SANTE MENTALE

EXCLUSION SOCIALE

de l'exclusion à la participation

un défi impossible ?

ACTES DU

3ème Séminaire Européen

Paris 18-20 mai 1995

INTRODUCTION

MENTAL HEALTH AND SOCIAL EXCLUSION

John HENDERSON

As the president of the European Regional Council (ERC) of the World Federation for Mental Health, it is my pleasure to write this introduction to the proceedings to the 3rd European Seminar from the ERC-WFMH sponsored project Mental Health and Social Exclusion. The ERC-WFMH is the leading European Non Governmental Organization with membership of all individuals and organisational members of the World Federation for Mental Health resident in Europe. The ERC-WFMH is an organisation in official relations with important Inter Governmental Organizations in Europe, including the European Union, the Council of Europe and the European Regional organization of the World Health Organization.

For three years now, the ERC-WFMH, with the support of the European Union action programme, HELIOS, has been able to promote this special project on Mental Health and Social Exclusion which has been exploring, examining and measuring the extent and nature of the problems of the homeless mentally ill in many of the capitals and large cities of the member countries of the European Union.

Given that the principal aims and objectives of the ERC-WFMH include the promotion of mental health, seeking improvements to the care and treatment of persons with

mental problems as well as representing the human and civil rights of present and former patients of the mental health services in Europe, their families and supporters, the mentally ill homeless present a target population of increasing concern to society today.

The ERC membership represents not only the member countries of the European Union but also others not in membership, including the countries of Central and Eastern Europe and the new emerging Independent States of the former USSR.

Most, if not all, will have some experience of the problems being studied by the exclusion project and therefore the findings and recommendations will have a wider interest and application throughout Europe and in the other parts of the world as well.

Poverty and social exclusion are endemic in Europe today arising from the considerable changes affecting our economies and societies. Exclusion processes are multidimensional forces within society, discrimination and stigma of society and lack of educational and vocational opportunities for persons with mental disabilities.

The 3rd seminar has given opportunity to extend the network of participating cities and teams. The many reports received from field workers identify and analyze the growing burdens of homelessness, not only on the victims but also on their societies. The challenges for public policy and public health are revealed in detail. But additionally this 3rd Seminar takes us forward on a positive note by identifying opportunities for mental health interventions, methods of appropriate cultural prevention programmes and sound public health policies.

The ERC-WFMH is proud to be associated with Médecins du Monde, the Association Emmaus, the Secours Catholique Délégation de Paris and the St Ann Hospital of Paris in this sponsorship and support of the 3rd European Seminar on Mental Health and Social Exclusion with particular reference to the mentally ill homeless in the capitals of Europe.

LE DEFI : ENTRE UTOPIE ET RESIGNATION

Luigi LEONORI

Paris, ville lumière, nous accueille pour ce troisième séminaire européen, après une période de pluie, avec un resplendissant soleil, à la mesure de sa joie de vivre et de son espoir, malgré tous les problèmes liés à l'exclusion qui la traversent, comme dans toute les métropoles européennes.

En fait retentissent encore en nous les échos d'une campagne présidentielle où les mots ***exclusion, "fracture sociale"*** ont fait la une des "discours" des candidats, amplifié à son tour par les masse-médias.

Exclusion qui se conjugue avec disqualification sociale: pauvreté, chômages, dégradation des banlieues, immigration clandestine et toute cette panoplie de maux, qui ne constituent rien d'autre que la pointe de l'iceberg, signaux d'une dérive sociale, d'un "mal d'être" de nos sociétés, qui plongent ses racines dans le coeur de cette société-même.

L'avenir nous dira si l'utilisation du thème de l'exclusion, mais aussi et surtout des *exclus*, principalement ou exclusivement a servi pour réussir une campagne électorale ou si, dans le meilleur des cas, on a pu obtenir un consensus populaire à partir des "promesses" (et restées *promesses*) des programmes en faveur de cette population. L'avenir nous dira aussi si - malgré les immanquable compromis du pouvoir - on a une réelle volonté politique de **mettre ce pouvoir au service des exclus**, en vue de replacer les plus démunis au centre des programmes économiques, sociaux, en leur donnant priorité par rapport à d'autres exigences.

L'*exclusion*, pour nous tous, n'est pas seulement un mot, mais ce sont surtout des visages, des vies brisées, des personnes cassées, des yeux qui nous regardent du fond de leur solitude, des silences qui nous crient leur désespoir et nous interpellent tous.

A défaut de leur présence, de la présence des exclus ici, ce que nous avons vu et entendu, ce que *ces gens-là*, les non-présents, les non-visibles, les indésiderables nous

ont dit, demandé, réclamé, ne peut pas nous permettre aujourd'hui de rester seulement sur des mots vides et parfois complaisants.
La réflexion bien-sûr sera la base de ce séminaire, l'échange de nos expériences sera le moyen de l'enrichir, mais ce sont surtout des propositions concrètes des programmes précis à engager qui seront les résultats que nous nous escomptons de ce séminaire.[1]
Dans le passé les villes ont élevé, comme la Nuremberg du dépliant des remparts pour protéger ceux qui étaient ***au dedans***, leurs privilèges, leurs richesses, en confinant ***au dehors*** ceux qui auraient pu les menacer et le contaminer avec leur pauvreté, leur différence, leur maladie et leur misère.
Le dernier rapport de l'OMS sur la santé dans le monde paru il y a quelque jours nous dit que: "***La pauvreté est la maladie la plus meurtrière du monde...***" *(Rapport sur la santé dans le monde. OMS mai 1995)*. Et ce n'est pas un hasard que ce soit justement l'institution mondiale qui fait le plus autorité en matière de santé qui souligne cette stricte connexion entre pauvreté et santé, entre exclusion et mort. Sont strictement corrélés et articulés les ***problèmes sociaux et les problèmes de santé publique, la pauvreté et la santé psychique, la "clochardisation" et la maladie, maladie mentale en particulier***.

Multiples et complexes sont les facteurs ***structuraux*** et ***personnels*** qui, dans le contexte socio-politique et européen actuel, accentuent et accélèrent ce processus d'exclusion, qui n'est ni ***linéaire*** ni non plus ***déterministe***.
Les uns n'entraînent pas forcement les autres, mais le risque du renforcement réciproque dans le processus de marginalisation, pouvant amener jusqu'à la phase finale de l'exclusion, existe; il est grave et meurtrier.
Cette pauvrette fait glisser à la marge, marge de la société, (même si c'est toujours à l'intérieur de la société), si bien qu'à la fin - et je le répète - même si ce n'est pas d'une façon nécessairement linéaire et déterministe, pose, *éjecte en dehors* de la société.

Et nos métropoles semblent plutôt concentrer leur efforts dans l'édification et le renforcement d'autres barrières, d'autres bastions, d'autres murailles et contre-forts culturels, économiques, juridiques, qui, justement parce qu'invisibles, ils sont d'autant plus incontournables, difficiles à percer et à faire sauter. Il faut se défendre des pauvres qui déstabilisent l'économie et qui risquent de plus d'être contagieux par leur pauvreté. Il faut se protéger aussi - bien sûr par des structures

---

[1] *Bien que les grandes conférences puissent avoir donné l'impression de rester sur des principes trop généraux et théoriques comme le contrat social, le contrat mondial social, la mondialisation de la pauvreté,les conventions internationales qui permettent ou empêchent la circulation, le but essentiel a quand-même été de permettre de réfléchir sur ces grandes idées pour tenter ensuite de les traduire dans la pratique quotidienne de chaque intervenant et d'orienter des propositions liées à la réalité quotidiennes qui pourraient permettre d'appliquer ces principes généraux à la condition des exclus.*

"*modernes/alternatives*" - des malades mentaux qui font peur encore davantage, en instituant des nouvelles et efficaces mesures de contrôle social.
Il faut bien distinguer les "bons" (porteurs de richesse) et les "mauvais" immigrés (tous les autres...), qui "menacent" l'*intégrité des traditions*, les postes de travail des résidents. En un seul mot: il faut se défendre et se protéger de toutes les minorités qui, avec leur *diversité*, menacent la sécurité de ceux qui sont "bien installés" à l'intérieur.

Si **participation** signifie: "prendre part", être présent, acteurs dans un projet de vie et de société, **exclusion** au contraire signifie: "être-en-dehors", absent, privé de droit et de participation. Et, sans tomber dans une démagogie aussi facile que stérile, c'est une constatation évidente d'affirmer que c'est surtout cette voie qu'on privilégie aujourd'hui, càd. "se protéger, se défendre" des indésirables.

Mais alors, est-il encore possible de parler de **démocratie** pour nos sociétés élitistes, méritocratiques, qui sélectionnent et excluent de la "citoyenneté" plus de vingt pour cent de leur population et qui interviennent surtout pour limiter, réparer la "casse", plutôt que pour la prévenir ? Est-il possible que nos sociétés soient dirigées surtout par l'**économie de marché** où la *production, la compétitivité, la croissance* sont les uniques mots clefs qui permettent de réaliser les programmes de "savants" économistes prêts à désavouer de fait - parce que personne n'ose l'affirmer ouvertement - la nécessité et l'utilité sociale **de la solidarité et de la participation** ?
Quelle signification peut encore avoir le **Droit de l'Homme**, étant donné qu'on est égalitaire seulement face aux déclarations des droits, mais jamais face à leur application ? Et enfin y a-t-il encore un sens à parler d'**une santé pour tous**, quand ce que en réalité prônent nos sociétés ce n'est rien d'autre qu'une santé à deux vitesses: les meilleurs services pour ceux qui sont dans ces remparts et les "miettes" avec un peu de compassion pour ceux qui sont par malheur hors murs?

Entre assistance et compassion, entre réclusion et abandon, y-a-t-il encore un espace pour l'"**inclusion**", la participation ? Participation à la citoyenneté, càd. à un projet de société où chacun peut devenir acteur selon ses propres moyens; **participation à une économie** bien sûr productive, mais aussi solidaire; **participation à un droit égalitaire** qui fait tomber les barrières et qui en même temps permet et facilite l'accès aux droits; **participation à une santé** et à une qualité de vie qui soient accessibles à tous ? C'est un défi pour la société civique, les responsables politiques, et pour nous tous qui sommes ici interpellés.
Y-aura-t-il encore le temps pour inverser radicalement la tendance ?

Mais il faudra - **avant tout** - un changement d'attitude, une "révolution copernicienne", comme condition fondamentale: **(ré)placer la personne exclue au centre** des priorités politiques et des programmes socio-sanitaires à moyen/long terme.

Serons nous capable de proposer, en alternative à l'exclusion, de nouvelles formes de participation ? Sommes nous vraiment sûrs d'être disposés, prêts à ***accueillir l'exclus***, pour ce qu'il est, et prendre par conséquent toutes les mesures qui s'imposent, si on ne veut pas que rester aux voeux pieux ?
Cette aptitude nouvelle: "***accueillir et aller à la rencontre***" c'est déjà une première réponse, dès aujourd'hui, à partir de laquelle pourront découler d'autres propositions concrètes de pratiques nouvelles.
Ce défi pourrait être de l'utopie, mais aussi - pourquoi pas ? - de l'espérance que nous voudrions et comptons partager avec ceux que nous rencontrons sur nos chemins.

PEUT-ON DEFINIR UNE SOCIETE PAR CE QU'ELLE EXCLUT ?[2]

Alain TOURAINE

Je voudrais d'abord souligner combien il peut sembler paradoxal d'ouvrir les réflexions de cette conférence avec la parole d'un sociologue.

Le thème : "Santé mentale/Exclusion sociale" définit en effet les problèmes à la fois en termes de privation de la participation sociale (donc de désocialisation), et en termes de maladie mentale (donc de la personalité individuelle). Or, et ce sera mon point de départ, le sociologue se sent un peu choqué par cette définition des situations. Ce que je vais essayer de faire, c'est donc de retrouver une analyse sociale des situations de désocialisation.

Notre tradition occidentale, européenne a longtemps été fondée sur une image de la société moderne qui était celle d'une production, d'une rationalisation, d'un développement technique et économique, associés à des luttes sociales internes. Il s'agissait d'une vision progressiste et dramatique de la société, qui expliquait le recours à des expressions comme "classe sociale", "conflit structurel", "innovation", "rationalisation", "accumulation"... Cette vision était largement partagée, aussi bien par des gens qu'on appelera des libéraux ou des pro-capitalistes, que par des socialistes ou des communistes, des anarchistes, ou des chefs d'entreprise. Je parle ici en termes industriels: en réalité, déjà au moment de la naissance des Etats modernes, il y avait le choc des forces d'intégration politique: les rois, les juristes, les administrateurs, et puis l'époque où les nations se sont opposées. Ensuite au moment des économies modernes l'opposition a plutôt été celle des travailleurs et des salariés. Mais dans tous les cas, nous avons eu une vision dramatique, et par conséquent nous avons voulu libérer les citoyens qui n'avaient pas de droits, donner des droits sociaux aux salariés... Nous avons aussi pensé les problèmes du monde en termes de droit des peuples à disposer

[2] *Propos retranscrits par Maryse Bresson-Boyer.*

d'eux-mêmes, notamment dans l'Europe Centrale et Orientale, et dans l'immense monde colonial. Et finalement nous avons vécu, et nous continuons à vivre des luttes de libération des femmes, en attendant peut-être des actions plus organisées de libération des enfants ou d'autres catégories... tout ceci en termes toujours dramatiques, centrés sur l'action que la société exerce sur elle-même.

Voilà donc que tout à coup, nous ne parlons plus de domination, d'exploitation, de conflit structurel. Nous ne parlons plus de gens qui sont *"up" or "down"* (en haut ou en bas), mais nous nous mettons à parler de gens qui sont *"in" ou "out"* (à l'intérieur ou à l'extérieur).

On parle d'exclusion, c'est-à-dire d'intégration. Nos sociétés ne parlent plus en termes de changements, elles parlent en termes d'intégration.

Je prends un exemple presque anecdotique. Il y a 25 ans, en 1968 à Paris, les étudiants se soulevaient et ils voulaient changer la société, ils voulaient en sortir. Aujourd'hui, dans cette même ville, les étudiants défilent en disant qu'ils veulent y entrer **Ils voulaient sortir, ils veulent entrer.** Ils voulaient changer, ils veulent participer. Et les grands mots qui occupent le vocabulaire sont: *participation, intégration, exclusion, marginalisation* - deux positifs, deux négatifs, mais vous voyez que le problème fondamental, le problème intellectuel que pose cette pensée sociale spontanée, dont aucun de nous ne peut nier l'énorme importance, nous fait passer d'une image de la société, centrée sur le conflit, à une autre image centrée sur le couple in/out, dedans/dehors. Et même, tout se passe comme si la grande affaire en ce moment était d'éliminer toutes les images conflictuelles de la société pour les remplacer par le couple **dedans/dehors**.

Autrefois, dans tous les pays de vieille tradition de modernisme et de démocratie: la Grande-Bretagne, les Pays-Bas, et dans une très large mesure la France aussi, nous avions une image de la société tournée vers l'intérieur : comme le diraient nos amis latino-américains, il s'agissait de modèles "hacia dentro" (vers l'intérieur), où le social était lié à l'économique, et où le politique était considéré comme représentatif du social, et nous pensions tous en termes de <u>développement</u>, c'est-à-dire avec l'idée de fortes inter-relations entre le politique, l'économique, le culturel et le social (ceci quelle que soit la manière de raisonner, marxiste, wébérienne, etc.).

Or aujourd'hui, la vision que nous avons tous spontanément est centrée sur l'extérieur, "hacia fuera", comme disent les économistes latino-américains, c'est-à-dire qu'elle est centrée vers la compétitivité internationale, la maîtrise ou la non maîtrise des nouvelles technologies etc.. Et c'est un peu comme s'il y avait des buts qui se déplaçaient. Nous sommes comme des chevaux, qui courent après des leurres qui les entraînent. La société n'est plus un ordre qui se construit, c'est une course, un marathon, avec des gens qui suivent et d'autres pas. Il y a des stars, des golden boys (pas beaucoup de golden girls), et puis il y a la grosse masse, et derrière il y a tous les gens qui ont mal aux chevilles, qui ont des mauvaises chaussures, qui ont mal mangé, qui n'ont pas le moral, et **il y a des ambulances qui ramassent et des cimetières pour les gens qu'on ne peut pas ranimer**.

Autrement-dit, nous vivons une formidable dé-socialisation de l'analyse de la société. Nous n'analysons plus la société en termes sociaux.
Il faut s'adapter. Il faut suivre, aller dans le mouvement. Et c'est là qu'intervient le problème de ceux qui ne peuvent pas suivre, pour des raisons individuelles, biologiques, socio-économiques, culturelles.
Nous sommes passés de l'idée de domination, à celle de handicap.

La question qui se pose alors est : est-ce acceptable ?

Pouvons-nous accepter de laisser redéfinir les situations sociales en termes individuels ? Je pense que l'on ne peut pas raisonner sur les problèmes qui nous retiennent (dont je ne nie pas qu'ils se présentent et doivent se présenter comme l'étude de cas individuels) sans répondre aux difficultés, au challenge que représente cette question: pouvons nous renoncer à une analyse en termes sociaux? A cette question, sans pouvoir prétendre répondre seul, le sociologue a des arguments à faire valoir.

Comme le temps nous est mesuré, je voudrais rappeler à un niveau très macro-social ce que nous sommes en train de vivre. En ce moment, nous vivons **l'écroulement total, universel,** de ce qui a été la définition du XXème siècle du volontarisme d'Etat, capable de mobilisation sociale. Aussi bien dans les Etats totalitaires, que nationalistes, ou sociaux-démocrates..., pendant tout le XXème siècle, le politique mobilisait dans le monde entier les forces sociales.
C'était le cas dans toute les parties du monde, pour le meilleur et pour le pire: de la Chine des gardes rouges à la Suède d'Olaf Palme...

Par opposition aujourd'hui, (est-ce bien, est-ce mal, c'est ainsi), on assiste à une vague libérale, une "grande lessive", qui conduit à la destruction des contrôles politico-sociaux de l'économie. Ceci, qu'on appelle globalisation (un terme neutre et agréable) entraîne essentiellement ce que dans le Tiers monde on appelle, depuis longtemps, **la dualisation**.

Le principe qui commande la vie sociale n'est pas alors l'intégration d'un Etat national, ni la construction d'une société intégrée ; mais c'est la compétitivité, la capacité de s'adapter à une situation non contrôlée, sinon par les flux de technologies, les flux d'information et les flux d'argent, mais aussi d'influence politique...

Et par conséquent ce que nous voyons, c'est ce que j'appellerais une "latino-américanisation" du monde : c'est-à-dire que dans chaque pays, la division fondamentale est entre ce que les économistes appellent le secteur formel et informel, appartenant ou non à la globalisation ; ce n'est plus la division Nord/Sud.

Il y a exclusion, dualisation, avec des gens dans la course et des gens lâchés, et ces gens lâchés représentent 15% de la population en Europe Occidentale, 20% aux Etats-Unis, 80% en Afrique Sud-saharienne, mais quel que soit le pourcentage, partout il y a internationalisation de l'exclusion, de la pauvreté, de la dualisation.

On peut prendre une image, qui est celle de l'Union Européenne, avec un critère simple, c'est-à-dire le travail. Quelle est la proportion de gens dans l'U.E. en état de travailler, et qui n'ont pas de travail ? Dans une réunion l'année dernière, l'ancien premier ministre italien, M. Amato a donné un chiffre qui peut sembler extraordinaire, mais qui a été confirmé par les statisticiens de Bruxelles: le taux est de 50%. Autrement dit, dans l'Europe riche, un européen sur deux physiquement en état de travailler n'a pas de travail.

Ce taux recouvre cinq catégories :

1. ceux qui sont reconnus, enregistrés comme chômeurs ;

2. les personnes qui bénéficient du traitement social du chômage (et qui sont plus d'un million de personnes dans un pays comme la France) ;

3. les personnes plus âgées qui sont en pré-retraite; la proportion des hommes, qui arrivent à l'âge de la retraite en activités, s'est écroulés et est devenue, dans un pays comme la France, minoritaire ;

4. les étudiants qui fuient devant le chômage et qui gonflent la population étudiante en plus de l'augmentation attendue comme "normale" ;

5. les femmes de plus de 45 ans, ceci s'applique surtout aux pays méditerranéens, l'Italie du Sud, l'Espagne du Sud, la Grèce, qui ne se présentent même plus sur le marché du travail.

Si vous ajoutez ces cinq catégories, vous arrivez au taux de 50%.

Ceci ne veut pas dire, bien sûr, qu'il y a dans l'Union Européenne 50% de misérables: car dans nos pays de Welfare State il existe les redistributions sociales, l'aide familiale... qui apportent un minimum de couverture à certainement plus de la moitié de ces gens.
Mais vous arrivez facilement, modérément, prudemment à des chiffres de **15 à 20% de marginalisés en Europe**.

Parmi eux, **5% sont dans la grande pauvreté**, c'est-à-dire à moins de 50% du niveau de revenu moyen, et **1 à 2% sont complètement marginaux**.
Pourquoi ai-je rappelé ces chiffres ?
Je trouve que c'est normal, positif qu'on s'occupe d'abord des cas les plus extrêmes: des gens qui sont incapalbes psychologiquement de faire face à des problèmes écrasants et dont la personnalité s'écroule. Je trouve parfaitement essentiel de prendre ce point de vue, mais à la condition de voir à la fois qu'il n'y a pas de rupture entre ce 1% et les 50% dont je parlais, et que les formes psychologiques extrêmes sont des formes qui sont liées à ces mécanismes de violent retour à la prémière moitié du 18ème siècle.

Malgré nos systèmes de sécurité sociale, nous sommes aujourd'hui plus près qu'autrefois de l'Angleterre de Dickens ou du Paris de Balzac.

Voilà donc, l'analyse qu'un sociologue peut faire.

Maintenant, comment lutte-t-on contre l'exclusion ?
Si l'on suit le raisonnement qui vient d'être mené, on peut penser, en tous cas c'est ce que je pense, qu'il n'y a pas de lutte contre l'exclusion qui ne soit une **lutte pour la re-socialisation de la société** : il faut repenser la vie sociale en termes sociaux. Aujourd'hui la "grande lessive" libérale est en voie de se terminer. Maintenant qu'elle a eu lieu, la reconstruction d'un certain contrôle social de l'économie s'impose. Personnellement, je suis convaincu que ce mouvement ne peut que se renforcer, d'ailleurs d'autant plus visiblement dans les pays qui ont connu un choc libéral plus violent.

C'est aussi pour cette raison qu'il serait extrêmement dangereux d'accepter le cadre actuel et de dire : il y a des problèmes individuels, qu'il faut individualiser, la société est ainsi faite.

Non !

Je ferai donc trois propositions.

La première chose, en ce moment, pour lutter contre l'exclusion, c'est d'abord de comprendre que **la société libérale ce n'est pas un type de société, c'est un moment**, un moment essentiel, probablement indispensable, mais maintenant il va falloir passer à autre chose. Aujourd'hui, **la lutte contre l'exclusion passe par le refus de la logique du raisonnement économique**, du pure échange financier.
Il n'y a pas d'action possible de reconstruction de la société s'il n'y a pas d'abord l'effort de redonner la priorité à la gestion économico-sociale sur la gestion financière. Et ceci apparait clairement quand on analyse la supériorité actuelle de l'Allemagne, qui réside justement moins dans son efficacité proprement économique, que dans sa capacité à négocier socialement des transformations économiques.

L'important est donc la capacité de gérer démocratiquement le changement.

Deuxièmement, nous ne devons pas penser la société en terme de consommation, mais en terme de production avec des variables externes de plus en plus importants. Rappelons-nous l'une des créations linguistiques les plus remarquables ces dernières années : il y a 25 ans, nous parlions du *self-sustaining role*. Aujourd'hui nous parlons de *sustainable role*.

Voilà un changment qui me semble un progrès formidable intellectuellement. Notre problème c'est de dire la société ce n'est pas être compétitif, consommer, la société c'est être capable de produire de la "sustainable role".
Ce qui veut dire s'occuper des effets indirects sur l'environnement, sur la diversité culturelle, sur la santé mentale des individus, sur la structure des villes, etc. **Nous devons construire une vision beaucoup plus inclusive, beaucoup plus psycho-socio-culturel du développement économique**.

Et troisièmement, je pense que nous devons reconstruire, non avec un nouveau wellfare state, mais avec **l'idée fondamentale de la place centrale de l'individu**, càd la capacité pour chaque individu d'être acteur de sa propre histoire, d'être sujet de sa propre expérience de vie et nous devons faire en sorte non seulement de le protéger, mais qu'ils aient une capacité d'action.

C'est bien de donner des aides aux chômeurs, c'est probablement mieux encore de leur donner des conditions concrètes qui leur permettent de travailler et de jouer un rôle social.

Autrement dit, l'importance à mes yeux des efforts intellectuels et pratiques que font des organismes animés avec des personnes comme vous c'est de nous faire sortir de cette logique apparemment dominante et inévitable de la société hyper-libérale.

Nous devons être comme les philantropes anglais ou français de 1840 ou 1860, càd être ceux qui font redécouvrir les problèmes sociaux et qui nous rappellent cette évidence: **qu'il faut penser socialement les problèmes sociaux**.

ON NE PEUT PAS PARLER D'ECONOMIE SANS SOLIDARITE

Riccardo PETRELLA

On m'a demandé de traiter la question: "**On ne peut pas parler économie sans solidarité**". Ce problème nous touche, c'est important d'y voir plus claire. Ce matin j'ai lu dans le International Herlald Tribune la réponse à la question posée. Et il donne cette réponse: "**oui, on peut parler d'économie sans solidarité**": "*why equality cannot be the number one goal. The social system that contains no financial incentives will crumble like communism. The real question is what degree of equality. Now the prime goal for industrial countries is to keep their population employed in a global economy and ... cheap labor and new technology. Employment has become more important than greater equality in stimulating economic growth. Therefor the election of president Chirac means a little more 'liberté' and rather less 'égalité'*" [3]

Moi je voudrais aller dans le sens de la dramatisation de l'analyse et du discours auquel Alain Turain se référait. Et peut-être apporter une vision quelque peu différente par rapport à ce que notre lessive néo-libérale est en train de commencer.

Lundi et mardi dernier à Bruxelles, mon département organisait une conférence, limitée à une quarantaine d'experts, sur les théories et modèles et les indicateurs de l'exclusion sociale. L'un des problèmes pour l'action à l'heure actuelle concernant l'exclusion sociale c'est qu'on dit qu'il faut arriver à la définition de l'exclusion sociale, avant de définir l'action sociale.

Moi je ne pense pas qu'il y ait une nécessité de définir l'exclusion sociale d'une manière consensuelle ou universelle. Effectivement il y a pas mal de situations différentes et il faut des politiques différenciées même si ensuite il est vrai que l'exclusion sociale doit être un système sociétale en fonction des principes qui le dominent.

---

[3] *"pourquoi l'égalité ne peut pas être le but premier. Le système social ne contient aucun incitant financier s'effondrera comme le communisme. En fait la véritable question est de savoir dans quelle mesure eut exister la véritable égalité. Le but pour les pays développés est de maintenir leur place dans une économie mondiale, d'utiliser une main-d'oeuvre bon marché et des nouvelles technologies. L'emploi est devenu plus important que l'égalité pour stimuler la croissance économique. Par conséquent l'élection du président Chirac signifie un peu plus de liberté et plutôt moins d'égalité".*

On s'est mis d'accord dans cette réunion plus ou moins qu'il y a trois grandes rivières dans une société qui auto-produit et engendre les dynamiques de sa propre exclusion:

- la première grande rivière est **la pauvreté** : liée à l'emploi, et nous traitons la pauvreté liée aussi aux problèmes des droits de l'Homme;
- la deuxième grande rivière c'est **le système d'habilité** : les handicaps (et toutes les formes d'handicaps), pour nous cela est central pour comprendre l'exclusion sociale;
- la troisième grande rivière est **la déviance** : toute forme de déviance individuelle et collective.

Je me réfère à cette approche très globalisante et très diversifiée, multidimensionnelle parce qu'il me semble qu'on est en droit aujourd'hui de dire que dans le passé, les sociétés étaient inégalitaires, il y a avait malgré tout des osmoses: on n'enfermait pas définitivement les inégaux dans l'inégalité.

On est en train d'aller vers une **société ségrégationniste** càd. qui a dans sa structure génétique, dans ses principes fondateurs, dans son mode de fonctionnement des mécanismes de ségrégation, parce qu'elle a désormais un seul Dieu, une seule loi, fondamentalement celle de la performance.

Elle est donc structurellement définie par sa capacité de produire des richesses à partir d'une économie de la productivité universelle, et cette économie trouve sa sanction de légitimité dans le principe de la compétitivité planétaire.

Dans cette société ségrégationniste justement, dans cette alliance nouvelle entre l'homme et le marché, entre la productivité universelle dans les principes de compétitivité, nous avons aujourd'hui les commandements fondamentaux qui règlent désormais la vision de la société.

- <u>En premier lieu</u>: **il faut être dans la mondialisation** : celle-ci est devenue impérative. On ne peut pas ne pas être un acteur global. Et si on n'est pas dans la course à la mondialisation, on est "out". Il y a des ségrégations entre ceux qui sont capables de devenir des acteurs mondiaux et les autres.

D'ailleurs la règle du FMI et de la Banque Mondiale est de dire "Tu ne peux pas te développer que si tu ouvres ton économie au monde, si tu ne fais qu'une complète transformation de ton développement vers la mondialisation."

- <u>Deuxième grand principe</u>: **il y a un formidable changement scientifique et technologique**, qui est en train d'être à la base de cette société ségrégationniste. Les biotechnologies changent la façon de gérer la vie et la mort, les nouvelles technologies d'informations changent les processus cognitifs, transforment notre vie. Les nouvelles

matières composites transforment la manière matérielle de notre vie. L'énergie nouvelle renouvelable est en train de changer les paradigmes énergétiques du monde. Tu ne peux pas ne pas être novateur sur le plan technologique. Sinon, dans la logique actuelle, dans le cadre mondialisé, tu es *out*.

Il faut être innovateur sans cesse, et cela passe par les technologies d'information.
"*If you don't have your computer, modem, city driver, you are not in, if you are not in the Internet you are out. So be in internet, that's all*"[4].
Et ça c'est le deuxième impératif: si on est dans Internet, on est dans la société mondiale qui est en train de se construire.
On est alors sujet social, acteur, participant. Si vous n'êtes pas dans Internet, vous n'êtes pas un participant. Bien-entendu, généraliser tout cela aux autoroutes de l'information qui devient **LA** richesse, et vous aurez l'équation David Turner et Ludwig English qui vont très bien ensemble et qui préparent la nouvelle civilisation américaine qui devra commander le monde. Parce que Ludwig English nous a prévenu que "*The best thing that we can do is to give the United States the global industry, and this global industry will be based on the new civlisation based on information and communciation technologies, in particular the third wave of information*" dont Alain Toffner nous bassine les oreilles depuis une vingtaine d'années. [5]

- Troisième commandement principal : "**tu ne peux être que le meilleur**" . C'est l'autre impératif catégorique de cette transformation et de la société segrégationniste. Dans la mondialisation et dans le changement des paradigmes des sociétés dus aux paradigmes scientifiques et technologiques, **tu ne peux être que le meilleur**. *Be a winner*, sois un gagnant ! Parce que si tu n'es pas un "*winner*", tu es un *loser*, un perdant. *And the other thing that you can get : a little compassion.* [6] **Compatir** c'est la caractéristique d'une société ségrégationniste, **mais pas être participant**. Et la métaphore développée par Alain Turain me paraît très belle: **si tu es perdant parce que tu n'arrives pas à la course, tu es à bout de souffle, tu restes de côté**.

---

[4] "*Si tu n'as pas ton ordinateur, ton modem, ton téléphone portable, tu n'es pas in. Si tu n'"es pas sur Internet, tu es out. Alors sois sur Internet, c'est tout !*"

[5] *"Ce que nous pouvons faire de mieux à faire, c'est de donner l'industrie mondiale aux USA, et cette industrie mondiale sera basée sur une nouvelle civilisation basée sur l'information et les technologies de la communciation, en particulier la troisième vague d'informations".*

[6] "*Et l'autre chose que tu peux avoir, c'est un peu de compassion.*"

• Quatrième impératif: **il faut libéraliser les marchés**, dans tout ce contexte, bien entendu.

• Cinquième impératif: **la dérégulation**. On ne peut pas libéraliser les marchés nationaux si l'Etat continue à jouer un rôle. *Deregulation* signifie qu'il n'y a pas de principe de régulation à part le marché, sous de multiples formes: oligopolistique, monopolistique, cartelisé, concentré, concurrentiel, différentié, homogène, captif, locaux, etc). Et c'est cette forme-là, opposée à la panoplie des Etats, qui devient le principe déterminant.

• Sixième impératif de cette nouvelle alliance: **la privatisation**. "*Don't believe in anything which is popular, don't believe in the general wellfare, don't believe in the common good. Common good does not exist.*" [7] Thatcher l'a dit. Et combien de gens dans le monde entier sont d'accord avec Thatcher ? Il sont de plus en plus nombreux.

Et c'est là que je commence à me différencier peut-être de l'optimisme d'Alain Turain sur la fin de la lessive néo-libérale. Toute l'Asie du Sud Est, toute l'Inde, toute la Chine: ils sont en train de commencer les petites granules de la lessive néo-libérale. Ils ne sont pas encore à la machine.
Cette lessive libérale commence à se manifester là où, quand dans cinq ans on sera 8 milliards de gens, ils seront 5,3 milliards de personnes.
Càd. que dans cinq ans, là où la lessive néo-libérale commence à prendre forme, ce sera dans les pays qui présentent l'équivalent de la population mondiale actuelle. Dans 5 ans, toute l'Asie représentera la population mondiale actuelle. Et c'est là où on commence la lessive néo-libérale. Et c'est là où les sociétés ségrégationnistes prendront leur plus grande expansion.

Et maintenant il faut tirer les conclusions de tout cela.

Face à cela, je vais dire que ce n'est pas vrai que nous devons appliquer cette nouvelle table de lois. Ce n'est pas vrai que *equality should not be the number one goal*. Ce n'est pas vrai que *if we have equality as the basis of the societal development in the future we will have a more unefficient*

---

[7] *"Ne crois pas dans le bien-être général, ne crois pas dans le bien commun. Le bien commun n'existepas"*

economy ! [8]

Ma thèse c'est que nos sociétés occidentales sont devenues économiquement riches, politiquement démocratiques, culturellement respectueuses de la diversité, relativement parlant, qu'elles ont permis un début de développement soutenable et ont été socialement justes parce que justement au 19ème et 20ème siècles nos sociétés ont établi un **contrat social national sur la redistribution de la richesse**. Ce contrat national qui dans certains pays s'appelait sécurité sociale et qui affirmait les principes de la quête de l'égalité des droits et des devoirs des gens, à partir d'un mécanisme d'accord sur la redistribution des richesses.
Je m'explique: prenez l'exemple de l'accord qui a été entre les grands acteurs de la société: quand les industriels, les pouvoirs publics, les syndicats se sont mis d'accord pour travailler 8h par jours, 5 jours par semaines, 2200 heures par an? Dans le cadre de la situation tayloriste.

Alors tout le monde était d'accord pour vous donner un revenu décent pour avoir une vie pour vous et votre famille. Et s'il vous tombait une brique, il y avait une pension, une assurance. Et sinon vous alliez en pension. On s'était mis d'accord sur **la redistribution de la richesse non produite**. Ne croyez jamais ceux qui vous disent qu'il faut distribuer les richesses une fois qu'elles sont produites. C'est faux, historiquement parlant, c'est faux. Et c'est pour cela que nos sociétés sont devenues développées et riches, économiquement, politiquement, socialement, c'est parce qu'on s'est mis d'accord sur la distribution sociale de la richesse qui a inspiré la production de la richesse, avant la production de la richesse. C'est pour ça que les gens ont bien compris la politique de productivité, parce qu'ils ont compris que si le taux de productivité est inférieur au taux d'inflation, on n'aurait jamais pu mettre l'argent de côté pour payer les pensions, la caisse maladie et ils savaient donc qu'il fallait un taux de productivité supérieur au taux d'inflation pour accumuler de la richesse pour ensuite l'investir soit dans la rénovation du capital pris soit dans l'amélioration du capital existant soit pour créer de nouvelles formes de production de richesses.
Et c'est pour cela que nous sommes devenus économiquement riches, parce qu'on s'est mis d'accord sur la distribution sociale, sur un contrat social sur la **redistribution des richesses avant de produire.**

Et pourquoi aujourd'hui on a cette situation ?

---

[8] - *"L'égalité ne doit pas être le but premier".*
- *"Si l'égalité est la base de notre développement sociétale dans l'avenir nous aurons une économie moins efficace".*

La fameuse augmentation de la société ségrégationniste qui fait l'exclusion sociale, à partir de la pauvreté, à partir des handicaps et à partir des déviances? Ne soyez jamais pauvres, handicapés ou déviants parce que vous serez automatiquement exclus. Si vous voulez avoir les meilleurs tickets d'entrée, soyez handicapés.

La richesse du monde a augmenté de six fois entre 1950 et 1990. Et pourtant la pauvreté a augmenté. **Une société mondiale qui devient plus riche et qui crée davantage de pauvreté**. Désormais les 47 pays les plus pauvres du monde ne représentent que 0,9% de la richesse du monde, (et leur contribution diminue) et 0,2% du commerce mondial. Alors que le taux d'augmentation du commerce mondial dans les 30 dernières années a augmenté de 15 fois.

Et les pays les plus pauvres sont en train de devenir plus pauvres parce qu'ils participent moins. C'est une *foutaise* de dire que la libéralisation du commerce mondial augmente la richesse des pays.

La libéralisation du marché, les lois du GATT, de l'OMC rendront plus pauvres les pays plus pauvres.

Plus le commerce va se libéraliser, plus ceux qui sont handicapés **dès le départ** seront handicapés, et donc plus exclus. Parce que justement il n'y a que la logique de la production de la richesse qui domine aujourd'hui l'évolution de la société mondiale.

Il n'y a pas d'accord sur la distribution des richesses sur le plan mondial.

Et ma proposition pour ce séminaire ce n'est pas de vous donner des conseils pratiques, comment faire dans tel ou tel endroit, pour les homeless, pour les malades mentaux, pour les handicapés, c'est à vous de le faire dans les ateliers.

Ma proposition pour ce séminaire est générale et c'est justement de dire qu'il faut réfléchir **au contrat social mondial**.

Et ne rigolez pas, parce que ce n'est pas vrai que c'est impossible, c'est utopique de parler aujourd'hui d'un contrat social mondial. Par exemple, comment est-ce possible alors de gérer sans aucun contrôle politique, ni sans aucune imputabilité culturelle ou sociale que ce soit, 1200 milliards de dollars en ce moment-même? Et si vous saviez que la richesse du monde produite l'année passée était de 37 mille milliards de dollars, nous avons 1200 milliards sur 37 mille milliards de dollars qui circulent librement et qu'on peut organiser, on peut les gérer instantanément grâce à l'ordinateur et aux moyens de communication.

Pourquoi on peut gérer 1200 milliards instantanément et ne pas être capable de faire un contrat social ?

Une multinationale fait une publicité depuis un mois dans le Financial Times, le Times, The Economist en disant: "*Corporation is dead, longer life to global federation*", "L'entreprise est morte. Longue vie à la fédération mondiale".
Donc elle ne se dénomme plus *entreprise* mais une "**fédération mondiale**", une fédération de 37 sujets dont 12 gouvernements nationaux: vous vous imaginez ?

Cette multinationale prétend organiser le monde en tant que fédération mondiale et elle est capable de le faire: pourquoi toutes ces entreprises sont-elles capables de le faire, de s'organiser dans le monde ?
Pourquoi sommes-nous capables de faire voler 55.000 avions chaque jour autour de la planète sans qu'ils ne tombent ? **Et on ne serait pas capables d'organiser socialement la société ?** Qu'on puisse l'organiser sur le plan techno-productif et économique et pas politique et social ? Qui a dit ça ? Qui a dit qu'un contrat mondial social n'est pas possible ?

C'est très possible un contrat social mondial ! Bien entendu, il faut s'entendre pour y parvenir, pas dans dix ans, dans vingt ans, parce que la lessive libérale n'est pas encore terminée.
Au contraire elle va être encore plus puissante dans les dix années à venir.

S'il y a une véritable mondialisation de l'économie, il y a une possibilité véritable de faire un **contrat social mondial sur la redistribution de la richesse**. Sinon la mondialisation n'existe pas. Ce serait des *foutaises* de chercheurs qui raconteraient des balivernes.
Mais la mondialisation de l'économie existe.
C'est parce que nos sociétés ont montré que c'est à travers la distribution de richesses qu'on peut avoir une économie efficace. **C'est à travers la solidarité qu'on peut avoir une économie efficace**.

Nous avons démontré avec le contrat social national que la solidarité est à la base d'un principe fondateur d'une économie efficace.
Ce n'est pas vrai que la solidarité n'est pas le fondement d'une économie efficace. C'est parce qu'on s'est mis d'accord sur la distribution des richesses, qu'on a fait la solidarité, qu'il y a une économie qui a fonctionné, qui a produit des richesses, grâce à la solidarité qui en a été le principe fondateur.

Une économie qui a produit des richesses, qui a éliminé l'exclusion, relativement parlant, qui a éliminé les inégalités entre les pays et au sein des pays. Il faut donc un contrat social mondial sur la redistribution des richesses.

Entre 1950 et 1970, dans nos pays développés occidentaux, qui avaient passé le contrat social, les inégalités avaient diminué (inégalités sociales, entre les régions, entre les pays). Aussi la Convention de Lomé y avait contribué.
Donc la solidarité est un principe fondateur d'une économie efficace.

Ce n'est pas vrai que la solidarité conduit à une inefficacité dans la gestion des ressources disponibles.
Au contraire la solidarité c'est le principe fondateur d'une économie efficace, d'une société plus juste, d'une société plus démocratique, qui respecte la diversité culturelle et d'une société qui est capable d'appliquer un développement soutenable.

Il y a l'effort social pour faire ce contrat social mondial.

1. - Il y a d'abord cette formidable **société civile mondiale.**
Elle a voulu Rio, elle a aussi voulu Copenhague, sur le développement social. Ce ne sont pas les entreprises, ni les financiers, ni les bureaucrates nationaux et les professeurs universitaires qui ont voulu Rio et Copenhague.
C'est la société civile et elle a réussi.

2. - Il y a une autre force sociale importante: ce sont les **élites éclairés**.
Dans les gouvernements, dans les universités, même à la Commission des CE!
Même dans les parlements, à l'OMS.

Et ces élites éclairés peuvent avoir une alliance avec la société civile.

Moi je suis convaincu que cette alliance pourra être partenaire avec le monde de la finance et de l'industrie.

Et là je donne un rôle à l'Etat.

QUAND LE DROIT S'ACCOMODE DE LA MARGE

G.H. BEAUTHIER

Défendre la dignité de ceux qui ne l'ont pas - qu'ils soient des hommes, des femmes, des enfants - et j'essaye de défendre ceux qui n'ont pas la voix au chapitre, devant la société, jouer le rôle de soupape de sécurité,
au niveau du Conseil de l'Europe, etc... Mais je ne me fais pas trop d'illusion.
Il faut avoir le droit de vivre ... càd. essentiellement un rapport de force dans une société que l'on a dit et redit capitaliste, libéraliste, d'argent.
Et donc le droit c'est pour moi simplement **le grand organisateur** - bien hypocrite parfois - de ces rapports de force où, semble-t-il, il n'y ait pas d'autre issue pour les plus faibles **que de perdre ou de s'incliner** et quand il se bat de recevoir des coups.

Alors c'est là la question que l'on se pose tout à fait modestement: est-ce que le Droit, ce dernier recours, sans doute respectable, dans leur illusion a quelque chose de plus juste, ce droit s'accommode-t-on dans de la marge, s'accommode dans des catégories, **ce droit fait-il autre chose qu'organiser et légitimer l'exclusion ?** C'est la question qui évidemment me ferait quitter mon métier parce que je ne servirai pas à grand chose, s'il n'y avait pas - en y répondant positivement - un sous-titre: **est-ce que l'illusion du Droit ne fait pas perdre de vue des droits ?** C'est-à-dire sans arrêt à recommencer, à arracher...
Est-ce que les conquêtes des droits ne nous montrent pas plus concrètement, pratiquement, qu'il y a une évolution dans notre société, qu'il y a manifestement un avenir et une espérance càd. une espérance pour les personnes, les individus qui, en se battant, utilisent à la fois le Droit comme un outil et l'anti-droit comme un outil. J'en parlerai toute à l'heure.

Je voudrais exposer ce côté un peu théorique par des exemples, par la pratique de tous les jours que j'ai à Bruxelles ou dans différentes missions ou dans d'autres pays.
Comment je vois ce Droit qui catégorise, qui crée l'exclusion ?
Et comment avec cette illusion ôtée on peut arriver à ce que les droits deviennent un instrument pour éviter l'exclusion ? Je prendrais ... il faut que je sorte d'un caractère national..., je prendrai l'aspect européen, je prendrai ce qu'on appelle le Droit européen comme exemple.

Vous allez tout de suite comprendre que ce ne sera pas le droit rébarbatif, de transport ou de la concurrence, éventuellement de la sécurité sociale, ce seront des exemples tout simples à la fois basés sur la liberté de circulation sur l'action, et le droit à la sécurité sociale qui vont nous permettre très brièvement de voir comment ce droit a secrété tant d'exclus.
On a créé évidemment le Marché Commun.
On a créé une liberté de circulation des marchandises et des capitaux et on a dit des personnes. Et quand on examine les travaux préparatoires du Traité de Rome, il y a 40 ans, on s'aperçoit que les personnes étaient essentiellement des agents économiques. Ces agents économiques sont essentiellement là pour faciliter une liberté de commerce, la liberté de la société libérale.

Et progressivement, on en est arrivé à la question de ce que sous la pression des droits revendiqués par ces travailleurs, on étende la notion de travailleur.
On est très rapidement à celle de l'indépendant, puis à celle de travailleur à temps partiel, puis à celle de chômeurs, puis à celle de retraités, puis à celle de personnes qui demeuraient dans l'état où elles avait travaillé, et puis on a parlé du conjoint, de la famille, et puis on a créé ainsi toute une série de catégories qui ont fait croire, parce que le droit européen était nécessairement l'avenir d'une société plus démocratique, on a créé pour de bon l'égalité entre ceux qui étaient en Europe.

Et progressivement on a créé des catégories, des sous-catégories, des sous catégories et à faire en sorte que pour l'effet de la liberté de circulation
malgré les principes qui l'affirmaient on en est à créer des marges qui deviennent de plus en plus intolérables et qui secrètent et l'exclusion d'Européens, et certainement de non-Européens.
La toile de fond elle est très claire.
C'est la Convention européennes des droits de l'Homme, celle qui garantit toutes ces libertés individuelles, des libertés individuelles, des associations possibles, la vie familiale, celle qui garantit le procès équitable, qui garant qu'il n'y aura pas de discrimination, donc pas d'exclusion, sont chaque jour, chaque minute, je dirais mis au pinacle pour être mis au pilori par des réserves, des exceptions. Et ce sont ces réserves, ces exceptions qui créent sans arrêt de plus en plus d'exclusion. Un peu comme si dans un système appelé spirale devenait de plus en plus contraignant et où les marges devenant de plus en plus rétrécies ceux qui se trouvent à la marge de la marge sont dans la trappe de l'exclusion.

Et c'est le problème actuel créé par l'Acte Unique puis le Traité de Maastricht puis Schengen. Après Schengen ce sera Dublin. Après Dublin et Schengen on trouvera une autre ville européenne pour trouver de quoi se réunir, de quoi faire comme à Maastricht, une espèce promesse pour dire qu'il y aura une liberté de circulation et permettre que le Droit (avec un grand D) exclut de plus en plus.

Je vous rappelle à titre de simple exemple que l'article 8A du Traité de Maastricht dit ceci: "*tout citoyen de l'Union a le droit de circuler, de séjourner librement sur le territoire des Etats-membres sous réserve des mutations et conditions prévues par le présent Traité, et par les dispositions prises pour son application.*"

Et on a créé dans l'Europe marchande l'illusion, le drapeau peut-être d'une façon tout à fait allégorique l'idée de citoyen européen presque universel, alors qu'au même moment **on exclut, on met dehors on empêche d'entrer**.

Et on n'empêche pas uniquement d'entrer l'Africain ou l'Asiatique, on empêche manifestement d'entrer dans le pays ceux qui sont ici depuis de très longues années, ceux qui sont nés, tous n'ont pas la nationalité d'un des Etats-membres. On fait l'exclusion pas l'illusion que le droit va rassembler, mais il ne fait qu'une seule chose: c'est conforter une société qui s'économise de plus en plus, qui essaye d'avoir des contre-forts, je répète peut-être donner le fantasme d'une solidarité, mais c'est surtout le fantasme qui exclut.

Cet article 8 de Maastricht est hypocrite lui-même.

Il a donné toute la possibilité, toute la voie ouverte à Schengen qui n'est en fait qu'une convention policière, sans aucun contrôle, sans aucune discussion démocratique, une convention policière alors qu'il n'existe pas de droit pénale européen, une convention où manifestement on a mis la répression avant l'idée d'une société qui soit solidaire civique qui soit sociale, culturelle, qu'elle soit en quelque sorte conviviale. Schengen dont on nous a, dans tous les pays, bassiné, et en France, les oreilles sur l'urgence qu'il y avait de mettre sur pied enfin des conventions qui allaient permettre justement cette joyeuse et belle circulation, rappelez-vous en fait la manière dont a dû très très vite faire voter un texte qui n'en finit pas de ne pas entrer en vigueur, un texte qui manifestement est très méconnu des juristes, ne vise qu'à faire une seule chose: **à créer des catégories.** Schengen existait en 1987 pour faciliter la circulation.

L'accord d'application de 1990 est fait pour faciliter la nouvelle construction à rebours de ceux qu'il nous convenait de faire tomber.

Lors d'un colloque nous avons fait comment à Berlin les occidentaux avaient racheté des infra-rouges aux Russes. Comment le mur de Berlin est devenu ce mur de la paix qui va d'Espagne, d'Italie, ..., mais qui empêche qu'on y rentre. A partir du moment où Schengen n'est que ça, et je peux vous le prouver par tous les articles de cette convention, on se dit que ce droit européen dont on nous farine l'existence

indispensable est un droit essentiellement d'exclusion. Que manifestement Schengen qui ne parle que d'extradition, qui ne parle que de système informatique, qui ne parle que d'étrangers indésirables, qui ne parle que de visas, qui ne parle de réfugiés non-admis, qui ne parle que de procédure d'exclusion **est une convention essentiellement policière** qui vise simplement à réprimer sans aucune prévention évidemment n'est pas construit de façon conviviale et sociale.

Et on nous dit Schengen doit être voté, Schengen c'est la manière pour nous de circuler. Et bien non ! Certainement que, sans Schengen, nous Européens de souches - nés belges, nés français - aurions pu circuler librement dans un espace fermé. Schengen n'a pas non plus amélioré la situation des migrants, càd. de ceux qui n'ont pas la nationalité des Etats-membres, mais qui y vivent depuis leur naissance, depuis qu'ils ont deux ans, trois ans, Schengen n'a pas amélioré leur situation, si ce n'est que par l'article 21 on prévoit qu'ils peuvent faire un court séjour dans l'un des pays membres mais à condition qu'ils s'y inscrivent dans les trois jours, à condition qu'ils répondent à tout une série de contrôles, à condition qu'ils fassent manifestement l'objet d'une série de contrôles non plus aux frontières - parce qu'on sait que ça ne sert à rien - mais d'une frontière de douane, de fonctionnaire de polices.

Dans cet orbite de Schengen, on n'a voulu qu'une chose: **exclure et exclure surtout ceux qui n'avaient pas de droit de cité dans ce club des pays européens riches**.

C'est le problème des visas. Bien-sûr tous les pays depuis des années se penchent sur une solution pour un visa uniformisé, il faut faire en sorte que tous les pays aient informatisé une manière d'avoir le passe pour pouvoir entrer dans le club. C'est d'ailleurs ça le sens du droit: créer une structure telle que celui qui établit en montrant patte blanche et là je ne fais aucun jeu de mot pourra y entrer, et les autres ne pourront pas entrer.

On dit "*Même pour ceux qui viennent pour un court séjour, il faudra avoir un visa uniformisé*". C'est cela qui crée tant de discussions, en ce qui concerne la mise en pratique. Dans une société démocratique, cela devrait faire un objet de questionnement: à quoi sert, quelle est la signification exacte, c'est d'exclure si ce n'est pas de favoriser quelque part un trafic d'une main d'oeuvre qu'on sait qu'on a besoin et qu'on laisse venir, en favorisant justement pour certains qui ne sont pas uniquement de petits entrepreneurs mais aussi de grands entrepreneurs européens comme par exemple la Commission à Bruxelles, en faisant venir des gens avec des conditions éhontées pour travailler, le visa uniforme est vraiment le leurre extraordinaire, qui sert simplement à sécuriser une population qui ne se rend pas compte que la sécurisation vient peut-être d'autre part, certainement pas de ce qu'on imaginait être l'invasion, mais le visa est vraiment cet espèce de hochet qu'on tend et on dit on va fermer le club,

par Dieu seul sait quel système électronique. N'importe quelle plante aussi belle soit-elle comme la fleur européenne, enfermée, pourrit: leçon impitoyable, extraordinairement éclairante pour toute assemblée européenne.
Il faut que ces règles soient faites démocratiquement, et qu'on puisse les contrôler. Pour le contrôle de Schengen, il n'existe aucune instance internationale, aucune Court, aucun Parlement. Il y a juste un comité de fonctionnaires sans responsabilité. Le pouvoir économique devient omnipotent et l'important c'est d'avoir une sécurisation, une exclusion dans un club.

Il y a le problème de sécurité sociale qui va davantage vous éclairer sur l'aspect positif, sur ce qu'il y a moyen de faire en se disant que le droit en tant que tel ne sera que l'instrument d'un pouvoir économique qui règle manifestement en catégorie.
La sécurité sociale c'est le contraire. J'ai entendu qu'on en est revenu à 1840.
En ce qui nous concerne, la Sécurité sociale est un acquis indiscutable et je suis essentiellement conservateur en disant le garder, le peaufiner, le bichonner, et que c'est l'une des choses qui sépare peut-être ce qui est encore à droit et ce qui est encore à gauche c'est cette notion de sécurité sociale indispensable qui est le seul ferment encore actuel dans une société qui pourrait ressembler à quelque chose d'humain.
Il est claire que en ce qui concerne la sécurité sociale le droit européen: c'est zéro, ZERO. La sécurité sociale n'était pas assurée garantie.
On a mis des années avant que les textes timides soient appliqués. Une fois que les textes étaient appliqués on a de nouveau donner des catégories.
On a de nouveau dit: vous pouvez avoir cette sécurité sociale, tel avantage social, vous n'aurez pas tel autre avantage, votre femme ne l'aura pas, votre maman n'en aura pas, l'handicapé n'en aura pas, ... et de lutte en conquête: c'est vrai que les organisations syndicales ont, et c'est vrai que le monde associatif a obtenu, devant les courts, par un travail intensif, que les droits soient acquis, que les droits soient sauvegardés, chaque fois on voit un petit exemple: on en est à quelques arrêts de la court de Luxembourg qui ont permis que les accords d'association avec quelques pays (Turquie, Tunisie, etc) d'étendre la sécurité sociale à ce qui est non-européen. C'est là l'anti-démonstration de ce que je viens de dire: on est en train d'exalter la sécurité sociale; on dit qu'un Turc puisse obtenir un droit de pension après un accident. C'est donc au niveau européen que des droits peuvent permettre certaines percées pour qu'on ne retourne pas à 1848 et ne faisons pas table rase des acquis, de ce qui avance, il y a des choses qui avancent mais tellement microscopiquement. Mais il faut tout le temps se battre, pour éviter que ne revienne ce droit excluant, ce droit qui veut qu'il y ait des européens membres du club.

Et ce droit s'appuyant sur des textes fondamentaux avance et recule en fonction de la densité des cas. Sans arrêt on peut dire qu'il y a des conquêtes. Intrinsèquement nous sommes dans un société où il n'y pas de place pour un droit qui n'exclut pas, il y a des droits conquis, il y a des droits à conquérir qui permettent de faire des percées. **Mais n'imaginez pas que le droit soit le dernier recours devant l'économie, quand le social nous aura dégoûté, quand le culturel ne nous aura pas à ce point accroché, n'imaginez pas que le droit va nous sortir de l'ornière.**
Il n'existe que des droits, je le répète, par conséquent des anti-droits.

Ces droits qui doivent s'accommoder des non-droits, nous devons continuer à les conquérir, à les arracher, à les conserver. Et c'est à ça que très modestement je crois que le juriste en matière d'exclusion, de société, c'est à déstaliniser le droit.

Ne nous faisons aucune illusion sur le droit: il ne nous mènera ni à la fraternité, ni à la solidarité, essayons de prendre les droits comme un outil et quand nous n'aurons pas les droits comme un outil, il faudra prendre les non-droits. Et que les non-droits c'est aussi les armes, la violence.
Le droit est essentiellement violent et générateur de violence.

Les droits représentent quelque part une part de ce que nous devrions à chacun, à celui-là qui est sans papier, à un handicapé qui est dans sa charrette, à quelqu'un qui est malade, càd lui donner le sens, qu'il appartient à une communauté où l'égalité, la dignité et le bonheur ne sont pas un rêve.

THE MAD OF THE CITY, THE MAD IN THE CITY: CITIZENS ?

Preben BRANDT

During the last 3 to 5 decades there has in Denmark been made great efforts to reduce the amount of beds in the psychiatric institutions.
The same has happened in most other countries in the western industrialized part of the world. The reason for this has been to reduce the amount of mentally ill persons, who were staying permanently in psychiatric institutions. And this is of cource in itself a good policy.

The catchwords to this changes have been:

- "to integrate the mentally ill",
- "to bring the mentally ill back in the community" and
- "to bring the mentally ill from the position of being a client, to the position of being a citizen".

The seminal ideas to this change of attitude - and please, do not forget, that just a few years ago, great effort has been done to persuade the mentally ill, to do exact the opposite - are many and very different. And as far as I can see, de-institutionalization has been carried out with different importance to the different ideas, in the different countries. But, the basic ideas have been the same all over.
In most western countries, ther have been a change of attitude, in the direction of attaching more importance on liberalism - understood in both a political and an ethical sense of the word. The notion of the "civil rights" is an important concept in all this. We believe in, and acclaim the free will of the individual. The free will for everybody to choose for himself his way of life, despite the consequences, no matter the abilities of the individual to handle his own affairs and no matter on which background he makes his decisions.

The anti-psychiatric debate has played an important role, too. The question of what is healthy and what is not healthy, or in other words, who are the mad: the mentally ill or everybody else, has led to an attack on the institutions of the psychiatry, with the purpose of setting the mentally ill free.

Furthermore, after it has been pointed out, that long time stays in institutions makes the inmate passive and inactive, there have been a growing therapeutic interest in bringing the mentally ill out of the institutions.
Beyond this, the optimism of being able to cure everything and everybody - a thought growing out of the medical conquest - also has brought a lot of mentally ill out of institutions and into a home of there own.

But meanwhile, another - and maybe this is the most weighty - reason for cutting down the amount of beds in the institutions has arisen. It has simply been too expensive to run the big institutions.
So, it will be possible to make a rather comprehensive catalogue of the different reasons, why mentally ill persons not any longer shall be inmates in institutions, but instead has to be active citizens in the community.
So, the mentally ill just have to learn to use the rules of the community - and to be good users of the community.
But, it is the strong groups of the society - so it has always been, I think - who makes the agenda. It is the demands of, and the expectations of these groups, that figure out how the community and its institutions should be like. And these groups of today's community, wishes a community characterized by neatness and effectiveness, and a community offering top quality all over, and therefore, in the health sector as well as in the social sector, too.
On the other hand, the weak groups of the community are usually marked by unarticulated demands.
Therefore, it will be the administrative and the political system - and it is mostly identical with the stronger citizens - who map out, as well the extent of and the content of those activities, who has to guarantee the needs and the interest of the weak groups.

I will even claim, that the stronger groups of the community pursue a policy of imperialism. They want to take over those things, which original was built up to take care of the interests of the weaker groups.
The more powerful citizens snatch, so to speak, from the weaker, those institutions, which original was thought for the last mentioned.

Today everybody can allow himself to go to a psychiatric hospital. There is nothing to be ashamed of, we are told. But of cource, some diagnosis are more fashionable than other. Better be depressed than schizofrene. Therefore, the demands to the psychiatric hospitals have been equally growing and therefore those mentally ill, who cannot respect the ordinary rules for good manners are excluded - if not so, the quality and effectiveness in the hospitals will be reduced.

And this cannot be allowed, because the psychiatric hospitals have been adapted to contain us and to offer treatment for us - the citizenship: the real citizens.
It is possible to see the same process in the Danish social welfare system. Nobody pays any real attention to the wishes of the not-socialized mentally ill persons or other groups of what could be called "weak persons". It is leaved to the strong and well-turned citizens to decide how and of what kind social benefits must be given. And to me, it looks like the stronger parts of the citizens even have started to take over the social welfare system.

In a Danish study of psychotic drug and alcohol abusers - so-called dual-diagnosis patients - it is pointed out, that these patients are characterized by having as well fewer as less good offers, both in treatment and social support, than other patients.
This group was - if they at all were admitted to a psychiatric ward - staying for a shorter period, than other groups of patients.
And they were, if they at all were offered social pension, in average offered a smaller pension - i.e. a smaller amount of money payed out - than persons with the same mental illness in the same severity, but without an accompanying abuse.

In another study, from 1991, concerning all persons, who during one year were living in shelters for homeless in Copenhagen, and who were between the age of 18 and 35, I found, 40% of these must be given a diagnosis of chronical or periodical psychosis - it is equal to 400 persons. Nearly all of the mentally ill homeless have been inpatients in psychiatric hospitals more times. But usually shortly, as what is called revolvering-door patients. Many of them obtain a social pension.

More than half of these young homeless mentally ill were abusers.

And most of all, they were without a place of there own to live.
They have got help and treatment - but have not got anything really.
This 400 mentally ill persons, between the age of 18 and 35 - which for a shorter or longer period of time were living as homeless - is equal to about 10% of all mentally ill persons in the city of Copenhagen and in the same age-group.
I think homelessness is not the problem, but just the symptom of the real problem.

So, the homeless mentally ill are not only homeless.
More important is, that they cannot handle that demands, which, in a modern community, must be handled, if anybody wish to set up a home for oneself.

- They forget to pay the rent.
- They forget to clean up.
- They forget that they are not allowed to disturb other during the night.
- They forget to use the money on food and cleanliness, but instead use the money on drugs or alcohol.
- And therefore, they are inconvenient for other people, living near to them.

Mine conclusion is, that: All this alove us, and even give us an alibi, to be rather violent to the "different".
Mostly the violence appears in the form of deserting the weak:
We don't want to give them a home of their own.
We don't want them as patients in the psychiatric hospitals.
We don't like to give help to them in the social welfare offices.
We ill-treat them when they are let in, in "our" places.
Sometimes, when they really need help, we even avoid seeing them.
And, when we see them, we tell them - and ourselves, because it is a part of the alibi to mistreat them - that, if they teach themselves good manners and good behaviour, then they will be accepted. Of course, we pretend the mentally ill have as well their rights as their duties. But rights as well as duties are defined by us. And we want a community in order, and marked by effectiveness and quality.
So, the rights and the duties are rights and duties on the terms of the well-establish.
They are appearing in the streets, most in the big cities, but in the smaller towns, too. The mad.
The mad, who spend all the day lonely, among other people in the streets.
They are gathering bottles, they are appearing as bag-ladies or bag-men, they are begging.

They are different and alarming.
I know that they have been there all the time, as a part of the city and always in the role as the "ultima member".
But the amount of them, are now growing, also the relative amount, and they are still being more different from other people - mostly because, all of us have the possibility to and try to look like rich, busy and effective persons.

We all know the places, were groups of alcoholics are spending the day, and where the drug abusers meet other drug abusers.
But the mad are spending the day in another way. They are alone, they are obviously different, and they are not members of a group, but singles. They appear as lonely as they are.
Some lives in the streets day and night. In some capitals many are living like that, but in Copenhagen (there are only living 500.000 persons in the municipal of Copenhagen) it is not so many, yet?
Some have a home, mostly of a very bad condition, and they cannot stand staying there.
Some sleep in between or regulary in shelters.

They are afraid of being together with other and afraid of being alone.
We leave these mad to the destiny of their own, under cover of the idea of the liberty to everyone to decide his own way of living, and the idea of not finding it reasonable, making encroachment on the liberty of the individual.
Sometimes we even allow ourselves to claim, that it would be illegal to intervene! That some kind of constitutional rights secure the mentally ill, so he can be living in any way he want to - even in deep misery.

This kind of argument is used, I think, when the misery is so pressing and visible, so it is both impossible to be blind to it, and to find a way to bring help.
For example: the responsible politician in a smaller Danish town declared in the press, after a 31 years old bag-lady has been murdered in his town, that: "she had her constitutional right to live like she wanted to".
Therefore, nothing has been done previously to help her.

- This is the right of a citizen, isn't it ?

But didn't she have the right for treatment against the mental illness, which forced her to live like she did?
And didn't she have the right to have her part of the social helping system, even she refuses, when the reason for refusing originate from her illness.
And last but not least: **are anybody in reallity at all considered a citizen, untill other citizens share the responsibility for him and his destiny ?**

One of the central problems of accepting mentally ill persons as citizens are arising from a sociological phenomenon, I think.
Our ability to understand a particular behaviour is created in such a way, that it will only be possible to us to understand it, limited to the concept of one category, so:

the phenomenon madness is belonging to the concept of a psychiatric category.

But, the phenomenon citizen is belonging to the concept of a political category.
We can, by use of different scientific methods or by use of different senses of techniques, bring both categories into focus, but mind you, only one at the time -or to tell it in another way, in an unilateral light.

So, in our mind, we will be unable to unite the two phenomenons: madness and citizenship. The result is, that the mad will be constantly exposed to a cross-pressure - and this will cause vagueness and ambiguity in the assertion, and lead to conflicts.

I have one more question: ***Do we really want the mentally ill as partners in our community ?*** - and especially those mentally ill, who behave badly, it is those mentally ill who we could call "the mad".

And my answer must be:
we will accept the mentally ill as citizens.
But not the mad.
They do not behave.

And the mad are usually not just mentally ill. Some of them are drinking or taking drugs. Some of them are living in the streets. Many are homeless. Most are refusing medical treatment and other kind of help. Some of them are criminal.

This lead to other questions:
aren't they excluding themselves from the community and citizenship ?

And, don't they have exactly the existence they want to have ?
My answer is: no, they don't exclude themselves and they don't live like they want.

They want something else, I will venture to answer.

It is not necessary asking them first - but of course, I have asked.

But anyhow, our societies cannot overcome more and more living excluded from the community.

It is an expression of coldness and frigidity, not one of capaciousness.

It is an expression of indifference, not one of tolerance.

By aloving this kind of attitude to one group, we will alove it to other groups as well.

And we cannot alove this,
- if we want to keep a decent society, and
- if we don't want a society characterized by violence, crimes and misery.

It will not be easy to let the mad be citizens.
One way could be, by offering more interest to the human being than to the diagnose madness.

To be more interested in the condition under which the mad are living, than in the behaviour of the mad. To try to give capacity to him on his conditions.

Don't let us be constantly tied up in trying to find new methods for medical and psychological treatment, due to a bigoted scientific mania of making progress - in that naïve confidence that recovery from all kind of suffering soon will be possible.

Responsibility must be a key-word: Not only responsibility for giving treatment to all who need treatment; but most of all responsibility in politics and responsibility offered by all members of the community - due to an well-defined ethical attitudes.

In this way I think, it maybe will be possible - but only maybe and only partly -to help the mad be some kind of citizens.

LE FOU DE LA CITE
LE FOU DANS LA CITE
DES CITOYENS ? [9]

PREBEN BRANDT

Depuis trente à quarante ans de grands efforts ont été faits au Danemark pour réduire le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Il en a été de même dans la plupart des pays occidentaux industrialisés. Le but était de réduire le nombre de malades mentaux résidants en permanence dans les institutions psychiatriques. Les maîtres-mots de ce changement ont été :

- "intégrer le malade mental"
- "ramener le malade mental dans la communauté"
- "ramener le malade mental d'une position de client à celle d'un citoyen"

Les idées qui sous-tendent ce changement d'attitude - n'oubliez pas que quelques années seulement avant de grands efforts avaient été faits en sens contraire - sont nombreuses et variées. A ce que je vois, la désinstitutionnalisation a été menée de façon variable selon les idées et selon les pays. Cependant les idées de bases se retrouvent partout : dans la plupart des pays occidentaux il y a eu un changement d'attitude tant du point de vue politique que de celui de l'éthique dans le sens du libéralisme.

En tout cela la notion de *droits civils* est un concept clé : nous croyons et nous mettons en avant la *libre volonte de l'individu*. C'est la libre volonté pour tout un chacun de choisir pour lui-même sa vie quelles qu'en soient les conséquences sans se préoccuper des capacités de l'individu de s'occuper de ses propres affaires ni des fondements à partir desquels il prend ses décisions.

Le débat anti-psychiatrique a joué lui-même un rôle important. La question de savoir ce qui est sain et ce qui n'est pas sain, on dit autrement qu'en est-il

[9] *traduction de l'anglais par le dr. Jacques Simonnet.*

du fou : le malade mental ou les autres, a conduit à une attaque en règle contre les institutions psychiatriques pour rendre leur liberté aux malades mentaux. De plus, comme il a été montré sur un long séjour en institution rend le pensionnaire passif et inactif, s'est développé le souci thérapeutique de mettre les malades mentaux hors de l'institution. Au-delà encore, cette pensée optimiste issue des conquêtes de la médecine que tout et chacun pouvaient être guéris, a conduit ainsi un grand nombre de malades mentaux à sortir des institutions et à vivre dans leur propre logement.

Pendant ce temps est apparue une autre raison, et c'est peut-être la plus puissante, de diminuer le nombre de lits : il est purement et simplement devenu trop cher d'entretenir les grandes institutions.

Ainsi devient-il possible de faire un catalogue assez complet des raisons pour lesquelles les malades mentaux n'auront plus à être internés dans les institutions, mais devront plutôt devenir des citoyens actifs dans la communauté.

Ainsi le malade mental n'a-t-il plu qu'à apprendre les règles de la communauté et de devenir bon usager de la celle-ci.

Mais, et il en a toujours été, je pense, ainsi, ce sont les groupes actifs et forts de la communauté qui établissent les règles de l'action. Les exigences et les attentes de ces groupes déterminent comment doivent être et la communauté et ses institutions. Ces groupes de la communauté actuelle souhaitent une communauté caractérisée par l'ordre et l'efficacité, une communauté qui propose en tout la meilleure qualité, partant aussi bien dans le secteur social que dans le secteur de la Santé.

De l'autre côté, les groupes faibles de la communauté sont habituellement caractérisés par des exigences non exprimées. De là c'est le système administratif et politique - il en est ainsi le plus souvent aussi avec les citoyens actifs - qui détermine tant l'extension que le contenu des actions qui doivent garantir les besoins et les intérêts des groupes les plus faibles.

J'ose même affirmer que les groupes forts de la communauté mènent une politique impérialiste. Ils veulent s'emparer de ce qui avait été construit à l'origine pour prendre en compte les intérêts des groupes les plus faibles. Les citoyens les plus puissants s'emparent, piquent pour ainsi dire, les institutions qui étaient à l'origine pensées pour les plus faibles.

Aujourd'hui chacun peut se permettre d'aller à l'hôpital psychiatrique. Il n'y a aucun doute à cela, dit-on. Mais évidemment certains diagnostics sont plus chics que d'autres: il vaut mieux être déprimé que schizophrène. Mais de ce fait les

exigences envers l'hôpital psychiatrique ont augmenté et les malades mentaux qui ne peuvent avoir des bonnes manières doivent être exclus, sinon la qualité et l'efficience de l'hôpital en seraient réduites. Ces patients ne sont pas acceptables car les hôpitaux psychiatriques ont été adaptés pour nous recevoir et nous offrir un traitement, à nous les citoyens, les réels citoyens.

Le même processus peut être repéré dans le système d'assistance sociale danois: personne ne prête une réelle attention à l'expression des désirs des malades mentaux désocialisés ou d'autres groupes qui peuvent être désignés comme "personnes faibles". On laisse aux citoyens forts et biens pensants la décision du comment et du pourquoi de l'aide sociale. En ce qui me concerne, il me semble que la plus grande partie de ces citoyens les plus forts est allée jusqu'à commencer à démolir le système de sécurité sociale.

Dans une étude danoise sur les psychotiques toxicomanes et alcooliques - ce qu'on appelle les patients à double diagnostic - il a été montré que ces patients sont caractérisés par le fait qu'il leur est offert moins et de moins bons traitements médicaux et moins et un moins bon soutien social que les autres patients. Les individus de ce groupe quand ils étaient admis en hôpital psychiatrique y restaient un temps plus court que les autres patients. S'il leur était proposé une aide sociale, il leur était offert une pension d'un montant inférieur à celui proposé à des personnes ayant la même maladie, tout aussi sévère, mais sans toxicomanie associée.

Dans une autre étude faite en 1991 sur les personnes qui ont fréquenté pendant une année les centres d'hébergement de Copenhague, âgés de 18 à 53 ans, j'ai trouvé que 40 % d'entre eux étaient susceptibles de recevoir un diagnostic de psychose chronique ou périodique, soit 400 personnes.
Presque tous les malades mentaux sans abri ont été hospitalisés à plusieurs reprises dans des hôpitaux psychiatriques, mais habituellement d'une façon brève : ce sont, comme on dit, les patients tourniquets, portes battantes ; beaucoup d'entre eux reçoivent une aide sociable. Plus de la moitié de ces malades mentaux jeunes et sans abri étaient toxicomanes. La plupart d'entre eux n'avait aucun endroit pour vivre leur appartenant en propre. Ils ont apparemment reçu une aide ou un traitement, mais ils n'ont rien reçu en réalité. Ces 400 malades mentaux, âgés entre 18 et 35 ans, qui pour un temps plus ou moins long avaient vécu en sans abri, représentant environ 10 % des malades mentaux de Copenhague de la même classe d'âge.
Je pense que l'absence de logement, le fait d'être sans abri (**Homeless**), n'est pas le problème, mais le symptôme du véritable problème. Ainsi les malades mentaux sans

abri ne sont pas seulement des sans abri. La chose la plus importante est ici qu'ils ne peuvent s'astreindre aux exigences qui doivent être respectées dans la communauté moderne s'ils veulent conserver un logement :

- ils oublient de payer le loyer
- il oublient de faire le ménage
- ils oublient qu'il ne leur est pas permis de déranger les autres pendant la nuit
- ils oublient de dépenser leur argent pour se nourrir et être propres mais ils s'en servent pour acheter de la drogue ou de l'alcool..

C'est pour cela qu'ils sont INSUPPORTABLES pour les personnes qui vivent autour d'eux. Ma conclusion est la suivante :

TOUT CELA NOUS PERMET ET MEME NOUS DONNE UN ALIBI POUR ETRE PLUTOT VIOLENTS POUR LES "DIFFERENTS".

Et cette violence apparaît le plus souvent sous la forme d'un abandon de celui qui est faible :

- Nous ne voulons pas leur donner un logement en propre
- Nous ne les voulons pas comme patients à l'hôpital psychiatrique
- Nous n'aimons pas leur donner des aides dans les centres sociaux
- Nous les maltraitons quand on les met dans ce qui est notre place et pas la leur.

Parfois, quand ils ont réellement besoin d'aide, nous évitons même de les voir. Et quand nous les voyons, nous leurs disons -et vraiment nous, car c'est une part de notre alibi de les maltraiter- que s'ils étaient capables d'apprendre les bonnes manières et qu'ils se tenaient bien, ils seraient alors bien acceptés. Bien sûr nous prétendons aussi que les malades mentaux ont tout autant leurs devoirs que leurs droits.

MAIS LES DROITS ET LES DEVOIRS C'EST NOUS QUI LES DEFINISSONS.

Et nous voulons une communauté en ordre et basée sur l'efficacité et la qualité. Ainsi les droits et les devoirs sont des droits et des devoirs en termes de bonne réputation.

Ils apparaissent dans les rues, le plus souvent dans les grandes villes, mais aussi dans les petites - LE FOU : *le fou qui passe toute une journee solitaire au milieu des autres dans la rue*.
Ils accumulent les bouteilles, trimballent des sacs en plastique, mâles ou femelles, on ne sait, ils mendient.
Ils sont différents, ils font peur. Je sais qu'ils ont été là tout le temps comme une part de la ville dans le rôle de *derniers des derniers*.
Mais leur nombre, tant absolu que relatif va croissant, on dirait qu'ils deviennent encore plus différents des autres gens, surtout depuis qu'il est possible d'être ou de ressembler à des gens riches occupés et efficaces.

Nous connaissons tous les endroits où des groupes d'alcooliques passent leurs journées, où des toxicos rencontrent des toxicos.
MAIS LES FOUS PASSENT LES JOURS D'UNE AUTRE FACON.
Ils sont seuls, ils sont à l'évidence différents, ils n'appartiennent pas à un groupe, ils sont solitaires. Ils apparaissent aussi isolés qu'ils le sont en fait. Certains vivent à la rue jour et nuit. Dans quelques capitales beaucoup vivent ainsi, mais à Copenhague (il n'y a que 500 000 habitants dans la municipalité même) ils sont moins nombreux ; encore que ? ... Quelques uns ont un logement, il est presque toujours en mauvais état et ils ne peuvent pas supporter de rester dedans. D'autres dorment régulièrement ou de temps en temps dans les foyers de secours. ILS ONT PEUR D'ETRE AVEC LES AUTRES et ILS ONT PEUR DE RESTER SEULS.

Nous laissons ces fous à leur propre destin sous couvert de l'idée que chacun doit décider librement de sa manière de vivre et l'idée même de ne pas trouver cette manière nous parait raisonnable et acceptable car sinon on empiéterait sur la liberté de l'individu. Parfois même nous acceptons de crier qu'il serait illégal d'intervenir ! Puisque certains droits constitutionnels assurent la sécurité du malade mental, il peut donc vivre comme il l'entend, *même dans la plus profonde misère.*

On utilise ce type d'argument, je pense, *quand la misère est si pressante et si visible qu'il est à la fois impossible de s'aveugler sur elle et impossible de trouver un moyen de lui porter secours.*

Par exemple le responsable politique d'une ville danoise, déclarait à la presse au sujet d'une femme clochardisée qui avait été assassinée dans sa ville : "ELLE AVAIT LE DROIT INSTITUTIONNEL DE VIVRE COMME ELLE LE VOULAIT". De ce fait rien n'avait auparavant été fait pour l'aider.

C'EST LE DROIT DU CITOYEN N'EST-CE PAS ?

Avait-elle ou non le droit de recevoir un traitement pour la maladie mentale qui la contraignait à vivre de cette façon ? Avait-elle ou non le droit d'avoir sa part d'aide sociale même si elle la refusait, si son refus était dû à sa maladie ? Et last but non least : quelqu'un peut-il être considéré comme un citoyen si les autres citoyens ne partagent pas une responsabilité pour lui et pour son destin ?

Un des problèmes centraux dans l'acceptation des malades mentaux en tant que citoyens à son origine, je pense, dans un phénomène sociologique : notre capacité de comprendre un comportement social est ainsi faite que cela n'est possible qu'en l'interprétant dans une seule catégorie conceptuelle. Ainsi le phénomène FOLIE appartient aux concepts de la psychiatrie, mais le phénomène CITOYEN relève des concepts politiques. Nous pouvons, par diverses méthodes scientifiques ou par différents techniques, prendre en considération les deux catégories, mais attention une à la fois ou pour le dire autrement en les éclairant d'un seul côté. Ainsi nous sommes nous incapables d'unir dans notre esprit des deux phénomènes : FOLIE et CITOYENNETE. Il en résulte que le fou reçoit constamment des pressions contradictoires, ce qui entraîne des revendications vagues et ambiguës qui mènent directement au conflit.

Encore une question :

VOULONS NOUS REELLEMENT QUE LE MALADE MENTAL SOIT UN PARTENAIRE DANS NOTRE COMMUNAUTE ?
et spécialement ces malades mentaux qui se comportent mal.

Ce sont ces malades mentaux que nous appelons LE FOU et ma réponse doit être: NOUS ACCEPTONS LE MALADE MENTAL COMME CITOYEN MAIS PAS LE FOU.
Car ils ne se comportent pas bien et en plus les fous ne sont pas exactement les malades mentaux. Certains boivent ou se droguent ; certains vivent dans la rue ; beaucoup sont sans abri ; la plupart refusent un traitement médical ou toute sorte d'aide; quelques uns même sont criminels.

Nous en arrivons à d'autres questions :

NE S'EXCLUENT-ILS PAS EUX MEMES DE LA SOCIETE ?

N'ont-ils pas l'existence exactement qu'ils veulent avoir?
Ma réponse est formelle: non ils ne s'excluent pas eux memes, non ils ne vivent pas comme ils le veulent. Ils veulent autre chose, et je tente l'aventure de répondre...
Il n'est pas nécessaire de leur demander la permission... mais bien sûr je leur ai demandé.

Mais, de toute façon, nos citées ne peuvent plus croître en s'excluant de plus en plus de la communauté qui les constitue. C'est une expression de froideur, de frigidité et non de capacité ; c'est une expression d'indifférence et non de tolérance. Si nous permettons ce type d'attitude envers un seul des groupes de notre communauté, nous le permettrons tout aussi bien envers tous les autres groupes.
Et nous ne pouvons autoriser cela si nous voulons conserver une société conviviale et si nous ne voulons pas une société caractérisée par la violence, le crime et la misère.

IL NE SERA PAS FACILE DE LAISSER LE FOU ETRE CITOYEN. Une issue pourrait être de porter davantage l'intérêt sur le devenir humain plutôt que sur le diagnostic de la folie ; de s'intéresser davantage aux conditions dans lesquelles vit le fou que dans le comportement du fou ; d'essayer de lui donner une possibilité de vivre

aux conditions qu'il pose. Ne vous attachez pas à tenter de trouver de nouvelles méthodes médicales et psychologiques par une manie scientifique bigote du progrès et dans une confiance naïve que la guérison de toutes les souffrances sera bientôt possible.

La responsabilite doit etre le mot-clé : pas seulement la responsabilité de donner un traitement à tous ceux qui veulent un traitement ; mais surtout la responsabilité politique qui est aussi la responsabilité offerte par tous les membres de la communauté en raison d'une attitude éthique bien définie. Et c'est dans cette direction je pense qu'il sera peut-être possible mais seulement peut-être et en partie, d'aider le fou à être dans une mesure certaine un citoyen.

QUESTIONS POSEES AUX CONFERENCIERS

Le professeur Isaac JOSEPH, moderateur de la séance, introduit ainsi le débat.[10]

... il me semble necessaire de tenir compte, d'être attentifs non seulement au meccanismes cultureaux qui vont dans le sens de "la grande lessive ou dans le sans d'une réparation du chauffage centrale..." pour reprendre les metaphores de A. Touraine, mais qu'il nous faut être attentifs egalement aux agents individuels et collectifs qui trouvent leur bien, leur compte diabolique, monstrueux dans l'avancé d'une segregation et donc il nous faut penser la folie comme phénomène social et non seulement comme problème individuel, il nous faut penser la guerre civile en tant qu'elle peut se developper aussi bien ne Bosnie que dan une rame de métros.., il nous faut penser tout un ensemble des phénomènes qui sont hybrides, c.à.d. qui relevent tout à la fois d'une lecture psychiatrique ou clinique et d'une lecture sociale.

Le deuxiéme point, la deuxième intérrogation que pourrai-je mettre en avant est qu'il semble qu'il y a à la fois un souhait partager par les intervenants et en même temps une inquietude est ce que nous devons nous en tenir à la compassion et quelles sont les limites d'une attention compassionnelle du phénomène de l'exclusion et du phénomène de la maladie mentale dans le monde des exclus et en mème temps comment ne pas en rester aux voeux pieux de la participation et donc quels sont les utils pour comprendre, voir, décrire... ce que nous devons rendre operationnel.

QUESTIONS

- Pierre SMET, Maison médicale, Bruxelles

* 1ère question, pour Mr tourraine. Peut-on penser à cette lessive sans l'autre qui avait précédé, à savoir la guerre ? J'étais un peu étonné par rapport à votre optimisme quant à l'apaisement du conflit. Je me demandais si on n'était pas dans un temps

[10] *Propos retranscrits d'un mauvais enregistrement.*

d'après-guerre. Quand vous parliez des capacités d'Allemagne à gérer les conflits sociaux: il y a encore la reconstruction, l'extension.
Quid de la montée du conflit ? Et jusqu'au moment où ça arrive à la guerre.

* 2ème question, pour Mr. Petrella, concernant sa proposition d'un contrat social. Il nous concerne assez bien. On s'y base dans pas mal d'institutions. Les gens nous acceptent: vous pouvez rentrer, mais ... Moi je suis très sceptique de ce type de contrat, parce qu'il est plutôt générateur d'exclusion, parce ce que cela nécessite au départ une autre reconnaissance des deux parties.
N'y aurait-il pas lieu de mettre l'accent sur un autre modèle: qui permettrait une participation plus continue et notamment d'acteur non reconnu ?

* 3ème question, pour Mr. Beauthier, par rapport aux limites de droit. Si on constate qu'il y a un échec à la référence aux droits de l'homme. On voit donc bien que par rapport à certaines situations, on est incapable de respecter ces droits et que par ailleurs il existe des zones de non-droit: où en principe il y a des dispositifs juridiques présents, mais qui en fait ne fonctionnent pas. Serait-il possible d'introduire dans la logique d'une instance juridique une structure qui pourrait reconnaître l'absence de droit ? en tant qu'il n 'est pas présent, qu'il n'y a pas un droit effectif présent.

- Maryse Bresson-Boyer : J'ai deux questions pour A. Touraine.

* Ma première question est la suivante : pour lutter contre l'exclusion, vous avez évoqué la nécessité de donner ou redonner à tous une capacité d'action. A ce propos, vous avez parlé du travail, en disant qu'il fallait redonner aux chômeurs du travail, pour qu'ils puissent retrouver une capacité d'action dans la société. Mais pensez-vous que la capacité d'action dans la société passe nécessairement par le travail ?
* Ma deuxième question est en partie liée à la première, mais aussi pour une large part indépendante. Quand vous avez évoqué les "50% de personnes sans travail", de quel travail s'agissait-il ? Je pense que vous vouliez parler du travail salarié, qui correspond à un contrat à durée indéterminée, "stable". Mais que pensez-vous alors des autres formes de travail, en particulier des "petits boulots"? Pensez-vous que ces "petits boulots" peuvent autoriser la participation et autoriser la capacité d'action dont vous parlez ?

Réponses d'Alain Touraine :

Vos questions se situent dans l'ensemble par rapport à une question générale, qui est beaucoup trop ample, et qui pose le problème de savoir comment mettre en relation des comportements individuels avec des formes générales de situation sociale. Avant de répondre plus précisément, je voudrais faire une première remarque, qui me parait essentielle : il faut se protéger des métaphores psychologiques pour parler des faits sociaux.
Par exemple, dans un camp de concentration, si certains ont des phantasmes de repas, ce n'est pas parce qu'ils sont irrationnels, c'est parce qu'il n'y a pas à manger. Il faut faire attention à ne pas responsabiliser les victimes.
Evidemment ce serait merveilleux si la personne qui est victime de privations extrêmes avait esprit rationnel et toutes les caractéristiques de l'opérateur sur les marchés internationaux. Evidemment que non! Les gens bien nourris peuvent dire ils n'ont pas un esprit rationnel, on ne peut pas leur faire confiance, on ne peut pas passer de contrat avec eux.

Ma deuxième remarque a trait à la question du conflit. Quelqu'un a parlé de guerre. La violence c'est l'absence de conflit. Et maintenant il n'y a pas de conflit. Il y a de la violence, mais la violence, c'est précisément l'absence de conflit; parce qu'un conflit, c'est une relation conflictuelle, autour d'un enjeu.
Un conflit ça veut dire je suis capable de dire qui je suis, je suis capable de dire qui est mon adversaire, je suis capable de dire quel est l'enjeu de notre conflit, de notre négociation, de notre opération.
Et c'est cette relation sociale orientée et conflictuelle qui se cache dans les relations dont nous parlons, et c'est cela qui fait que, je ne dis pas que tout se reporte sur la personnalité de la victime, mais la victime se trouve détruit et même auto-détruit. Par conséquent je ne suis pas d'accord avec le premier intervenant qui dit que tout cela ce sont des choses liées à la guerre et qui peuvent mener à une guerre. Je ne le crois pas. Les conflits guerriers sont des conflits très fortement structurés et où la logique d'une culture, d'un Etat, d'une nation ou d'une ethnie sont mise en avant: c'est du super-social. Et en fait aujourd'hui nous assitons à des guerres de plus en plus civiles et la violence se privatise, se répand partout et au lieu que nous ayons des conduites de déviance, de frustrations, de refoulement, exacerbés, contestation, de destruction, de pendre l'adversaire, aujourd'hui la violence se reporte sur la victime elle-même. L'époque où les pauvres tuaient les riches, c'est fini. Les pauvres ne tuent que les pauvres. Aujourd'hui, le noir tue le noir. Et nous avons affaire à des crises de personnalité. La grande affaire c'est au lieu d'avoir des drogues énergétiques, du genre

tabac et alcool, nous avons des drogues pour la personnalité, pour échapper, à ne pas se prendre en charge, d'avoir des problèmes avec soi-même plutôt qu'avec l'autre.

Maintenant, la question relative au travail. En fait, le problème posé est celui de la re-socialisation. ous avez sûrement raison et je suis d'accord pour dire qu'il n'est pas question de revenir à une sorte de philosophie du travail créateur, prométhéen. Laissons cela. Vous faisiez sans-doute allusion à l'analyse de Gortz.

Mais quand je parlais de travail, il s'agissait dans mon esprit de sa fonction extérieure. Dire que la reconnaissance des minorités, dire que la lutte contre la solitude ou le travail que la plupart d'entre vous faites n'est pas du vrai ce n'est pas juste. Bien-sûr que c'est du travail. Parce que ça se définit par une fonction : autrefois on aurait parlé de participation à l'activité et à la survie et à l'intégration de l'ensemble. Aujourd'hui, je ne pense pas que nous puissions penser en ces termes-là. Je dirais qu'il faut que la fonction soit définie comme moyen de donner les conditions institutionnelles ou collectifs nécessaires à la formation de sujets individuels.
C'est en ce sens-là que je me rallie au tournant individualiste actuel mais à condition de reconnaître que pour que l'individu soit l'acteur de son existence il faut qu'il y ait des conditions collectives et il faut une reconnaissance de ces conditions collectives. Par conséquent, je dirais que le travail social est un travail exactement au même titre qu'un travail économiquement productif. Je ne vois aucune différence. Je ne pense pas qu'aucun européen y voit de différence, car nous nous trouvons sur un continent où chaque fois qu'on produit des marques ou des livres il y a en un qui passe par des voies indirectes, que ce soit l'impôt ou la sécurité sociale, pour de telles fonctions. Par conséquent, revenons à une conception qui serait une sentence de la société industrielle.

Cela dit, je n'aime pas du tout - et je pense que c'est très dangereux - de parler de petits boulots. Les petits boulots: c'est la version privée du traitement social du chômage. Ce n'est pas sérieux. je crois que nous devons mettre sur pied, en particulier en Europe, une sécurité sociale collective. Notre sécurité sociale était liée au travail. Vous êtes chômeur, vieux, etc. on s'occupe de vous et cela a existé sous l'initiative des syndicats. Aujourd'hui, le projet essentiel c'est de lutter contre l'exclusion, apprendre à vivre avec les différences: cela veut dire apprendre à gérer les villes, le multiculturalisme, la coexistence et la communication entre les deux moitiés de l'humanité, c'est-à-dire les hommes et les femmes, etc.

Ici nous sommes dans une période de désocialisation plutôt que contrainte sociale trop forte. Nous avons un grand besoin de concevoir l'ensemble des activités sociales

comme des éléments essentiels de développement durable, y compris évidemment les problèmes environnementaux.

Pour ce qui est maintenant des moyens concrets à mettre en oeuvre pour lutter contre l'exclusion : ce qu'il faudrait, c'est mettre en place une Sécurité sociale collective (et historiquement, la Sécurité sociale est liée au travail, vous le savez). Il faudrait aussi apprendre à gérer les villes... Et, bien sûr, l'ensemble des activités sociales peuvent être conçues comme des éléments de la participation...

Questions pour Mr. Beauthier

* Existe-t-il dans les textes européens une définition d'une citoyenneté européenne?
  Et est-ce-que le critère serait la seule nationalité de l'un des Etats-membres?

* La compassion comme pratique: j'ai eu l'impression d'entendre un appel à la violence. Pour ce que nos représentons, quelle forme de violence devons-nous mettre en oeuvre pour faire changer un certain nombre de choses ?

Il n'existe pas de définition de citoyenneté européenne en dehors de la nationalité. ????
On est en train de créer une catégorie de personnes qui se sentent européens par rapport à ceux qui ne se sentent pas européens. ??????????????
On est en train d'exclure le droit de vote à ceux qui ne sont pas européens. Tout est fait pour retenir le critère de nationalité. On revient à un nationalisme mondial. On exclut l'autre: le nationalisme européen est un grave enjeu. Il y a une extrême droite européenne. ?????
Le sol est pour moi quelque chose de difficile. Le droit mène à des excès.

Les droits de l'homme: je crois qu'il y a un radeau qu'on essaye absolument à faire flotter et qui consisterait dans les droits de l'homme.
On en parle quand ça nous arrange.
La conception excluante des droits de l'homme doit être dépassée.

(I N A U D I B L E)

Non je ne crois pas à la violence.

Réponse de Mr. Petrella

En ce qui concerne les contrats: est-ce pertinent, est-ce réalisable? Est-ce que ce n'est pas une autre façon de reconstituer les exclusions?
Il y a 1 milliard quatre cent millions de personnes qui n'ont pas d'eau potable. Aujourd'hui-même 1500 enfants mourront à cause de cela.
Il y a un milliard sept cents millions de personnes qui n'ont pas de véritables maisons. Il y a un milliard deux cents millions de personnes qui n'ont pas de travail. Il y a un milliard cinq cents millions de personnes qui vivent au seuil de la pauvreté, qui gagnent moins d'un dollar.
La question est de se dire: dans vingt cinq ans, quand on sera huit milliards de personnes, comment donner de l'eau potable, de l'énergie, de l'éducation, etc. à huit milliards d'êtres humains?

Ma thèse est: ce n'est pas la banque mondiale ni le FMI qui vont le faire. Ce n'est pas non plus l'ensemble des grandes manufactures, ni l'ensemble des organisations dites internationales, ni les syndicats (qui sont sensés défendre les droits de travail). Donc l'idée c'est d'inventer des processus, des pratiques, des formules, des institutions, des pratiques. Et il me semble l'idée de dire que nous reconnaissons que ces huit milliards de personnes doivent coexister, avec le moindre de rejet possible, et que la coopération est inévitable, il ne faut pas que le monde soit une série de marchés à conquérir, le monde n'est pas une guerre permanente (commerciale) etc. Il faut pénaliser, je pense, ceux qui disent: nous sommes entrés dans la guerre des télécommunications, des puces. il faut rejeter une conception guerrière de l'existence des gens.
Ma thèse est de dire que nous devons coexister et nous développer et coopérer grâce à ce que j'ai appelé le contrat social mondial qui est, non pas seulement un terme juridique, mais c'est un processus qui permet aux peuples de se rencontrer, d'exprimer leurs objectifs, leurs revendications : ils négocient, ils se mettent d'accord sur des solutions. Et on fixe effectivement des situations à atteindre et il faut respecter des engagements -d'ou la notion de contrat- et des engagements pris, visibles et reconnaissables, vérifiables, contrôlables, avec un système d'évaluation de ce qu'on a fait et de ce qui reste encore à faire. Pourquoi ne pas inventer une assemblée mondiale de l'eau où l'on discuterait des conditions de l'eau en tant que bien commun mondial, pour empêcher que l'eau ne devienne une ressource privatisable, dérégulable, uniquement pour les marchés solvables.
C'est pour cela que moi je trouve que, comme en France on a fait la scolarisation obligatoire, il faudrait cette éducation gratuite et obligatoire mondiale. Sinon la violence ... violence qui est produit d'un système. Est-ce un système qui aime les gens?

Et alors, moi aussi je ne suis pas nécessairement violent. On nous endort avec une rhétorique fantastique. Plus la situation devient critique, plus il y a de rhétorique. Plus il y a de pauvreté, plus on en parle. Cette rhétorique mondiale sur la pauvreté pour paralyser la pauvreté, l'exclusion sociale, pour banaliser la faillite des droits de l'homme. Il faut se révolter. Il faut récuser la légitimité de la compétitivité. Il faut récuser la stratégie de l'innovation technologique pour réduire les coûts de production pour être compétitif sur les marchés solvables des pays les plus riches, qui sont d'ailleurs saturés. Il faut se révolter contre les pratiques de la banque mondiale et du FMI.
Sinon ... sinon quoi? Et alors le rôle des sciences sociales est très important dans le sens où elles doivent éclairer pourquoi on est passé à l'élargissement d'un concept de pauvreté? Pourquoi le mesurer par rapport à l'accès aux ressources financières? Maintenant les sciences sociales disent: non, non, le phénomène n'est pas mesurable en terme financier, monétaire et économique. L'exclusion c'est un peu de tout. Attention: les sciences sociales ne doivent pas dire puisque c'est un tout, il n'y a pas moyen de solutionner.
J'ai dit nous ne devons plus avoir un programme de recherche en sciences sociales. Il faut que la situation ne soit plus un objet de recherche parce que ce ne sera plus un phénomène de société. La recherche doit faire en sorte qu'on prenne des mesures pour éliminer l'exclusion sociale, qu'elle produise des dynamiques de participation (objet permanent).

- Pedro MECA, Les Compagnons de la nuit, Paris

On parle beaucoup de l'individu comme sujet de droit et source de droit aussi. Les individus se révoltent et se mettent en route. Je crois que nous en restons trop au niveau de les aider avant qu'ils ne se mettent en route ou les aider pour qu'ils se mettent en route. Ma question est: quelle est notre solidarité avec ceux qui se mettent en route ?
Il faut qu'ils le fassent "proprement". On ne peut pas être solidaire si on ne fait rien au niveau des moyens. Dans quelle mesure leur demande-t-on d'être des exemples de moralité? Et restons-nous à leur côté pour les aider à lutter? Pourquoi ne pas les mettre au service des dispositifs que eux mettent en route? Par exemple au niveau de l'occupation des maisons.

DIVERS

- Dans toutes les interventions que j'ai entendue, on n'a pas parlé du fait que les jeunes exclus n'existent nulle part pour la société. Ils ne sont même pas entendus.

- Au niveau de l'accompagnement, il y a quelque chose de très gênant: je me trouve souvent dans le cas de vouloir jeter ma robe aux orties.
La logique est de dire: le système ce n'est pas bon. L'intellectuel doit savoir jusqu'où il doit aller et continuer sa lutte. Mon problème à moi chaque jour est d'avoir un débat: émeute dans un quartier émigré. Le problème est que à chaque fois qu'on demande au tribunal à aller voir ce qui se passe dans ces quartiers, à ce moment là ???? : nous sommes tout le temps en porte à faux dans notre métier.
Nous ne pouvons faire un accompagnement que dans le droit chemin.

- Il y a la question de la légalité et la question de la légitimité.

I N A U D I B L E !!!!

- Actuellement, la défense des gens est toujours néant. La procédure qui coûte auprès des juge est telle que les avocats renoncent d'être présents au moment de l'audience pour ne pas envénimer les choses et laissent le jeune seul avec le juge.
Comment cela se fait-il que vous allez jusqu'à un certain point, mais que vous ne pouvez pas à un moment donné aller plus loin?
- Les ouvrages de vulgarisation: nous avons dénoncé certains droits et le droit à la parole est important. Ca avance, ça évolue.
Ce sont des droits individuels.
Pourquoi je ne vais pas plus loin? Moi je veux bien réfléchir au-delà du droit. Mais selon mon expérience: attention à la récupération. La situation actuelle ne nous permet pas de voir si l'homme cessera d'être un loup pour l'homme.

ATELIER N.2 : **Devoir humanitaire d'aide ou devoir légal d'assistance/soin ? Droits, accès aux droits, barrières.**

Animateur : Tommaso **LOSAVIO** (Rome), (Xavier EMMANUELI (Paris) étant excusé du fait de sa participation au nouveau gouvernement.)

Rapporteur : Jacques **SIMONNE**T (Paris)

Devant la question de l'errant ou de l'exclu malade mental, y a t-il un devoir humanitaire d'aide ou un devoir légal d'assistance ? Ces deux questions ne peuvent être posées comme une alternative, l'un et l'autre devoirs sont indispensables. Face au malade mental sans abri, homeless, les réponses psychiatriques, qu'elles soient le renfermement asilaire ou l'abandon aux différentes formes de l'exclusion par la désinstitutionnalisation, reviennent au même : elles aboutissent à la considération exclusive de la maladie ou du besoin social de façon isolée sans tenir compte globalement de la personne. Face aux questions nouvelles posées par les malades mentaux en situation d'exclusion, un modèle nouveau doit être adopté qui puisse dépasser les clivages constants entre financement caritatif, financement public, travail social (soins psychiatriques, asilisation) désinstitutionnalisation. Ce modèle ne doit pas prendre en compte les symptômes isolés ou fragmentés, mais être un modèle de service de la personne dans sa globalité ; il s'agit de prendre en compte LA PERSONNE QUI SOUFFRE et pas seulement sa maladie ou/et ses problèmes sociaux ou/et sa subsistance matérielle.

Les participants de ce carrefour étaient issus de 6 pays de la Communauté : Italie, Belgique, Allemagne, Danemark, Royaume Uni, France. Les échanges ont permis de mettre en commun des problématiques très convergentes, mais les difficultés rencontrées, les insuffisances ou les limites des dispositions légales particulières à chacun diffèrent d'un pays à l'autre. Ces différences, les interrogations qu'elles ont apportées, ont permis de dégager un questionnement fondamental, dont une synthèse générale est ici tentée.

I - L'ACCES AU LOGEMENT

L'accès au logement apparaît comme une des préoccupations fondamentales des participants, acteurs publics ou privés. Les actions menées par les différentes associations caritatives, les missions à caractère public, ont pour point commun de mettre à disposition des logements avec accompagnement social et soutien psychologique selon des programmes très élaborés et bien codifiés (leur reprise dans la séance du samedi matin nous permet de ne pas détailler ici).
Cette accession au logement apparaît à tous comme LA PRIORITE. Mais les actions qui s'efforcent d'y aider rencontrent de nombreuses ENTRAVES, celles-ci sont dues à la difficulté d'opérer sur le marché immobilier privé et partout dans la DIFFICULTE D'ACCES AUX PROGRAMMES DE LOGEMENT SOCIAL, soit du fait de l'insuffisance de ceux-ci, aucune priorité n'étant déterminée en ce qui concerne les sans abri et particulièrement, les sans abris malades mentaux, par les organismes gestionnaires des logements sociaux, soit, dans certains pays de la Communauté (Italie, Allemagne en particulier) du fait que l'accession au logement social est le plus souvent réservée à des personnes physiques ayant déjà leur situation légale régularisée (Régularité soumise à la possession d'un domicile dans une commune !!!!!!). Si bien que les associations qui ne peuvent être preneurs de bail en tant que personne morale se trouvent mises devant les difficultés du marché privé ...

Il est fortement souligné que la situation de SANS ABRI au sens strict, c'est à dire de l'absence de possibilité de justifier d'un domicile légal, est l'ATTEINTE PRINCIPALE AU DROITS DE LA PERSONNE. L'accès aux aides réservées aux personnes en grave difficulté, financière, sociale, médicale, est soumise pour une très grande partie des pays de la CE à l'obtention d'un logement stable. On en arrive au paradoxe que les interventions dans l'urgence : abri d'urgence, aide d'urgence, maintiennent les sans abris dans la précarité. L'AIDE D'URGENCE NE PEUT A TERME APPORTER AUCUNE SOLUTION VERITABLE A LA SITUATION DE DETRESSE MISE EN EVIDENCE PAR L'URGENCE ET QUI VA BIEN AU-DELA DE CELLE-CI. Du fait essentiellement de l'inaccessibilité au logement, les personnes sans domicile fixe deviennent des invisibles par rapport à une aide adéquate parmi celles qui sont proposées officiellement.

II - EFFETS PERVERS DE LA DESINSTITUTIONNALISATION

La réflexion du groupe s'approfondit pour manifester un problème plus profond qui recouvre et manifeste la crise du welfare state :
LA DESINSTITUTIONNALISATION qui a pour but de SUPPRIMER L'ENFERMEMENT, a pour objectif avoué et conscient LA RECHERCHE DU DROIT DU FOU, DU MALADE MENTAL. Mais cette désinstitutionnalisation a pour risque majeur de créer une NOUVELLE EXCLUSION, un nouvel enfermement qui passe inaperçu parce que situé dans le tissu social lui-même, véritable enfermement extériorisé. Cette nouvelle exclusion doit interroger le service public en ce que celui-ci doit être le garant du droit des usagers, et susciter la réflexion et l'inventivité des structures associatives de façon à mettre en évidence les nouveaux besoins.

Etant donné la disparition des institutions asilaires qui avaient pour but d'organiser le grand renfermement de la marginalité , fous et mendiants toujours plus ou moins confondus, l'exclusion se fait plus indistincte tout en étant ou parce qu'étant le résultat de forces de rejet mieux intériorisées (voir la conférence d'Alain TOURAINE) et ce d'autant qu'elles sont constitutives des nouvelles formes de dynamique politique et économique. Dans cette nouvelle structuration de notre société, remettant en question les équilibres du welfare state, mettant l'accent sur la nécessaire compétitivité, les exclus -ceux qui font partie où s'éloignent vers la marge- semblent toujours être à une place où ils ne sont atteints que par hasard et toujours là où ils ne sont pas attendus. Ce morcellement, cette versatilité des phénomènes d'exclusion et de l'exclu lui-même est une conséquence directe des nouveaux modèles sociaux.

De tout ceci résulte une souffrance qui n'est pas seulement ou exclusivement maladie (folie ou maladie mentale) mais un mal être de la société elle-même qui rejette vers l'errance ce qu'elle ne peut plus assumer (qu'il s'agisse d'errance effective, dans la rue, ou d'errance intérieure dans la perte de soi-même). Ce mal être se manifeste par une visibilité toujours plus accrue de ces marges et cette visibilité inquiète de plus en plus ceux qui demeurent à l'intérieur du système. Ces derniers renvoient de ce fait la question de l'intervention et de la régulation en terme de sécurité et d'intégration.

III - NOUVEAUX MODELES D ACTION ?

Devant une telle problématique, les modèles d'action et d'organisation doivent s'élaborer dans le sens d'une collaboration entre le service public, qui assume la fonction du devoir légal d'assistance et qui le garantit (service public, qui se répartit de façon complémentaire et interdisciplinaire entre le social et le psychiatrique) et d'autre part l'asssociatif-caritatif qui rétablirait les liens de la société civile en portant le devoir humanitaire d'aide. L'ensemble ne pouvant ou ne devant pas s'organiser en système institutionnel unique se coordonnerait dans un réseau.

Un obstacle majeur à cette mise en oeuvre est que la désinstitutionnalisation n'a jamais été suivie d'un transfert de fonds à l'identique vers les nouveaux modes de fonctionnement, mais a toujours eu pour conséquences économiques un désengagement des dépenses publiques. Au terme, et selon des cas de figures variables selon les pays de la CE, le processus aboutit à une sorte de concurrence entre le public et le privé (qu'il s'agisse du caritativo-associatif ou même du lucratif) soit à une surcharge du public mis hors d'état de mener à bien le processus de désinstitutionnalisation, soit par une surcharge du privé auquel incombe alors des missions qui dépassent son domaine de compétence ou de capacité ou de responsabilité.

Il faut donc que le travail assumé respectivement par le public et le privé soit négocié et réfléchi en concertation. Car le renvoi du public sur le caritatif et vice versa peut créer un conflit insoluble : car si le public semble faire des économies, le caritatif a besoin d'argent, d'où un cercle vicieux entre les besoins qui crée une exclusion mutuelle défensive.

Quand il s'agit d'aborder la question spécifique de la maladie mentale, ce n'est pas la question du soin qui est abordée, mais de l'exclusion particulière qu'elle engendre. L'exclusion se pose à un autre niveau : celle de l'emploi et du logement les frappe davantage et pose un problème de politique de santé. Partout se pose la question de l'adaptation des structures psychiatriques, mais partout se pose aussi la question de l'inadéquation de structures qui répondent chacune selon leur logique propre mais de façon le plus souvent complètement désarticulée. Dans bien des cas la psychiatrie ne répond qu'à la "maladie", sur un territoire donné, autant de temps que durent les symptômes qui rendent l'isolement nécessaire...La psychiatrie laisse désormais en amont et en aval les problèmes sociaux que l'asile dans sa

conception classique faisait disparaître en les absorbants. La désinstitutionnalisation les fait apparaître comme un phénomène amplifié par le changement de société et ne propose pas un relais concerté pour aborder ces mouvements à la marge. Une partie de la population des couches pauvres restait intégrée au siècle dernier dans le système social. Elle est devenue aujourd'hui une population délogée, en marge, errante tandis que les modèles de la société actuelle ne sont pas suffisamment pris en compte par les institutions censées pour répondre à ces besoins nouveaux. Cette institution apparaît insuffisante (Allemagne, Italie) ou elle n'a pu s'adapter à une mutation rapide : toute une partie des populations pour lesquelles la politique de secteur avait en France été mise en place, en particulier à Paris, a perdu sa stabilité et son insertion de logement dans le milieu urbain ; elle y est actuellement présente sous l'aspect "S.D.F.". L'exemple fait apparaître comment s'installe le désordre : ceux pour qui était créé le secteur se sont mis à bouger... Des rues à fous on est passé aux fous dans la rue ; avec l'insécurité qu'ils font apparaître.

A parler de propositions concrètes, de structures innovantes, chacun des participants qui tous étaient chargés à titre public ou privé d'un programme précis d'action, a dénoncé un processus qui déborde sans cesse les initiatives innovantes. Celles-ci semblent ne pouvoir faire autre chose que colmater des brèches ; chacun agit avec le sentiment de remplir le tonneau des Danaïdes ou de tisser la toile de Pénélope. Dans les faubourgs bruxellois : "on détricote", et ce n'est malheureusement pas qu'une histoire belge...

TOMMASO LOSAVIO
Modèles de Service et responsabilité

En psychiatrie, le phénomène de l'abandon est le symétrique d'un autre phénomène bien connu : la répression de la souffrance et de la singularité à travers les pratiques d'internement et de réclusion. .Ces deux phénomènes, abandon et répression, entraînent la nécessité non seulement de chercher mais de trouver un modèle d'intervention capable de prendre en compte la personne qui souffre et pas seulement de soigner sa maladie.. Le modèle médico-clinique sur lequel la psychiatrie la plus récente s'est constituée, centrée sur le soin de la maladie semble ne pas tenir compte, la plupart du temps, de la complexité qui caractérise la construction et la permanence des structures les plus graves des troubles psychiatriques, particulièrement à travers les phénomènes sociaux qui les entourent ou qui en découlent, rendant difficile un processus de guérison.

Les processus sociaux qui écrivent les processus d'exclusion aggravent la structure clinique, déterminent les conditions de chronicité et d'inguérissabilité. Pour le modèle médical, ce qui ne guérit pas devient de fait ce qui n 'est pas soignable :les echecs, les insuccès deviennent alors des phénomènes à cacher dans les containers de la chronicité - les hôpitaux psychiatriques certes, mais pas seulement- s'ils sont trop dérangeants. D'une autre manière ils peuvent aussi être abandonnés dans les rues des métropoles, dans les salles d'attente de leurs gares et renvoyés à la bienfaisance publique et/ou privée.Cel;le-ci finit par fournir un travail de simple suppléance, se substitue à un projet de prise en charge plus complet, n'intervient que sur des problèmes d'urgence (nourriture, lits froid, douche, etc...) qui assurément requièrent tous une réponse.

Ce phénomène de la dérive sociale bien loin de diminuer ne tend qu'à augmenter dans les métropoles : elle ne peut se modifier dans la mesure où l'on ne s'interroge pas suffisamment et que l'on ne s'attaque pas au problème des conditions de marginalisation, conditions qui tendent à s'aggraver dans le sens d'une perte

toujours plus accentuées des droits des exclus. Le phénomène tend à apparaître comme « naturel », attribué à une évolution « fatale » des maladies psychiatriques les plus graves : elles ont alors perdu toute référence à un phénomène social quelconque. Comme toute chronicité, toujours selon le modèle médical, cette maladie psychiatrique est irréversible et ne tend de ce fait qu'à s'aggraver davantage chaque jour. IL en résulte une nécessité toujours plus pressante de repenser le modèle d'intervention en ce qui concerne l'assistance psychiatrique et avant tout pour les formes de souffrance les plus graves .
Ce modèle d'intervention ne peut pas ne pas devenir aussi un modèle capable de se mesurer avec les échecs thérapeutiques, les guérisons manquées sans qu'il soit produit alors un reste à cacher ou à abandonner. Un service riche en ressources (en termes d'intervenants, de structures et de réponses) doit aussi être capable de se constituer en facteur de multiplication de ressources, dans le sens de l'activation des processus de participation, de solidarité, de compré »hension.

IL aussi nécessaire, à partir de là, de reformuler les limites de la responsabilité, différente de celle du service ou de tous les intervenants, par l'affirmation des droits de l'assisté par un renforcement de sa capacité d'établir des contrats et de sa capacité de rentrer dans une négociation.

Il en résulte en outre la nécessité de définir sur un mode nouveau et différencié des formes de tutelle qui sans éliminer le conflit, soient capables d'une véritable promotion de la réciprocité dans les rapports et les parcours d'émancipation et de réhabilitation.

L'affirmation du droit à la prise en charge et au soutien de la santé et pas seulement du droit au soin de la maladie, ne peut pas ne pas modifier, outre le modèle de référence (mettant en crise le modèle médico-clinique)
mais aussi et de façon radicale la nature des devoir professionnels, des devoirs institutionnels et des devoirs sociaux.

ASSOCIATION ESPAGNOLE DE NEURO PSYCHIATRIE
MEMBRE DE LA WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION
ET DE LA WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
Villanueava 11; 28001, Madrid,Tel et Fax (91 431 49 11)

A) LES PENSIONS SUPERVISEES ET CONCERTEES

La mise en place de pensions superviséeset conertées exige d'abord d'avoir à disposition unj certain nombre de places dans différentes pensions : on concsitute aisni un ensemble de ressour(ces flexibles et normalisées quisatisferons aux besoins des malades mentaux chroniques qui n'ont pas besoins d'une attention supervision 24 heures sur 24

Pour ce faire une convention a été établie entre la « consejeria « pour l'intégration sociale (çàd l'institution politique et administrative responsable)et plusieurs pensions de l'arrondissement du Centro dont les patrons ont voulu participer à ce projet et dont les chambres ont des conditions d'habitabilité et de confrort suffisantes. Chaque pension offre un nombre de places déterminéespour les programme .

Le choix des pensions est fait en fonction de la capacité de leurs responsables de collaborer avec les services sociaux et de santé mentale, et de la qualité des chambres : chambres individuelles , donnant sur l'extérieur,confortablement meublées, avec eauchaude et toilette àdisposition et des espaces communs praticables.

Le paiement est effectué sur le budget de l'administration autonome régionale pour l'intégration sociale, en fonction du nombre de places occupées.

Le projet s'est mis en place en1991 dans le secteur 7 de Madrid. Actuellement on dispose de 11 places dans trois pensions différentes. Les usagers de ce programme sont des malades mentaux chroniques âgés de 18 à 65 ans quisont en traitement dans le service de santé mentale et inclus dans le programme général de réhabilitation réinsertion sociale

Le profil des usagers est varié : patients sans logement et sans ressources économiques suffisantes à cet effet ; patients sans appui familial ;patients en crise malgré la présence de la famille et dont on souhaite l'éloignement du domicile dans un but thérapeutique ; patients qui habitent seuls qui sont en crise et dont l'entrée à l'hôpital est contrindiquée ; enfin comme structure intermédiaire vers un autre mode de placement..

L'utilisation des pensions est une solution économiquement avantageuse qui permet à) la fois la désinstitutionnalisation des patients chroniques, leur soutien dans leur environnement socio-communautaire, tout en sauvegardant et leurvie privée et leur liberté tout en prévenant le risque de clochardisation.

Dans un avenir prochain, ce type de programme devrait être généralisé dans l'ensemble de la ville ; il y aurait sinon une trop grande concentraton de malades mentaux sans abris dans certains quartiers, entraînant une surcharge des services et de ce fait une nouvelle marginalisation.

B) LES PROGRAMMES DE SUITE : équivalents à eux de case management.

Le programme de suite est destiné à assurer , dans l'intervention bio-psycho-sociale, la continuité des soins entre les divers dispositifs que peuvent utiliser les patients. Les professionels les plus impliqués dans le développement de ces programmes sont les infirmiers de secteur psychiatriques et les travailleurs sociaux. Ils travaillent en relation directe avec les psychiatres et les psychologues, responsables du projet thérapeutique de chaque patient. Le programme est la référence indispensable pour le patient et pour tous les services qui sont impliqués dansle traitement. Le but essentiel est d'assurer l'intégration des différentes interventions pour que l'une ne se superpose pas à l'autre. Cette. procédure permet une bonne connaissance du patient, de ses capacitéset de leurs limites.

C'est parfois grâce à ce programme que le patient établit les premiers contacts avec un professionnel ; est ainsi créée la possibilité d'interventions à venir, qu'elles soient immédiates ou différées,même de quelques mois. Cette relation initiale permet de prévenir la disparition du patient dans le réseau des services ; les activités du programme peuvent se poursuivre même si le patient refuse la consultation avec le psychiatre ou le psychologue. Le déroulement du programme

est différent pour chaque patient s'accomodant aux besoins et aux possibilités de chacun.

Le profil des patients inclus dans ce programme est celui de chroniques graves qui ont besoin d'un très fort soutien car ils risquent de se détériorer ou de se perdre dans les circuits d'assistance normaux. Nous considérons qu'il est indispensables que soient inclus dans le programme ceux qui habitent tout seuls.

Le soutien au patient est fait par un tutorat : les tuteurs sont des professionnels de santé mentale. L'indication thérapeutique est donnée par l'équipe de santé mentale ainsi que la détermination des autres services dont le patient aura besoin.

A partir de ce programme se réalise la coordination des dispositifs sélectionnées ainsi que l'éducation et l'information des patients et des familles , pour que soit bien connu ce qui va être fait au sein de l'équipe de santé mentale et que soient prévus les services qui seront nécessaires.Par la suite on devra être aussi souple que nécessaire pour la modification de l'un ou l'autre aspect du plan général ; il est d'ailleurs souvent nécessaire d'abaisser le niveau d'exigence initial.On doit travailler avec la famille comme avec le patient : il faut souvent aider la famille à faciliter la participation du patient à telle ou telle activité ; quand il n'y a pas de famille on tente de travailler avec les voisins si c'est nécessaire.Dès le début du programme on aborde aussi la relation avec les services sociaux, les bénévoles, etc...

En conclusionle programme de suite a montré son utilité dans l'optimisation de l'utilisation des différentes ressources et pour éviter que les patients se perdent et soient perdus dans les différents dispositifs d'aide.

ATELIER N° 4 : "Tolérance : une aptitude à redéfinir entre désirs et demandes"
animé par Jean-Pierre MARTIN

Jean-Pierre MARTIN est médecin-psychiatre, responsable du Centre d'Accueil et de Crise de secteur du 1er et 2e Arrondissement de Paris. Il ouvre l'Atelier en indiquant un certain nombre de pistes de réflexion.

...On aborde le problème avec une spécificité... qui est celle de la psychiatrie. Mais c'est en fait un débat entre le social et le médical.

- Tout n'est possible que par un travail de réseau.
- Nécessité de dépasser sa propre émotivité, ses propres compétences.
- Besoin de relations avec les travailleurs sociaux et les acteurs de terrain.
- Les personnes à la rue depuis plus de 6 mois ont des troubles de désinsertion qui touchent à tous les problèmes d'appartenance.

Le langage est altéré : ils ne trouvent plus les mots pour exprimer leur demande, sauf pour des choses très immédiates.

Besoin de préciser le titre de l'atelier : Désir de qui ? Demande de qui ?
S'agit-il bien de la demande des "usagers" et du désir des intervenants ?

- Quelle est la demande des gens à la rue ?
- En quoi consiste le travail dans la rue ?
- Prendre en compte la question de la **compassion**
- La forme proposée à la demande - quelle influence sur sa formulation ?
- Des systèmes qui entretiennent un état de fait
- Les exclus posent le problème... ?

Pour les personnes à la rue depuis longtemps : la demande ne correspond pas à la réalité de leur situation.

Leurs demandes sont tellement "hors du raisonnable" qu'on les croit souvent **psychotiques**, car on ne peut pas les entendre, on ne peut pas communiquer.

- Peut-être, ne peut-on répondre à des demandes que par des lieux différenciés?

Intervenant de Secours Catholique :

"Il existe en effet dans le milieu associatif des lieux qui permettent d'accueillir les personnes en crise et on constate une régression de leurs problèmes".

Geneviève parle de son expérience :

"Aux Compagnons de la Nuit, on ne répond à aucune demande précise ; on est là, c'est tout ! Les gens savent qu'on ne peut pas répondre justement à leurs problèmes et à partir de là, ils vont peut-être commencer leur propre chemin. Cela ne se fait pas avec des techniciens : on fait appel à Monsieur et Madame Tout le Monde pour faire ce chemin pour eux et avec les autres. Il faut favoriser la création de lieux **anti-ghettos.** Les demandes concrètes sont renvoyées vers les services compétents.

Un travailleur social de l'ASAS :

Participe à un groupe à la Maison d'Arrêt de Saint-Etienne qui fait un travail de préparation à la sortie de prison, qui est un passage difficile.

Un médecin psychiatre :

Lance la question de savoir si la marginalité de certains exclus n'était pas à prendre comme leur identité, la seule identité qu'ils aient acquise.

Psychiatre de Médecins du Monde :

"Ils sont marginaux peut-être mais ils expriment une demande puis qu'ils sont là: donc la réponse, c'est déjà **d'être là**, d'assurer une **permanence** ; car s'ils sont devenus marginaux, c'est qu'ils ont déjà connu pleins d'abondons.
Ce qui est difficile pour la rencontre, c'est bien **d'être là**. D'où le besoin d'avoir des horaires très souples : 7 H, 9 H du soir, la nuit... Etre là au jour le jour disponible à tout moment, à tout problème".

Jean-Pierre MARTIN :

"Il faut être prêt à ne pas fonctionner dans des rendez-vous, à attendre le moment où ça pourra venir. Il faut un très grand temps pour que ça puisse se dire".
Médecins du Monde :

"Les éducateurs demandent aux psychiatres d'être là, présents car cela contribue à faire tomber la violence".

Psychiatre belge :

"C'est un travail dans la durée celui avec les gens de la Rue ; il est à différencier de celui avec d'autres marginaux. C'est difficile pour les Institutions d'assurer cette présence constante".

Le débat revient sur la question de la Tolérance liée à celle du Logement de ces personnes marginalisées.

Jean-Pierre MARTIN :

... "Ceux qui viennent de l'extérieur, les étrangers... au sens large, ceux qui sont à la rue, ceux-là, particulièrement... on ne les accepte pas dans les quartiers, il faut trouver des solutions hors du quartier ; donc c'est vrai que c'est une question qui rejoint d'autres questions, enfin elles se rejoignent à un moment donné. Et d'ailleurs, quand on avance sur l'une, on avance sur l'autre aussi. Et quand on avance, qu'est-ce que cela veut dire ? C'est en général toujours lié au travail de **lien social** qu'on fait avec les autres intervenants médico-sociaux ; avec des questions très précises comme : "Faut-il rester dans nos institutions, dans nos murs pour aborder toutes ces questions là ?"... Aussi bien l'errance que la folie, d'ailleurs historiquement très liées au 19e siècle" ; elles soulèvent des peurs et des angoisses qui demeurent.

A cela, il faut ajouter les malades sans solution d'insertion, qui sont vraiment à la rue, après... il y a une double intolérance de la part de la rue, de la société et même de l'institution psychiatrique"...

Geneviève..., Compagnons de la Nuit :

"Je voudrais dire que du côté du logement, l'idéal du petit studio pour un individu,ce n'est vraiment pas la solution à mon avis parce que la solutide augmente l'angoisse.

Par contre, ce dont chacun a besoin, c'est de dormir dans un lieu où il est **en confiance,** où il est bien. Cela peut être avec une, deux ou trois autres personnes, mais avec quelqu'un.
L'expérience des Compagnons de la Nuit, c'est que les gens viennent... et puis finalement ils s'assoupissent, ils dorment...

Et s'ils arrivent à dormir comme çà devant toute le monde... (parce qu'il y en a qui dorment, qui ronflent et qui parlent..., ça nous a beaucoup étonné et intéressé), s'ils y arrivent, c'est qu'ils ont trouvé là une certaine **confiance,** un lieu de **sécurité.**.. parce que dans la rue, ils se font piquer leurs affaires, ils ont peur.

Je crois qu'un des problèmes du logement, c'est de trouver un lieu où on se sent en confiance avec soi-même et avec quelques autres.

Dans les hôpitaux psychiatriques et dans les centres d'hébergement, on ne se sent pas en confiance... parce qu'il y a les autres qui sont une menace à soi-même et l'on comprend... même nous aller à l'hôpital, ce n'est pas évident !

J'aurai envie de parler **de nouveaux lieux de vie..**. il faut inventer de nouveaux lieux de vie où il y aurait des gens qui seraient des spécialistes mais aussi des gens suffisamment solides pour entourer, encadrer, mettre en confiance ceux qui le sont moins ou qui n'ont pas eu la chance d'avoir cette confiance quand ils étaient enfants. Car c'est bien souvent cela qui a manqué. Il faut inventer de nouvelles structures de **tailles familiales** beaucoup plus souples que les centres d'hébergement car les centres, on en part à 5 heures du matin, il faut y être à je ne sais plus quelle heure le soir... c'est vraiment l'horreur !"

Réaction d'un participant :

"Ils ne sont pas adaptés... mais il faut quand même distinguer les grands centres d'hébergement avec quelques autres centres d'hébergement qui ont été ou se sont créés parmi les associations notamment, à l'occasion des mesures d'urgence d'Hiver.

Médecin du Monde :

Il expose un cas difficile sur une longue durée ; il s'agissait d'un jeune d'environ 25 ans, suivi par un éducatrice :

"Pendant plus d'un an, on a pu maintenir à la fois deux liens : un avec moi, au dispensaire où il savait qu'il pourrait me trouver très facilement, et puis avec cette éducatrice. Et la permanence de ces deux liens, (enfin je l'interprète comme cela), a permis qu'un jour, on puisse déboucher sur la solution d'un appartement. C'est ainsi qu'on lui avait trouvé un studio dans un HLM. Et il y a eu des problèmes de nuisance avec les voisins... or c'était un moyen pour lui de faire échouer les choses... mais on a maintenu le cap quand même, on a maintenu le lien très fort pendant un an, et maintenant il s'est produit un petit évènement qui a fait qu'il a pris possession des lieux.

Je crois encore une fois que c'est lié... je crois qu'il faut deux endroits suffisamment bons et puis ensuite, il peut trouver du plaisir à s'installer. Car sinon, effectivement la plus grande tentation est de mettre les choses en échec pour eux... mas s'il y a deux espaces comme cela où ils peuvent venir pour parler très facilement, parce qu'il me le disait - et je croyais bien que cela allait échouer - : "je préfère être dans la rue avec mes copains à picoler, plutôt que d'être seul" *; je veux dire que cela le faisait échapper à des liens de parler, mais maintenant ça y est, cela tient ! c'est une solution... ; mais pendant un an, il a failli la mettre en échec et retourner à la Rue. Donc, c'était vrai que la tentation était grande de renoncer".*

Autre témoignage :

Un homme de 30-45 ans, psychotique, avait demandé un logement HLM mais çà n'était pas réaliste. Finalement, c'est la solution de l'hôtel grâce au gérant, une personnalité très tolérante, qui a été trouvé et il y a eu une bonne entente... c'est le **lien** qui a tout fait.

Jean-Pierre Martin :

"Je crois que ce qui fonctionne le plus, c'est le lien, le sentiment qu'ils font Un avec le soignant ou avec la personne en qui ils ont confiance, indépendamment du lieu où ils se trouvent.

Un des problèmes que l'on a à gérer avec les gens qui sont hors-circuit, qui ne sont pas à l'hôpital psychiatrique mais qui présentent des problèmes manifestement psychiatriques avec les associations ou les travailleurs sociaux qui les voient sur le terrain, c'est de les convaincre d'aller consulter. En général, ça ne marche jamais... pour des tas de raisons, dont une est la méfiance qu'il y a de l'Asile.

Et nous, ce que l'on observe, c'est que tous les gens qui sont amenés, nous "sont amenés": ils ne viennent pas d'eux mêmes. Il faut que les personnes travaillant à l'association les **portent** jusqu'à nous. Ce lien là est le **premier lien de confiance** et c'est à travers ce lien là qu'on peut commencer à travailler.

D'ailleurs la première fois, il arrive qu'on ne parle réellement, qu'à la personne qui a amené l'autre... on attend que la personne qui est à la rue parle, mais des fois, cela peut mettre une demi-heure avant qu'elle ne dise un mot mais on parle d'elle... elle est là. C'est tout un travail qui se fait à travers cette notion du lien...
C'est pour cela que je ne suis pas sûr que la solution soit de multiplier les petites structures spécifiques.

Par contre, ce dont on se rend compte, c'est que lorsque des patients sont dans un **appartement associatif,** dans un immeuble, c'est bien le travail dans le temps, le travail de lien, y compris avec le voisinage d'ailleurs qui est primordial. Dès qu'il y a un problème : il faut aller voir le gardien, les voisins. Cela passe aussi par la création de lieux où il puisse y avoir des rencontres.
Par exemple, lorsque nous avons commencé à faire les premiers appartements associatifs à Paris, on a créé dans la foulée, systématiquement, un **Club**, avec une **Cafétéria.**.. cela s'est vraiment fait dans la foulée.

Et ce n'est pas seulement vrai pour l'Hôpital Psychiatrique : on a vu lors de la préparation du colloque en allant dîner au Ramass miett, un petit restaurant associatif du XXe arrondissement à Paris, que le lieu s'était complètement construit à travers la

rénovation du quartier et la nécessité de trouver des solutions pour des gens qui bien souvent étaient à la rue.

C'est donc bien dans cette articulation que les choses se placent : le logement individuel fait partie des représentations et formes de vie normales de la population".

Association de la Croix Marine :

Au niveau des associations de la Croix Marine, ce ne sont pas les mêmes problèmes qui se posent. Elle se trouve impressionnée par ce qu'elle entend et souhaite parler d'un petit foyer de taille humaine de 17 places qu'elle connait bien et revenir sur ce qui s'est dit avant, sur le **temps** et aussi les **lieux** qu'elle trouve importants.Le Lieu est important et on se conduit un peu selon son attente:
"Les personnes qui viennent là sont envoyées quelquefois par le secteur, ou emmenées par la main, et c'est vrai qu'elles sont incapables de formuler une demande, d'exprimer un désir. Quand les gens arrivent dans ce Foyer, ils n'ont pas de toit, ils n'ont pas d'argent...rien, et c'est là que le temps prends toute son importance. Et si on ne prend pas le temps , j'allais dire ...de prendre son temps, il ne se passe rien ! il ne se dit rien! Aucune demande ne survient. Et puis si on attends un peu la vraie demande arrive.

Dans ce Foyer, les admissions-pour employer un terme technique- se font par une Hôtelière, pas par un Médecin et les critères d'entrée sont assez larges. C'est seulement: "je n'ai pas d'argent, je n'ai pas de toit, je ne suis pas assez mur pour aller dans la vie extérieure, alors je demande à venir dans ce Foyer.
Et alors là, le temps, ça compte! On disait tout à l'heure qu'il fallait étre à l'écoute des gens et ne pas forcément leur donner une scansion, c'est-à-dire mettre des rendez vous de telle heure à telle heure...Eh bien nous, nous avons cru cela pendant longtemps, et puis on s'est aperçu que c'était dans notre tête, que le temps chez les psychotiques, il existe...à condition de les aider à le retrouver.
Alors nous avons mis en place plutôt un système de rendez vous:les soignants, médecins, psychologues, infirmiers, voient le malade lorsqu'il a accepté, lorsqu'il sait pourquoi il est là.
Il accepte de prendre des rendez vous et à part quelques exceptions ils les respectent, ils sont présents ! Et cela nous a bien étonnés. Ca veut dire qu'avec les gens qui ont un problème avec le temps, eh bien il faut les aider à retrouver ce temps et à mettre en

place des repères .Et ils rentrent dans des vies de réalités, ils n'ont plus d'exclusion par rapport au temps: ils sont présents.
On a donc réintroduit là une notion de durée avec des heures précises et finalement à notre grande surprise elles sont respectées.Je suis donc là dessus un peu en contrepoint avec ce qui s'est dit précédemment.
Il y a aussi le fait que c'est un lieu qui n'est pas marqué par la psychiatrie.On disait tout à l'heure que le voisinage était important, c'est vrai. Il y a quelques années nous avons fait une petite enquête dans le quartier auprès de notre voisinage: dans le 8eme arrondissement à Paris, quartier bien pensant, bien bourgeois, avec des Hôtels particuliers, pas du tout marqués...on s'est demandé quel était l'impact d'une maison comme la nôtre qui est une institution psychiatrique.Eh bien on s'est aperçu que certains ne nous connaissaient pas , donc que nous n'avions pas marqué notre quartier. D'autres au contraire, nous connaissaient très bien et acceptaient l'intégration des malades car dès qu'il y avait un problème dans le quartier- et il y en a eu ! Que ce soit au café, au tabac, à la pharmacie...- l'équipe se déplaçait et allait revoir le problème avec les gens du quartier.
Pour revenir à la tolérance, je pense que si on a pu faire accepter ces notions de temps, c'est que, par ailleurs il existe une grande liberté et une grande souplesse dans les horaires.

Le Médecin de MDM associe la tolérance à la disponibilité et revient sur l'exemple de ce même jeune pour montrer comment une certaine disponibilité permet de lutter contre la capacité à mettre en échec :
"Un de ses problèmes était l'alcool et il lui arrivait souvent d'étre ivre à l'heure des rendez-vous.Vous connaissez là dessus la position de nombreux médecins...eh bien j'avais pris le parti de le recevoir systématiquement, qu'il ait bu ou pas, et même s'il était ivre.Dans ce cas, je le faisait entrer dans le bureau, je constatais cet état de fait et nous en restions là. S'il était un petit peu ivre seulement, l'entretien durait un petit peu plus, mais je le recevais toujours. Je me disais en effet que le jour ou il aurait envie d'arréter la relation, il n'aurait qu'à se présenter toujours ivre, et je ne voulais pas que cela lui serve de prétexte."

A la question posée par la dame de Croix Marine sur les heures et les lieux de ces rendez-vous,il répond que depuis un certain temps (qui a correspondu à son éloignement du terrain) ils ne se sont pas revus au dispensaire, mais autour d'un banc public du quartier sur lequel il lui arrive de se reposer. A chaque fois qu'il ne l'avait pas rencontré au centre, comme par hasard il s'est retrouvé là.

Jean Pierre Martin souligne bien que ce qui permet là encore , de construire le rendez-vous est le lien avec la personne et l'histoire relationnelle qu'il peut y avoir avec quelqu'un..Un dispensaire ou un centre de soins qui fonctionne avec un système de rendez-vous revient à proposer quelque chose à quelqu'un qui n'en est pas là, qui est tout à fait ailleurs.Parce que notament, l'histoire de ces gens (sans parler des grandes histoires psychiatriques) est celle d'une activité permanente, toujours à la recherche de quelque chose de vital, un lieu pour dormir, un repas, un ticket de métro, il y a des tas d'échanges, de rencontres, les itinéraires peuvent changer d'un jour à l'autre...certains trouvent des petits boulots...Pour tout cela c'est bien à partir du moment ou arrive à se créer le lien que le rendez vous peut se donner.

Retour sur la question restée posée, de savoir s'il faut se contenter d'attendre dans les institutions le patient au nom de **la demande** en laissant les autres, ceux des associations ou ceux du travail social se débrouiller avec les gens qui déraillent...L'infirmière de MDM précise la situation des institutions aujourd'hui et doute de leur capacité à aller dans la rue: *"en tout cas pour le moment, elles* attendent!"

L'équipe de J.P.Martin est de plus en plus sollicitée par l'association "**Aux captifs la libération**" -avec qui ils collaborent déjà. Ils leur demandent de venir dans la rue avec eux. Leur position en tant qu'équipe est qu'ils ne peuvent pas faire du **racolage psychiatrique** dans la rue, surtout dans ce quartier là de Paris (les Halles). Par contre ils sont prêts à discuter - ils ont déjà commencé à le faire - d'une permanence tenue dans les lieux de la structure sociale pour y écouter les gens lors d'un premier contact. Mais il n'est pas question de créer là un lieu de soins. Ces réflexions pourraient faire l'objet de propositions concrètes.
L'intervenante de MDM indique que c'est déjà comme cela que ça se pratique dans leur centre de l'Avenue Parmentier à Paris: "C'est un lieu d'accueil , ou il y a tout: centres de soins, dispensaires ,toutes sortes de médecins de consultants, sont là; depuis peu il y a aussi un psychiatre qui attend et qui ne fait pas que des consultations, quand il a du temps libre il est là.
Ce sont les gens à l'accueil ou nous les infirmières ou encore les généralistes qui lorsqu'ils voient un patient qui a besoin d'un psychiatre disent-ils a besoin d'un psychiatre ou alors mais c'est très rare la personne arrive et dit: je veux voir un psychiatre !"

Le plus souvent; ce qui est très sympa, c'est que les psychiatres lorsqu'ils ne sont dans une consultation bien précise, sont là, parmi nous, dans la salle d'attente : ils écoutent, ils participent, je n'ai pas dit qu'ils attendent sans qu'on les voit... au contraire, justement, et c'est bien cela qui est formidable !

Et comme les gens sont souvent des habitués qui viennent là depuis plusieurs mois ou plusieurs années pour rien, ou simplement pour boire un caré, ou pour dormir, même par terre, il y a des patients qui ont vu un psychiatre au bout de... enfin quand le lien s'est tissé.

Mme BERTRAND, Médecin-psychiatre :

"Il y a une chose qui est tout à fait fondamentale, c'est qu'ils sont toujours amenés, mais sur la population des jeunes que j'ai pu voir, soit ils ont déjà connu la psychiatrie, mais dans des conditions dramatiques souvent après un passage à. l'acte et ils ont été emmenés et internés et ça ils ne le supportent pas... et comme n'importe quel profane ils ont des idées sur la psychiatrie.

Alors lorsque c'est un éducateur qui les amène, on ne sait plus qui demande quoi... donc l'intérêt qu'il y a à être présents sur ce lieu où on joue aux cartes, on prend un café, **c'est qu'on a un visage,** ils savent qui on est, ils savent qu'ils pourront nous trouver là ; il y a la permanence. Ils savent très bien que s'ils viennent nous embêter, on pourra rendre des comptes sur ce qui s'est passé ; il y a la permanence si ça ne se passe pas bien, je peux aller te dire des choses ailleurs... mais si je veux, je peux te retrouver là : il y a cette confiance qui s'installe sur le lieu... mais cela nécessite un engagement de notre part. Il faut quitter les lieux... mais si l'aide soignant a une certaine image de lui-même et qu'il ne peut travailler qu'avec tous les accessoires ? Il faut aller sur le terrain, savoir travailler d'une certaine façon, parler une certaine langue. Je dis toujours que lorsque tu t'interroges sur l'accueil, eh bien l'accueil mais il faut aussi savoir être accueillis. Lorsqu'on va sur le terrain, qu'on entre chez une personne et qu'elle vous offre une tasse de café, même si elle est répugnante, il faut l'accepter ! C'est ça l'enjeu et la difficulté, de quitter son territoire pour aller sur le territoire de l'Autre avec tout ce qui s'y passe et pour aller vers ces gens, c'est incontournable !

LA MISSION FRANCE DE MEDECINS DU MONDE

Frédérique DROGOUL

A été créé en 1986 pour accueillir et soigner ceux qui n'avaient pas accès aux soins.

Dans un pays qui passer pour être l'un des meilleurs du monde, tant par la qualité de sa médecine que de son système de protection sociale en matière de santé, ils étaient nombreux.

L'idée étant d'interpeller les pouvoirs publics sur la base de témoignages concrets et de faire lever les obstacles.

Certes des mesures ont été prises (RMI, aide médicale et CO précarité).

Mais pourtant, loin de pouvoir fermer ses portes, la Mission France ne cesse de voir augmenter son activité.

Presque 10 ans après, c'est une trentaine de centres qui fonctionnent dans toute la France, grâce à 1500 bénévoles: médecins, infirmières, pharmaciens, équipes d'accueil.

Le centre de Paris, avenue Parmentier, rassemble dans le même immeuble:
- la mission de consultations médicale
- une mission sida-toxicomanie avec une activité de dépistage anonyme et gratuit (la 1ère en France et d'échange de services avec un bus mobile qui va à la rencontre des toxicomanes les plus marginalisés).
- Une mission méthadone de 50 places qui a ouvert en juin.
- Une mission d'accueil du soir des SDF, qui tente, avec difficulté, de solutionner en urgence le problème des hébergements.

La consultation médicale est ouverte 8 demi-journées par semaine:
Elle offre:
- un accueil social qui vise à évaluer les possibilités d'accès aux soins.
- des consultations de médecine générale et de spécialistes (dont soins dentaire,

ophtalmologie et psychiatrie).
- Une délivrance gratuite de médicaments.
- L'accès à des examens complémentaires eux aussi gratuits.

En 1994 : 13.571 consultations médicales ont été données.

La consultation psychiatrique

Les psychiatres, tous bénévoles, sont maintenant présents tous les jours. Chacun d'entre nous vient un jour fixe dans la semaine, ce qui permet de proposer un suivi.
- En 94, nous avons assuré plus de 1000 consultations.
C'est avant tout un travail d'accueil et d'écoute, visant à une orientation.
Mais cette orientation, pourtant théoriquement facile vers les dispensaires de secteur, pose des problèmes. J'y reviendrai.

Pendant un an, sur 93 et 94, nous avons mené une enquête d'évaluation de notre travail portant sur 400 dossiers de nouveaux consultants en psychiatrie.

Quelques chiffres

- C'est une population jeune 71% moins de 40 ans près de 10% moins de 25 ans.
- masculine (78%) d'hommes à majorité française (60%) (proportion inversée pour les consultations de médecine générale.
- plutôt de bon niveau socio-culturel: 24% bac ou études supérieures
- en situation de grande précarité: 74% sans emploi avec des revenus nuls ou inf. à 2000 F/mois (55% : mendicité).
- 21% sont SDF
  31% sont en foyer d'hébergement. Et beaucoup ont un hébergement précaire en hôtel/squatt ou chez des amis .

La consultation psychiatrique

La majorité des patients nous sont adressés par les médecins généralistes, mais 37% font une demande spontanée de consultation psychiatrique.

C'est un point important, car le refus de nous rencontrer est très rare, ce qui va à l'encontre des idées habituelles sur les réticences à l'égard de la psychiatrie.

Mais il est vrai que nous recevons les gens en général le soir même, et sans rendez-vous et dans le même lieu.

40% des gens reçus ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie.
Mais seulement 7% sont encore suivis régulièrement par un secteur psychiatrique.

Les pathologies rencontrées

Un premier chiffre:
- 42% des patients sont des utilisateurs réguliers de drogues, alcool compris (24%)
- Sans s'étendre, signalons le problème posé par les toxicomanes qui sont en fait des polytoxicomanes et de la grande vigilance qui s'impose.

Pouvoir assurer un accueil et un accès aux soins médicaux, favoriser une orientation dans les structures spécialisées, tout en refusant une distribution de psychotropes pour laquelle nous sommes sollicités.

Les étrangers (40%) sont pour la moitié d'entre eux en situation de clandestinité. Nous recevons principalement des gens originaires du Maghreb et d'Afrique Noire.

On n'a pas le temps de rentrer ici dans le détail, seulement d'insister sur l'impasse d'existence dramatique dans laquelle se retrouvent beaucoup d'entre eux.

Les patients présentant des troubles névrotiques et dépressifs représentent 43%.
Pour beaucoup d'entre eux il est manifeste que c'est avant tout leur situation d'exclusion sociale qui détermine la souffrance psychique.
Cela ne veut pas dire pour autant qu'elle n'a pas à être entendue, et prise en compte: les réactions de désespoir amplifient en effet la dégringolade sociale.

Les patients psychotiques représentent 30% de nos consultants.

Ce qui est notable c'est que plus de 70% d'entre eux ont été hospitalisés en psychiatrie et qu'une minorité d'entre eux (moins de 5%) ont encore des liens récents avec un secteur.

En général, nous essayons de mettre en place les possibilités d'un accueil sur le secteur psychiatrique vers lequel ils acceptent de retourner.

Mais cela n'est pas toujours facile. Certains le refusent, d'autres sont refusés par les équipes qui considèrent qu'elles n'ont plus de responsabilité à l'égard de patients SDF.

Le problème des malades mentaux à la rue ne peut pas se réduire à la question des errances pathologiques qui ont existé de tous temps, et auxquelles on a d'ailleurs longtemps répondu par l'enfermement.

Il y a aussi des échecs dans la relation de soins qui conduisent à des impasses, des patients qui sont suspectés de ne rechercher dans le lieu de soins qu'une solution à leur problème d'hébergement quand bien-même ce sont leurs troubles psychiatriques qui les ont conduits dans la rue.

Beaucoup semblent avoir glissé progressivement, au fur et à mesure que se déorganisaient pour diverses raisons, les possibilités de se situer quelque part (famille, réseau relationnel, lieux de soins) la précarité sociale du milieu familial et la disparition des parents constituent bien souvent un facteur de désocialisation grave.

Certains en arrivent à ne plus rien demander et s'organisent dans une existence solitaire, non pas d'errance, mais de survie.

Venir consulter à Médecins du Monde suppose une capacité encore maintenue de formuler une demande, même étrange.

Mais lorsque nous tournons le soir dans les rues et le métro avec la mission SDF, nous sommes frappés par le nombre de gens présentant des troubles d'allure psychotique.

L'hospitalisation en psychiatrie n'est sans doute pas une solution adaptée, surtout si elle est imposée. Mais la réduction massive des lits d'hospitalisation qui est en cours, sans que se développent parallèlement des structures d'hébergement dans lesquelles les psychiatres doivent trouver une place fait craindre sans paraître démesurément alarmiste, que de nombreux malades psychotiques ne basculent dans une situation de rupture de soins et d'exclusion grave.

Il faut préserver l'idée d'un recours, et réfléchir aux limites du dispositif de soins actuel.

On ne peut plus se retrancher derrière l'idée que "la psychiatrie n'a pas à gérer ce qui relève du social" au risque d'abandonner dans l'entre deux nombre de patients. Je voudrais donc pour terminer faire quelques remarques rapides sur le problème des sans abri.

C'est une population très hétérogène, mais en situation de grande fragilité.

Quelles que soient l'existence et l'intensité des troubles psychopathologiques pré-existants, l'arrivée dans la rue, et surtout un séjour qui se prolonge entraînent des difficultés majeures qui rendent peu à peu l'exclusion irrémédiable.

Les recours sociaux restent heureusement nombreux. Mais ils supposent l'adhésion à un projet de réinsertion.

Certains se laissent en quelque sorte porter, pour ne pas sombrer, dans des projets qu'on leur propose. Et puis lâchent. Souvent lorsque le projet aboutit on mesure alors à quel point leur adhésion était fragile, à quel point ils s'étaient surtout identifiés à cette images d'eux-mêmes qui leur était renvoyée et avaient collé au projet sans l'intérioriser.

Ces ruptures précipitent souvent l'arrivée dans la rue car elles s'accompagnent d'un rejet.
Il faut aussi s'interroger sur l'enfermement dans l'absurde qui consiste à associer une possibilité d'hébergement décent et stable à une recherche de travail dans un pays qui compte plus de 3 millions de chômeurs.

Et quand bien même, ce qui est purement illusoire à moyen terme, l'accès au travail serait possible, un certain nombre des SDF, surtout ceux qui sont restés longtemps dans la rue n'en sont pas là.

Une réponse purement sociale n'est plus adaptée et les travailleurs sociaux qui font un travail remarquable sont isolés et dépassés par les problèmes posés par une partie de cette population.

Dans la rue, tout s'organise dans la survie, et dans des conditions très difficiles.

Certains semblent perdre très vite les repères du temps, de l'espace, de la sociabilité. Pour d'autres, c'est une sorte de "réaménagement existentiel" qui permet de tenir.

Une forme de reconstruction qui passe par une appropriation de l'espace (beaucoup de SDF sont ainsi sédentarisés dans un lieu précis de la ville) des relations avec les autres SDF et l'utilisation des circuits d'aide (nourriture, vestiaires, etc). Mais si la survie mobilise ce qu'il reste d'énergie (bien entamée peu le manque chronique de sommeil, l'alimentation déséquilibrée et le recours très fréquent à l'alcool). C'est aussi une logique d'enfermement. Dans l'immédiateté, dans l'agir, dans une fuite en avant qui protège contre l'angoisse: surtout, ne pas penser. Ce sont ces conditions qui font aussi que l'orientation sur un secteur d'un SDF en difficulté psychique tient de la rencontre impossible.

Ne faut-il pas trouver d'autres modalités de fonctionnement en direction de cette population?

Et donc pour conclure, je voudrais témoigner de l'urgence qu'il y a à repenser la notion d'Asile, au sens noble du terme, au sens de refuge.

Cette forme d'accueil suppose que l'on tienne surtout compte d'où viennent les sans abri, en offrant un répit, la possibilité de se poser quelque part.

Des lieux qui n'inscrivent pas le projet d'insertion dans les conditions d'admission mais le laissent émerger, en l'accompagnant dans sa fragilité, dans sa singularité.

La mesure de la pathologie psychique, des troubles de la personnalité consécutifs ou majorés par la vie dans la rue n'est possible qu'après un temps d'observation qui est celui de la rencontre avec une équipe dans laquelle les médecins et les psychiatres doivent trouver une place.

En offrant un espace de parole, un temps singulier qui aide à une reconstruction. Lorsque l'on organise l'accompagnement psychothérapique de ces patients, on

travaille en effet surtout sur ce qui se joue là, dans les relations qui s'établissent avec l'équipe de l'accueillants.

Ce qui importe c'est que les différents intervenant, chacun avec sa spécificité, puissent travailler ensemble, en tenant compte de cette dimension psychique sous jacente et incontournable qui accompagne toute situation de détresse sociale.

Tenir compte ne signifie pas psychiatriser mais suppose au moins que l'on se donne les moyens, individuels et collectifs de réfléchir à ce qui se joue dans les relations d'échange avec ceux que l'on accueille. Tenir compte c'est aussi accepter et même prévoir les ruptures, les "mises en échec", les difficultés.

"On a fait tout ce qu'on a pu" doit ouvrir sur la possibilité de refaire, à un autre moment, sans doute autrement, avec d'autres relais.

C'est sans doute là aussi que se situe toute l'importance du travail en réseau.

ACCUEILS ET SOINS PSYCHIATRIQUES EN URGENCE DES SDF PAR LES SECTEURS

Dr. Alain MERCUEL
Centre Hospitalier Sainte-Anne, Paris

1 - CONSTAT de la SITUATION CLINIQUE

La psychiatrie publique française possède un atout formidable dans l'outil de soins que représente le Secteur. Il répond aux missions de prévention, de soins et de réinsertion des malades mentaux avec une qualité que nous envient de nombreux pays.

Néanmoins il demeure quelques zones d'ombres en ce qui concerne certaines catégories de patients : alcooliques, toxicomanes, adolescents, personnes âgées et plus généralement les exclus trouvent une réponse thérapeutique hétérogène selon leur lieu de vie, les avancées de tels secteurs, les propositions originales de tels autres.

Quels que soient les partenaires des secteurs de psychiatrie, il ressort que parmi les SDF rencontrés, nombre d'entre eux présentent un trouble "psy". Ancien (révélé, aggravé) ou récent (déclenché, indépendant), ce trouble psychiatrique ne semble pas correspondre à une morbidité supérieure : en un mot "les SDF ne sont pas plus malades que la population générale".

Cependant il apparaît qu'ils accèdent moins facilement aux soins et que de ce fait là ils soient moins bien soignés. A cela s'ajoute une difficulté à consulter de façon régulière, à s'inscrire dans la continuité d'une aide médico-psychologique. L'ancrage est impossible et donc le repérage de moments ou de mouvements psychologiques ou psychiatriques à risque s'avère périlleux et surtout lié au hasard des rencontres.

2 - LES PROPOSITIONS DE SOINS

Elles varient d'un extrême à l'autre entre les différents secteurs :

- en dehors des murs "ceci ne nous regarde pas",
- nous accueillons tous les SDF .

Ceci pose donc un problème de répartition d'une charge de travail non négligeable, notamment en région parisienne.

Le CPOA (Consultation Psychiatrique d'Orientation et d'Accueil), depuis 1967, propose, 24h / 24, des consultations psychiatriques en urgence, gratuites, à l'issue desquelles une orientation est envisagée en fonction de chaque situation. En ce qui concerne les démunis, et plus généralement les SDF, la décision d'orientation fut longtemps centrée sur une hospitalisation par excès afin de leur permettre d'entrer dans une file active d'un secteur et d'y recevoir des soins de façon la plus continue - ou la moins discontinue - possible. Cependant une certaine forme de rejet en urgence s'est installée de façon insidieuse, facteur alors de chronicisation.

Aussi, pour mieux accueillir encore, plusieurs Secteurs ont accepté de recevoir des SDF d'emblée et sans délai en milieu extra-hospitalier. Il ne devient plus nécessaire alors d'être hospitalisé sur un Secteur pour pouvoir prétendre au suivi par celui-ci. L'accueil médico-psycho-social s'organise alors sur le Centre Médico-Psychologique ou le Centre de Crise, même en urgence.

Dès le signalement, du CPOA le plus souvent mais aussi des hopitaux généraux implantés sur le secteur, l'accueil est envisagé sans délai.

Un accueil infirmier puis un entretien médical s'effectue après étude du réseau du patient (famille, amis, associations, foyers, AS,...).

Les objectifs de cet accueil sont simples :

1 - confirmer ou infirmer l'indication d'hospitalisation en fonction de la clinique et seulement la clinique. Bannir : "il fait froid" mais...

2 - proposer une solution alternative à l'hospitalisation, comme il le serait proposé à tout patient déjà suivi sur le secteur

3 - Distinguer l'aspect médical, psychique et / ou psychiatrique, social.
La difficulté majeure dans cette rencontre en situation d'urgence est de percevoir exactement sa propre fonction. Un projet de soins médicaux, psychiatriques, ou d'aides sociales est alors élaboré.

4 - Donner information de l'évaluation au correspondant afin d'éviter un

retour dans le circuit de l'urgence et limiter ainsi les réitérations de demande d'hospitalisation qui ont tendances à masquer le travail de crise.

La formulation d'une demande d'hospitalisation apparaît pour certains exclus comme le seul mode d'entrée en relation de soins. Ceci peut se comprendre en ce qui les concerne, mais parfois des partenaires sur les lieux de vie ou de passage forcent l'hospitalisation dans un objectif non purement médical.

Ainsi dans un troisième temps le travail en réseau est devenu une évidence.

3 - UNE LOGIQUE DE SOINS ADAPTÉE AU RÉSEAU

Plaque tournante de l'activité de secteur, le Centre Médico-Psychologique doit initier ce rapprochement par la rencontre avec les partenaires sociaux et médicaux du secteur : foyers, lieux d'hébergement, centres d'accueils, associations, ¼ tout lieu où un démuni peut être repéré comme souffrant psychologiquement afin de nous porter à lui dès le signalement et d'évaluer la meilleure prise en charge possible qu'elle soit intra ou extra hospitalière. Fait paradoxal : ce partenariat apparaît pénible et laborieux avec les hopitaux généraux.

Cela nécessite

1 - d'établir une **liste** exhaustive de tous les services sur le site (avec ou sans hébergement) qui rencontrent des sans-abri, SDF,

2 - de mettre en place des **rencontres-échanges** entre ces services et le secteur concerné afin d'adapter une réponse à la demande locale, même si parfois celle-ci s'étend aux extrêmes.

3 - d'établir des **conventions** entre Secteur et ces institutions dans le respect de la loi hospitalière.

4 - L'AVENIR PROCHE

Devrait voir de telles initiatives se multiplier tant en nombre qu'en diversité. Parallèlement des avancées s'opèrent à tous les niveaux concernés par le Secteur.

• **Au niveau du service**

Évaluation des personnes SDF suivies sur le secteur, de façon plus fine que la simple fille active. L'aspect de prévention peut se développer par l'anticipation de situation évoluant vers la précarité chez des patients déjà suivis : fin de droit, non renouvellement de procédure, expulsion, etc. ¼ Rappelons que les prestations sociales diminuent fortement lors des séjours prolongés à l'hopital mais également lors de prise en charge en foyer de post-cure.

• des **Établissements** de santé, dans lesquels des groupes interservices se mettent en place, souvent stimulés par le réseau associatif ou humanitaire. par ailleurs les établissements sont en rapport direct avec les autorités de tutelle et les groupes qui en émanent.

• du **Département,** par la mise en place de commission départementale, supervise et contrôle les actions menées dans le domaine "SDF - exclusion - démunis"

• de la **Région** qui en principe devrait donner une cohérence d'action entre les commissions départementales

• des autres **Capitales** et **Mégapoles** dont la présence des représentants de ces villes aux colloques de Rome, Bruxelles, Paris, et bientôt Madrid témoigne de ce projet de recherche européen.

5 - LES LIMITES

Bien des reproches sont adressés aux secteurs en ce qui concerne les prise en charge des exclus. Ce travail nécessite :

- une disponibilité que les secteurs n'ont pas (ne peuvent, ne veulent avoir) - une certaine souplesse du cadre d'accueil
- une certaine souplesse du suivi
- une répartition des prises en charges sur les divers secteurs
- une mise en place, souvent difficile, d'un réseau de partenaires

Tout cela demande surtout du temps médico-psycho-social. Or ce temps nous manque. Mais nous entrons dans des considérations d'obtention de moyens qui sortent du cadre de l'exposé de ces expériences d'accueil en urgence des SDF.

POURQUOI LE DELEGATION DE PARIS DU SECOURS CATHOLIQUE A-T-ELLE DESIRE S'ASSOCIER A CES TRAVAUX CONCERNANT LA MALADIE MENTALE ?

Hector CARDOSO

Créé en 1916 pour s'occuper des prisonniers de retour des camps, le Secours Catholique a peu a peu étendu son action à l'accompagnement des personnes subissant de diverses formes de pauvreté, en lien avec des organismes plus spécialisés. Service d'Eglise, il est chargé par les Evêques de faire rayonner la charité chrétienne, et d'apporter aide et secours à toute personne en difficulté, en respectant ses convictions et son vécu. Appuyé en France sur un réseau de 800 salariés et 70.000 bénévoles et à Paris sur le travail conjoint de 40 salariés et 1.700 bénévoles, il tente d'aller à la rencontre des plus pauvres, dans leur diversité.

La Délégation de Paris du Secours Catholique ne dispense pas directement des soins aux malades mentaux à la rue et ne peut assumer leur hébergement. Cependant dans ses divers lieux d'accueils, bénévoles et salariés sont au contact de la souffrance de ces personnes et rencontrent des difficultés pour leur accueil et leur orientation.

Le Centre de la Rue Ballu a accueilli en 1994 près de 7.000 personnes sans domicile fixe, à la de l'insertion. Lieu d'écoute et d'orientation, ses animateurs tentent de soutenir les accueillis dans leur démarche progressive d'insertion. Celle-ci concerne notamment la recherche d'hébergement soit par l'orientation en CHRS, dont certains sont gérés par une association attchée au Secours Catholique, soit par la prise en charge de notes d'hôtel, en attendant que la personne puisse payer celle-ci. Des aides à la recherche d'emploi, par le biais d'un service spécifique de la Délégation, des aides au transport pour se rendre sur les lieux de travail, ainsi que des aides alimentaires lorsque cela s'impose complètent la palette de services offerts.

Sept accueils de jour complètent ce dispositif. Lieu de type familial pour 12 à 15 personnes maximum, ils s'inscrivent dans le cadre plus global de l'action de nombreux partenaires publics et assoaciatifs. Des personnes y sont adressées afin d'y passer la journée de 10 à 17 heures ou en soirée. Elles y trouvent aussi douche, machine à laver, sèche linge. Le repas est préparé en commun et partagé. Par le biais de la cuisine, de la mise du couvert, de la vaisselle, de la salle à balayer, les accueillis retrouvent des

gestes de la vie quotidienne. Des relations se nouent et , peu à peu, les personnes se "restaurent". Elles trouvent là un appui amical, nécessaire à la resocialisation.

Mais avant de tenter d'engager un processus d'insertion, nous sommes contraints, dans nos rencontres quotidiennes avec les gens de la rue, de répondre à des besoins primaires "se laver, se nourrir, se vêtir". Dans le souci de s'adapter à la diversité des accueillis, qui se traduit notamment par des prises de contacts différents avec les accueillants potentiels, la Vérité ??? est le point de départ de la mise en oeuvre d'une autre méthode. Elle commence par aide ponctuelle, vestiaires, douches, machines à laver, complémentaire d'une écoute approfondie et d'échanges, contribuant à resocialiser ceux qui viennent (trois à quatre cents personnes par semaine). 4.000 personnes ont été reçues en 93 dans ce cadre convivial, autour d'un café. Elles peuvent se doucher, se raser, laver leur linge, si elles le souhaitent le repasser. Deux après-midi par semaine, certains sont invités à revenir pour échanger, se sentir exister. L'aide matérielle, pour l'indispensable qu'elle soit, est aussi un prétexte au dialogue, permettant d'engager un accompagnement suivi de la personne en souffrance, nous prenons garde à ce que chacun de nos gestes, chacune de nos paroles soient signe pour ceux qu'on rencontre que nous comprenons que leur détresse ne mine ???? par leur humanité.

Afin de détacher la relation bénévole-accueilli du contexte d'aide directe dont elle est issue, les animateurs s'efforcent de donner un rôle actif à chacun. D'où la formation d'une équipe de jeunes menant ensemble le projet de monter une équipe de football, s'astreignant à des entrainements réguliers. Certains ont tenu ensemble un petit restaurant, quelques jours par semaine. Quelques uns d'entre eux ont pu y valoriser leurs compétences et ont retrouvé ensuite du travail.

Ces projets de moyen terme n'empêchent pas d'agir dans l'urgence auprès des plus destructurés, avec l'objectif avec eux aussi d'entamer très progressivement un processus d'insertion. Depuis quatre ans, 80 bénévoles partent pratiquement tous les soirs pour des accueils de rue. Le partage d'un café est le prétexte à la rencontre de personnes qui ne viennent pas nous trouver dans la journée.

En partenariat avec d'autres associations, nous hébergeons aussi certains d'entre eux durant l'hiver dans un wagon prêté par la SNCF, avec pour perspective de les aider à retisser des liens sociaux. Nous souhaitons les préparer à mieux affronter la sortie du dispositif et contribuer à leur insertion dans un logement, voire un emploi.

En développant, sans prétention, nos contacts informels, nous consttons que même les plus destrcturés arrivent, à leur niveau, à retrouver le sens d'une relation amicale suivie. Les gens intègrent peu à peu la nécessité de se laver régulièrement, signe d'une volonté de porter une nouvelle attention sur soi.

Cependant, nous ressentons parfois une certaine impuissance. Nous constatons en effet le manque de coordiantion entre les divers structures et dispositifs d'action sociale, les organisations humanitaires et le monde médical. Notre souplesse, notre adaptabilité, liée notamment à notre moindre ..... dans des codilications médicales ou des catégories administratives, peut nous y aider.

Notre question de base: comment coordonner l'action de tous les intervenants? Faut-il des médecins dans nos accueils? Quels moyens utiliser pour faciiter l'orientation des plus désocialisés vers le monde médical?

Consicents de nos limites, nous attendons en effet beaucoup des médecins, comme des travailleurs sociaux, afin de compléter l'accompagnement humain que nous tentons de mettre progressivement en place. Mais nous connaissons des difficultés à dialoguer, notamment en raison de nos différences de formation et de langage.

Autre lieu de convivialité, non-exclusivement ouvert aux personnes sans domicile le dans le 18ème arrondissement de Paris. Dans le quart nord-est de la capitale, où l'on recense le plus de pauvres, 60 à 70 personnes sont accueillis deux fois par semaine, par une équipe de bénévoles, dès 10 heures pour ceux qui le désirent, jusque 14 heures. Ils peuvent échanger pratiquer divers jeux de société avant le repas, servi par petites tables, afin de favoriser les échanges. Parmi les accueilis, on recense des SDF, des personnes seules, des fragilisées ou en logement précaire, ainsi que quelques malades mentaux pour lesquels l'équipe a pris soin d'aménager un espace det une relation adéquate. Ils semblent ainsi trouver un équilibre.

L'un de nos accueils de jour, ..., a lui té conçu exclusivement pour un public ayant ..... vivant encore la maladie mentale. Il fonctionnait avec une salariée et 8 bénévoles, jours par semaine, plus une soirée our ceux qui travaillent et sont stabilisés socialement. 70 personnhes ont ainsi bénéficié d'un accompagnement suivi l'an dernier. Actuellement en cours de réorganisation, nous réfléchissons à son adaptation aux besoins des publics et à la mise à l'action plus intensive de bénévoles formés à l'écoute et relais si nécessaire vers des institutions plus sépcialisées.

Nous réservons aussi une aide spécifique pour les sortants d'hôpital psychiatrique. Grpace à une subvention de 100.000 FF, obtenue par le biais des Fonds Pauvreté Précarité, notre délégation, à la demande des équipes psychiatriques, prend en charges des notes d'hôtel, pour une durée limitée, en attendant une autre soli-ution. Tierce personnes entre le malade et l'hôpital, ous spportons une aide visiblement très appréciée des services spécialisés, indispensable pour les malades.

Enfin, compte tenu du nombre important d'accueillis en grande difficulté psycchologique rencontrés lors de nos accueils, qu'il s'agisse de problèmes psychologiques ..... ou des troubles liés à lerrance, nous avons à la demande de bénévoles, nmis en place deux groupes de supervision avec le Docteur , psychiatre, ancien chef de service àl'hôpital Sainte Anne. Cette aide précieuse peremt aux accueillants de meixu appréhender les comportements des accueillis et d'apater leur accompagnement à leurs besoins.

Mais le soutien que nous tentons d'approter tant dans les activités décrites ci-dessu, que dans celles menées au coeur des quartiers, auprès des enfants et de elur famille, relève d'une optique de prévention. En étant aux côtés de personnes en difficultés, alors que se pultiplie les situations de ruptures (travail, logement, famille, santé,...), en procurant un soutien amical, et parfois financier, au personnes fragilisées, nous agissons en amont, afin de limiter les risques de maladie mentale.

L'EXPERIENCE D'EMMAUS

Xavier VANDROMME

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 o¨ 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 19áavril 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 modelisable.
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, ºfoyer). 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 référant 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 pèle-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.

PRÉSENTATION DU PLAN URBAIN

motifs de sa participationau séminaire européen

Jeanne LEVASSEUR

I - LE PLAN URBAIN : QU'EST CE QUE C'EST ?

Le Plan Urbain, organisme d'incitation à la recherche à caractère interministériel est rattaché au Ministère de l'Equipement du Logement et des Transports. Sa cellule opérationnelle le Secrétariat Permanent du Plan Urbain, réunit une quinzaine de chargés de missions issus de différentes disciplines des sciences humaines et de l'aménagement de l'espace, responsables de la mise en oeuvre des actions et de leur diffusion.

- Ses missions portent sur la promotion de programmes définis à partir des demandes de différents acteurs de l'aménagement et de la gestion urbaine, et sur la valorisation des travaux réalisés, par l'animation, et les échanges entre milieux de la recherche et milieux professionnels. Les acteurs concernés peuvent être politiques, institutionnels ou issus des mouvements associatifs.

- Une activité de veille scientifique est maintenue sur plusieurs champs de recherche, permettant la mise en oeuvre de programmes finalisés sur d'assez longues durées ou la conduite d'actions plus circonscrites. Les programmes sont placés sous l'autorité scientifique de conseils ou de comités de pilotage dans le cadre des partenariats réunis sur les domaines concernés.

II - LES ESPACES PUBLICS ET LES SANS DOMICILE FIXE

C'est au sein d'un programme thématique sur les espaces publics, que s'est inscrite l'approche du Plan Urbain sur la question des sans abris à la rue.
La question des espaces publics était apparue dès la fin des années 70, avec la montée de la crise des espaces urbains, en particulier dans les grands ensembles et les

banlieues des villes. Elle avait conduit les pouvoirs publics à mettre en place des dispositifs opérationnels d'intervention, souvent en urgence, pour les réhabiliter, les restructurer et les embellir... Dans le même temps, de nombreuses études et des diagnostics étaient réalisés sur les typologies, les formes et les fonctions des *espaces extérieurs*, sur leurs usages et sur les pratiques au quotidien des habitants et familiers des lieux. On a observé et analysé, espaces verts, espaces de proximité, espaces intermédiaires, espaces communautaires, espaces de centralités, etc, et constaté que ni la requalification, ni la multiplication de ces espaces n'étaient suffisantes pour finalement créer *de la ville*.

- C'est à partir du constat de cette absence que le terme *d'espace public* est réapparu, porteur d'une triple dimension : sociale, spatiale et médiatique. Le Plan Urbain a été le précurseur de sa construction en tant que concept relevant de plusieurs catégories d'analyse et réunissant les qualités de différents registres. Qualités d'ordre sensible, dans le sens où des signes y sont émis et perçus par nos sens, comme dans celui suggérant leur nature fragile, instable et les risques de dégradation qui les guettent. Qualités également liées au domaine public, à la sécurité publique, à l'ordre public.

- L'espace public comme *bien public* produit et façonné en permanence par des tensions entre des publics et des lieux, passants ordinaires comme professionnels de l'aménagement et gestionnaires, avec ses propres formes sociales et spatiales, ses qualités de civilité, d'urbanité et d'accessibilité à tous, commençait à être resaisi.

- Les différents travaux de recherches et d'expérimentations conduits de 1990 à 1993 dans le cadre du programme *Construction sociale de l'urbanité, gestion des espaces publics* (I. Joseph) ont permis d'entrer plus finement dans la connaissance de propriétés et de règles *non écrites* qui en régissent néammoins les usages et les fonctionnements. L'espace public est l'espace du passage, de la marche parmi d'autres que l'on cotoie ; c'est celui de l'observation, de l'échange des regards par lesquels on jauge les situations, ajustant à chaque instant sa place et son mouvement.

Il est l'espace de tous, appropriable par chacun, et pour cela même, il n'est appropriable par personne en particulier. Par ailleurs, loin d'être avant tout l'espace de l'échange convivial, de la rencontre, il est d'abord l'espace de la mise à distance, de l'anonymat, de « l'indifférence polie » (L.Quéré).

- La présence de personnes en grande difficulté, qui après des parcours individuels très différents, se retrouvent *à la rue*, cherchant un abri dans ces espaces publics, et

mettant à l'épreuve publiquement les droits de l'homme les plus fondamentaux (droit au logement, à la santé, à l'hygiène, l'intimité, la dignité, etc.) ne pouvait manquer d'infléchir la démarche engagée.

- Aussi, dès 1991, un groupe de travail comprenant des travailleurs sociaux, des associations et des chercheurs, a fonctionné et permis le lancement de recherches exploratoires sur les histoires de vie (J.F. Laé) et les situations aujourd'hui de personnes à la rue. La notion de *carrière,* terme sociologique désignant les pratiques spécifiques de survie dans la rue ainsi que le recours aux services d'assistance fut explorée (P.Pichon) -Plusieurs séminaires, avec la RATP notamment, ont permis les échanges entre intervenants sociaux, chercheurs, et gestionnaires de réseaux et la mise en commun de connaissances concrètes, d'approches théoriques, et de comparaisons étrangères (les homeless, aux USA).

- Des dispositifs d'observations et d'analyse d'initiatives comme la Moquette à Paris (Compagnons de la nuit), le Balajo à Lyon (Péniche-accueil) ont pu être mises en place pour contribuer à l'évaluation des actions d'accueil .
La rencontre avec le Conseil Régional Européen pour la santé mentale s'est effectuée dans le cadre de ces travaux et des contributions de Luigi Léonori aux séminaires du Plan urbain dans lesquel il a introduit, à la suite des interventions d'Anne Lovell sur les homeless malades mentaux aux Etats-Unis, les problèmes des sans domicile malades mentaux en Europe.

- Le Plan Urbain a souhaité apporter son soutien à l'action engagée par le Conseil Régional Européen de la Fédération Mondiale pour la santé mentale, pour attirer l'attention des pouvoirs publics et de l'opinion publique européenne sur le problème des sans abri malades mentaux, en participant à la préparation et à l'organisation de son troisième séminaire européen à Paris : *De l'exclusion à la participation : un défi impossible?*

LES COMPAGNONS DE LA NUIT

LA MOQUETTE

Pedro MECA

Un lieu relais entre la nuit et le jour
Un lieu où l'on peut se rencontrer avant de se raconter.
Un lieu d'échanges dynamiques et pas seulement "service d'entraide sociale".
Un lieu où le travail des professionnels peut se conjuguer avec celui des bénévoles.

L'expérience de notre travail depuis vingt ans et la connaissance du monde de la nuit qui en découle nous permettent d'affirmer que les risques de crise, de décompensation, de passage à l'acte sont bien plus importants la nuit que le jour: les repères et les limites donnés par la vie sociale diurne s'estompent et se perdent plus facilement.

Or, au moment où les sollicitations, la lassitude, la fatigue, la solitude, le danger de chute s'aggravent, les lieux où l'on peut se réfugier, se protéger, demande de l'aide n'existent pas: les centres d'hébergement d'urgence ferment leurs portes en début de soirée et, après la fermeture du métro, seuls les hôpitaux restent ouverts, mais seulement pour assurer les urgences médicales.

La nuit, c'est le désert social.

D'où notre projet "Moquette" que nous avons démarré en 1992.

LA MOQUETTE

Un lien où les isolés de la nuit, les jeunes en détresse ou en danger, les fugueurs, les perdus de la nuit, peuvent rencontrer d'autres personnes qui ne sont pas dans leur situation, des gens plus ou moins bien installés dans la vie sociale. Ces rencontres aident à sortir du ghetto de la nuit, du ghetto de l'exclusion.

- Un lieu d'aiguillage vers d'autres services sociaux: santé, logement, travail, etc, qui ouvrent le jour.
- Un lieu de démarches préliminaires avant l'aiguillage vers d'autres services, avec un certain suivi.
- Un lieu d'information sur les divers problèmes rencontrés et des réponses possibles.
- Un lieu d'orientation.

En un mot: la Moquette n'est pas un lit, mais un lieu accueillant, chaleureux, où l'on peut parler, être écouté, avoir chaud, ne pas être "envoyé au lit". Un lieu où l'on peut aussi bien parler que se reposer sans danger et sans injonction.

OBJECTIFS

- Répondre à l'urgence des besoins qui se manifestent la nuit: temps de galère, de drague et de drogue.
- Proposer une alternative à la marginalisation par un début d'insertion sociale pour les jeunes et moins jeunes à la rue avec un lourd passé d'exclusion.
- Assurer un point d'accueil d'urgence en complémentarité avec le travail de rue.

UN ATOUT IMPORTANT

La travail nocturne bénéficie d'un climat de convivialité particulière permettant un contact plus facile et égalitaire.

La vie nocturne facilite les mélanges des populations (immigrés/français, marginaux/insérés, jeunes/adultes), et l'éclatement des ghettos sociaux. Elle permet de se montrer plus personnel que dans le cadre rigide du jour.

C'est là un atout fondamental pour une action basée sur la relation personnelle.

FACT SHEET : STICHTING HVO

HVO is a private non profit making organization employing 300 people. HVO is funded almost 100% by local and national government (budget in 1994: 36,1 million florins).
HVO was established in 1904 as an "association" concerned with helping and housing homeless people. In the course of the years programmes were set up for housing single men and women, mothers and children, boys and girls. Another initiative was to start a rehabilitation service for discharged prisoners.

At this time we have four departments which are all involved in housing people. These departments are:

HVO De Veste
Has a shelter for men with 33 single bedrooms and a few bedrooms for four people. Men can stay there at no cost four nights per month maximum. De Veste also has a boarding house with 105 rooms for single men. People who live there receive a welfare allowance.
Six apartments are rented from a housing corporation: six men live there quite independently, they can get their meals at De Veste.
Innovative projects by this department are: "supported independent living" 'literally translated" for 28 drug addicts, 12 homeless youth and 27 homeless adults.
This programme is complemented by the work of the "Budget Foundation": a programme where people get (administrative) support on how to get by with their income.
A Service Center for people who are currently living on the streets just started this month. At the Service Center street people will be able to take a shower, get a meal, visit a medical doctor, psychiatric nurse, lawyer and social worker. They can also use the Center as their mail address, which means they can register for a welfare allowance and health insurance.
In cooperation with Santpoort Psychiatric Hospital a supported independent living project for 48 chronic patients has been set up.
A shelter program for homeless psychiatric patients is being discussed.

Just under way is a joint programme with the Dr Sarphatihuis (a nursing home) that will enable inhabitants of De Veste Boarding House to continue living there eventhough they need nursing care. A nursing team from both De Veste and Dr Sarphati will provide the additional care needed to these patients. In this way we do not move people back and forth between the Boarding House and nursing home.

HVO Walenburg

Walenburg consists of a boarding house for 60 homeless men. An additional project is Walenburg II: a housing programm for 40 men and women. A building corporation built their apartments in cooperation with HVO. HVO rents the apartments from the building corporation and sublets them to the inhabitants.

Walenburg supplies meals, social activities, technical assistance and general support. Day activities for Walenburg customers consist of assisting with household chores, assisting other inhabitants, working in the bicycle repair workshop, participating in the Walenburg Orchestra (both practice and performing) and other various activities.

Walenburg III consists of 40 regular apartments rented from housing corporations. The people who live there can cook their own meals and structure their day activities. Walenburg visits these people weekly to check if everything is all right. Walenburg III people can participate in the meal programme and activities if they wish so.

HVO De Roggeveen : this department houses 160 women and children. Occasionally an entire family lives there. Usually these people have become homeless because of marital problems, divorce, battery, and in some case eviction from their house because of debts. De Roggeveen has 70 apartments (living room, bedroom, kitchen, bathroom) in which women or families can stay until they have a new house. At de Roggeveen a Central Intake for Amsterdam has been established. Women who need shelter can call the Central Intake to find out which social service organization best fits their needs and has space available.

HVO Jonker : the Jonker department houses 1360 asylum seekers in approximately 400 regular houses throughout Amsterdam.

HVO Jonker also has a central reception (70 bedrooms) where people are initially housed when arriving in Amsterdam. After about three weeks they are placed in a regular house with two other refugees. They each have their own bedroom, they share the living room, kitchen and bathroom. The refugees each receive a welfare allowance, HVO pays the rent on the houses, does maintenance and checks in with them every few weeks to see if all is well.

HVO philosophy?

The philosophy of HVO is best described as "material": in order to help a person, you first need to make sure that basic living requirements are available. A house, income, health insurance. If people don't have the skills for living independently and maintaining a household, teach them budget, providing meals, organizing a daily schedule for them etc). Helping people does not mean changing people or giving therapy to people, but it means to accept them as they are and to help them find a situation in which they can be as independent as possible.

ENTRAIDE DES TRAVAILLEUSES
CENTRE MÉDICO-SOCIAL

Bruxelles - Quartier des Marolles

La séminaire psychanalyse, Psychologie et Travail social s'est tenu de septembre 1994 à juin 1995, à raison d'une séance de deux heures par mois, dans le quartier des Marolles (Bruxelles).

Ce quartier du centre de Bruxelles est habité -ou en tous cas fréquenté par les personnes sans abri - par des populations essentiellement issues du sous-prolétariat ou de l'immigration maghrébine pour lesquelles se posent de nombreux problèmes de santé, logement, travail, scolarisation...

Les services proposant une aide face à ces situations ne manquent pas: hôpital général, polyclinique, maison médicale, services sociaux, lieux d'hébergement, écoles de devoir,...

Dans le tableau d'ensemble, le psy dérange. Par "psy" on peut entendre aussi bien ce qui est de l'ordre du monde psychique (chez les patients) que la fonction de celui qui prétend aider autrui par la parole et son écoute.
La question qui était implicitement posée aux pays que nous sommes était: à quoi ça sert de parler?

A partir de cette question fondamentale, nous avions organisé deux journées de travail en 1993 et 1994, rassemblant des personnes défavorisées et des travailleurs sociaux du quartier.

Pour le séminaire 94-95, avec l'appui de la coordination des associations sociales du quartier, nous avons proposé que des pays travaillant dans le quartier exposent leur pratique (que font-ils? Comment? Avec quelles références?) et soient interpellés par les travailleurs sociaux d'autres associations.

Nous disposons chaque fois de deux heures: exposé et discussion comprises. Nous avons abordé des thèmes qui ont suivi le fil chronologique de la vie humaine: naissance, petite enfance, enfance, adolescence, âge adulte, vieillesse.

Les objectifs poursuivis étaient de plusieurs ordres:

1. En témoignant de notre pratique, tenter de la démystifier, de la rendre plus transparente.
Il s'agit notamment de témoigner de ce qu'il y aurait de tout à fait spécifique à un point de vue psy et que n'apporte pas une autre approche. mais aussi de voir où le psy rejoint d'autres points de vue (médical, social, ...).

2. Contribuer à un interrogation du discours sur les populations défavorisées. Trop souvent, il nous semblait qu'à des souffrances vécues par certains patients, étaient ajoutées des étiquettes entraînant des stigmatisations, des exclusions. Comment nous permettons-nous de parler de certaines personnes, familles, groupes? Et avec quelles conséquences pratiques? Voir par exemple les notions de "famille à risque", "père absent"...

La participation ou l'exclusion des personnes avec qui nous travaillons se joue notamment dans la façon dont nous en parlons, c'est--à-dire nous en faisons soit des interlocuteurs, soit des choses.

3. Laisser des traces écrites de ces échanges, qui pourraient nourrir des échanges avec les travailleurs de santé mentale d'autres villes.

4. Interpeller le politique à partir des contacts que nous aurons établis.

DIOGENES
le travail de rue pour participer à sa propre intégration

Présentation du projet

Le 1er mars 1995 se créait à Bruxelles DIOGENES, une cellule de travail de rue avec les sans-abri. Cette création faisait suite à une large réflexion et à des concertations entre le monde politique et les associations de terrain.

En effet, malgré une importante mobilisation autour de la situation des sans-abri à Bruxelles, ils restent encore fort nombreux à errer dans la ville. De nombreux services et institutions, dont nombre de maisons d'accueil existent pour leur permettre de faire face à leurs difficultés et pourtant, chaque jour, le fossé se creuse un peu plus entre le monde de la rue et le monde social et intégré. Pour nombre de sans-abri il paraît difficile d'utiliser ces services de façon optimale. Dans ces circonstances il est impératif de partir à la rencontre des SDF dans leur contexte de vie, de rechercher leur cadre de référence et leurs valeurs pour retrouver leurs demandes et leurs besoins. Le travail de rue est un des rares moyens pour se décentrer quelque peu par rapport à notre monde intégré.

La finalité du projet est d'établir un pont entre le monde de la rue et le monde intégré de façon à permettre la restauration du lien social avec les exclus. L'objectif principal du projet est de permettre aux sans-abri d'utiliser au mieux les institutions et les services existants.

Cela implique tout d'abord de créer avec eux une relation privilégiée et de leur offrir une écoute inconditionnelle et un soutien dans le cadre de leur contexte de vie, dans le respect de leur mode d'existence et de leurs valeurs. Cela établi, les travailleurs peuvent favoriser une dynamique de changement qui respecte les demandes et les besoins des sans-abri, leur rapport au temps, leur rythme et leurs aspirations.

Mais, un pont est un lieu de passage dans les deux sens. DIOGENES se propose donc d'informer les institutions, associations et pouvoirs publics concernés de la situation dans la rue et de la perception que les usagers ont des différents services.

Trois grands principes éthiques et méthodologiques guident notre travail:
1) Travailler sur le terrain des SDF. Notre présence au bureau est minimale. Le travail avec les sans-abri se fait toujours dans la rue ou, si nécessaire, dans un lieu choisi par eux et qui leur est familier (le plus souvent un café).
2) Respecter leurs règles et leurs valeurs. Quoi qu'il arrive, nous nous considérons comme des "invités" sur leur territoire, nous ne portons pas de jugement de valeurs. (Ceci n'empêche pas la discussion et le débat d'idées). Cette reconnaissance n'implique pas non plus une adhésion à ces règles et valeurs.
3) Respecter leurs demandes. Nous ne travaillons qu'avec leurs demandes et n'imposons aucune solution. Mais lorsqu'une demande est émise et qu'il nous semble exister une réponse, nous la prenons à la lettre quelles que soient les arrières-pensées qu'elles peuvent cacher (demandes-alibi pour créer une relation, la privilégier,...).

Participer ?

Si les initiatives institutionnelles ou associatives se multiplient vis-à-vis des sans-abri, elles ont trop souvent pour effet de transformer l'exclu en consommateur de services sociaux. Est-ce cela participer ? L'exclu consomme des services conçus pour les exclus et qui rassemblent des exclus entre eux. Ces initiatives donnent aux sans-abri l'occasion de vivre un peu moins difficilement leur misère matérielle. Certes, c'est important et ces services doivent exister, mais sur le plan de la participation, nous ne sommes nulle part.

L'atmosphère de la rue est le fatalisme, la victimisation, la passivité sociale. La société exclut et, pour celui qui n'a pu la réintégrer, elle ne peut être vécue que comme hostile et incompréhensible. Le sans-abri se sent victime de cette société et de son incapacité personnelle à y trouver une place. L'individu fait le deuil de sa vie sociale[11], désinvestit le monde et se retrouve seul avec sa dépression qui n'a même plus d'objet. La seule manière pour l'individu de sauver son identité est de rationnaliser rétro-activement et de clamer haut et fort sa liberté retrouvée[12].
Parler de participation dans ce contexte peut paraître bien aléatoire et cette dépression de l'exclu contamine bientôt les travailleurs psycho-sociaux envahi par la répétion des échecs.
Que propose DIOGENES ?

---

[11] HORENBBEK, B. , Quelle réinsertion pour les sans-abri ? , BIS n°133, sept.1995, Conseil Bruxellois de Coordination Sociale, Bruxelles.
[12] VEXLIARD, A., Le clochard, Desclée de Brouwer, Bruges, 1957.

A Diogenes, les travailleurs de rue n'ont aucun objectif pour les sans-abri. A l'image du philosophe, les travailleurs se promènent dans les rues à la recherche de l'homme, celui qui se cache derrière l'étiquette de sans-abri. On ne cherche donc pas à reloger celui qui est à la rue, mais on rencontre des individus, on leur offre un lien avec le monde social, une écoute et un soutien.

L'expérience montre que cette relation privilégiée qui s'installe permet à la personne sans-abri de développer un autre discours, différent de l'autosatisfaction ou de la plainte ronronnante qu'il peut avoir avec ses compagnons d'infortune, différent aussi de celui qu'il croit devoir adopter dans les institutions sociales. Se développe alors, parfois très lentement, un processus de reconstruction d'une image de soi et de sa situation. De cette image clarifiée peut enfin naître l'émergence de besoins ou de demandes qui aboutit à un travail social plus classique.

Comment demander à l'exclu de participer à une société dans laquelle il a perdu toute confiance et tous ses repères fondamentaux ? Pour l'individu qui vit depuis quelques années dans la rue, c'est impossible dans un premier temps. Il ne connaît même plus cette société, il la voit comme un bloc anonyme[13] sans plus percevoir toutes les nuances et les hétérogénéités du corps social.

Participer implique un engagement, un investissement personnel. La première étape est donc de se redéfinir une identité, de clarifier sa situation, de se resituer en tant qu'homme au présent avec un passé et un avenir. C'est cette démarche vers la participation que le travail de DIOGENES propose en rue. En offrant aux exclus sur leur terrain de vie une écoute inconditionnelle de la part de représentants de la société sans autre volonté que de les aider à construire leurs propres objectifs, nous leur offrons la possibilité d'être partie prenante de leur devenir et de construire le premier outil d'une participation sociale, c'est-à-dire la construction d'une identité positive, cohérente et inscrite dans la temporalité.

Bernard HORENBEEK
Psychologue et
Coordinateur de DIOGENES

[13] HORENBEEK B. , Approche de la psychologie du clochard: le problème de l'autre dans la constitution de son identité, mémoire de licence en psychologie, Université Libre de Bruxelles, 1992.

DESCRIPTION OF THE PROJECT
IN THE HOUSE OF QUEEN CAROLINE AMALIE (Denmark)

The House of Queen Caroline Amalie

In 1994 the Cooperating Council of Churches bought the old nursery home and changed the name to the above mentioned. The organization "Help to Self-Help" rents most of the house from the Cooperating Council of Churches.

Help to Self-Help is a self-governing organization with a board. At the moment, we are licensed to have a café and other kind of earnings to make it possible to pay the rent and to hire staff.

The activities of Help to Self-Help

Sunshine house - a club-house

On the first floor of the House of Queen Caroline Amalie the Sunshine House is established -according to The Clubhouse Model of Rehabilitation of Mentally Ill Persons. This means that the activities of the House all have the purpose to bring its members back to the ordinary working life (not supported work). The members join the day program in the house with all kinds of working tasks and participation in the decision making processes and by this involvement they prepare themselves to continue to a job situation on the ordinary labour market. Having several of these "Transitional Employment Places" (TEPs) the member will be able to continue to his or her own independent job situation.

Shared flats for homeless mentally Ill Persons

Four flats in the House of Queen Caroline Amalie are adapted to facilitate a programme for homeless mentally ill persons and others. There will be room for 18 persons. there are no time limit for staying in the shared flats but it is intended that the participation in the active life in the House of Caroline Amalie will motivate the occupants to their own apartment.

What you do and what you create in connection to mentally ill persons very much depends on your attitude. If you think that a mental illness is biological, chemical (that you will never be cured), then you will create sheltered workshops, places to be and drink coffee all day and sheltered apartments. The environment that you create will fulfil your opinion - that mentally ill persons have to be cared for, they will never be able to be responsible for their won lives etc.

Guest Rooms/Acute need for spending the night

On every floor there are rooms so small that they are of no use for permanent housing. These rooms contain a bed, a chair, a closet etc and are used as a guest room for 1 - 3 nights.

Café/delivering of food

From the big kitchen in the ground floor, food will be delivered to elderly people in the neighbourhood and to the mentally ill persons contacted by the support - and contact persons from the center near by. At the same time a café is open also in the ground floor. Here Transitional Employment Places can be established and also ordinary part time jobs for the participants in the project. These jobs will be the last steps before returning to the ordinary labour market. **Exhibitions of art made by mentally ill persons will be showed in the café and evenings be arranged where people can recite for ex. poems that they have written themselves**.

Publishing firm / Adult Education Association

By publishing a monthly newspaper in several languages and a yearly report the participants will learn for greater tasks. Literature about mental illness and other social matters will be translated and published. Conferences about social issues will be arranged and sequences of education on schools and centers for the social educations will be carried out mainly by the participants themselves. Courses in languages and in how to get a job will also be established.

In the evening and night the localities will be used by the street priest who will mainly operate among young people living in the street. These young people will also have the opportunity to participate in the work and activities in the house.

The Club house model for Rehabilitation of mentally ill persons

Worldwide there are many hundreds of these club houses. Each of these houses is created by people who believe that mentally ill persons are able to return to a normal life. They all had to struggle hard for several years in order to achieve some king of

financing from the community. Even today the public will rather build one psychiatric center to reach thirty people who will never be able to return to the labour market than one club house. It costs much less to run a club house with maybe 200 members than the 10 or 20 millions Danish Crowns it costs to run a psychiatric center. The public administration, however, does not want free standing club houses - they want medical centers.

Living is a process and it is also a process to be cured from a mental disease. You will need both hospitals, psychiatric centers, places just to be and drink coffee and then educational opportunities and club houses to bring you back to the real life. The return to the labour market on normal conditions is the result of a process and your needs will be changing along the way.

A Club House like the Sunshine House has an independent board, very few employeeds and many members who have been mentally ill. A staff members are not allowed to do things on their own. They are supposed to involve the members in all kinds of matters in the house also the decision making processes.There are no rooms in the house where members are not allowed to come and nothing is written down without the members' participation. Members participate equally with the staff members in seminars, negotiations with public authorities and in finding part time jobs known as Transitional Employment Places (TEP). These jobs are not sheltered but part time jobs in the real business life.

We think that others than mentally ill persons are able to benefit from the special club house model. Deaf people who have grown up in institutional settings and young people who have never been on the work place will be able to be acquainted to the special environment on a workplace and grow in their own tempo.

In Denmark more than 100.000 people receive a kink of social pension that leaves them 1/3 ability to carry out a job. We have calculated that for each of those who get a job, 15 hours a week, in addition to their social pension, the public will save 45.000 Dkr each year. Many of these people are in their thirties, which means 45.000 Danish Crowns each year for the next 30 years. ***When they have a job, they are closer to change into a full time employment than to go back to full social pension.***

THE HOMELESS MENTALLY ILL: ANALYSIS OF NEED AND DELIVERY OF SERVICES

Joseph FERNANDEZ

Dublin, the largest city in the Republic of Ireland, has always had a substantial population of homeless individuals. By 1977, it was increasingly being alleged that the ranks of the homeless in down-town Dublin, were being swelled by homeless mentally ill individuals; who had previous and continuing contact with St. Brendan's Hospital, the largest psychiatric institution in the city. In response to these allegations a year-long survey was initiated in 1978, to evaluate the nature and extent of the psychiatric, medical and social problems believed to be characteristic of those homeless mentally ill who presented at St. Brendan's Hospital (Fernandez, 1984). The results of this survey prompted the setting-up of a special Programme for the homeless mentally ill in the Eastern Health Board area in Ireland (Fernandez, 1985).

Currently, this Programme has the following **hospital based facilities**, which cater exclusively for males: (a) A 16 bed **Admission Unit** and (b) a **Day Centre** which was intended to cater for 36 attenders. The latter facility now has an average of over 70 daily attenders each month. The Programme also has the following **community based facilities** which cater for both males and females: (c) a **High-Support Hostel**, for 10 residents and 8 day attenders, (d) a **Rehabilitation Programme** for 22 residents and 10 day attenders and (e) a supervised **Group-home** for 5 residents. The movement of patients between hospital and community is facilitated by (f) an **Outreach** programme, which also provides support to the staff in direct access hostels and night shelters which are run by the voluntary sector (Fernandez, 1994).

A review of the foregoing Programme and it's outcome-data (Kelleher, 1990) concluded with the recommendation that "compra-ble facilities be established by other Health Boards in areas where the needs of the homeless mentally ill are not being met" (pg. 25). Similar sentiments were expressed in: the Report on the Position of Psychiatry in the Republic of Ireland (Royal College of Psychiatrists, 1993).

The results of our Programme which have been audited over the last 16 years; indicate the need for a further menu of service options to cater for emerging needs and the following proposals (Fernandez, 1994), are now being implemented:

(1) A co-ordinated **in-patient service for homeless females.**

(2) Community based **out-patient clinics**, at centres accessible to the homeless.

(3) Separate **day-care facilities**, in recognition of the special needs of sub-groups of the homeless.

(4) A community based **treatment programme for** those homeless who are severely **alcohol dependent**. This component is expected to include sheltered residential accommodation during detoxification and treatment.

(5) **Counselling and outreach services** for those homeless who are reluctant or unable to access conventional services.

(6) A **befriending service** by interested volunteers from the caring professions; in recognition of the lack of social networks among the homeless.

(7) A focused **integration with primary care services**.

(8) The strengthening of **intraservice linkages** within the statutory sector and

(9) the establishment of formal **interagency linkages** within and between statutory agencies, (e.g. the Social Welfare Service, the Probation Service and the local Housing Authority), and voluntary agencies who have complementary roles in caring for the homeless; thereby reducing the distance between exclusion and participation.

Each of the foregoing proposals once implemented, will be **audited** and **monitored** for 'user-friendliness' and **further recommendations will be made** thereafter, pending evaluation of outcomes.

Homelessness is the product of a dynamic interaction between individual vulnerabilities and structural conditions. Regret-tably, some politicians view

homelessness as a psychiatric problem rather than a consequence of policies which marginalise people and exclude the poor from housing. Without appropriate political initiatives; mental-health professionals cannot be unconditionally expected, to cater for the casualties of other interlocking systems (Fernandez, In Press).

References

Fernandez, J. (1984). "In Dublin's Fair City: The Mentally Ill of No Fixed Abode", The Bulletin of the Royal College of Psychiatrists, Vol. 8, No. 10, 187-190.

Fernandez, J. (1985). "On Planning a Service for the Homeless Mentally Ill in Dublin", International Journal of Family Psychiatry, Vol. 6, No. 2, 149-163.

Fernandez, J. (1994). "Psychiatric Services for the Homeless Mentally Ill". Health Services News, Vol. 6, No. 3, 14. Dublin: Institute of Public Administration.

Fernandez, J. (In Press). "An Irish Perspective", in 'Homelessness and Mental Health', Ed. Bhugra D., Cambridge: Cambridge University Press.

Kelleher, P. (1990) "Housing and Settling Homeless People in Dublin City". The Implementation of the Housing Act 1988. Dublin: Focus Point.

Royal College of Psychiatrists (1993). Report on the Position of Psychiatry in the Republic of Ireland, 1992. CR 23. London: Royal College of Psychiatrists.

Dr. J. Fernandez
Consultant Psychiatrist
Eastern Health Board
Dublin

THE HOUSING SERVICES IN THE HELSINKI CITY

The housing and social rehabilitation programme that has reduced significantly homelessness in Helsinki since 1987.

Background of homelessness in Helsinki and Finland

There are some specific features in the homelessness in Finland that cannot be ignored in international comparison of homelessness.

1. The change from agriculture to industrialized urban society occurred in Finland relatively late and extremely rapidly compared to the other EC countries. The change generated a massive migration from rural areas to the big cities. The rapid change in the structure of society and economics and the migration lead to the birth of a peculiar subculture of the homeless in the early 1950's.

2. The social policy making since 1960's in Finland was based on the idea of welfare society, that provides a sufficient standard of living to each citizen in every circumstances.

3. The climate in Finland requires specific measures to assure survival of the homeless during cold and fairly long winter.

The subculture of the homeless

Before the Second World War the homelessness and deficient housing in Finland was more a question of poverty and subsistence than a housing issue. Deficient housing and homelessness decreases simultaneously with rinsing living standard.

In the late 1940's took place a massive migration from rural areas to the big cities especially to Helsinki. Because of the contemporary economic drive and industrialization the big cities absorbed the migration with moderate social drawbacks. But there were a marginal number of migrants that did not adjust. These migrants lacked resources and capability in multiple ways. They were poorly educated, they had low qualifications in labour markets and they had often severe social and mental handicaps.

A part of the unadjusted migrants were excluded from society throughout. They did not manage in rental nor in the labour markets. The contemporary shortage of rental apartments accelerated the exclusion. The exclusion and marginalization and simultaneous shortage of rental apartments caused rapid increase of homelessness. The homelessness turned out to be a massive social problem in the cities, especially in Helsinki. The homelessness turned out to be specially a problem of Helsinki.

The policy was to provide temporary quarters and lodging to the homeless. Practically no measures were taken to attach them into the society. The number of lodger increased rapidly from pre-war situation of couple hundreds to several thousands. For most of the lodger the temporary form of housing turned to be permanent because there was no alternatives. The amount of lodgers lead to foundation of new quarters and poor standard of living. The concentrating os socially excluded and handicapped people in poor conditions caused the birth of a new subculture.

There are some specific features in the subculture. They were severely excluded from the normal social networks and labour markets. They seldom had contacts with people outside the subculture and they are usually long-term unemployed. They are often abusers of alcohol, a typical feature is the small number of the drug addicts. Male dominance is significant : over 90% of the homeless are men. The national peculiarity is based on the poor adjustment to the urban society. There are only few homes with urban origin. Their way of living is a mixture of rural traditions and social exclusion in urban environment.

The measures to reduce homelessness and social exclusion have been insufficient from 1950's to mid 80's. The alarming situation was recognized in the mid 80's in both national and municipal levels of policy making. Because the situation in Helsinki was the worst in Finland, the Helsinki City Council decided to start a programme for housing and social rehabilitation. The Social Welfare Department of the City of Helsinki delegated the measures of the Special Social Services Office that developed a Housing Services System that started in 1985.

Housing services for homeless in Helsinki City

The main purpose of the programme was to reduce homelessness by arranging permanent residence and sufficient social rehabilitation simultaneously. The original target people were the ones living in neighbourhoods mentioned above.
The Housing Services System has gradually expanded and it is still expanding in spite of the recent cuts in public expenditures. Today the system includes over 1,100 apartments and over 600 collective housing seats. The apartments are owned by the City of Helsinki, which has rented them to Special Social Service Office to re-rent the apartments to the homeless.
The Special Social Services office have 93 employers (management, social workers, nurses and administrative and compulsory staff). A Senior Officer and 10 Social workers and 20 complementary employers are allocated to the Housing Services.

As a result, the Housing Services has arranged permanent residence in normal rental apartments for over 4,000 homeless since 1985 and caused reduction of homelessness in Helsinki from about 8,000 to 5,250.

The housing Services have three principles:
1. The main purpose is to reduce homelessness by arranging housing facilities and sufficient social support and rehabilitation at the same time.
2. The social support and rehabilitation plan is made individually to each client. Every client is assigned to a social worker, who is responsible of the planning and execution of rehabilitation. The social worker is also responsible for coordinating the adequate networks of social support and treatment.

3. The rehabilitation is understood as a gradually progressing process. According to the individual rehabilitation plan, the support and treatment will gradually diminish and at the same time the housing facilities will better. The bettering of housing standard encourages to the independence and participation to the society.

The cost of the system has been in 1994 about 36 million FIM (about 41 million FF). The average cost of one night in the programme is 63 FIM (72 FF). The clients pay (or is paid by social assistance) average 1,200 FIM a month (1,450 FF). So the average net cost is 23 FIM (26 FF) for a night and it could be considered moderate. Because of the moderate costs and good results, the programme is still going on in spite of the current economic situation.

The future prospects

The current economic depression has caused many challenges. The financial crisis has caused cuts in public expenditure. The system has to manage with less resources in the future, which requires more efficiency in strategies and coordination of networks. There will be no cuts in housing facilities, but in staff, so the housing facilities have to be reorganised to assure the maximum benefit and the level of social support and treatment.

The economic depression has caused changes in social structure. The long-term unemployment has risen in a alarming manner. The unemployment rate is now falling slightly, but the society has polarized. The gap between the normal population and the excluded has widened. Besides the current polarization, the financial crisis requires cuts in public expenditure, which also accelerate marginalization processes.

The question for the future is:
How to manage with more work and less resources.

City of Helsinki
Social Services Department
Joint Service Division
Special Social Services Office

THE HOMELESS IN THE CITY OF LISBON

António BENTO

As in other countries, portuguese homeless converge to the centre of main cities. In Lisbon, we can see them in historic places, where are concentrated the services for homeless.

The conceptualisation of homeless as people without home who lost the ties with the family and friends (disaffiliation), is basically true to the portuguese reality. Our specifities are both in the facility to anyone to do a "shed" and the traditional net of support provided to the poor people by the family, the neighbours and the population in general.

About the mentally ill, it hadn't occurred in Portugal a desinstitutionalization as in other countries (U.S.A., England or Italy, for example), in spite of the slowly decline in the number of inpatients in the psychiatric hospitals.

Besides, the recent opening of services for drug dependents and to criminal greatly improved the existing facilities.

Hundreds of homeless are concentrated in the centre of Lisbon. They rotatively sleep on the streets, old buildings, dormitories, hospitals, religious services and prisons.

In spite of the increasing of the existing facilities, the number of the visible homeless on the the streets hadn't decreased since our first work in 1988/89.

By this time, we inteerviewed homeless sleeping on the streets and in the Shelter of Lisbon, in order to identify and characterize people with psychiatric diseases and alcohol and drug dependence.

On the streets, we found five main groups: psychotics, inpatients escaped from psychiatric hospitals, mental retarded, alcoholics and young people and drug dependents.

In the Shelter of Lisbon (N=41), 83% were male; middle aged (mean=40); 88% literate; 41% with criminal history (7% homicides); 98% had lost contacts with family and friends; 78% had received psychiatric treatment and 34% had psychiatric hospitalizations.

Eighty-three percent received a psychiatric diagnosis: 34% had psychoses (24% schizophrenia), 24% alcoholism, 20% personality disorders, 12% depressive disorders and 10% were drug abusers.
Remarkably, nobody had received any recent psychiatric care.
In 1995, we continue to meet on the streets some persons we had already met in 1988.
Nowadays there are about 3000 homeless in Lisbon (3/4 with psychiatric problems).

The stories they told us are typically a complex succession of losses, usually early in the life, family and labour difficulties, unemployment, physical and mental diseases, alcohol and drug abusers.
In this contex, the loss of the home make this process almost irreversible.
The "Misericórdia" of Lisbon is the institution responsible for the social assistance of the homeless in the city of Lisbon, having a Social Emergency service and a project called "Renascer" ("Rebirth") with professional courses and an outreach team. It also supports private and religious entities (The Shelter of Lisbon, for example).
A.R.I.A. ("Associação de Reabilitação e Integração da Ajuda e Oeiras") is an association interested in homeless with psychiatric problems, that cooperates with "Misericórdia" and other institutions for homeless. It's integrated in a european project for homeless, coordenated by Dr. Luigi Leonori of the World Federation for Mental Health, which principles were established in the transnational meeting of Rome (December of 1992).
The complexity and multicausality of the homeless reality requires adjusted services, like small multidisciplinar teams and residences, in order to provide shelter, food, medical and social care.
We also need more research. Homeless we can see on the streets are no longer vagabonds or poets like the japonese Bashô "I am alone and I write for my pleasure"), nor aristocrats or philosophers like the personages of Gorki or Leskov.
Without any choice, they lost almost everything: home, family, friends, health and many times the capacity to have a good relationship to anyone.
To give only shelter, food or even money, is not a solution for homeless. They need many other things, like psychological and sometimes psychiatric care.
At last, they lost the most precious gift: the willing of love. Trying to restore it is our own reaponsability.

RESPONDING TO NEED
A brief overview of working with the homeless in London

Elaine KIDD

This report is of the presentation given by myself on behalf on the London group in the 1995 Conference on Social Exclusion and Mental Health. It concentrates on the issues around homelessness generally, with particular emphasis placed on youth homelessness.

Background

In the late 1980's the problem of homelessness escalated dramatically. This definition of homelessness includes those who are sleeping rough, in temporary accommodation i.e. B&Bs, hostels, squats, living with friends and in other forms of temporary, unsuitable accommodation.

Youth homelessness in particular escalated 'out of control'. The reasons for young people becoming homeless were/are

1. Family breakdown
2. Lack of cheap affordable accommodation
3. High local unemployment
4. Leaving the Statutory Care system without adequate support
5. Unemployment benefit dropped for 16/17 year olds placing morepressure on parents to support young people at home
6. Marginalisation due to drug/alcohol use
7. Refugees escaping civil war
8. Physical /sexual/ emotional abuse in the home
9. A natural move away from home to seek independence
10. Those with mental health problems returning to the 'community'

It is important also to identify those people who suffered further as a result of discrimination within the groups listed above. I enclose an Equal Opportunities policy which outlines the importance of addressing discrimination in the work with homeless people and actively supporting those within minority groups.

Initially a large number of voluntary agencies became involved in responding to the rise in homelessness, the 'traditional' hostels/refuges which provided very basic support i.e. food and a bed for the night, could not be expected to cope with the huge rise in need. It was also recognised that different types of services were required for the 'new' groups of homeless appearing on the streets and in other temporary accommodation.

Getting help - services in London

The following is an outline of the services available to those seeking help who are homeless

1. Telephone helplines giving information on availability of hostel accommodation in London
2. Outreach workers going out on to the streets to offer advice, food,support and in some cases medical help.
3. Advice projects offering advice and referral to accommodation, which in most cases is initially temporary

Day centres offering food, washing facilities, recreational facilities, counselling and advice and referrals to other accommodation, again usually temporary.

There is a London Hostels Directory which lists the majority of hostels in London. It does not include all of the services available to those who are 'accommodated' or under the supervision of the Social Services. In these cases, usually a small number of 16 - 18 year olds who are deemed at risk and fulfil the criteria for statutory involvement.

There are a large range of hostels which fulfil different roles :

1. Nightshelters offering immediate access, food and a bed for the night with some advice and assistance with 'move - on'.
2. Short stay hostels with a greater range of services, stay is usually from 1 - 3 months maximum
3. Medium stay hostels usually 6 months to a year

Within the above are a wide range of options and some hostels will have a very specific client group, whilst others will not 'target' particular groups but will maintain a balance within Equal Opportunities.

Low, medium or high support dependent on the client group, funding, staffing levels etc. :
- Specialised projects for people with drug and/or alcohol problems
- Ex-offenders projects
- Projects for ethnic minorities
- Projects for those living with HIV/AIDS
- Projects for working people and/or people looking for work
- Projects for people currently using alcohol, i.e. 'wet hostels'.
- Projects for people with special needs, i.e. learning difficulties
- Projects for people with mental health problems
- Projects for refugees

* many hostels work with a range of people with different needs, for example the Cardinal Hume centre hostel works with refugees, young people of ethnic minorities, lesbian and gay young people and others incorporated in Equal Opportunities.

Doing the work

My main recommendation arising from my experience at the conference is that every organisation with a commitment to working with all of those who are marginalised must ensure that their staff are fully trained in the following areas

Equal Opportunities and its active implementation.
Professional Boundaries
Confidentiality
Welfare Benefits
Health and Safety
Basic counselling skills
HIV/AIDS awareness

The conference did not seem to address who the homeless and marginalised are, if someone has become homeless there are usually a variety of contributing factors and to work with someone you must attempt to understand them. It's not enough to offer the 'same' help to people with different needs.

To re-integrate someone into society and citizenship you must address the following

Why did they became homeless? is special support or counselling required, helping someone learn to live with their problems and overcome them.

Who are they? is racism, harassment or stereotyping by 'society' one of the reasons they became homeless? To help someone become a citizen your society must be prepared to welcome them! I have no solution for this other than the ongoing education of all and an active fight to counter discrimination in all forms.

What do they need ? shelter, a safe place to live, food, medical services and appropriate counselling if required? And then the right to decent affordable housing in an area in which they will feel safe.

What do they want? What are their hopes, dreams and ideas about their life. Are we imposing our values on them. Have they explored all the options for education, training and work? Are they in contact with family and loved ones? Are we enabling them to make decisions about their life, and to stand without judgement on what those decisions might be?

And finally

What can we offer? Do we have integrated services run by trained professionals? Are we fully aware of all the services available other than our own? If our service isn't addressing their needs can we link them in with others? Will our service still be around next year (funding)?

Managing Hostels

Beyond providing shelter, hostels require a clear structure and set of guidelines and rules in order to maintain safety, encourage self determination and ensure that workers are able to deal with the variety of issues presented by people in a state of crisis or 'recovery'.

Rules in hostel vary depending on the level of support and the aims of the hostel. I enclose a license agreement of the Cardinal Hume Centre hostel. The rules reflect the work we are aiming to do with newly homeless young people i.e. safety, prevention of entering the cycle of long term street homelessness and encouraging the acquisition of life skills in order to cope living independently.

Mental Health issues

The services in London are by no means fully comprehensive, and there is a particular problem with regard to the services available for people with mental health problems, there is growing concern that these people are slipping through the net.

The majority of hostel accommodation is not geared up to working with people with severe and/or chronic mental health problems. Dependent on staffing levels and the network of external support i.e. visiting Community psychiatric nurses and psychiatrists, by and large it is much harder to offer an effective and lasting solution and service to these people.

The number of beds have been reduced in Psychiatric wards and Hospitals. As a result a disproportionate number of people with mental health problems are sleeping rough and are at risk of becoming long term street homeless.

The solutions to this are very much a government issue, and the lobbying power of the ERC should be used to its fullest.

Elaine Kidd
Project Manger
Cardinal Hume Centre

ASSOCIATION ESPAGNOLE DE NEURO PSYCHIATRIE
MEMBRE DE LA WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION
ET DE LA WORLD FEDERATION FOR MENTAL HEALTH
Villanueava 11; 28001, Madrid,Tel et Fax (91 431 49 11)

A) LES PENSIONS SUPERVISEES ET CONCERTEES

La mise en place de pensions superviséeset conertées exige d'abord d'avoir à disposition unj certain nombre de places dans différentes pensions : on concsitute aisni un ensemble de ressour(ces flexibles et normalisées quisatisferons aux besoins des malades mentaux chroniques qui n'ont pas besoins d'une attention supervision 24 heures sur 24

Pour ce faire une convention a été établie entre la « consejeria « pour l'intégration sociale (çàd l'institution politique et administrative responsable)et plusieurs pensions de l'arrondissement du Centro dont les patrons ont voulu participer à ce projet et dont les chambres ont des conditions d'habitabilité et de confrort suffisantes. Chaque pension offre un nombre de places déterminéespour les programme .

Le choix des pensions est fait en fonction de la capacité de leurs responsables de collaborer avec les services sociaux et de santé mentale, et de la qualité des chambres : chambres individuelles , donnant sur l'extérieur,confortablement meublées, avec eauchaude et toilette àdisposition et des espaces communs praticables.

Le paiement est effectué sur le budget de l'administration autonome régionale pour l'intégration sociale, en fonction du nombre de places occupées.

Le projet s'est mis en place en1991 dans le secteur 7 de Madrid. Actuellement on dispose de 11 places dans trois pensions différentes. Les usagers de ce programme sont des malades mentaux chroniques âgés de 18 à 65 ans quisont en traitement dans le service de santé mentale et inclus dans le programme général de réhabilitation réinsertion sociale

Le profil des usagers est varié : patients sans logement et sans ressources économiques suffisantes à cet effet ; patients sans appui familial ;patients en crise malgré la présence de la famille et dont on souhaite l'éloignement du domicile dans un but thérapeutique ; patients qui habitent seuls qui sont en crise et dont l'entrée à l'hôpital est contrindiquée ; enfin comme structure intermédiaire vers un autre mode de placement..

L'utilisation des pensions est une solution économiquement avantageuse qui permet à) la fois la désinstitutionnalisation des patients chroniques, leur soutien dans leur environnement socio-communautaire, tout en sauvegardant et leurvie privée et leur liberté tout en prévenant le risque de clochardisation.

Dans un avenir prochain, ce type de programme devrait être généralisé dans l'ensemble de la ville ; il y aurait sinon une trop grande concentraton de malades mentaux sans abris dans certains quartiers, entraînant une surcharge des services et de ce fait une nouvelle marginalisation.

B) LES PROGRAMMES DE SUITE : équivalents à eux de case management.

Le programme de suite est destiné à assurer , dans l'intervention bio-psycho-sociale, la continuité des soins entre les divers dispositifs que peuvent utiliser les patients. Les professionels les plus impliqués dans le développement de ces programmes sont les infirmiers de secteur psychiatriques et les travailleurs sociaux. Ils travaillent en relation directe avec les psychiatres et les psychologues, responsables du projet thérapeutique de chaque patient. Le programme est la référence indispensable pour le patient et pour tous les services qui sont impliqués dansle traitement. Le but essentiel est d'assurer l'intégration des différentes interventions pour que l'une ne se superpose pas à l'autre. Cette. procédure permet une bonne connaissance du patient, de ses capacitéset de leurs limites.

C'est parfois grâce à ce programme que le patient établit les premiers contacts avec un professionnel ; est ainsi créée la possibilité d'interventions à venir, qu'elles soient immédiates ou différées,même de quelques mois. Cette relation initiale permet de prévenir la disparition du patient dans le réseau des services ; les activités du programme peuvent se poursuivre même si le patient refuse la consultation avec le psychiatre ou le psychologue. Le déroulement du programme

est différent pour chaque patient s'accomodant aux besoins et aux possibilités de chacun.

Le profil des patients inclus dans ce programme est celui de chroniques graves qui ont besoin d'un très fort soutien car ils risquent de se détériorer ou de se perdre dans les circuits d'assistance normaux. Nous considérons qu'il est indispensables que soient inclus dans le programme ceux qui habitent tout seuls.

Le soutien au patient est fait par un tutorat : les tuteurs sont des professionnels de santé mentale. L'indication thérapeutique est donnée par l'équipe de santé mentale ainsi que la détermination des autres services dont le patient aura besoin.

A partir de ce programme se réalise la coordination des dispositifs sélectionnées ainsi que l'éducation et l'information des patients et des familles , pour que soit bien connu ce qui va être fait au sein de l'équipe de santé mentale et que soient prévus les services qui seront nécessaires.Par la suite on devra être aussi souple que nécessaire pour la modification de l'un ou l'autre aspect du plan général ; il est d'ailleurs souvent nécessaire d'abaisser le niveau d'exigence initial.On doit travailler avec la famille comme avec le patient : il faut souvent aider la famille à faciliter la participation du patient à telle ou telle activité ; quand il n'y a pas de famille on tente de travailler avec les voisins si c'est nécessaire.Dès le début du programme on aborde aussi la relation avec les services sociaux, les bénévoles, etc...

En conclusionle programme de suite a montré son utilité dans l'optimisation de l'utilisation des différentes ressources et pour éviter que les patients se perdent et soient perdus dans les différents dispositifs d'aide.

Le groupe de travail de l'association madrilène de santé mentale et l'association madrilène de réhabilitation psychosociale

PROGRAMME D'ATTENTION AUX PERSONNES SANS FOYER AVEC PROBLEMES PSYQUIATRIQUES (MADRID) *M. F. Bravo*

PROGRAMME D'ATTENTION AUX PERSONNES SANS FOYER AVEC PROBLEMES PSYQUIATRIQUES (MADRID)	
RESUME	
Intervention coordinée entre les différentes administrations autonomiques (regionales) et locales, pour le développement de mesures positives de protection officielle pour ce collectif qui se trouve dans une situation spéciale d'exclusion. Actuation coordinée entre le Réseau des Affaires Sociales et le Réseau de la Santé et avec la participation d'autres commissions complémentaires avec réponses différentes selon les caracteristiques dans chaque situation, Ceci permet de répondre dans chaque cas, interventions globales et totales à l'ensemble des demandes de ce collectif (attention sanitaire, logement, reéducation).	
OBJECTIFS	
. Détection des malades mentaux dans la rue pour les diriger sur les services sanitaires et sociaux. . Proporcioner la couverture nécessaire pour les besoins de base (logement, manutention, soins médicaux, etc...) . Les approcher aux services sanitaires et aux services sociaux. . Gestion aux aides économiques. . Développer des programmes de rehabilitation psyco-sociale et laborale. . Les rendre dans un entourage normal. . Développement de logements alternatifs hors des institutions (logement en tutéle)	
FACTEURS DE RISQUE PERSONNEL	FACTEURS D'ORGANISATION SOCIAL
. Souffrir d'une maladie mentale . Exclusion/rupture de la famille . Sans traitement psycologique . Perte du réseau social . Isolément et déracinement . Difficultés dans la vie ordinaire	. Sans formation professionel spécifique . Problèmes de chômage . Problèmes d'acces aux: * Prestations economiques (bourse chômage etc * Services sanitaires et sociaux * Demeure et/ou logement normalisé.

PROCÉS D'INTERVENTION GLOBAL ET PERSONNALISE		
Détection dans la rue et intervention	Réponse sanitaire à la problematique psyquiatrique aigue	Attentions sanitaires programées à la problematique psyquiatrique
- UMES * - RÉALITÉS * - SAMUR * - POLICE	HÔPITAL	S.S.M.(1)
	Procés de rééducation psychosocial et developpement d'aides de base	
	CASI * (2) SS.GG.* FIR * (3)	
Procés d'insertion social et de logements hors des institutions		Procés de formation et insertion au travail
- Foyers supervisées - Petit residences - Ateliers de réhabilitation - Services sociaux d'arrondissement		- Atelier de réhabilitation au travail - IMEFE * - FUNDOSA *

* UMES= Unité Municipale d'Urgence Sociale
RÉALITÉS= Project pour la détection de personnes sans abri
SITACE= Service d'Attention Telephonique pour Urgences
SSM= Service de Santé Mentale d'Arrondissement
CASI= Auberge (Centre d'Accueil San Isidro)
SS.GG.=Services Sociaux Généraux d'Arrondissement
FIR= Formation, Information, Réhabilitation (Troisième Programe Européen contre la Pauvreté
IMEFE=Institut Municipal pour l'emploi
FUNDOSA= Fondation pour le travail de l'Organization Nationale d'Aveugles

PROGRAMME SPECIFIQUE POUR DES PERSONNES SANS FOYER
AVEC DES PERTURBATIONS PSYQUIATRIQUES
QUI VIVENT DANS LE CENTRE D'ACCUEIL SAN ISIDRO

INSTITUTIONS COORDINEES REGULIEREMENT

* Service de Santé Mentale du quartier de Moncloa
(Service Sanitaire qui a du personnel du Service National de la Santé et du Service Régional de la Santé et qui soigne a une population du quartier de la Moncloa -105.000 hab. et qui est composé par : 4 psychiatres, 3 psychologues, 5 infirmières,1 assistante sociale et 2 administratifs.

* Centre d'Accueil San Isidro (C.A.S.I.)
Service Social Municipal qui fonctionne comme un service social général pour des gens sans foyer et comme un service social spécialisé, qui réalise un procès d'intervention sociale sur ces gens. Il y a une équipe d'intervention composée par : 2 psychologues, 2 assistantes sociale et 2 infirmières.

* Formation information Réhabilitation (F.I.R.)
(Projet promu par le Conseil d'Intégration Sociale au travers de son Programme de Services Sociaux Alternatifs à l'institusionalisation Psyquiatrique qui avait été approuvé comme INITIATIVE NOVATRICE par l'Union Européenne dans le III Programme Européenne de la lutte contre la Pauvreté (1990 - 1994). L'équipe est formé par 2 psychologues, et monitors.

ORGANISATION ET COORDINATION DU PROGRAMME

1.- Nomination d'un réponsable du programme dans chaque équipe pour pouvoir garantir l'actuation coordinée dans chaque cas.

2.- Des réunions hebdomadaires de dérivation, coordination et appui parmi les réponsables du programme dans chacune des trois équipes.

3.- Des réunions tous les 6 mois de coordination et évaluation des trois équipes ensemble.

ACTIONS DEVELOPPEES
C.A.S.I. (2)
Détection des malades mentaux qui résident dans le centre. Proporcioner la protection necessaire pour les besoins de base. Les rapprocher des services sanitaires et sociaux. Démarches pour les aides économiques.
F.I.R. (3)
Programmes individualisés de réhabilitation psychosociale et appui citoyen (Bénéficiares 1994 = 74 Devéloppement d'alternatives de logement citoyen (Bénéficiaires de logement sous tutèle 1994 = 14 Actions de formation et assesorement téchnique pour connaître le numero et characteristiques du collectif des malades mentaux en situation de marginalité sans abri dans la ville de Madrid. Evaluation du projet.
S.S.M. MONCLOA (3)
Evaluation et diagnostic. Traitement (Psychopharmacologique, psychotherapie individuele et de groupe....). Intervention en crise Programme de réhabilitation et suivi des malades mentaux chroniques et graves. Etude des caracteristiques sociodémographiques et cliniques des gens soignés

dans le programme (138 dès 1991 a 1994) et évaluation de la répercution du programme.

Age ..... 48 ans
Sexe ..... 52% hommes/48% femmes
Etat civil..... 62% celibataires/29% divorcés
Niveaux d'études..... 75% études élémentaires ou moins
Situation laborale ...72% én chômage/12% retraités
Trait. psychiatr. préliminaire 67% hôpit. / 17% ambul.
Diagnostic psychiatrique 50% squizophr., t.paranoïques

CONCLUSIONS

La mise en marche du programme de coordination a diminué:

* le nombre des cas de crises dans le C.A.S.I.

* le nombre de réhôpitalisations.

* les urgences hôpitalières.

L'étude des caractéristiques sociodémographiques des malades mentaux sans foyer soignés dans le programme montrent que celles ci sont similaires aux personnes sans foyer non malades.

* Les femmes sont beaucoup plus nombreuses

* Ils ont perdus leur liaisons familières (majoritée de célibataires et divorcés)

Les renseignements cliniques montrent que les diagnostics les plus fréquants sont les schizophrenies et les troubles paranoïquest ayant des précédents d'hôpitalisation préliminaire de courte durée.

L'actuation coordinée des trois équipes a permis que les malades mentaux chroniques commencent un traitement et un processus de réhabilitation

psychosocial avec une amélioration de leur autonomie et qualité de vie, surtout chez ceux qui sont passés à vivre dans des logements sous tutèle.

L'inclusion des malades graves dans le programme de suivi favorise une récuperation plus continue et une meilleure integration dans les aides de récuperation et dans les logements sous tutèle.

L'expérience montre que la coordination entre les services sociaux, les réhabilitateurs et tous ceux dans le domaine de la santé mental est il possible et que la coopération est indispensable dans le travail avec chaque malade.

M. F. Bravo
Psychiatre. Responsable du Service de Santé Mentale de Fuencarral
Ex-Responsable du S.S.M. de Moncloa
Professeur Associé de la F. Médicine de la U.A.M.

MENTALLY ILL AND DUALLY DIAGNOSED HOMELESS PERSONS:
innovative interventions that improve mental health, quality of life, and stability in the community

Paula R. JAMES

During the past decades, there has been a substantial increase in the magnitude of the *Severely and Persistently Mentally Ill* (**SPMI**) and *Mentall Ill Chemical Abuser* (**MICA**) homeless population. In part, the increasing numbers of SPMI/MICA clients not only correlates with deinstitutionalization, **but also with a lack of programs specifically designed to meet the concommitant needs of this population.** Traditional hospital/clinic programs based on the medical model which require that the client come to them were proving to be unsuccessful in engaging a number of SPMI/MICA clients.
In response, in 1978 New York State established community oriented demonstration programs under the rubric of **Community Support Services (CSS)**.

Bellevue Hospital Center in New York, which serves 3,000 homeless clients annually in the psychiatric emergency room, sponsors three programs under the CSS umbrella--Supportive Case Management and two six-month live-in rehabilitation programs. **All three programs focus on a community oriented self-help psycho/social/educational model, the objective being to prevent the "revolving door" cycle, stabilize clients in the community and help them to function at their maximum potential. All programs have voluntary admission requirements.** The programs are partially funded by New York City Department of Mental Health and New York State Office of Mental Health. They also bill Medicaid and Medicare as well as Managed Care Providers--85% of the clients are covered by Medicaid and about 10% of clients have no medical coverage or are not eligible (undocumented immigrants) and are treated free of charge.

1. SUPPORTIVE CASE MANAGEMENT (SCM)

This program was established in February, 1986 to serve SPMI men and women 18 years or older who are homeless and have a DSM-IV AXIS I diagnosis. The SCM program is located in the lobby of Bellevue Hospital Center and is easily accessible to the public.

It had been observed that clients who were treated and released from the psychiatric emergency room as well as those clients discharged from in-patient units were experiencing difficulties in following through with treatment and housing appointments made for them in the community.
Unable to negotiate a fragmented service system, the majority of these clients ended up in the streets, drop-in centers, shelters and sooner or later needed to be rehospitalized. This same client population tended to be compliant with treatment and became stabilized in the community when assigned a case manager prior to discharge who advocated for and tracked them in the community for at least three months. The Case Manager acts as a liaison/mediator between the client and the diverse facilities/providers in the community which serve the SPMI/MICA client.

Engaging the Client: The Case Manager utilizes a non-threatening, non-judgemental, client-centered flexible caring approach, focusing not just on the client's diagnosis but continuously assessing and working with each client and his concommitant needs at any given point in time. Providing services in vivo (for instance, in the shelters, streets, buying the client a cup of coffee outside a hospital setting) is crucial for effective SCM. By repetitively taking services to the clients in their own environment, gradual acceptance of treatment occurs; however, each Case Manager must know the client well enough and have the skills to be able to determine when the client needs protection from harm and when just to remain available for the client when he is ready to accept services.

Activities: Clients are offered an array of options and concrete services. The clients are linked to psychiatric, substance abuse, medical, day treatment and vocational training programs. Entitlements are secured for the clients such as welfare, Social Security Disability, Medical and Medication coverage. Subsidized housing is available from relatively independent to intensively supported living dependent upon the clients' level of functioning. Activities of daily living are emphasized such as money management, shopping, cooking, travel, personal hygiene, stress reduction and use of leisure time. Clients are educated in regard to their psychiatric illness and medication they take. Attempts are made to re-establish family contacts. Clients are encouraged to participate in decision-making and in formulating their treatment plan with the worker. The Case Manager advocates for the client, working through obstacles presented in obtaining housing and services and helps clients cope with the reality of an often hostile, fearful and unresponsive environment.

Staff: There is a ratio of one Case Manager to 20 clients who are followed for as long as is necessary and who have daily accessibility to the worker. Each Case Manager carries a beeper and an on-call roster of workers allows 24-hour contact if necessary. Should a client's worker be unavilable, each Case Manager has a back-up worker whom the client knows--this enhances continuity of treatment and can prevent a crisis situation from occurring and preclude the necessity for hospitalization. Supervision and Team Meetings occur at least once per week and mandatory in-service training is scheduled once a month for all staff.

Clients are referred from a number of sources in the community--hospitals, clinics, shelters, outreach teams, houses of worship, soup kitchens and from individuals in the community. Many clients self-refer.

Data: In an average year, SCM serves 500 SPMI/MICA clients of whom 150 are placed in permanent housing and stabilized in the community. Seventy-five percent remain in placement for at least three months. Those clients who do not remain in placement tend to be dually diagnosed and often require placement in a more structured milieu. Previous studies indicate that one year after placement, 69% of a homeless mentally ill sample remained housed (Lipton, Nutt, Sabatini, 1988). Toomey et. al. (1989) found that 54% of SPMI clients placed in housing by a Case Manager or Outreach woker remained housed at the end of three years.

Program Self-Assessment: Data are collected each month to monitor if the program is meeting its mission. Staff document number of direct and indirect hours worked with clients. Also recorded are the number of visits per client, the number of new intakes, how many clients are placed in the community, who remains in the community after three months, and which clients are lost to contact. The number of treatment plan goals attained by each client are tracked on a monthly basis as well as those clients requiring hospitalization. Client Satisfaction Surveys are requested on a regular basis. The SCM Team has been successful in helping to engage in services the large percentage of its homeless SPMI/MICA clients, many of whom were discharged from city and state psychiatric hospitals, have a long history of multiple hospitalizations and non-compliance with treatment. SCM is labor-intensive and can be daunting for the worker who often must be patient and accepting of a client who might take a year to respond to outreach.

However, it is very gratifying to see those clients who do respond to ultimately become integrated into the community.

2. CSS CONTINUING TREATMENT PROGRAM TRANSITIONAL LIVING COMMUNITY (CTP)[14]

The CTP was established in 1988 in response to the observation that some clients were often deemed "not sick enough" to require in-patient treatment but were "too sick" for placement into supportive housing in the community. Often these clients were left homeless (Telson, H. & Cuoco, L., 1990). The CTP is a 30-bed therapeutic self-contained transitional six-month community oriented rehabilitation program for chronically mentally ill men 18 years and older, who have an AXIS I diagnosis listed in the DSM-IV, who must be alcohol and drug free for at least two months, are homeless and accepting of rehabilitation treatment. The program offers the clients a structure that is supervised yet allows autonomy which enhances self-help, independence and readiness for living in the community. The CTP is located in a 765-bed men's shelter operated the Department of Homeless Services on the Bellevue campus. The CTP is certified by the New York State Office of Mental Health and sponsored by Bellevue Hospital Center.

The program's goal is to reduce symptoms, maximize potential for recovery of meaningful social involvement, to place clients in supportive residential programs congruent with their level of functioning and help the client to attain the capacity to function in the community.

Services Available to Clients: Assessment and treatment planning; discharge planning; medication therapy and education; case management; health screening and referral; training in activities of daily living including money management, shopping, cooking, travel, personal hygiene and use of leisure time; psychiatric rehabilitation and education; symptom and stress management; substance abuse education; activity therapy; verbal therapy; crisis intervention and clinical support services; entitlements; housing and vocational training/educational programs; picnics and attendance at diverse cultural events in the city.

---

[14] *Paula R. James, Director CSS Programs, Bellevue Hospital Center, New York.*

Staff: Services are provided by a multi-disciplinary treatment team from 8.00 a.m. until 5.00 p.m. five days a week; however, 24-hour nursing staff exists 7 days a week. The professinal staff include a psychiatrist, a clinical administrator, a psychologist, three primary therapists, two activity therapists; two case managers, 24-hour psychiatric nursing staff. The program staff is augmented by a volunteer professional art therapist, two social work interns and a psychology intern. Should a particular staff member be unavailable, each staff member has a back-up worker to ensure continuity of treatment. Periodically, (two semesters a year), New York University trains their nursing staff in the CTP program during their third year community nursing course. The nurses help facilitate group activities, especially on weekends.

Program Structure: The program must continually balance limit-setting with client autonomy in order for the client not only to become engaged and participate in the program but also to prepare him for the reality of community living.
Clients are informed that certain behaviors are unacceptable such as physical altercations. Emphasis is placed Page 4--Mentally Ill and Dually Diagnosed Homeless Persons. CTP Program. on maintaining a safe environment for the clients and staff. Clients are permitted to leave the program during the day as long as they attend at least two groups daily plus required groups such as Community Meetings, Morning Meetings, Chores Group and if applicable, a Substance Abuse Group. Clients must always attend their regularly scheduled therapy sessions. A levels system comprising Orientation through to Level 4 with a modified token economy works well. Clients earn more tokens the more they participate in program activities which might include getting out of bed by a certain time, taking a shower, cleaning up after meals or attending all groups. Clients are able to redeem their tokens to buy an array of commodities of their choice from the in-house store which stocks items such as cigarettes, candy, soda and cans of soup. During Level 4, the re-entry to the community phase of the program, clients are able to receive overnight or weekend passes thereby enhancing the transition from the CTP to housing in the community.

Data: During the past fiscal year, due to staff shortages early in the year, the census was capped at 15 clients in the program. Treatment was provided to 60 clients, 42 of whom completed treatment and were placed into permanent housing in the community. Forty-one clients remained in placement and stabilized in the community at the end of the three-month follow-up. Of the 18 clients who were not placed, some appeared not to be able to tolerate "organized society" and chose the anonymity of the streets, others exhibited denial and lack of insight to their psychiatric illness and left

the program against medical advice. Three clients appeared to self-sabotage and left the CTP program just prior to their being placed in the community. One client had a long history of travelling around the country and he headed off to Boston, Massachusetts where workers in that state contacted us to enhance continuity of client's treatment. The 18 clients were informed that they were welcome to reapply for admission to the CTP program or to contact a staff member for referral purposes elsewhere.

Program Self-Assessment: Data are collected each month to monitor the efficacy of the program. Staff documents the number of direct face-to-face contact hours and indirect hours worked with clients. Also recorded are the number of new intakes, how many clients are placed in the community, who remains in placement after three months and which clients are lost to contact. The number of treatment plan goals attained by each client are tracked on a monthly basis. Data is also collected on those clients who required rehospitalization. Client Satisfaction Surveys and input are requested on a regular basis and analyzed to assess program efficacy.

Many clients respond to the nurturing, acceptance, limit setting and community oriented self-help rehabilitation that the CTP offers. Many individuals have been able to move on to appropriate placements in the community where they remain for years. This is both gratifying for the client and the treatment team who have a sincere commitment to working with a SPMI homeless population. The challenge that remains is to somehow engage those clients who are unable to commit themselves to rehabilitative treatment on any level.

3. MENTALLY ILL CHEMICAL ABUSER (DUALLY DIAGNOSED) TRANSITIONAL LIVING COMMUNITY (MICA) [15]

The CSS/MICA program, informally known as the Greenhouse and opened in May 1991, is a 30-bed, self-contained intensive six-month residential program for homeless men, 18 years or older, who have a primary AXIS I diagnosis listed in DSM-IV and have a secondary substance abuse diagnosis. The Greenhouse structure is based on a therapeutic community paradigm modified for the homeless MICA population. The

[15] *Paula R. James, M.A., Director, CSS Programs and Deborah Smulian-Siegal, A.D.T.R. Primary Therapist and Activity Therapist Supervisor, CSS/MICA, Bellevue Hospital Center, New York.*

program is located in a 765-bed men's shelter operated by the Department of Homeless Services on the Bellevue campus. MICA is certified by the New York State Office of Mental Health and sponsored by Bellevue Hospital Center.
The program's goal is to reduce symptoms, maximize potential for recovery of meaningful social involvement, to place clients in supportive residential housing congruent with their level of functioning and help the client to maintain the capacity to stabilize in the community.

Program Structure: On admission to the program, new residents (clients) are provided with a manual which explains the philosophy, guidelines and structure of the program. A Big Brother (a more advanced peer) is assigned to each new resident to help orientate him to the community (program).
There are four in-house phases which include Orientation through to Level III, each addressing core treatment issues pertaining to dual diagnosis and homelessness. Completion of each phase is formally acknowledged and celebrated by the entire community, (residents and staff). Once a resident has met the expectations of each treatment phase, he moves tothe next level. Upon transition into residential placement, residents attend a one-month aftercare component of the program. Residents spend the bulk of their time in the program in Level II (seven weeks through to four months). We have found that post two-months, residents have sufficiently adjusted and are ready to assume increased responsibility and accountability not only for their personal treatment agenda but also for their role in facilitating the self-help, community oriented nature of the program. Residents are given the opportunity to capitalize on their past experiences rather than negate them, and are encouraged to learn to identify, empathize, share and support in a prosocial milieu which is safe and where drugs are prohibited. If a resident uses substances while in the Greenhouse, he is placed on probation and can be discharged from the program. Random and planned urinalysis is conducted on a weekly basis as well as each time a resident leaves the premises.

Client Job Functions: All clients are assigned job functions to enhance improvement and awareness of various facets such as cooperation, interpersonal skills, self-discipline, responsibility, and to understand relationships to peers and to authority figures in the community hierarchy. Six Departments cover all task functions which comprise an Expeditors Division, Facility Maintenance, Kitchen, Laundry, Community Service, Education and Graphic Arts. The Expeditors (senior clients) are responsible for overseeing the other Departments of which each has a Department Head, an

Assistant Department Head and a crew. All the cooking, cleaning, laundry and art work are carried out by the residents. Ideally, as in general society, job changes are based on behaviors and attitudes. The Departments are monitored by staff members who, along with the residents' input, assign various job functions. The objective is to challenge the resident without overwhelming him.

Daily Schedule: The program is highly structured with many rules and scheduled activities from the moment of getting up to bedtime. A wide variety of therapeutic and recreational groups are offered which address issues such as drug addiction, mental illness and medication, homelessness, nutrition, personal hygiene, interpersonal skills, self-expression, exercise and use of leisure time. Residents are allotted personal needs time which is integrated into the daily schedule. Trial and error have led us to implement a module system (see Attachment 1) to ensure that during the designated six months, each resident will benefit from a double rotation of the schedule.

Privileges and Sanctions: A system of earning privileges and being given sanctions is utilized to reinforce the rules, enhance awareness and promote prosocial behavior and attitudes during daily life in the community.

Staff: Services are provided by a multi-disciplinary treatment team from 8.00 a.m. until 8.00 p.m. five days a week; however, 24-hour nursing staff work seven days a week. The staff include a psychiatrist, a clinical administrator, a clinical psychologist, two masters level primary therapists, two activity therapists, an addiction counselor, a case manager and psychiatric nursing staff. The program staffing is augmented by a trainee activity therapist, two social work interns and two professional volunteers. Programmatic dictates require that staff be well versed in the intricacies of this modified therapeutic community model and most staff wear several hats of various shapes and sizes. Regular in-service training is mandatory for all staff members. Flexibility coupled with consistency are valuable and important assets for staff members given the nature of the population. Staff are encouraged to participate in the ongoing assessment of the program. Policy meetings address theoretical underpinnings, the parallel process of the staff agenda to that of the program community and program justification.

Data: During the past fiscal year, due to severe staff shortages, the census was capped at 15 residents in the program for a good part of the year. Treatment was provided to

50 residents, 18 of whom completed treatment and were placed into permanent housing in the community. Sixteen of those residents remained in placement at the time of the three-month follow-up. Longitudinal research is in process to track and monitor numerous variables before and after treament such as reisdent linkages in the community, length of stay in housing, number of hospitalizations, involvement in criminal activity and substance abuse, and to assess if treatment in the program influenced residents to seek further treatment whether or not they completed the required six months of the program.

Program Self-Assessment: Various data are collected each month to monitor the program. Staff documents all direct and indirect hours worked with clients. Also recorded are the number of treatment plan goals attained by each resident, as well as the number of hospitalizations, placements in the community, residents who left against medical advice, and those lost to contact. Resident satisfaction surveys are requested on a regular basis and analyzed to assess program efficacy.

Although the number of residents completing treatment and being placed in the community are small, they are nevertheless encouraging. Prior to their involvement with the Greenhouse, these residents had been on the streets abusing substances and in and out of hospitals and other rehabilitation programs for many years without any long-term stability in the community.

The efficacy of the model is reflected by continued feedback from the graduates of the program. They reinforce the notion that a self-help community oriented paradigm teaches them among other things, the concept of and their ultimate choice for "right living".

==========

Paula R. James, M.A.
Director, CSS Programs, Bellevue Hospital Center, New York.

Deborah Smulian-Siegal,
A.D.T.R. Primary Therapist and Activity Therapist Supervisor,
CSS/MICA, Bellevue Hospital Center, New York.

THE HOMELESS MENTALLY ILL:

OUTREACH ON THE STREETS OF NEW YORK

presented at the

THIRD EUROPEAN SEMINAR

"FROM EXCLUSION TO PARTICIPATION:
the impossible challenge?"
May 18-20, 1995

by

Joan M. Tappen,
Director of Outreach
John Heuss House
42 Beaver Street
New York, New York 10004, U.S.A.

THE MENTALLY ILL HOMELESS:
outreach on the streets of New York

Joan M. TAPPEN

As we toil in the field of "homelessness", each of us, in our own way, tries to find the miracle cure that will put our clients back together again. We search for that one magic word or act that will shed light on the problems faced by thousands of homeless throughout the world. Not just the ability to house the homeless but to make their lives whole, to make them want to get up in the morning and rejoice at who they are.

Many excellent books have been written recording the plight of the homeless. We have learned the many reasons why people become homeless. We know about deinstitutionalization and substance abuse. We know about physical, mental and sexual abuse. We know about poor physical health and underemployment. And we know about undereducation and racism, but we do not yet have the answers to solve these problems. We do, however, have the ability to discuss and share this knowledge in forums such as this conference and begin to learn what works and what doesn't work.
We all struggle under limited available funds but what we lack in money we make up for in love and dedication to our work. By coming together and sharing our experiences, we not only grow in our chosen professions but support one another and give credence to who we are.

The problem of homelessness in America is nowhere more apparent than in New York City, which has an estimated homeless population of 40-60,000 persons with emergency shelter being provided for 8,000 singles and over 5,000 families on a nightly basis. Even with these services, significant problems remain: fewer than half the City's homeless routinely rely on the relatively generous provision of "food and shelter for all who request them"; large, congregate shelters are sometimes forbidding for the afflicted; low cost hotels and apartments remain in very short supply; and the "street homeless" remain frustratingly service resistant.

To offset these large congregate living facilities, drop-in centers have been funded by the City and State to offer services to the truly service-resistant homeless "street people." Drop-in centers service 75-125 persons in a low demand setting. There are no beds but many of the clients are provided with sleeping accommodations at churches and synagogues across the city.

John Heuss House, an outreach ministry of Trinity Church, is a 24-hour drop-in center for the chronically-homeless mentally ill and medically frail of Lower Manhattan. Working collaboratively with numerous agencies citywide, John Heuss House encourages vulnerable and entrenched homeless persons to leave behind the life of the streets and re-enter mainstream society by offering its clients a comprehensive range of supportive services.

Located in the heart of New York City's financial district, John Heuss House is a healing community where each client can begin to realize his or her potential in a safe and pleasant environment. Clients are urged to develop a sense of responsibility for their physical and emotional selves, their possessions, and the well-being of their neighbors. Working and struggling with clients through a long-term rehabilitation process, the staff of the drop-in center empowers this most profoundly disaffiliated segment of the adult homeless population to regain their dignity and independence and return to healthy lives within society.

Heuss House takes pride in being an integral and responsible member of the larger community, maintaining strong connections to the neighborhood surrounding it. Many local businesses and residents sit on the Community Advisory Board and provide technical assistance and guidance in such fields as fund-raising and development.

Our center is relatively small with a staff of 29 servicing 100-125 persons daily. In the six years that we have been in operation, we have seen approximately 7000 different people come through our doors. Have we helped all of these people? We can only believe that we have made their lives a little better than before. What can we say about the results we've obtained? During these years we have been able to find housing for about 10% of our clients. Of the rest, many accept some services and then leave, only to return and try some other service. Recidivism in the field of homelessness is rampant; the inability to focus on long-term goals is inherent in this population. And still there is another segment of our population for whom we can only provide a safe

haven - a meal, a shower, someone to talk to. But we continue our work, knowing we have to.

At the drop-in center, meals, clothing, showers, and access to beds in church/synagogue shelters are provided daily. Other on-site services include twice-weekly medical and psychiatric clinics, counseling, work therapy, and medication monitoring. Assistance is available to our clients in securing government entitlements, managing money, remaining clean and sober, and procuring viable housing.
In addition to the services provided by our staff, a network of resources has been created in order to provide a continuum of care for our clients.
This network helps to provide the following services for our clients

- a mobile crisis intervention unit providing voluntary and involuntary psychiatric hospitalization;
- psychiatric emergency room, inpatient services, walk-in clinic, and a substance abuse clinic at a City hospital;
- public assistance, Medicaid, services for people with AIDS, food stamps;
- staff training;
- services for adolescents;
- services for out-of-town homeless;
- substance abuse programs including alcohol and drug detox, rehabilitation and reentry programs;
- transitional and permanent supportive housing;
- surplus food to supplement purchased supply;
- shelter for homeless veterans.

In addition to the drop-in center, an outreach office is maintained at the Staten Island Ferry Terminal offering in-depth case management and referral services to the homeless frequenting the transportation facility and Battery Park. This outreach component has enabled John Heuss House to extend its services to a wider group of homeless individuals, since the mandate of the outreach program is to provide services to any homeless person requiring assistance in the Staten Island Ferry Terminal/Battery Park area. Although John Heuss House continues its commitment to serving the homeless mentally ill, our drop-in center services now encompass many alcoholics, substance abusers, and a younger population than before.

As part of our continuum of care, we implement and coordinate the following programmatic components:

Outreach - meeting and engaging a person for the purpose of delivering support services. It includes building trust, assessing needs, and developing a plan for providing services. This is a lengthy process but nothing can be accomplished without successful outreach.

Assessment - deciding with the client what his needs are. Rarely will a homeless person have only one problem - therefore it is important to take time to prioritize their needs. To discuss housing or employment, except in the broadest sense, is ludicrous when the person is obviously in need of other, more critical services such as medical care, psychiatric care, detox, hospitalization, etc.

Referral - making arrangements for the client to go somewhere other than the public place where he/she is now. This can include a number of places, again based on the assessment of his/her most critical needs.
When a referral is made, it should be seen as part of a larger plan and assurances must be given to the client that his other needs will be met in an orderly fashion. This can sometimes be accomplished by escorting him/her to the referral site and setting up a time and place to see him/her again for the next step. It can also include a referral to the John Heuss House to establish a base for more intensive services.

Follow-up - continuing to work with the client, making arrangements for the next referral or support indicated. At times, it will include conferring with other service providers who may have an adjunct service to the initial referral - such as an outpatient program after detox or a series of follow-up appointments at a medical or mental health clinic.

Service Plan - an overall plan for putting a client's life back together again. The plan should be made in consultation with the client but should also be realistic. It will include assessment, referral and follow-up as described previously. A good service plan is dynamic and will change as necessary. To this end, it is imperative that the plan be reviewed often and adjusted as needed. A successful service plan will have many changes and adjustments due to the unique nature of the target population.

In the last 15 years, homelessness has undergone a number of changes. Providing shelter for the homeless and cries of "housing, housing, housing" by the advocates

were the original position taken by those involved in the "new" phenomenon of homelessness.

As the problem grew, it was recognized that the majority of the homeless on the streets of New York were not just people like you and me who happen to be down on their luck. Rather, they are people who possess at least three, (in some cases, all) of the following personal attributes: mental illness, alcoholism, drug addiction, weak family ties, limited social skills, limited job skills, black skin, male, single. While we struggle to put their lives together, the problem grows.
Currently the United States is going through social and political changes that will force us to rethink how we are going to accomplish our goal of eradicating homelessness. All levels of government are facing problems balancing their budgets. As a result, deep cuts are being made in health and welfare expenditures.

Restrictions on welfare and medical care will put more people on the streets. Limiting the time a person can be on welfare appears, on the surface, to be a good way to return people to the mainstream. However, implementing these rules during a time when there are few jobs available, does not seem to be a viable option. We shall all have to become very creative in order to continue our work.

On a positive note, there are changes taking place that will assist our work with the mentally ill. For the past 15 years, along with deinstitutionalization, there has been a virtual abolition of involuntary commitment for the mentally ill.
As a result we have seen the mentally ill eating out of garbage cans, sleeping in the streets, unable to care for themselves, being at risk from those who would take advantage of them. Involuntary commitment is only allowed when there is documentable proof that a person is a danger to themselves or others. New mental health regulations will allow more health professionals to request a psychiatric evaluation. The ultimate decision to hospitalize a person will still be made by a psychiatrist but this is a way to at least get the client to an emergency room for an evaluation.

We never want to return to the times of warehousing the mentally ill but we cannot continue to allow them the right to die on the streets. Another change in legislation will require a patient who is discharged from a hospital on medication to continue to take the medication or risk returning to the hospital. It is hoped that this will help a

person remain stabilized and thereby enable him/her to maintain housing and some semblance of a normal lifestyle.

In closing, I would like to quote from "A Nation in Denial: The Truth About Homelessness" by Alice S. Baum & Donald W. Burnes.
"It has been almost fifteen years since homelessness became sufficiently visible to touch a nerve in the American consciousness and conscience, and this country has responded with little more than Band-Aids; so, to rising frustration, homelessness continues unabated.

Denial prevents America's citizenry from facing the truth about the alcoholics, drug addicts, victims of family violence, abused and sick children, mentally ill people, and dually diagnosed people who so desperately need help. Unlike many previous generations of Americans, most people today deny the relationship between disabling addictions and mental illness and the fact of homelessness. Enabled by aggressive political efforts to portray the homeless as "just like us," the public ignores reality despite the overwhelming evidence to the contrary.

Overcoming denial about alcoholism, drug addiction, and mental illness is a challenge for all, whether those suffering from these problems are family members, friends, employees, or strangers on the street. Only by doing so, however, can society offer help and hope to both loved ones and strangers alike. The rapid expansion of treatment opportunities for middle-class patients suggests that people are overcoming their denial when these diseases appear among the middle class. It is time to put aside class prejudices and recognize that those who stay on the streets and live in shelters deserve the same kind of help and treatment. No less than anyone else, the homeless deserve the opportunity to recover and maintain sobriety and stable mental health so they too can fully participate in this interdependent society we call America."

Joan M. TAPPEN
Director of Outreach
John Heuss House
42 Beaver Street
New York, New York 10004, U.S.A.

QUESTIONS / INTERVENTIONS FINALES

Avant de donner la parole à la salle, pour des dernières reflexions, le président de la session plénière, Mr. Jean DESALME a présenté ces observations:

(ajouter....)

• Je voudrais ajouter quelque chose: il me semble que en plus de l'accès au logement, il faudrait insister sur l'accès à la citoyenneté par rapport à une adresse, à un domicile. C'est-à-dire **comment faciliter même pour ceux qui n'ont pas une adresse, le bénéficie de tous les droits sociaux** (*Jacques Simonet*).

• Deux réflexions qui croisent les propositions.

- Première réflexion : j'entends bien le partenariat, mais il me semble qu'il faut distinguer ce partenariat institutionnel que nous rencontrons assez souvent et que parfois il y a une adhésion à travailler ensemble et ce qui me semble plus ressortir des réflexions que nous avons entendues: **un partenariat de projet**, càd. comme le disait le représentant du Médecins du Monde, nous sommes là à la fois pour reconnaître les personnes et faciliter, faire éclore leur projet personnel et communautaire. Et donc ce partenariat doit être au service de ce projet-là càd. qu'il mobilise toutes les compétences, les énergies et les moyens pour que ce soit LE PROJET de la communauté et des personnes qui aboutisse.

- Deuxième réflexion: il me semble qu'il y a deux absents dans cette salle, aujourd'hui. Peut-être qu'il y en a d'autres, mais je n'en identifie que deux, avec lesquels pour l'avenir il faudra certainement travailler, les impliquer dans nos travaux:
1) - Celui du **monde économique et financier**, lié nous le savons à une responsabilité dans les causes des phénomènes sur lesquels nous travaillons. Et il ne sert à rien de renvoyer la responsabilité à ces personnes, il faut travailler avec eux. Certains considèrent leurs entreprises comme des entreprises de citoyens et aussi les financiers. Donc il faut travailler avec eux et constituer une négociation très forte.

2) - Ensuite le **monde politique**. Il doit être impliqué à la base au travail partenarial, pour faire réussir eux-aussi avec les autres le projet, car les choix qu'ils doivent faire doivent être des choix qui doivent être adaptés à ces situations et qui répond à ces besoins là.

Voilà deux directions que je propose pour le futur. (*Claude Chigot*)

• Je crois qu'il y a un point plutôt clef pour, surtout, les propositions à faire: on a parlé des personnes qui sont **sorties des institutions psychiatriques sans suivi**.
Je crois que c'est un problème très important et ici il faudrait faire des recommandations très précises et très fortes. La continuité du travail après l'hospitalisation est très nécessaire et je crois qu'il y a un élément qui ressort et qui est très important: c'est que le nombre de psychotiques qui sont à la rue n'est pas le fait de sortie de l'hôpital, **il est aussi lié au fait que ces patients ne sont pas acceptés par les services sociaux d'urgence**. Et en particulier les adresser pour l'hébergement. Je crois qu'il y a un vrai problème pour ce qui est de l'ordre de **la collaboration avec le CHRS**, où on définit toujours plus des crénaux d'accueil qui sont des créneaux des travailleurs normaux, à la recherche de logement. Il y a alors là une vraie question , une vraie recommandation en terme de politique publique: c'est qu'il y ait des moyens à donner au CHRS pour fonctionner avec l'ensemble de la population qui a besoin d'être soutenue.
Et en effet c'est ce qu'on prévoyait au départ, mais ensuite c'est sur l'autre créneau qu'ils se sont spécialisés. (*Jean-Pierre Martin*)

• En ajoutant peut-être un petit plus: le programme ici de patients hors institution est d'abord très complexe pour les associations ; elles sont **confrontées tout le temps à des limitations, et soumis à des pressions** de tout ordre, et si **d'autres relais sociaux** ne sont pas pris en compte on risque de perdre tout le bénéfice des collaborations qu'on a eues jusqu'à aujourd'hui.
(*Jacques Simonet*)

• There are number of ways **to facilitate continuing communication**:

- One is the instruction of a directorate of the all services involved.

- Second would be a newsletter.

- Third would be to connect to internet.

- Fourth to prepare well the exchange programme between the workers, if we are able to realize it. (*Philip Timms*)[16]

• Je retiens que la proposition de l'**échange**[17] devrait être largement favorisée dans le cadre de l'Europe. Et je crois que si le Conseil Régional Européen peut être un soutien dans le cadre de l'échange, nous devrions insister sur le fait que c'est très important aujourd'hui **connaître sur le terrain** ce qui se passe au niveau européen. (*Jacques Simonet*)

• Comme représentant du Grand Duché du Luxembourg, un tout petit pays, nous avons aussi des problèmes, et nous aussi on a trouvé des solutions.
Il y a vingt ans, on a commencé avec ceci: si quelqu'un veut traire une vache il faut lui donner une chaise **avec trois jambes**:
- l'une c'est le travail,
- la deuxième jambe c'est le développement,
- la troisième jambe c'est l'assistance social.
Donc pour savoir traire une vache, il faut cette chaise-là.
On a construit ensuite des réseaux et on a travaillé avec des gens provenant de toute problématique.
Et au Luxembourg on se connaît tous et on s'aide mutuellement.
Après vingt ans de travail, on a quand-même appris que la manière centrale c'est quand-même **la relation qu'on a avec les clients** et c'est la durée la longueur du travail qui apporte tout cela. C'est pour cela que je dis à Luigi Merci d'avoir organisé ce séminaire très intéressant. (*Carlo Brown*)

• Je soulignerais **l'aspect durée** qui n'a pas été inscrite d'une façon suffisante dans notre liste mais paraît tout à fait intéressant: l'idée de durée et de permanence et de savoir ce qu'est le temps par rapport à des gens qui ont perdu le temps et l'espace. (*Jacques Simonet*).

---

[16] *Il y un certain nombre de façons pour faciliter la communication suivie entre nous:*
- avoir une liste des services impliqués
- avoir un bulletin d'informations
- se mettre sur Internet.

-[17] ***bien préparer le programme d'échange entre travailleurs, au cas où** on*
on parviendrait à le réaliser.

• Il me semble aussi important d'envisager **comment investir l'espace public autrement**.
Les sans-abri investissent la rue ; la rue c'est autre chose, c'est leur espace privé. Et je crois que nous, institutions, nous, travailleurs, intervenants, etc, je crois que nous avons une autre façon d'investir la rue aussi.
Donc **d'aller vers la rue avec une autre perspective de se retrouver dans la rue**, parce que c'est autre chose pour les sans abri la rue. Investir l'espace public ou semi-public où ils y vont. Je pense par exemple au bar, là où on consomme, où on est client et où on est égale à tous (si on a l'argent).

Une chose qui je crois manque le plus pour les sans abri et plus particulièrement les sans abri malades mentaux c'est **la convivialité**: rencontrer les gens soit disant normaux, les citoyens normaux, pour qu'on puisse vivre un peu des moments de normalité.
Et ça se passe dans les endroits de tout le monde.
Je pense que s'occuper très spécifiquement de ces personnes-là ne fait que **renforcer certains ghettos**, et de la même manière que Médecins du monde a fait le tour dans la rue il y a une manière d'investir l'espace public qui est trop privatisé par l'argent et qui n'est pas particulièrement habité par les institutions.

• Je pense qu'un besoin très significatif des sans abri c'est de **se reposer.** Ils ont besoin de repos, de se laisser un peu pour reprendre leurs forces. C'est pour cela qu'il faudrait avoir des espaces pour permettre ce repos à ces gens, que ce soit **un espace physique ou un espace psychique** de repos individuel, où l'on peut reconstituer avec eux leur projet et qui prend le temps pour le faire. Et de cela, il faudrait présenter motion au ministre du logement, pas nécessairement de la santé, maris de logement qui est l'espace de vie de ces personnes. (.....)

Anthropological-clinical approach to homeless people

Pilar Rico García
Luis Alfonso Aranguren Gonzalo

After working for some time as volunteers with homeless people, we decided to carry out a more intense investigation during the 1991 year at the Albergue de transeúntes (shelter for transients) "San Vicente de Paúl", in Aranjuez, Madrid. Our starting point was to reflect on the homeless' way of life, values and anthropological perspectives; and secondly, to describe the possible pathologies that such a population shows concerning mental health. Our work was essentially channeled throught personal interviews with homeless persons that every day come up to the Albergue.

From the anthropological and sociological point of view we detected that homeless persons appear in two great groups: the traditional transients, self-excluded and desintegrated with regard to social medium, with very few possibilities of incorporation to that medium; and the "new transients" (unemployed, inmigrants, drug addicts), victims of the most recent economic crisis, which have more personal means to be reinstated in the social medium. Our interest was focused on the firts group, because it is the most numerous and less investigated in Spain. We highligth in it the following distinctive features:

a) Roots' lack. This is the case of persons that, althought the most part of them have known their parents, they have not had home experience. The family eradication leads to the own land's eradication and to the feeling of living constantly on strange land, on the isolation, as an excluded or rejected person.

b) Relationships' lack. These persons do not have gratifying experiences of personal meeting. They have opted for the monologue in their existence, and not for the dialogue. They understand themselves as individuals living "with nobody", and so, from the point of view of their personal existence, they are "thrown in solitude" into the world.

c) Time's sense marked by the present's intense experience, since not having a life's project for which to live, the present constitute itself as the only possession of these persons. On the other hand, this present is not submited to the dictation of momentary hurries or urgencies.

d) Possession's sense. Opposite to our urban civilization's eagerness for having as a form of being, the transient does not wish to have anything. We are in front of a new type of stoicism.

e) Living's sense. Persons of this type do not think about a life's project, but they give a certain sense to their daily living from the category of their own "life's experience". This form of experience gives to the homeless person an untransferable wisdom related with that he in fact knows: to live.

From the clinical point of view we have noticed that, taking into account the adpted empathy in our interviews, the homeless patient had a hight conciousness of his illness, a good aptitude for starting a treatment and very best collaboration throughout the totality of the clinical study. This study was carried out through clinical interviews stablished according the criteria of the Diagnostical and Statistical Handbook of mental disorders (DSM-III-R, American Psychiatric Association). It lasted a whole year. The total quantity of interviewed people was 534 persons (499 men and 25 women). Only 2 persons rejected to be interviewed. More than 75% were conform with the achievement of analitical blood tests for completing the study. Following are the obtained results related with their psychical health status:

a) The 43,5% of the individuals have not a pathology suitable to be codified on the Axis I (DSM-III-R).

b) The most frequently founded disorder has been the "disorder for the use of alcohol". The 5% suffered a disorder due to the use of other psicoactive substances.

c) The 9% showed some of the following disorders: "schizophrenia" (the 83% of chronic course), "bipolar disorder", "major depressive disorder" or "other psycotic disorders".

d) The 21% showed psycopathological backgrounds for which they had been admitted in a psychiatric or general Hospital due to reasons related with mental health.

e) A fourth of individuals with some disorder on the Axis I had been admited in a psychiatric Hospital. The maximum stay's time showed a mean (ds):5.4 (13.7) months.

f) Only the 5% of those who suffered a disorder suitable to be codified on the Axis I were been trated at the time of the interview.

- L'ente locale vorrebbe teoricamente produrre un qualcosa di nuovo per un passaggio dall'assistenza continuativa e ripetitiva programmata spesso in situazione di emergenza ad una situazione progettuale che tenga conto della globalità delle persone e delle risorse occorrenti ad avere i presupposti per un reinserimento sociale.

Tale reinserimento deve tener conto della gradualità temporale che occorre al soggetto più o meno emarginato per arrivare a credere di poter essere considerato soggetto di diritto. Spesso non si affrontano le problematiche dei S.F.D. perché non si trovano interlocutori che possano partecipare al processo che porta allo sviluppo progettuale sulla persona. Pertanto occorre garantire protocolli d'intesa ad interlocutori che debbono far parte del cammino di aiuto alle persone poiché altrimenti si ripetono errori che per l'operatore possono essere frustranti ma per l'utente molto più dolorosi se non di definitivo distacco dall'istituzione. Si avverte al momento una maggiore richiesta di presenza di operatori tecnici che rappresentano l'istituzione e l'utenza ma in concreto non si riescono a portare avanti progetti ne a breve ne a lungo termine per mancanza di strumenti e fondi.

Il Comune ha compreso che debbono essere affrontati i problemi sociali della popolazione emarginata ed in particolare quelli dei S.F.D., degli alcolisti, dei tossicodipendenti etcc... ma vi sono problematiche di fondo che limitano eventuali progetti poiché manca la possibilità effettiva di dare ai suddetti cittadini quel qual cosa che possa completare il lavoro eventuale degli operatori e degli utenti stessi.Non sono garantiti quei diritti costituzionali che permettono ad un cittadino di considerarsi "uomo".

La categoria di soggetti che si rivolgono allo SPIS è composita in quanto rappresentata da tutti coloro che si trovano a vivere situazioni di emergenza sociale spesso legate ad abbandono o disturbi legati ad una cronicità.

Tra i soggetti trattati vi sono anche malati psichiatrici che vivono in strada senza punti di riferimento poiché rifiutano di rivolgersi a strutture che si limitano a trattamenti farmacologici e colloqui.

Lo SPIS per questi ultimi soggetti sta ipotizzando percorsi preferenziali con i DSM per usare al meglio le risorse professionali e strumentali e costruire progetti integrati sulla persona.

Il secondo punto inerente le difficoltà incontrate dal servizio sono quelle usuali che ogni servizio incontra poiché parlando del livello istituzionale si ha l'impressione di non poter mai raggiungere una condizione regolare di lavoro integrato ma ci si debba spesso creare alleanze o condizioni di simpatie personali

che rischiano di non avere continuità poiché sono legati ai limiti temporali delle persone e non ad un codice di lavoro stabilmente rappresentato.

A livello amministrativo lo SPIS deve essere abbastanza soddisfatto poiché sin dalla nascita ha potuto contare sulla massima libertà, fiducia ed agilità. Tutto ciò ne ha favorito lo sviluppo e l'immagine di un servizio così tempestivo da essere quasi considerato magico in una realtà elefantiaca di servizi impastoiati in formulari,firme , autorizzazioni e lungaggini.

Gli stessi operatori di servizi oltre che gli utenti in più di un caso per non veder naufragare il lavoro sviluppato alcune volte si rivolgono allo SPIS per portare a termine alcuni progetti su utenti che altrimenti fallirebbero.

Circa le soluzioni ipotizzate e le proposte formulate dallo SPIS in materia di emarginati esse si concretizzano nell'ipotizzare una bassa soglia da dare ai servizi per garantirene l'accesso e nella presenza continua di operatori sul territorio vicino all'utenza per conoscerla , studiarla e con essa intraprendere percorsi di reinserimento.

All'uopo sono state ipotizzati piccoli centri diurni di frequentazione per utenti dove possono avere dei punti di riferimento sociali e sanitari. Si è ipotizzata una struttura di accoglienza notturna per persone che vogliono trovarsi insieme senza dargli la valenza di dormitorio.

Si è infine presentato un progetto in sede europea denominato "Metropoli e devianza sociale" che prevede lo studio ed il reinserimento sociale con relativa formazione e lavoro per 100 soggetti SFD.

Credo di avere risposto con quanto suddetto anche alle strategie impiegate che partono da un fondamentale concetto di presenza continua nei luoghi dove vivono gli emarginati e dove si presume si studino programmi e si organizzino progetti per il loro reinserimento.

L'ACCOGLIENZA DELLE PERSONE SENZA DIMORA:
i servizi e le modalita' di intervento

CARITAS DIOCESANA DI ROMA

Il Centro d'Ascolto per italiani della Caritas Diocesana di Roma è un punto di riferimento "cruciale" per il disagio sociale nella capitale. Si rivolge ad una fascia di utenza bisognosa di assistenza di base a livello alloggiativo, offre la possibilità di accedere ai servizi mensa e docce laddove se ne verifichi il bisogno, agendo nel contempo con l'intento di promuovere l'autonomia e la responsabilizzazione dell'utenza nonché di riattivare i servizi presenti sul territorio.

L'area Ascolto e Accoglienza: articolazione dei servizi

La Caritas Diocesana di Roma ha costituito, nel corso degli anni, una serie di servizi articolati tra loro (tutti compresi nell'area Ascolto e Accoglienza) con l'intento di fornire risposte specifiche alle persone senza dimora, a seconda dei bisogni che presentano.

Il Servizio di Pronto Intervento Sociale Notturno (svolto in convenzione con il Comune di Roma) ed il Servizio Notturno Itinerante di Ponte Casilino, sono quelli che potremmo definire i "più esterni", in quanto si occupano di persone che sono per strada, spesso addirittura incapaci di recarsi personalmente nelle strutture adeguate per chiedere aiuto.

Quando le persone contattate accettano un alloggio, vengono condotte presso i due ostelli, uno maschile e l'altro femminile, anch'essi gestiti in collaborazione con il Comune di Roma, per ricevere le prime cure e spezzare così la lunga catena di eventi che li ha portati per strada.

Ruolo specifico dell'ostello è, sia **tamponare le emergenze alloggiative** per persone che per la prima volta sperimentano un tale disagio, che **fornire occasioni di rilancio** per un'utenza già cronicizzata nella vita di strada, ritentando una progettualità in ragione di nuove richieste della persona. Caratteristica principale dell'ostello è la temporaneità dell'intervento.

Nell'Area Ascolto e Accoglienza sono inserite altre due strutture alloggiative convenzionate con il Comune, il cui intervento si snoda in tempi relativamente più lunghi rispetto all'ostello. Esse sono il Centro Accoglienza di Ponte Casilino e la Casa Famiglia di Fidene. La prima accoglie una fascia di anziani che, per alcune loro caratteristiche (barbonismo, malattie mentali, disadattamento sociale) non hanno accesso ai servizi previsti per gli anziani, come case di riposo e lungo degenze.

La seconda offre tempi di permanenza prolungati per persone più giovani prive di punti di riferimento familiari, che possano, per qualche anno, giovarsi dell'accoglienza in una struttura protetta, in vista della ricerca di un nuovo equilibrio esistenziale.

Il Centro d'Ascolto per italiani: qualche nota relativa all'assistenza delle persone senza dimora

Durante la permanenza presso gli ostelli, gli ospiti sono seguiti dal Centro d'Ascolto della Stazione Termini se sono italiani e dal Centro d'Ascolto di via delle Zoccolette se stranieri.

Più specificatamente va detto, riguardo al Centro d'Ascolto per italiani, che già da qualche anno esso si colloca in un'area urbana, quale quella della Stazione Termini, che si rivela nodale per quanto riguarda le fasce di emarginazione locali o provenienti da altre città d'Italia.

Il Centro si costituisce quindi come osservatorio delle problematiche dei senza dimora ed è in riferimento al lavoro svolto da tale servizio che possiamo trarre alcune annotazioni rispetto a metodologie e problematiche particolari.

Servizi offerti

Il Centro d'Ascolto per italiani effettua colloqui con quanti si presentano chiedendo un aiuto per superare una situazione di disagio venutasi a creare. Nella maggior parte dei casi si tratta di situazioni di totale o grave povertà.

L'assistenza fornita riguarda: l' alloggio presso gli ostelli della Caritas e la fornitura di buoni mensa, di buoni doccia e di biglietti ferroviari.

L'alloggio presso gli ostelli viene dato:

a) in seguito ad uno sfratto e in mancanza di altre risorse;
b) per la perdita di un lavoro e la conseguente perdita dell'abitazione;
c) per disadattamento sociale o malattia mentale, in assenza di riferimenti familiari;
d) per barbonismo.

Tutti gli utenti degli ostelli sono seguiti dall'équipe psicosociale del Centro d'Ascolto.

I buoni per la mensa spesso vengono dati a persone che provengono da altre regioni, venute a Roma in cerca di lavoro o che hanno abbandonato la propria famiglia in seguito a gravi situazioni di disagio.

Le persone, presentandosi al centro per ottenere il buono per la mensa, molte volte trovano la forza per esprimere altri disagi e chiedere un aiuto concreto.

I buoni per le docce vengono erogati in modo prevalente a persone che vivono per la strada a seguito di varie forme di malattia mentale, a motivo della tossicodipendenza o litigio con i familiari.

I biglietti ferroviari, a differenza degli altri servizi, vengono fatti per il rientro in famiglia oppure per raggiungere un posto di lavoro trovato in regioni diverse dal Lazio.

Particolare risalto va dato anche alle frequenti richieste dovute alla mancanza di denaro in caso di furto subìto.

Da circa 10 mesi è presente un servizio di consulenza psichiatrica la cui fruizione si è espressa a tutt' oggi prevalentemente nell' ambito limitato della definizione diagnostica, dunque senza una effettiva presa in carico delle persone.

L'utente ritenuto problematico viene inviato al servizio di consulenza psichiatrica dagli operatori di prima istanza. Le risposte fornite abbracciano 3 livelli: nei confronti dell' utente stesso, degli operatori, e dove lo si ritenga necessario e possibile, in direzione dei servizi socio-psichiatrici pubblici, competenti per territorio geografico. Tutto ciò al fine di proporre e stimolare una corretta quanto funzionale presa in carico dell' utente stesso con il suo contesto familiare e socio-ambientale.

Fasce di utenza

Nell'analisi dei dati riguardanti le fasce di utenza, saranno considerate le percentuali relative agli utenti di cittadinanza italiana cui fa riferimento il Centro d'Ascolto per italiani.

Nello specifico vengono riportati i dati, in percentuale, del secondo semestre 1994.

UOMINI	65%
DONNE	35%

Dai dati su esposti si evidenzia una maggiore richiesta alloggiativa da parte dell'utenza maschile rispetto alla femminile. Tale dato può assumere una connotazione particolare se correlato a quello relativo all'età. Per una maggiore facilità di analisi l'età degli ospiti è stata suddivisa in tre classi della medesima ampiezza (tranne l'ultima il cui estremo superiore non è stato definito).

	UOMINI	DONNE
0-25	4%	2%
26-50	34%	19%
50 e più	27%	14%

Se ne deduce che la classe di età maggiormente rappresentata risulta essere quella centrale (comprendente gli utenti dai 26 ai 50 anni). Tale preminenza appare costante sia in riferimento agli uomini che alle donne. La minore percentuale dell' utenza femminile non tragga in inganno considerando che le singole percentuali sono relative al totale degli utenti. Se difatti tali dati vengono relativizzati separatamente ai totali dei due sessi si può osservare una costante presenza dei medesimi nelle varie classi di età. Da rilevare che la bassa frequenza percentuale segnalata dalla classe 0-25 può essere riferita alla specificità nella fruizione dei servizi del centro, cui possono accedere unicamente individui maggiorenni. Per meglio arrivare a descrivere le varie fasce di utenza sono stati anche utilizzati i dati relativi alle diverse zone di residenza riprodotte nella seguente tabella:

	UOMINI	DONNE
Residenti	20%	17%
Non residenti	34%	15%
Non rilevato	11%	3%

Anche in questo caso le percentuali sono da riferirsi al totale dei casi esaminati. Molto vicine sembrano essere le percentuali dei due sessi rispetto alla residenza in Roma, questo dato acquista una maggiore rilevanza in riferimento alla donne, considerandone la minore presenza in ostello. Sensibilmente elevata è inoltre la

percentuale degli uomini non residenti che hanno usufruito della assistenza alloggiativa. Il dato può essere sintomatico di una più chiara tendenza all' abbandono del centro residenziale di provenienza. Se ne potrebbe dedurre una maggiore propensione all'allontanamento dal nucleo familiare degli uomini rispetto alle donne.

Richiesta di assistenza materiale e motivazione al cambiamento.

In certe situazioni di povertà le varie forme di assistenza (buoni mensa e doccia, alloggio, ecc.) vanno a soddisfare dei bisogni primari che altrimenti resterebbero senza una risposta per l' assoluta mancanza di risorse di una parte della popolazione.

Tuttavia, nell'ottica di una promozione globale della persona, non va dimenticato che l'offerta di servizi materiali è una preziosa risorsa nel lavoro con il senza dimora, per vari aspetti.

In primo luogo la richiesta di un servizio materiale, quale il buono per la doccia o il buono mensa, è un atto che può essere compiuto anche da persone le cui capacità relazionali sono gravemente compromesse.

E' solo l'attenzione dell'operatore e la sua capacità di accoglienza, che può far nascere dalla semplice richiesta di un servizio un desiderio più ampio di entrare in relazione, di ristabilire un nuovo rapporto con l'ambiente esterno e quindi successivamente di riflettere sulle vicende esistenziali che hanno portato ad una progressiva emarginazione e alla completa perdita di potere della persona riguardo alla sua vita ed alla possibilità di dirigere almeno in parte gli eventi secondo i propri desideri e le propie necessità.

Seppure in tempi brevi non nascesse una richiesta più ampia, il servizio materiale rimane uno strumento di contatto che rende il Centro di Ascolto un punto di riferimento nell'arco di un tempo prolungato, per persone che ormai hanno smarrito quelli usuali (famiglia, casa, lavoro, ecc.).

L'erogazione di servizi materiali comporta tuttavia un rischio, che è quello di perpetuare la condizione di "assistito", soprattutto in persone che in qualche modo hanno ovviato ad iniziali condizioni di svantaggio sociale con il ricorrere continuo ai vari servizi assistenziali esistenti nel territorio.

Rispetto a questa fascia di utenza è richiesta una riflessione più approfondita, soprattutto in vista dello sviluppo di competenze necessarie per giungere comunque da una parte all' accoglienza del soggetto e dall' altra alla valorizzazione delle risorse personali dello stesso, tanto da permettergli di puntare più su uno sviluppo delle proprie capacità che su una dipendenza esterna dai servizi assistenziali.

Partiamo infatti dal presupposto che una persona che miri allo sfruttamento dei servizi assistenziali, piuttosto che alla valorizzazione delle proprie risorse, sia vittima di vicende che gli hanno impedito lo sviluppo del proprio patrimonio personale e della propria autostima.

Per evitare che il servizio colluda con tali meccanismi è fondamentale che punti innanzitutto sulla valorizzazione dell' individuo e alla sua autonomizzazione, contrastando la visione spesso portata da questo tipo di utenti di un' istituzione onnipotente e onnipresente in contrasto con la propria impotenza e la propria inconsistenza.

Considerazioni conclusive

L' ambizione di questi servizi è di creare un clima di accoglimento in cui l' utente si senta motivato a riattivare competenze relazionali perdute, riscoprendo la propria capacità di dare, nonché di collocarsi in un rapporto di reciprocità e di scambio.

Solo così la persona potrà ridisegnarsi come soggetto attivo e reinserirsi in un tessuto sociale che lo aveva precedentemente spinto verso i margini più estremi.

E' ipotizzabile che l' attività futura debba prevedere un intervento risocializzante da attuarsi anche con la strutturazione di gruppi di animazione e di discussione nel Centro di Ascolto e in quelli di accoglienza.

Tale attività dovrà tenere conto sia delle problematiche degli utenti sia delle loro fasce di età che delle capacità e conoscenze individuali. Questo, al fine di arrivare a concepire e a attuare dei programmi che siano quanto più possibile calibrati sulle diverse situazioni. Va considerato difatti che l'emarginazione mostra, specie negli ultimi anni, una evoluzione ed una trasformazione in rapido divenire.

Filomena Dell'Orco: psicologa, Centro d'Ascolto per italiani della Caritas Diocesana di Roma;
Silvia Pasquali: assistente sociale, idem;
Massimo Gidoni: psichiatra e psicoterapeuta, idem;
Daniele Salera: obiettore di coscienza, sociologo, idem.

COOPERATIVA SOCIALE CO.T.R.A.D.

Lino Guerra Nunzia Calascibetta

Parlando di emergenza, prevenzione, disagio ed emarginazione, non può non essere affrontato il nodo problematico che riguarda la distinzione tra *normalità* e *devianza* in ambito sociale, sovente confuse rispettivamente con *sanità* e *malattia*.

Si ritiene utile chiarire subito che nel presente lavoro non si associa alla definizione "deviante" un giudizio di valore ma si prende, come unico criterio di valutazione, l'accettabilità sociale di un comportamento. Si ritiene cioè utile un eventuale "recupero" (modifica) di un comportamento convenzionalmente considerato deviante (cioè socialmente inopportuno o inappropriato) nella misura in cui esso danneggia (emargina) chi lo mette in atto. Una azione sociale che voglia quindi "recuperare" in modo efficace un comportamento deviante dovrà quindi agire su due fronti: verso l'individuo; verso la Società, intesa nelle sue istituzioni, affinché essa sia progressivamente educata all'accettazione e valorizzazione del "diverso".

La prevenzione diretta

Il costante contatto con il fenomeno del disagio e dell'emarginazione sociale ha consentito che si facesse progressivamente strada in noi l'idea che qualsiasi azione volta ad aggredire efficacemente una situazione di *emergenza sociale* non dovesse, e non potesse, trascurare una adeguata azione preventiva sul Territorio. Ciò nella convinzione che qualsiasi azione preventiva debba essere il più possibile precoce in relazione a quanti, appartenenti a determinate *categorie sociali*, siano ritenuti a rischio di emarginazione e devianza: rischio legato non tanto all'appartenenza di per sé ad un certo ceto o categoria sociale ma dovuto, piuttosto, al forte controllo sociale operato verso quelle fasce. Combattere l'emarginazione sociale tralasciando, allo stesso tempo, la parallela realizzazione di progetti di intervento riferiti all'area del disagio familiare, e quindi minorile, rischierebbe di caratterizzare qualsiasi strategia di azione sociale come strategia puramente assistenziale.

Una scelta quasi consequenziale a quanto finora detto è quella della costruzione di spazi che possano fungere da luoghi complementari di prevenzione. La nostra Cooperativa gestisce dal 1991 un "Centro Diurno "Polifunzionale" che non intende sostituirsi agli ambiti quotidiani del minore ma vuole innanzitutto essere occasione d'incontro per ragazzi, e tra ragazzi ed operatori. In esso si realizzano attività promozionali e di sensibilizzazione attraverso le quali il "Centro" si propone come "spazio laboratorio" e stimola la partecipazione dei ragazzi alle attività.

Prevenire, ovvero promuovere, informare e sensibilizzare (*prevenzione primaria*), non può essere comunque un'azione autonoma e unilaterale da parte di un soggetto "depositario di verità", bensì una forma di comunicazione attraverso la quale si realizza un dialogo interpersonale all'interno di un contesto emozionale.

La prevenzione "indiretta"

La *semplificazione sociale,* che confonde il deviante col malato e la diversità con la pericolosità sociale, la si riscontra all'interno di molte istituzioni. Il Carcere e l'Ospedale Psichiatrico sono nati, ad esempio, in base all'assunzione che il "diverso" porta con se caratteri tipici e come tale va considerato non tanto come prodotto della Società quanto soggetto per essa pericoloso. Lo stesso Servizio Sociale, che dovrebbe poter superare la dicotomia buoni-cattivi, sano-malato, non scende, purtroppo, sul Territorio alla ricerca del "diverso" come individuo, operando, al contrario, sull'utenza una rigida compartimentazione che non ha solo una funzione formale, o convenzionale, ma sostanziale. Esiste quindi l'handicappato, il Tossicodipendente, l'ex detenuto, lo psicopatico, l'anziano, ecc. per ognuno dei quali viene ideato un Servizio ad hoc, disegnato in base a presunte caratteristiche comuni di persone che sono invece portatrici di istanze individuali molto diverse e specifiche. Nascono così le strutture di contenzione per disagiati psichici, i cronicari per anziani, gli istituti per handicappati, gli istituti di rieducazione minorile, ecc., nei quali la persona smette di essere tale per rivestire il ruolo sociale del deviante (fisico, psichico o caratteriale). Quella che è una delle caratteristiche personali dell'individuo, e come tale rappresenta solo una parte di esso, assume una rilevanza eccessiva rispetto al tutto, contribuendo alla formazione di una immagine distorta che puntualmente la Società gli restituirà come aspettativa sociale. Alla persona viene cioè negata la capacità di essere e di scegliere, non consentendole la fruizione dei Servizi in quanto utente e lasciandole come unica possibilità quella di restarne vittima.

Sembra ovvio, quindi, che gran parte del lavoro di prevenzione debba innanzitutto indirizzarsi verso la progressiva demolizione di tali compartimenti stagni, ponendo finalmente le basi per un progressivo recupero, nella sfera sociale, di quanti sono attualmente espropriati del loro essere individui, responsabili delle proprie scelte.

La prevenzione laddove il disagio si traduce in devianza: *il ruolo dei Servizio di Pronto Intervento Sociale (SPIS)*

E' evidente che laddove esiste un disagio è possibile lavorare affinché ciò non diventi devianza, evitando così di perpetuare situazioni che potrebbero favorire piccola criminalità o, nella migliore delle ipotesi, emarginazione. Come Équipe di Pronto Intervento Sociale (ÉPIS) ci si imbatte spesso in persone adulte che hanno

ormai già "scelto", o sono vicine al farlo, una via che si discosta da ciò che viene convenzionalmente definito "normale". In questo caso, laddove ciò non sia dovuto ad alterazioni neurologiche (come ad esempio per alcuni anziani), e tenendo sempre presente quanto già illustrato riguardo ai concetti di "normalità" e "devianza", diventa fondamentale il ricorso alla "diagnosi sociale" precoce. Essa è volta ad individuare tutte quelle situazioni che concedono ancora appigli tali da permettere una azione sociale efficace (*prevenzione secondaria*). È altrettanto importante poter garantire un trattamento che permetta di contenere in modo efficace quanti non consentono più un totale recupero sociale (*prevenzione terziaria*).

L'Équipe di Pronto Intervento Sociale (ÉPIS)

Fondamentale sta diventando il ruolo dello SPIS Riguardo ai Senza Dimora. La scarsità di letteratura sull'argomento e l'assenza, in Italia, di strategie di intervento collaudate sta portando il Servizio ad assumersi l'onere dell'individuazione delle modalità d'azione ad essi rivolte. Inoltre, l'assenza di strutture territoriali pubbliche impegnate in tale direzione spinge progressivamente lo SPIS a porsi sempre più come referente istituzionale principale.

È in tale contesto che si muove l'Équipe di Pronto Intervento Sociale la quale, nell'ambito del proprio lavoro di programmazione, si è progressivamente persuasa dell'utilità di un metodo di lavoro teso a contattare l'utenza in maniera diretta. Gli operatori inviati nei luoghi ad alta densità di emarginazione possono cioè instaurare rapporti duraturi con chi è ormai troppo diffidente nei confronti delle istituzioni pubbliche. Questo approccio, fondato sulla *conoscenza diretta dell'utente* e sulla fiducia reciproca, è l'unico a garantire l'eventuale buon esito dell'intervento verso persone che si sentono ormai ai margini della Società.

L'attuale mancanza di servizi istituzionali di riferimento, l'estrema difficoltà incontrata per l'ottenimento della residenza da parte delle persone Senza Dimora e la conseguente impossibilità di accesso ai servizi esistenti, ha portato l'ÉPIS ad adoperarsi soprattutto per il raggiungimento dei seguenti obiettivi: individuazione delle situazioni di disagio attraverso il contatto diretto con l'utente;
costruzione di una rete di solidarietà intorno all'utente;
eliminazione delle barriere di accesso ai Servizi Territoriali.

L'Équipe è inoltre impegnata nella sensibilizzazione dei segnalanti, della forza pubblica e di quanti vivono nei pressi dell'utente, affinché la loro attenzione sia rivolta al disagio personale che quest'ultimo sperimenta piuttosto che al "fastidio" che egli, con i suoi comportamenti devianti, provoca inevitabilmente alla Società. Inoltre, è

ormai prassi consueta dell'Équipe l'approfondimento, laddove possibile, della storia personale degli utenti e la conoscenza del territorio da essi frequentato, attraverso l'osservazione diretta e costante dell'utente ed il contatto di eventuali conoscenti, amici o parenti. *Lino Guerra e Nunzia Calascibetta (Cooperativa Sociale CO.T.R.A.D.)*

CONCLUSION

Pendant ces deux jours nous nous sommes confrontés à un défi: le défi de la participation face à la fatalité, au determinisme des lois économiques, qui dirigent la pluspart des politiques sociales très souventes aveugles ou myopes face à l'exclusion.

Tout au long de ces deux journées nous avons reflechis, nous avons discutés, nous avons echangés nos expériences et partageé la convinction que ce défi est possible de le gagner, ce n'est pas de l'utopie, parce que ce qu'on a pu réaliser dans une capitale on pourra aussi le faire dans une autre, à condition que...

Et les conditions primaires , de base, fondamentales, ne sont pas dans les budget à disposition (bien sur ceci comptent aussi), mais surtout dans un changement fondamental dans l'attitude d'affronter ces problémes, tant au niveau politico-économiaue que social et sanitaire: en faire une priorité !

Le reste en decoulera comme consequence... ovvia !

Ce que nous avons aborder ici sera bien sur développer au cours de l'année prochaine, comme préparation au prochaine séminaire qui se tiendra dans l'année 1997 à Madrid.

Nous avons essayer de mettre en synthése, en forme de recommandations, quelques points saillants de ce séminaire: ceux ci ne sont donc pas des conclusions, mais des points à développer et sur les quels nous veillerons àfin que soient mis en acte dans le prochain futur.

L'enfer des vivants n'est pas chose à venir; s'il y en a un, c'est celui qui est déjà là, l'enfer que nous habitons tous les jours, que nous formons d'être ensemble. Il y a deux façons de ne pas en souffrir. La première réussi aisément à la plupart: accepter l'enfer, en devenir une part au point de plus les voir. La seconde est risquée et elle demande une attention, un apprentissage, continuels: chercher et savoir reconnaître qui et quoi, au milieu de l'enfer, n'est pas l'enfer, et le faire exister (durer dit Calvino), et lui faire de la place.
(I.C. Les villes invisibles, ed. du Seuil, 1974, pag.189).

RECOMMANDATIONS A L'ADRESSE DES ELUS[18]
LOCAUX ET EUROPEENS RESPONSABLES DES
AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE

en conclusion du 3ème Séminaire européen Paris 18-20 mai
"De l'exclusion à participation: un défi impossible ?"

Le colloque de PARIS des 18 et 19 mai 1995, à l'initiative du CRE-FMSM, a réuni deux cents participants, venus de l'ensemble des pays de la Communauté Européenne, appartenant à des organismes publics ou privés, à des associations d'entraide, oeuvrant dans le champ social et/ou sanitaire. Préoccupés par l'aggravation des phénomènes d'exclusion sociale et de leur particulière gravité quand s'y associent des troubles psychiques, l'ensemble des participants à ce colloque a rédigé cette m àotion mettant en place le cadre et le fondement d'actions urgentes et nécessaires.

OBJECTIFS DE L'ACTION

Pour entraver le processus qui conduit à la marginalité et à l'exclusion sociale ceux qui subissent la double contrainte de la précarité sociale et de la maladie mentale, **UN CHANGEMENT D'ATTITUDE** de nos sociétés doit être promu afin que ces personnes puissent accéder et participer à une citoyenneté pleine et entière.

POUR RELEVER CE DEFI :

- Ces démunis doivent faire l'objet d'une priorité dans l'élaboration des programmes de politique sanitaire et sociale.

- Ces démunis doivent se réapproprier leur place de sujets actifs grace aux initiatives et aux projets les concernant.

[18] *prémière rédaction*

TROIS OBJECTIFS FONDAMENTAUX ET PRIORITAIRES
devront être poursuivis et atteints dans toute action:

a) Permettre à chacun de **retrouver son identité** personnelle dans le plénitude de ses droits civiques, sa place active et spécifique dans la communauté.

b) Tout mettre en oeuvre pour que soit **maintenu un logement** dont la perte aggrave irrémédiablement pauvreté, isolement, maladie.

c) **Lutter contre l'aggravation** des troubles mentaux et psychiatriques en leur garantissant l'accès aux soins et au suivi.

Une strategie globale doit être promue associant des mesures de prévention et d'accompagnement :

a) Que toute "**crise",** et d'abord dans ses consequences de perte de logement ou d'hospitalisation, soit assortie de mesures de sauvegarde excluant toute rupture définitive dans le statut social de la personne.

b) L'abri d'urgence ne sera jamais qu'un palliatif.

c) Qu'aucune "**desinstitutionnalisation"** ne renvoie les malades mentaux hors de l'hôpital à des conditions de précarité et que toute sortie soit accompagnée des mesures médico-sociales indispensables.

d) Que la **continuité des soins et de l'accompagnement social** soient toujours possibles et proposés par des personnes competentes et missionnees.

e) Pour les patients en errance (SDF, homeless) dont la maladie mentale évolue de façon chronique, des **mesures d'interventions spécifiques** doivent leur être réservées particulierement lors d'un accueil a l'hopital et en allant au devant d'eux dans la rue.

Ainsi et seulement sera sauvegardé **le droit de l'homme a acceder aux droits:** citoyenneté, santé, logement, travail. Cet accès doit être garanti, à la mesure des besoins de chacun, par l'information sur ces droits, leur mise en oeuvre rigoureuse et la possibilité constante d'un recours en cas d'irrespect.

Ainsi apparaissent les **caractères indispensables de ces actions** :

a. Implication et prise de responsabilité des exclus dans ces actions.

b. Soins et support social continus et adaptés aux besoins de la personne dans son propre milieu.

c. Cohérence entre les projets sanitaires et sociaux qui doivent être intégrés dans la vie de la cité par l'implication de la société civile et des responsables institutionnels et politiques.

Les dispositifs nécessaires à l'application de ces recommandations tant au niveau local qu'européen :

d. **Partenariat** entre l'administration, les institutions publiques et les initiatives privées

e. **Formation d'un réseau** permettant et renforçant l'information et les synergies des compétences spécifiques et reliant public / privé , santé / social, professionnel / bénévolat.

f. **Evaluation** concertée de l'adéquation des services et des besoins dans un souci de recherche action constant.

SMES du Conseil Régional Européen de la FMSM, Secours Catholique (Délégation de Paris), Centre Hospitalier St.Anne (SM19), Médecins du Monde, Association Emmaus, Fondation Abbé Pierre, Plan Urbain