la scarsa gravità dei reati da una parte, e dall'altra i benefici previsti dalla legge per pene inferiori ai due-tre anni, (affidamento al servizio sociale, semilibertà etc.) farebbero pensare a buone possibilità di reinserimento per quest'area di detenuti.

Viceversa i comportamenti devianti degli abitanti della strada, tendono a ripetersi nel tempo per assenza di alternative sostanziali.

L'esperienza di detenzione infatti in questi casi si inserisce in situazioni personali e familiari spesso deprivate sia dal punto di vista economico che culturale: questa posizione di svantaggio, assieme alla carenza di risorse del sistema di sicurezza sociale, fa sì che chi "sbaglia" una volta, paga una pena doppia: la detenzione e la successiva ripetuta esclusione dal contesto sociale e lavorativo.

Chi ha precedenti penali infatti ha poche speranze di trovare un lavoro regolarmente retribuito. Ad aggravare questa situazione si aggiunge per gli intervistati l'assenza di una fissa dimora: la ricerca di un lavoro si presenta pressochè impossibile a meno di non reperire contemporaneamente una sistemazione alloggiativa, altrettanto irraggiungibile per una persona sola senza un reddito fisso.

Paradossalmente avviene che per alcuni il carcere diventa l'unica "casa" di cui si è potuto usufruire e il lavoro da reclusi l'unico lavoro "in regola": è questo un aspetto singolare ma reale nella vita degli abitanti della strada.

In ogni caso mentre era detenuto è riuscito finalmente ad andare a scuola: prima la quinta elementare, poi la terza media. Nonostante abbia preso il diploma di terza media, quando è detenuto chiede ugualmente di frequentare la scuola: un desiderio insaziabile di imparare quello che nessuno gli ha mai insegnato.

Il desiderio di lavorare non manca ma le opportunità per un detenuto senza fissa dimora sono molto scarse.

Per questo paradossalmente alcuni senza fissa dimora rimpiangono del carcere non certo la privazione della libertà ma la parvenza di normalità determinata dai ritmi regolari e dalla speranza di lavorare all'interno del carcere.

Le condizioni fisiche di alcuni senza fissa dimora sono così deteriorate che dopo un periodo in carcere si ristabiliscono semplicemente perchè hanno avuto la possibilità di mangiare regolarmente.

Altrettanto difficile è per un detenuto senza fissa dimora usufruire delle misure alternative alla detenzione previste dalla legge Gozzini. La prima difficoltà è di ordine economico: l'impossibilità di pagarsi un avvocato fa sì che debbano ricorrere per la difesa ad avvocati d'ufficio.

Non sempre inoltre dispongono delle informazioni necessarie per richiedere i benefici di cui hanno diritto: è necessario un collegamento con l'esterno, una conoscenza delle risorse del sistema sociale che gli abitanti della strada non hanno.

Un ruolo decisivo inoltre è di nuovo determinato dalla possibilità di avere una dimora stabile che sono indispensabili per ottenere misure come gli arresti domiciliari o l'affidamento in prova al servizio sociale o delle licenze.

Chi non ha senza fissa dimora è quindi un detenuto di serie B: paradossalmente l'istituzione carceraria attrae a sè questa fascia di detenuti che ne diventa dipendente senza poter uscire da questo circolo vizioso.

Come si può notare è possibile finire in strada per tante, diverse, ragioni. Motivi che non sono per forza riconducibili ad eventi eccezionali. Al contrario si tratta, per lo più, di avvenimenti ordinari che possono toccare chiunque ad un certo momento della vita: uno sfratto, una tensione familiare che non si risolve, la perdita del lavoro, possono trasformare delle persone che conducono una vita "normale", in cittadini di questo popolo senza riparo e sicurezza. Chi può allora diventare "barbone"? Forse l'unica risposta possibile è "chiunque", a certe condizioni.

La vita per strada, al contrario di quanto si pensa normalmente, non è affatto una scelta. E' eventualmente un "percorso obbligato" da una difficile storia personale in cui si sommano diversi elementi: "disgrazie", errori, malattie e delusioni. Ma soprattutto l'abbandono del mondo attorno. In molti casi è infatti uproprio questa colpevole disattenzione a non impedire la triste fine di una storia a volte solo "cominciata male".

In quanti casi si sarebbe potuto evitare la strada?

Difficile rispondere per quanto riguarda il passato con una statistica precisa. Meglio, per il futuro, capire di più questo mondo che, tutto sommato, non è poi così lontano e incomprensibile. Per trovare una risposta, quella vera, proviamo allora ad entrare nella loro vita. In punta dei piedi, con il rispetto di chi vuole capire, lasciamo parlare le immagini e le storie.

**Francesca ZUCCARI**  
*Comunità di S.EGIDIO*  
ROMA

# L'OSTELLO TERMINI

*Les malades mentaux-"clochards" accueillis dans l'année 1988*

## INTRODUCTION

En complément de la présentation de Services de la Caritas à Rome pour les Sans-Abris, voici une étude, extrait du "Rapport d'activité de l'Ostello" réalisée dans l'année 1990.

L'Ostello-Termini, comme a été dit, est un centre "*de passage, de transition*" (96 places pour hommes et femmes), qui assure l'accueil, l'hébergement, l'accompagnement de ceux qui se trouvent dans une grave situation de pauvreté et de marginalité, devenue au fil des années, chronique. Nombreux sont les "barboni" (les clochards) qui sont accueillis et hébergés pendant une période plus ou moins longue.

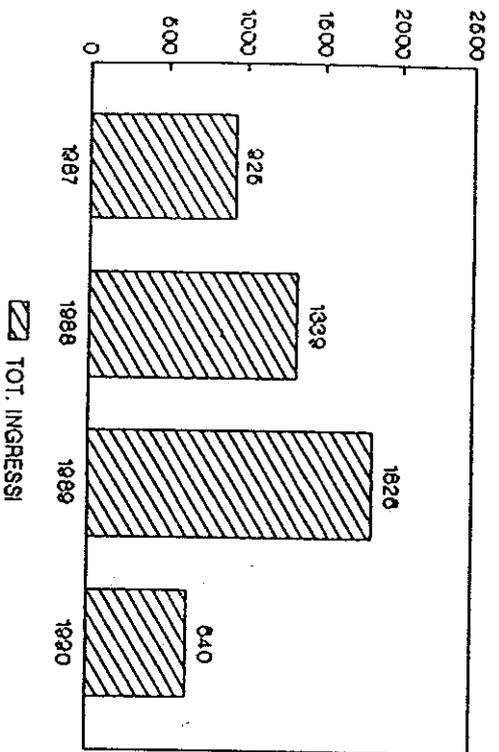
La maladie mentale et l'alcoolisme, à un stade de chronicité, sont souvent le fardeau indissociable de la situation de pauvreté extrême dans laquelle ils vivent.

## OBJECTIFS DU CENTRE

1. L'hébergement, l'accueil chaleureux et l'assistance offerte par les opérateurs de l'Ostello, sont la première et immédiate réponse à la situation d'urgence et aux besoins primordiaux manifestés.
2. Le travail de soutien et de promotion accompagne la personne tout au long de son séjour pour permettre de sortir de la marginalité et de l'exclusion et d'avoir accès aux élémentaires droits tant sociaux que de la santé. Il est indispensable, pour cela, de tisser à nouveau les contacts coupés depuis longtemps avec les services sociaux et de santé, qui sont dans le territoire.
3. L'Ostello assure aussi, en plus de la fonction d'accueil, d'écoute, d'animation et de réinsertion, une fonction d'"*observatoire*" pour l'étude du phénomène de la pauvreté, de complexes facteurs qui sont à l'origine de cette exclusion sociale et aussi pour sensibiliser et conscientiser", ensuite, les organisations sociales et les pouvoirs politiques responsables.

## INGRESSI - OSTELLO

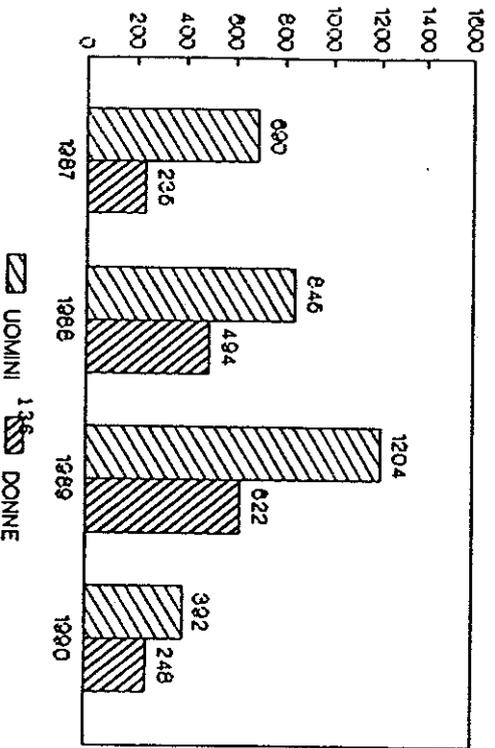
4730 dal 1/6/87 al 31/5/90



N.B.: 1987 dal 1 giugno al 31 dicembre ( 7 mesi )  
1990 dal 1 gennaio al 31 maggio ( 5 mesi )

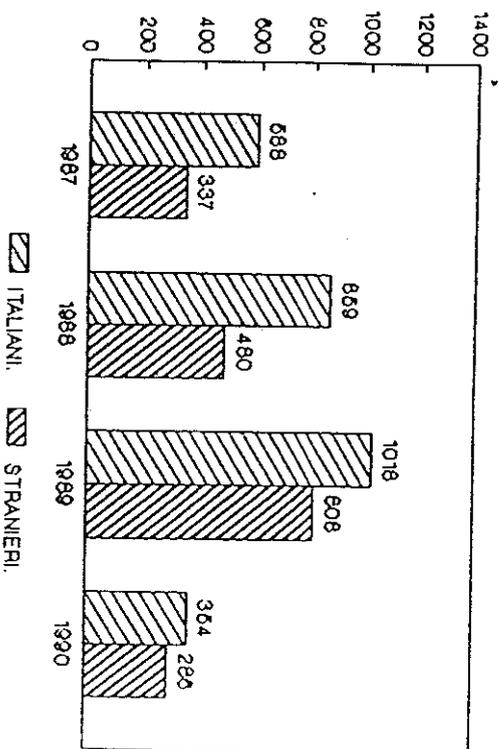
## INGRESSI - OSTELLO

3131 UOMINI - 1599 DONNE



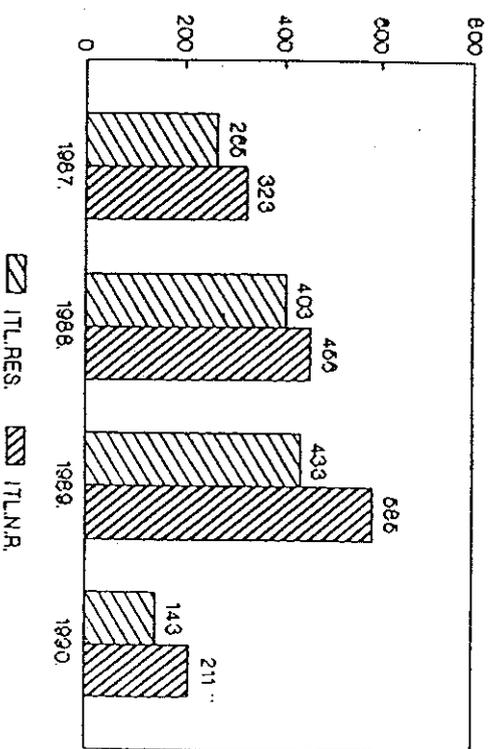
## INGRESSI - OSTELLO

2819 ITALIANI - 1911 STRANIERI



## INGRESSI ITALIANI

1244 RESID. - 1575 NON RESID.



## MODALITÉS ET PHASES DU TRAVAIL

### 1. Phase préliminaire : dans la rue, dans le métro, dans la gare.

C'est la phase la plus délicate et la plus importante: l'effort d'approche des "clochards" où ils vivent dans un état d'abandon et d'exclusion absolue. Ceci demande du temps, de la disponibilité à l'écoute, de la préparation professionnelle pour entrer en contact et rétablir une base de confiance avec ceux qui, depuis des années, ont coupés toutes relations avec la société (la réciproque est aussi vraie).

### 2. Phase intermédiaire: passage et transition à l'Ostello.

Cette phase devrait faciliter et permettre le passage de l'extérieur à l'intérieur, d'une forme "d'autisme social" à la "ré-socialisation".

Un séjour de transition est nécessaire dans des centres d'accueil de jour et de nuit, où l'accompagnement et le suivi psycho-médico-social sont assurés pour faciliter la ré-socialisation et le rétablissement, par des contacts réguliers, des liens avec les structures sociales et médicales du secteur.

### 3. Phase conclusive: maison communautaire Fidene II.

La "Casa famiglia Fidene II" accueille 10 personnes, envoyées par l'Ostello avec un programme de réinsertion à long terme.

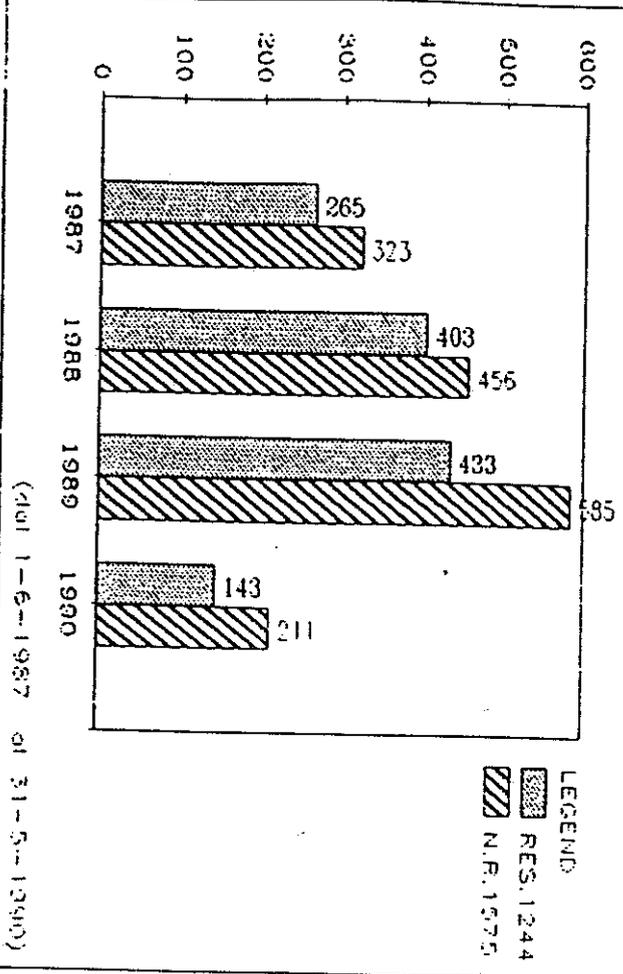
La conduction familiale de ce centre et le programme de réinsertion est supervisée par l'équipe p.m.s. de l'Ostello et prévoie:

- l'accès aux services sociaux et médicaux d'une façon constante et suivie,
- la réinsertion au travail, lorsque cela est possible.
- la recherche d'une autre lieu de vie plus adéquate soit un logement autonome, si possible.

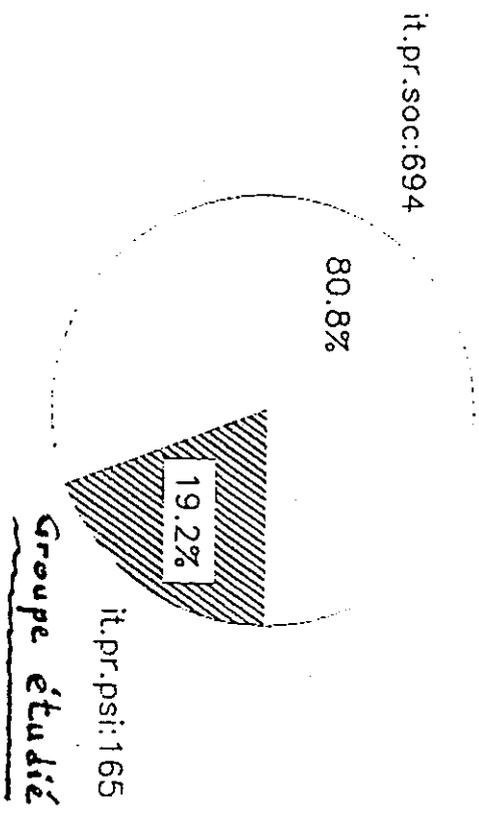
## PRÉALABLE A LA LECTURE DES DONNÉES

Les données présentées dans cette étude résultent d'une attentive lecture de 165 dossiers, constitués par l'équipe psycho-médico-sociale de l'Ostello-Termini (dans laquelle j'ai travaillé comme psychologue et directeur) et classés comme appartenant à des "personnes souffrant de troubles psychiques et psychiatriques".

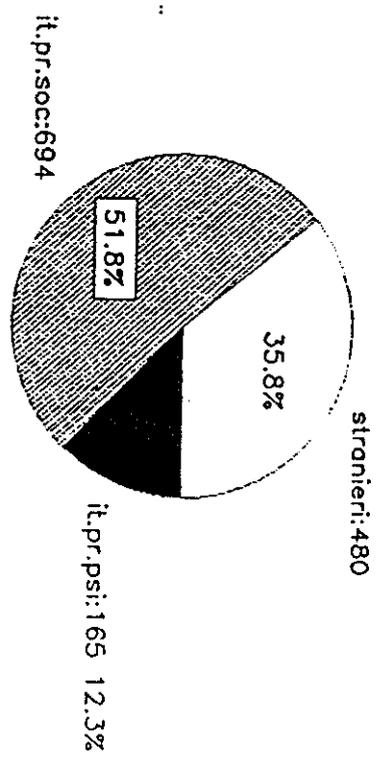
OSTELLO TERMINI CARITAS - COMUNE  
OSPITI ITALIANI



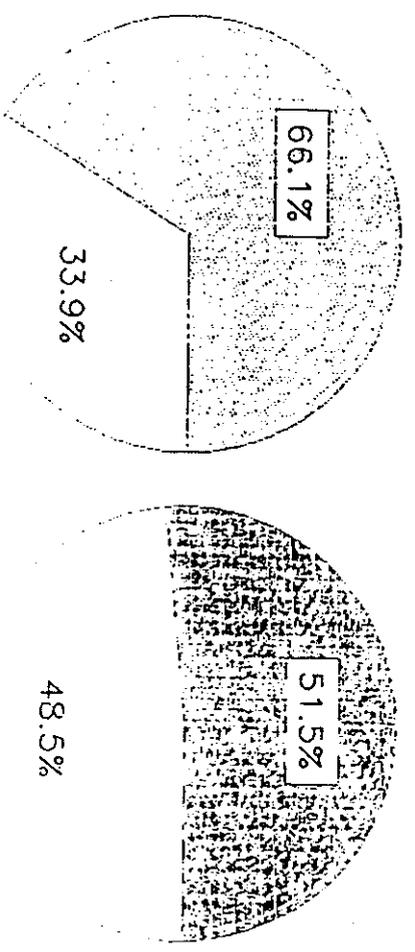
OSTELLO - TERMINI 1 9 8 8  
 TOTALE OSPITI ITALIANI 859



OSTELLO - TERMINI 1 9 8 8  
 TOTALE OSPITI: 1339  
 TOTALE ITALIANI: 859



ITALIANI CON PR. PSICHICI: 165  
 SESSO → RESIDENZA ←



U.: 109 - D.: 56 RES.: 85 - N.RES.: 80

Le nombre total de personnes accueillies à l'Ostello:

pour l'année 1988 a été de 1339, dont / 859 italiennes et  
\ 480 étrangères.

A cette période l'équipe p.m.s. ne disposait pas encore d'une grille "standardisée" pour la collecte de données.

C'est en effet, pendant l'année 1988 que nous avons élaboré les fiches "Scheda sociale / psicodiagnostica / medica", qu'on retrouvera à la fin de ces pages.

Elles sont constituées des diagnostics qui nous parvenaient des dispensaires de santé mentale (DSM ou CIM) et des pavillons de diagnostic et soins psychiatriques, des relations de l'équipe p.m.s., des observations des autres travailleurs de l'Ostello.

Il est probable que parmi les 1339 personnes accueillies en 1988, bien plus de 165 personnes présentaient des "pathologies psychiques" (cette terminologie inclut les pathologies psychiatriques les plus sévères).

Mais souvent leur présence trop brève à l'Ostello (1 ou 2 nuits seulement) et parfois le caractère lacunaire de leur dossier, empêchent la collecte des données significatives, nécessaires à cette étude.

Il est nécessaire de préciser que, vu l'absence d'un "treatment setting" standardisé, cette étude n'a aucune prétention de précision scientifique.

Son seul but est de témoigner une situation qui existe dans une grande métropole comme Rome et aussi *de solliciter des études approfondies et comparées au niveau européen* sur la situation de ces personnes.

Une collecte de données standardisées et une analyse des facteurs étiologiques seront les préalables indispensables pour envisager une nouvelle politique socio-sanitaire, proposée au niveau de l'Europe Communautaire pour réaliser des programmes adéquats et complémentaires d'assistance et de prévention.

## ***LES "BESOINS"***

Les "*facteurs complexes*" qui sont à l'origine de cette situation de "marginalité" et les "*besoins*" qui en découlent sont communs à toutes ces 165 personnes et la relation de "con-causalité" contribue inévitablement au renforcement l'un de l'autre.

1. "**Pathologie psychique**", fréquemment "psychiatrique": troubles psychiques, névroses, psychoses aiguës et chroniques.
2. "**Problématique sociale**": absence d'un réseau social, perte du logement, du travail et ressources inexistantes ou insuffisantes.
3. "**Statut de marginalité**": solitude - isolement - exclusion des services sociaux et de la santé.

Il est évident qu'une personne qui vit à longueur de journée dans de telles conditions, manifeste et exprime avant tout des "*besoins*" primaires et élémentaires.

(v. Diz. Larousse: "*Besoin*", *Manque d'une chose nécessaire*.).

## **RÉPARTITION PAR PATHOLOGIE**

Il n'est pas possible de définir un cadre clinique particulier, sans se référer d'une façon univoque à une conception diagnostique précise et différenciée.

La plupart des diagnostics déclarés par les médecins et par les dispensaires ou les centres hospitaliers qui envoient leur patients à l'Ostello, se réfèrent à des descriptions symptomatologiques, plutôt qu'à des définitions de structure de personne. Il en découle évidemment que la "direction de la cure", c.a.d. la planification des interventions et des programmes souffrira, par la suite, de cette carence de diagnostic différentiel.

Les "classifications" de diagnostic utilisées ici et habituellement acceptées sont à prendre plutôt dans leur indication "symptomatologique".

Quelque précisions pour mieux en définir le champ:

<b>PSYCHOSE :</b>	/	<b>39</b> H. (61%)
<b>64</b> sur 165 (38%)	\	<b>25</b> F. (39%)
* <i>schizophrénie</i>		24 (37,5%)
* <i>paranoïa</i>		15 (23,5%)
* <i>p.maniaco-dépressive</i>		8 (12,5%)
* <i>psychose chronique</i>		17 (26,6%)

N.B. "Psychose chronique", diagnostic fréquemment utilisé par les centres de santé pour définir des patients installés dans un état de psychose compensée, mais sans rémission; à propos de ces patients, on répète souvent qu' "*il n'y a plus rien à faire*" !...

**NÉVROSE :** **21** sur 165 (12,7%) , comprend des états de *dépression*, *hystérie*, de *névrose obsessionnelle*.

**BORDER LINE:** **19** sur 165 (11,5%) , le diagnostic "*état-limite*" est fréquemment utilisé par les services de santé, mais non de façon univoque : parfois on se réfère à la notion de "*personnalité*" avec allure psychotique, névrotique ou pervers, d'autres fois on insiste particulièrement sur l'attitude "*caractérielle*" qui se manifeste par des comportements anti-sociaux.  
(Tout cela n'a rien à voir avec la délinquance commune).

**DÉPEND. DROGUE :** / **28 H.(80%)**  
**35** sur 165 (21,2%) \ **7 F.(20%)**  
état de dépendance grave aux drogues dures.

**ALCOOL :** **11** sur 165 (6,7%) état de dépendance grave aux substances alcooliques (on a pas tenu en compte la consommation "habituelle" de vin qui est une caractéristique très présente parmi les "clochards").

### **N.B. 1.**

Dans ces dernières classifications le symptôme est tellement présent et phénoménologiquement tellement envahissant, qu'il rend souvent difficile un diagnostic de la structure plus profonde, nécessaire à l'élaboration d'un projet de thérapie conséquente à un diagnostic différencié.

Il est probable que les échecs, si souvent constatés dans les différentes structures thérapeutiques pour toxicomanes (dispensaires, communautés diurnes, communautés thérapeutiques diurnes ou résidentielles), puissent parfois être attribués au peu d'attention prêtée à la "structure" de la personne, qui ensuite est devenue "accidentellement" dépendante des "substances".

Un préliminaire diagnostic différentiel plus approfondi pourrait, peut être en limiter le nombre.

### **N.B. 2.**

Le voisinage de la gare, vraie *centrale du trafic*, le manque de motivation sérieuse et convaincue de la part de toxicomanes de se "libérer" de la drogue, les comportements inévitablement antisociaux et agressifs à l'intérieur de l'Ostello, le personnel numériquement insuffisant pour garantir un encadrement correct, nous ont obligé à limiter à des cas bien définis et pour quelques jours seulement, l'accueil des toxicomanes.

**AUTRES :** Dans cette catégorie sont regroupés:

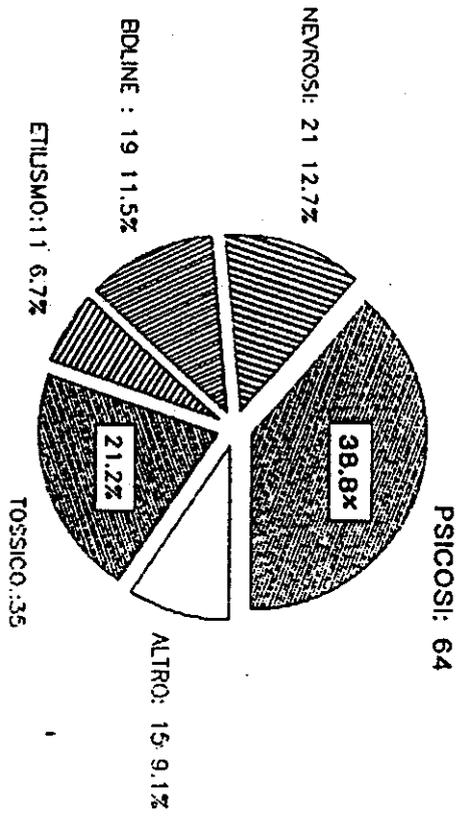
*EPILEPSIE* avec diagnostic déclaré par le médecin traitant ou par l'hôpital qui nous a adressé le patient.

*DÉMENCE SÉNILE* troubles psychiques généralement en rapport avec la sénescence cérébrale.

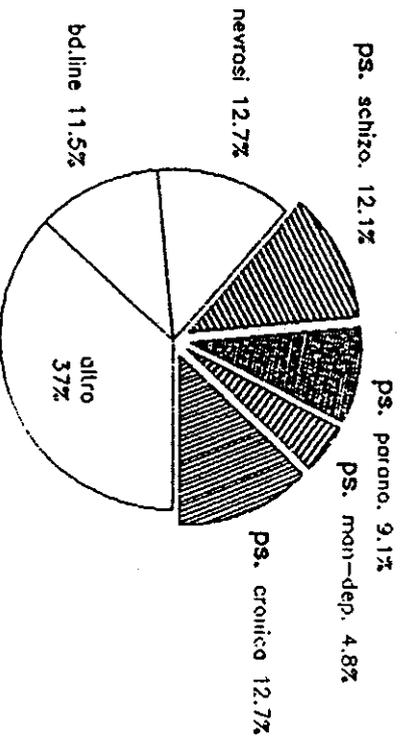
*OLIGOPHRÉNIE* grave débilité qui met en évidence une structure déficitaire profonde.

*PERVERSION* troubles de la personnalité surtout en rapport avec l'identité et les choix de l'objet sexuel.

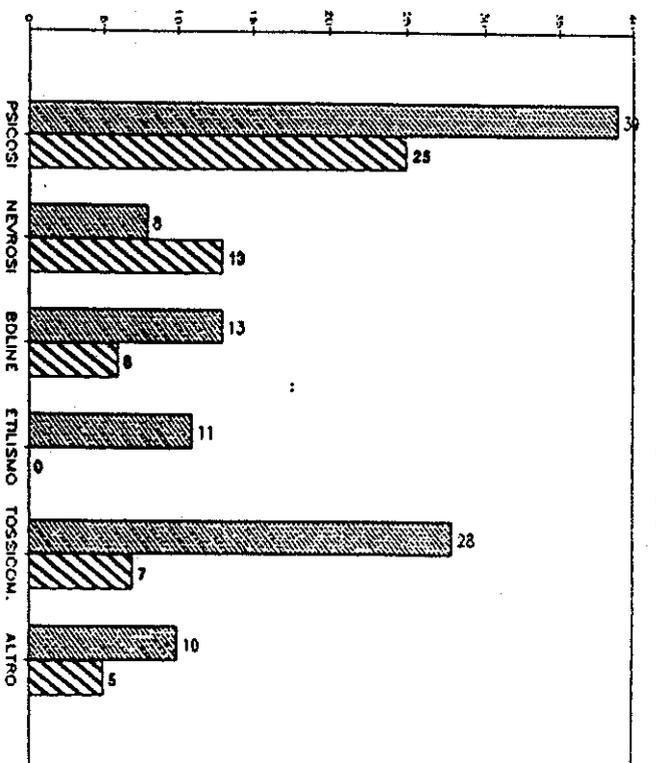
**PATOLOGIA**



**PSICOSI - NEVROSI - BD.LINE**



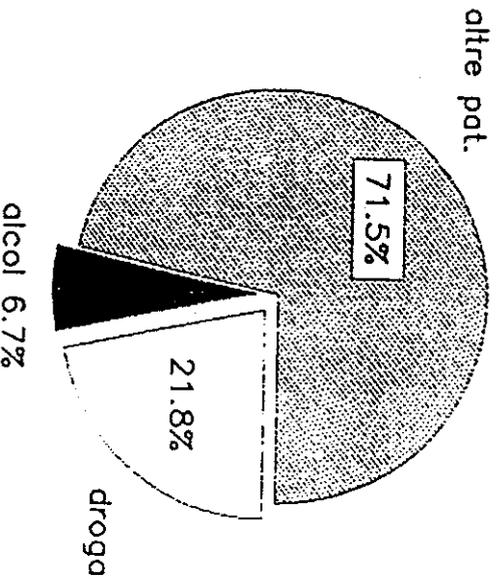
**PATOLOGIA**



LEGEND  
 U: 108  
 D: 58

♂  
 ♀

**DIPENDENZA ALCOL - DROGA**



## RÉPARTITION PAR INTERNEMENT

- \* en psychiatrie:            69 sur 165 (41,8%) au moins une fois:
- /        29 (42%) brefs et répétés
  - \        40 (58%) longs ( > 1 mois) et répétés
- de ces 69 hospitalisés en psychiatrie:
- /        11 (16%) sont des "ex-180" (la loi 180)
  - \        21 (30,5%) a eu un "TSO"  
(traitement sanitaire obligatoire).
- \* hôp. pour désintox.:    12    (7,2%) internement parfois obligatoire et répété,
- \* comm. thérapeut.:      19    (11,5%) séjours presque toujours répétés et parfois longs,
- \* en prison:                9     (5,5%) les toxicomanes et les malades psychiatriques "agressifs" ont fait très souvent de la prison.
- \* N.R.(non renseigné):    56    (34%)

**N.B.** Ces données sont malheureusement incomplètes parce que aujourd'hui encore la maladie mentale est considérée comme "honteuse" par la plupart des personnes et surtout par les proches des malades. Lors d'une entrevue on déclare difficilement avoir été hospitalisé en psychiatrie, tout au plus on avoue avoir eu un "esaurimento nervoso / dépression".

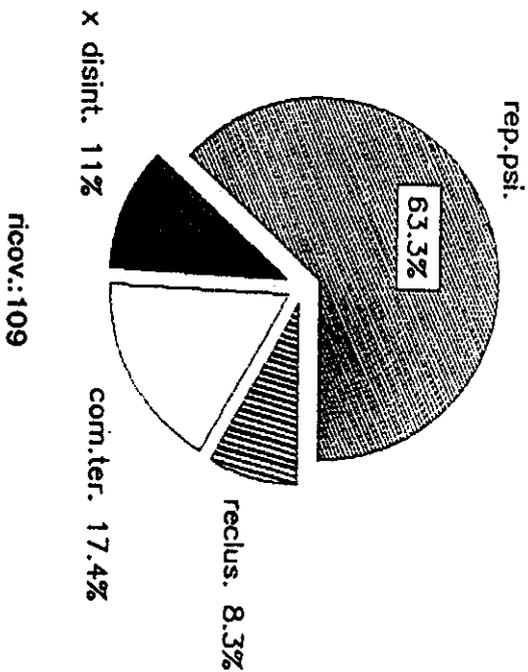
Ainsi pour 34% de ce groupe il n'y a pas trace d'hospitalisation en psychiatrie, même si toutes les conditions pour en supposer sont réunies.

Mais avec une certaine pudeur on a enregistré soit un "esaurimento nervoso", soit une hospitalisation en hôpital général.

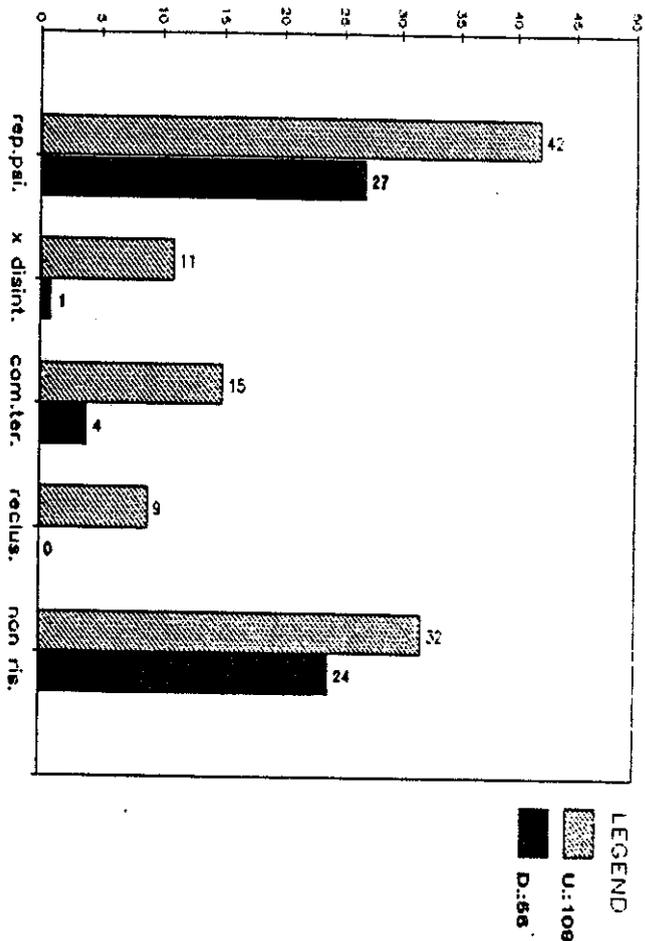
Deux constatations s'imposent:

1. **La répétition** de l'internement porte à penser et/soit à la récurrence de la maladie mentale et/soit à la carence d'un suivi thérapeutique chez eux ou dans des structures adéquates (centres diurnes, communautés thérapeutiques...).
2. **Les patients "ex-180"** (la loi n. 180 de 1978 sur la "réforme psychiatrique" a facilité les sorties, mais pas tellement la réinsertion !) sont ceux qui après des très longs internements, sont ré-hospitalisés par T.S.O. (traitement sanitaire obligatoire) de temps en temps pour des situations aiguës, mais une fois sortis, ils se retrouvent de nouveaux dans un état d'abandon et d'exclusion sociale la plus honteuse !

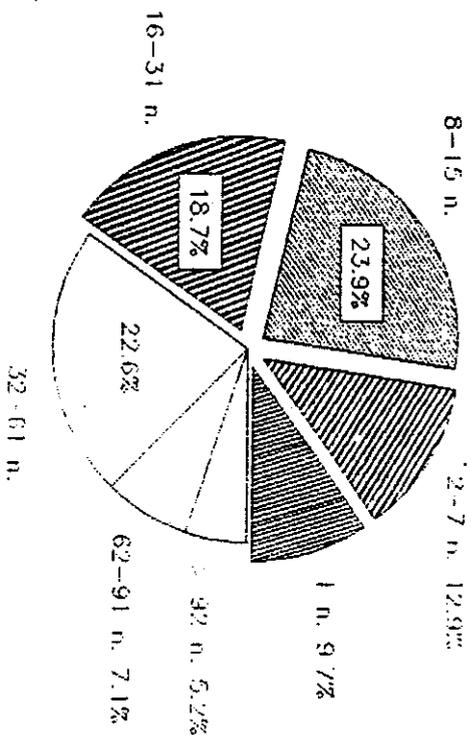
### RICOVERI



### RICOVERI

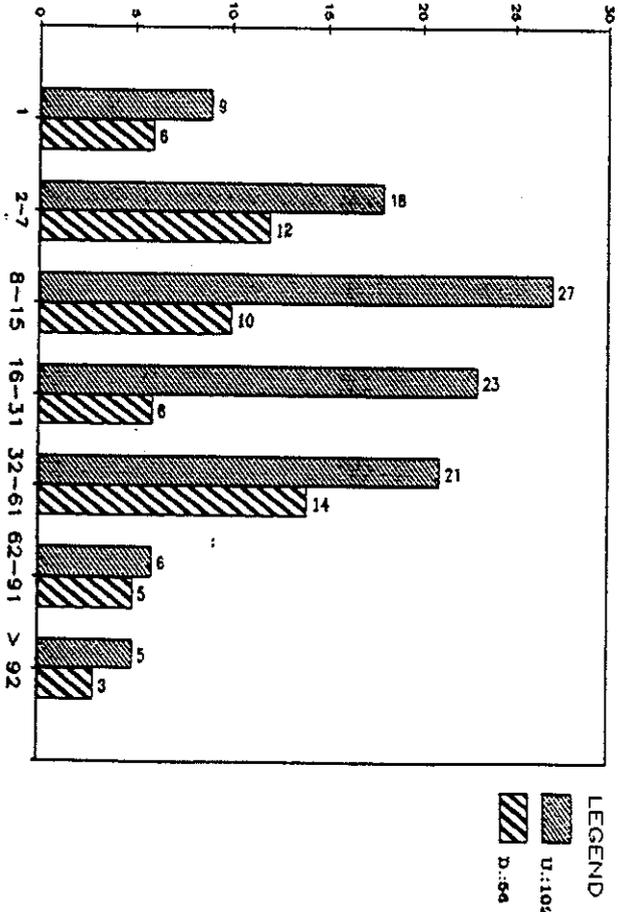


### NOTTE DI PERMANENZA



### NOTTE DI PERMANENZA

UOMINI: 3214 - DONNE: 1719



LEGEND  
 U.:109  
 D.:64

## DURÉE DU SÉJOUR

- la "Moyenne globale" de durée de séjour pour ces 165,

est / pour les hommes: **29,5 nuits**

\ pour les femmes: **30,5 nuits**

dont / 15 personnes seulement **1 nuit**

\ 19 personnes plus de **60 nuits**

et / **70,6%** hommes **61,8%** femmes **< / = 1 mois**

\ **29,4%** hommes **38,2%** femmes **> 1 mois**

**N.B.:** Les personnes qui, dans la même année ont été accueillies

*	<b>19,4 %</b>	de ces 165,	<b>2 fois</b>
*	<b>7,9 %</b>	"	<b>3 "</b>
*	<b>3,6 %</b>		<b>&gt; 3 "</b>

## RÉPARTITION PAR ÂGES

- de 27 à 36 ans: (37,8%),  
/ **44 hommes**  
\ **18 femmes**

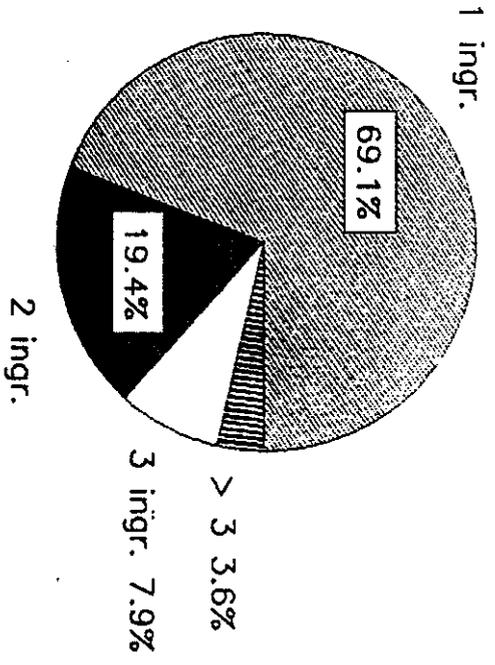
C'est le segment le plus important de personnes accueillies présentant des problèmes psychiques.

On remarquera le jeune âge de cette population et surtout on constatera que les personnes qui risquent la "clochardisation" sont **de plus en plus jeunes**.

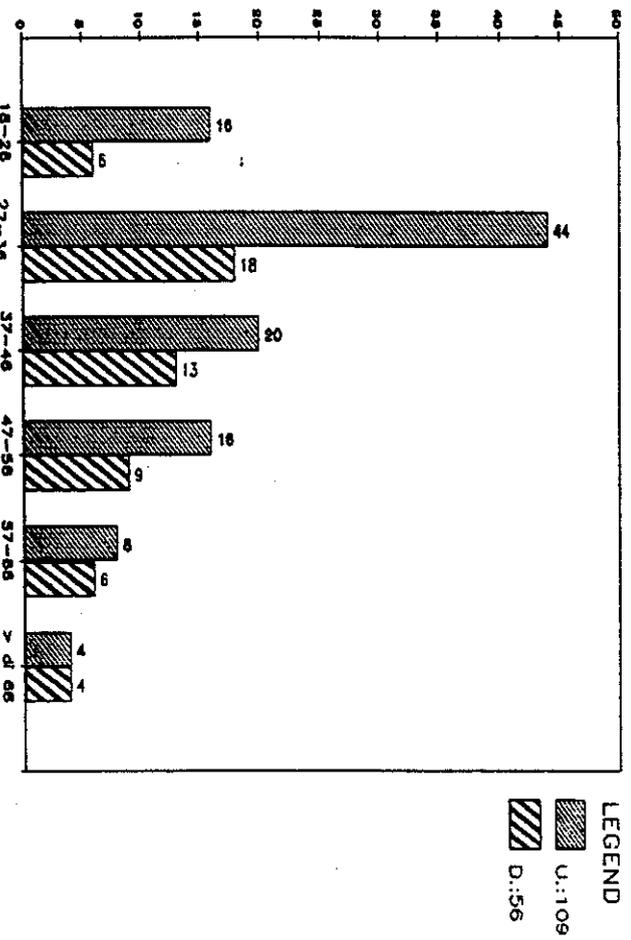
Il est donc très urgent de concevoir des programmes d'interventions adéquats alternatifs à la rue ou à l'hôpital. Et surtout, il est grand temps de lancer des programmes de prévention, afin d'éviter une aggravation de la situation et spécialement la chronification de la rue.

La corrélation entre les graphiques âge/séjour, met en évidence que quand l'âge s'élève, le séjour se prolonge, ce qui implique que les probabilités de trouver une solution acceptable deviennent progressivement plus compliquées et rares.

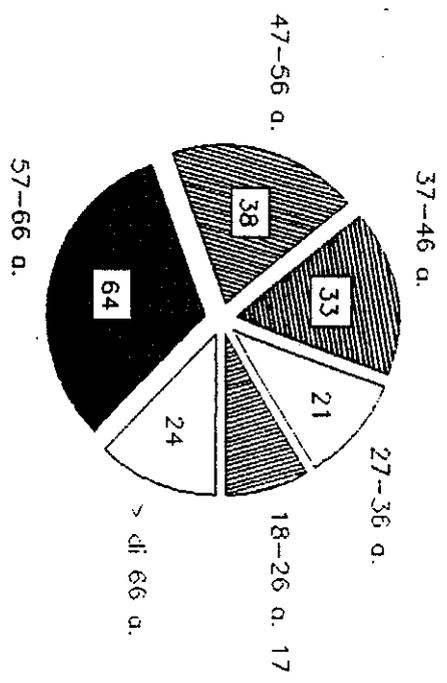
### INGRESSI E RIENTRI



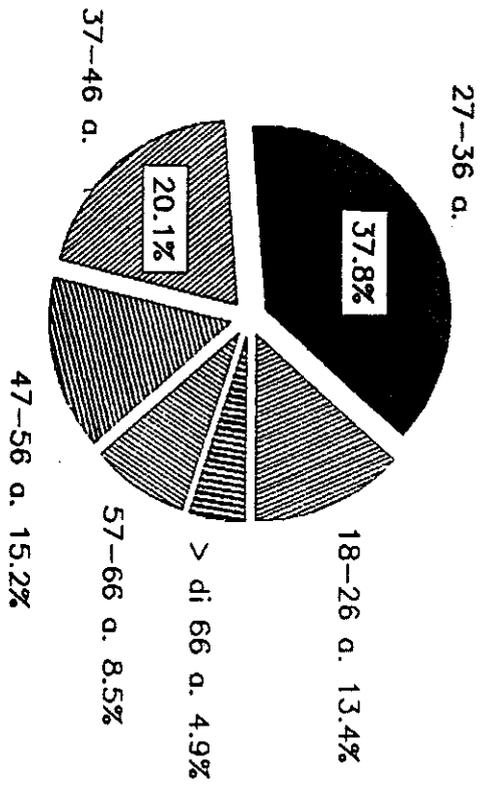
### DIVISIONI PER ETA'



### ETA' permanenza medio



### ETA'



## RÉPARTITION PAR ÉTAT CIVIL

- non marié / seul	<b>74</b>	hommes	<b>37</b>	femmes
- marié / veuf	<b>9</b>	"	<b>9</b>	"
- séparé / divorcé	<b>20</b>	"	<b>11</b>	"
- non-renseigné	<b>5</b>	"	--	

Il n'est pas nécessaire commenter l'état de solitude (tout à fait différent d'une solitude "choisie") et d'abandon "ordinaire" dans lequel vivent les "malades mentaux" et leurs familles.

La réinsertion en famille, très souvent difficile et pas toujours souhaitée de la part de la famille, n'est possible qu'à condition de programmer et réaliser par les "présides sanitaires" de secteur, un "suivi" non seulement au dispensaire, mais aussi - quand nécessaire - à domicile.

La *réinsertion familiale* des toxicomanes est particulièrement problématique et exige des interventions spécifiques pour eux et pour leurs familles.

## THÉRAPIE

La plupart des personnes du groupe étudié reçoit de leur médecin traitant des prescriptions des neuroleptiques et des anxiolytiques.

Au moment de l'accueil, pour prévenir le risque de sur-dosage ou autres: échange, vente..., les hébergés sont invités à déposer leurs médicaments dans le dispensaire de l'Ostello, ils leur seront en suite administré, selon la prescription, par le préposé à la pharmacie.

Les médicaments les plus fréquemment prescrits et indicatifs de leur pathologie sont: Moditen, Haldol, Serenase, Tavor, Halcion, Valium...

Parmi ces patients, ceux qui n'ont pas "*conscience de leur maladie*" refusent souvent la médication prescrite. Le médecin de l'Ostello juge alors, au cas par cas de la solution à prendre et si nécessaire (surtout dans le cas de *paranoïa et des bouffées délirantes*) il le renvoie auprès de la structure sanitaire qui reste le référant externe.

Les données en notre possession quant à la thérapie sont très fragmentaires et à cause de cela il est difficile de faire une statistique.

Seuls quatre parmi les **165** patients suivent un traitement psychothérapeutique à l'extérieur!

## RÉPARTITION SELON LES RESSOURCES

- **RIEN:** 37,6%

la personne ne bénéficie d'aucune ressource occasionnelle ou permanente et n'est pas en condition de travailler.

- **NON RENSEIGNÉ:** 12,7%

nous n'avons pas eu la possibilité de recevoir une information à ce propos.

- **PENSION D'INVALIDITÉ:** 17,6%

la personne est titulaire d'une p.i. Dans la plupart de cas elle résulte de la maladie mentale reconnue comme étant un "handicap".

Mais souvent on remarque que:

- \* la pension n'est pas retirée,
- \* elle est consommée dans le deux ou trois jours,
- \* elle est parfois volée (la condition d'errance favorise cet état des choses).

- **PENSION SOCIALE:** 3,6%

(élargie par différents organismes), pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Dans ces cas aussi se vérifient les situations déjà décrites.

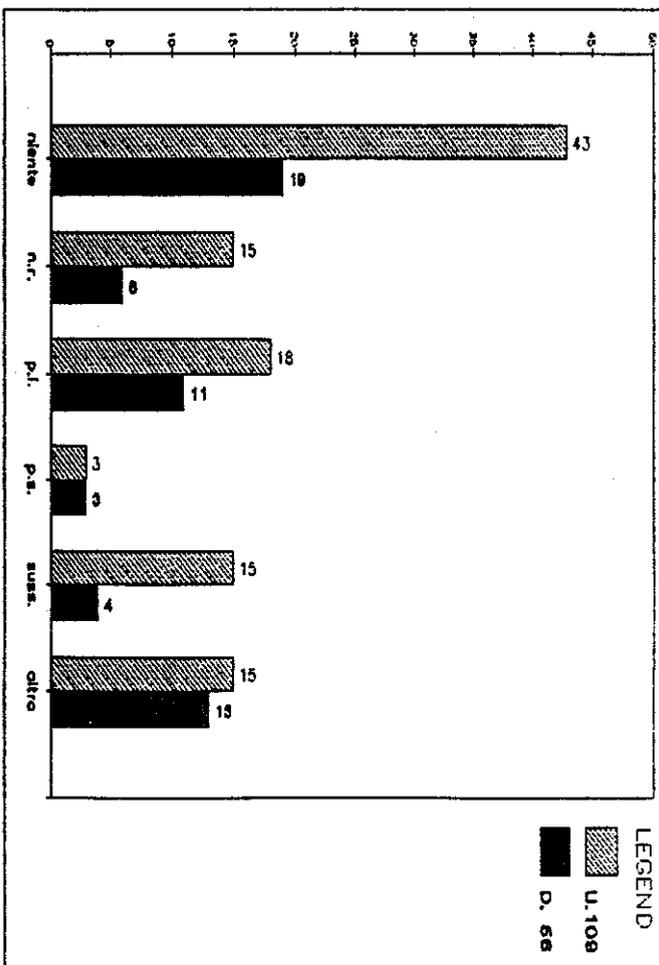
- **SUBSIDES:** 11,5%

élargis par les services sociaux des Circonscriptions et des USL (una tantum, semestrielle ou trimestrielle), d'une valeur absolument dérisoire (+/- 250.000 £).

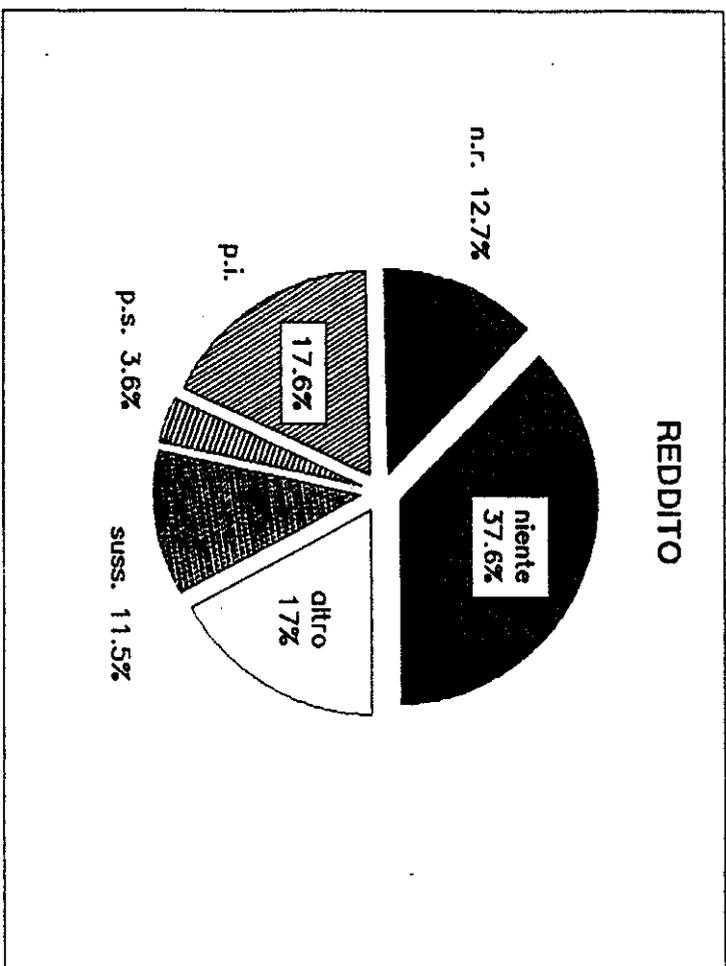
- **AUTRES:** 17%

sont inclus dans cette catégorie tous ces petits et abusifs travaux à la journée (gardien de parking, marchand ambulant, "plonge" dans les restaurants, porteur, etc...), qui permettent de se procurer l'argent de poche et surtout l'illusion de travailler. Parfois on trouve dans ce "autre" des cas de prostitution.

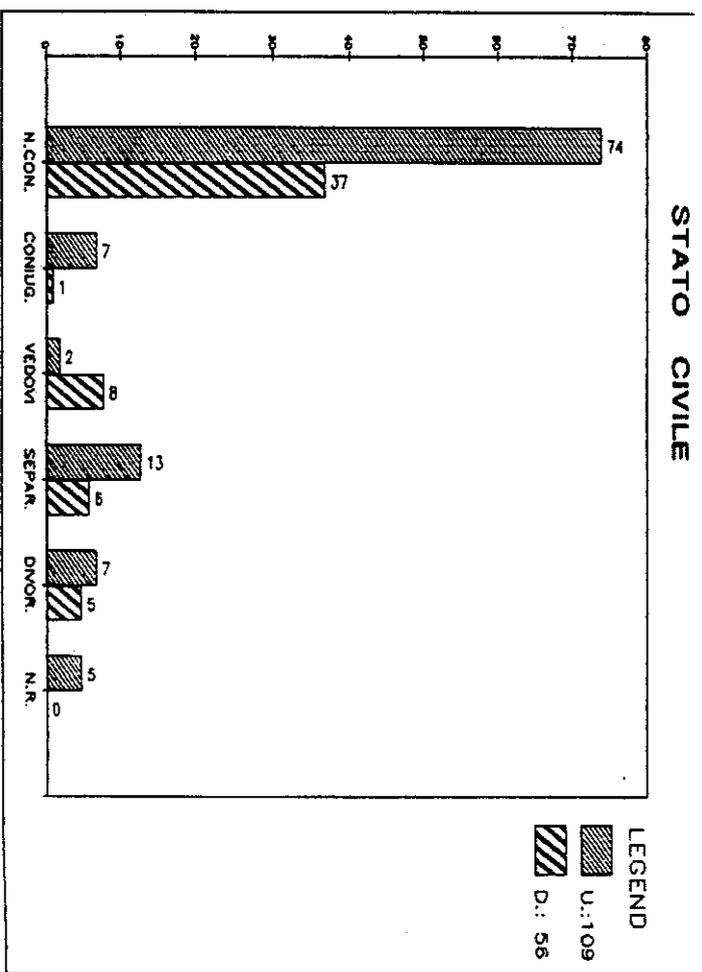
REDDITO



REDDITO



STATO CIVILE



## ADRESSÉ A L'OSTELLO PAR

\* **"La Gare" 23,6%**

Les non-résidents à Rome, surtout, ont reçu à la gare centrale ou aux environs par la POLFER (Police de chemins de fer), par des commerçants ou des passants, le conseil de s'adresser à l'Ostello de Via Marsala, afin de recevoir de l'assistance et de l'aide.

\* **Les Organisations religieuses: 26,7%**

Les personnes sont envoyées par des Centres d'accueil de jour, de Caritas, de paroisses, d'institutions religieuses, etc.

Il faut y ajouter 13,9% envoyé par de bénévoles (qui opèrent pendant le jour).

Remarquons que ceci est le canal plus important d'arrivée à l'Ostello: la connaissance réciproque et la collaboration ont été payantes.

\* **Les Services sociaux: 11,5%**

adressé à l'Ostello par la Rip. VIII ("Assessorato" Sécurité Sociale de la Marie de Rome) et par les "Circoscrizioni" (Services sociaux du territoire).

\* **Les Services de santé: 7,3%**

adressé par les pavillons de diagnostic et soins des hôpitaux et par les "CIM/DSM" (centres d'hygiène mentale).

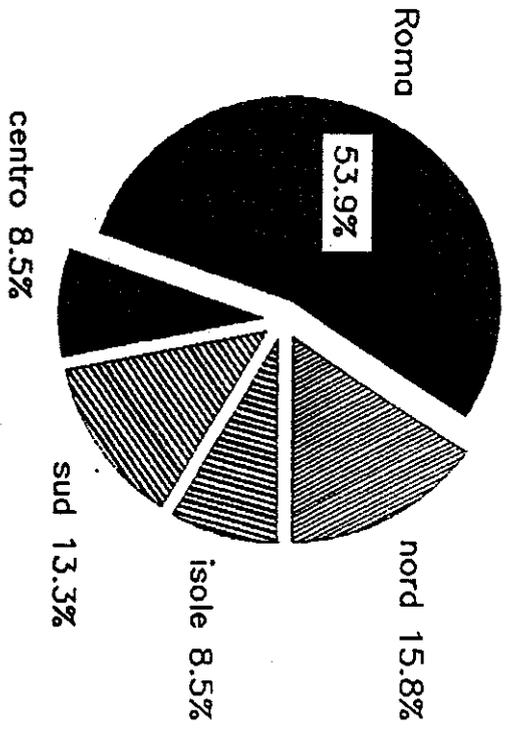
\* **Les Services pour toxicomanes: 10,3%**

adressé par le "SAT" (service assistance toxicomanes), par "Telefono Aiuto" (aide téléphonique pour toxicomanes), par "Villa Maraini" (centre d'accueil diurne pour toxicomanes), par "Comunità Incontro", "CEIS" (communautés pour toxicomanes) et autres.

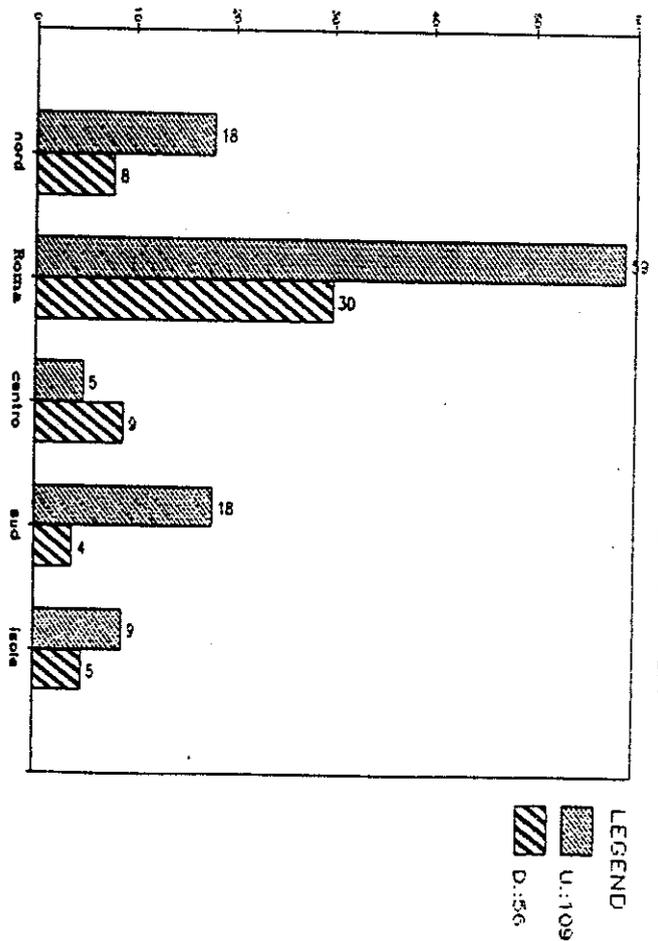
\* **La "Polizia et Carabinieri": 6,7%**

adressé soit suite à une signalisation téléphonique, soit accompagnés directement par les services de Police d'État et Municipale.

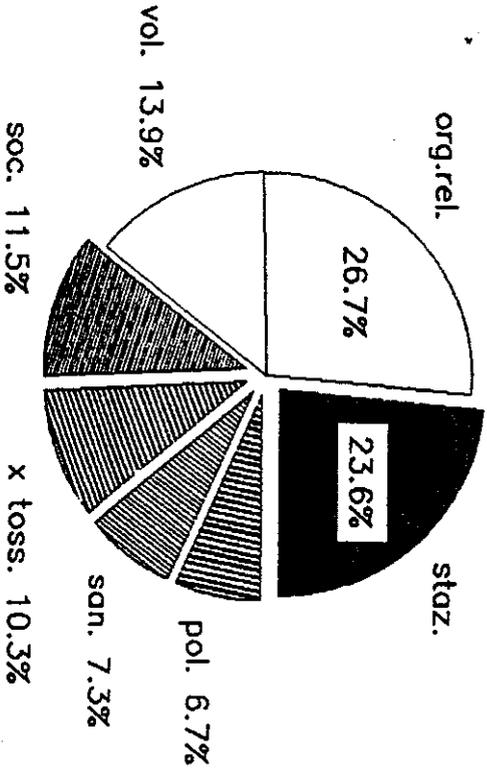
### RESIDENZA



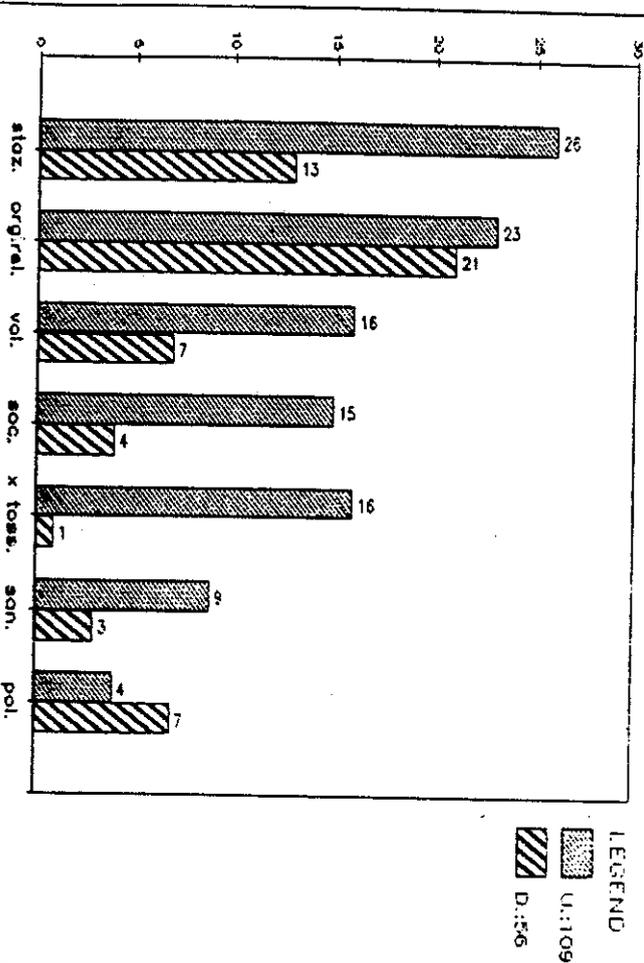
### DIVISIONI PER RESIDENZA



### INVIANTI



### INVIANTI



## Observations

1. L'Ostello assure une double fonction: accueil d'urgence et lieu de transition, avec toutes les difficultés de programmation et les inévitables interférences qui en suivent. Deux structures différenciées devraient par contre assurer une réponse plus adéquate et spécifique à la demande.
2. L'inexistence d'une politique locale de la santé et du social, l'absence de programmes à moyen/long terme avec comme conséquence la carence de structures alternatives, malgré prévues par la législation nationale, risquent bien souvent de rendre vain tout le travail accompli dans la rue, à l'Ostello, à Fidene II.
3. Une constatation : les malades mentaux qui vivent dans la rue dans un état d'exclusion et d'abandon ne sont sûrement pas une priorité pour nos responsables politiques, qui d'ailleurs reflètent dans leurs programmes les "priorités" de notre société.
4. Le travail accompli à l'Ostello voudrait être une réponse aux situations extrêmes de "pauvreté", dénonciation de l'absence d'une politique du social et de la santé cohérente et articulée, mais surtout une proposition d'initiative alternative et novatrice.

## CONCLUSION

Un certain nombre de programmes, d'intervention seulement de type "assistance charitable" ou "aide humanitaire" (offrant du logement, de la nourriture, des vêtements, etc.), répondent sûrement et parfois d'une façon efficace, mais provisoire aux "*besoins primaires*", mais nullement ou très difficilement à leur "*manque-à-être*", à leur besoin d'appartenance à un contexte social de solidarité et de proximité.

Or c'est fort probable que cette prise en considération "qualitativement" différente, qu'on essaye de mettre en acte à l'Ostello permettrait - au moins à une partie de ces personnes - une possibilité de "ré-socialisation".

On constate, en effet, que trop souvent l'ouverture de centres d'hébergement, la création de de fictives places de "travail protégé", les "subsidés/allocations" d'assistance ne parviennent pas à répondre aux problématiques des "*malades mentaux-clochardisés*".

Une vision myope du problème et de sa résolution, des interventions et des programmes relevant presque exclusivement de "l'assistance charitable publique et privée", (même si officiellement on prône le contraire), risquent de maintenir et même de renforcer l'utilisateur de ces services dans un état de "*besoin*" et de "*dépendance*", sans toucher aucunement les causes qui sont à l'origine de cet état de "maladie et d'exclusion".

Le "*besoin, le manque, l'absence d'une chose*" est sûrement plus facile à mettre en évidence, à quantifier, à classer et probablement aussi à satisfaire que le "*manque à être*".

Les statistiques, les graphiques de ces pages ne mettent en évidence que certains données concernant la situation de "*besoin*" de ces personnes.

En aucun cas ils ne peuvent exprimer leur "*manque à être*", leur besoin - malgré tout ce qui peut faire penser le contraire - d'"être-avec", c'est à dire de vivre, même "*différemment*", dans un con-texte social et de solidarité.

**Luigi LEONORI**



FIN DE DROITS

**GLOSSAIRE**  
*pour la lecture des autres tables*

Comune	Mairie de Rome
Ospiti	Hôtes/Hébergés
it. pr. soc.	avec problématique sociale
it.pr. psi.	avec problématique psychique
stranieri	étrangers
res.	résident
n.r.	non résidant à Rome
altre pat.	autres pathologies
rep. psi.	pavillon psychiatrique
x disint.	pour désintoxication
com.ter.	communauté thérapeutique
reclus.	prison
non ris.	pas des données
ricoveri	admissions
notti di permanenza	nuits de séjour
ingressi e rientri	entrés et réadmissions
invianti	personnes qui ont envoyé
org.rel.	institutions religieuses
vol.	bénévoles
soc.	services sociaux
x toss.	services pour toxicomanes
san.	services de soins
pol.	services de sécurité et de police
staz.	renseignements reçus à la gare (divers)
età	âge
residenza	résidence
stato civile	état civil
divisione per reddito	division selon les ressources
terapia	thérapie....

## CONCLUSION EN FORME DE QUESTION OUVERTE

*Être une voix que l'on entend...  
Cela est dans la condition de l'homme  
de former des mots dans sa gorge;  
la plupart n'expulse que du bruit,  
quelques-uns libèrent la parole.*

Herbert Le Porrier,  
Le Médecin de Cordoue

*Est-il possible une attitude "nouvelle" qui permettrait une approche "différente", innovatrice vis à vis des malades mentaux, qui évoluent ou sont déjà installés dans une situation de marginalité ("clochardisation") ?*

Cette interrogation nous interpelle souvent de façon persistante surtout lorsque nous sommes confrontés avec les psychotiques "chroniques", les ainsi dit "ex-180" (cf. Loi it. n°180 sur la santé mentale)), qui après *une* vie d'hôpital psychiatrique se sont retrouvés dans la rue "victimes" d'abandon et d'exclusion vraiment scandaleuse.

*"Il n'y a rien d'autre à faire, sauf ré-ouvrir les hôpitaux psychiatriques !"* (envisagés comme lieux de ségrégations, plutôt que lieux de soins). Cette réponse on l'a entendue très souvent, à tort ou à raison, exprimée aussi même par les soignants.

Le patient, installé dans la *chronicité de la rue* est quelqu'un qui, d'une certaine manière, a "*choisi le non-savoir*": de ne jamais s'interroger et, en conséquence, de rester dans un état de dépendance permanente du circuit "*couvrant*" (prise en charge) de l'assistance publique ou privée.

Est-il possible, alors, que ce sujet déjà "installé dans la clochardise", dans cette *indifférence*, parfois *rejet d'être*, de vivre dans une dimension socialisée (avec tous les "avantages secondaires" qui peuvent dériver de cette condition de dé-socialisation), puisse être amené à faire, à poser d'autres "*choix*" d'existence ?

C'est fort possible, est-on tenté de répondre, au vu de l'expérience de l'Ostello et aussi d'autres centres. Au moins cela vaudrait la peine d'en relever le défi. L'expérience de plusieurs professionnels qui travaillent dans des centres alternatifs permet d'affirmer que le changement, parfois, est possible.

Mais il faut nécessairement un "*con-texte*", une "*attitude*" différente.

Dans le circuit classique de l'assistance publique ou privée, il faut réaliser des structures innovatrices et spécifiques où ce type de "dé-placement", de mouvement, de changement soit facilité et surtout soutenu.

Il faudrait créer des "*lieux de vie*", où il y aurait un "temps-intermédiaire", qui soit certes chronologique, mais surtout "existential". Un lieu de vie "alternatif" à la rue, pour permettre au sujet de sortir *du lieu de la maladie et du temps de la "chronicité" scandé par le rythme de la répétition*.

Si le sujet est mis en condition de s'interroger, plutôt que seulement demander, il pourra entamer ce mouvement, ce dé-placement, qui lui permettra d'évoluer vers la sortie de cette "chronicité de la rue" qui, du fait des nombreuses années de vie dans l'errance, a pu se cristalliser.

Mais il faut tenir en compte que le temps est absolument indispensable, pour opérer ce parcours à l'envers et aussi essentiel est le "*lieu de vie*" où le sujet peut compter sur une "*présence*" capable d'écouter sa voix son cri étouffé et de relancer l'interrogation sans lui faire manquer le support indispensable au moment de l'angoisse.

Cette voix alors qui s'essaie à se dire, peut se charger de signifiants qui résonnent là où ils sont écrits, dans leur corps stigmatisé.

Mais tant que cette voix sera reçue comme une demande "*de quelque chose*" et entendue - même se d'une façon "empathique" - exclusivement comme "*plainte ou revendication*", elle restera un "*pré-texte*" illisible, c'est-à-dire une séquence d'épisodes non-signifiants, qui ne disent rien du sujet, ni de son histoire, de son existence qui s'essaye aussi à exister.

Le corps dépossédé de ces personnes, même inerte et sale, est "vie et histoire" du sujet et devient alors un "*con-texte*" qui parle: il faut savoir le lire et l'écouter.

Il est probable que les discours, les chiffres et les statistiques présentées ici et ailleurs à propos des malades mentaux-"clochards" ne démontrent ni dénoncent rien de plus que ce qui a été déjà démontré et dénoncé.

Mais ils sont pourtant susceptibles d'introduire une interrogation:

**"Est-il possible répondre d'une façon "*qualitativement*" différente à cette "*voix*" en plus que les "dispensaires" de médicaments, de nourriture, de vêtements, en plus que "ouvrir" de nouveaux centres d'hébergement, qui très souvent ne sont rien d'autre qu'une répétition "ajournée" de vieilles institutions de ségrégation ?**

Est-il possible une "*attitude différente à l'écoute*" de la part de politiques responsables du social et de la santé, des citoyens, de ceux qui travaillent dans le domaine socio-sanitaire, qui permettrait - *probablement* - d'entendre enfin *cette voix, ce cri étouffé* qui se lève de gares, de métros, de rues de nos métropoles et d'y répondre avec d'autre que de "*mots vides*"?

Ce Ier Colloque européen a voulu être un premier pas, un timide commencement: mettre ensemble les expériences, les difficultés et les solutions proposées dans les différentes capitales européennes pour que ces "*voix-là*" ne restent sans réponse.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à adresser nos plus vifs remerciements aux personnes qui ont contribué à l'organisation du Colloque de Rome, et particulièrement à

- \* **M.me Josée Van Remoortel**, Présidente du Conseil Régional Européen de la Fédération Mondiale pour la Santé Mentale. (ERC of WFMH)
  
- \* **Don Luigi Di Liegro**, Directeur de la Caritas de Rome
  
- \* **La Commission de Communautés et Secours Catholique de Paris** pour leur soutien financier.

Nous remercions également

- \* **Les Bénévoles**, qui ont œuvré à la préparation et à l'organisation du Colloque.
  
- \* **Les Participants**, "last but not least", qui en manifestant leur intérêt et engagement pour la cause de plus démunis ont permis la réussite de ce Premier Colloque Européen sur la "**Maladie Mentale et l'Exclusion Sociale**".

**Luigi LEONORI**  
*promoteur/coordonateur*  
*du Projet M.M.E.S*  
ROME