



Santé Mentale Exclusion Sociale
Mental Health Social Exclusion

DOSSIER

RESEAU EUROPEEN
SMES-EUROPA

EN FAVEUR DES

Personnes en situation de
Grande Précarité et
Souffrance Psychique

Prévention - Assistance - Réinsertion

2006 - 2007

NB.: nous nous excusons pour le manque de traduction et de mise à jour de plusieurs pages

INDEX

- **SMES – EUROPA BROCHURE**
- **CONCLUSIONS OF 9TH SEMINAR BERLIN 6-8 OCTOBER 2005**
- **DIGNITY & HEALTH**
-
- **STUDY & EXCHANGE PROJECT 1ST & 2ND PHASE 2003 – 2005**
- **PROCHAINES INITIATIVES SMES – EUROPA 2006- 2007**
- **LES IDEES DE BASE DU PROJET SMES 1994-95**
- **STATUTES SMES – EUROPA - A.I.S.B.L. 2001**
- **ANNEXE : URGENCE SOCIALE ET URGENCE POLITIQUE**

**SMES – EUROPA
BROCHURE**

**“Toute personne a droit
aux meilleurs soins de santé mentale
disponible, dans le cadre du système
de santé et de protection sociale**

UN Resolution 46/119,1.1

➤ **CONTEXT**

Le phénomène des malades mentaux "à-la-rue" : "*clochards*", "*barboni*", "*trumps*", qui - à toute évidence - **cumulent** des graves, parfois aigus ou chroniques besoins sociaux et sanitaires, devient toujours plus visible par son ampleur et scandaleux par les conditions de précarité extrême, d'abandon et de dégradation dans lesquelles ils vivent. Les rues des métropoles européennes sont devenues la scène et le reflet de la dégradation de notre civilisation urbaine. L'habitude de ce *spectacle "ob-scène et scandaleux"*, désormais de dimension européenne, le sentiment d'impuissance vis-à-vis de la complexité des problématiques auxquelles on est confronté, l'incapacité d'entrevoir des solutions durables expliquent probablement l'indifférence et la passivité qui entourent la souffrance de ces personnes.

Les "*sansabri - malades mentaux*", sont doublément exclus: à cause de leur misère et à cause de leur maladie. Maladie mentale et marginalisation s'enchaînent alors et se renforcent dans un cercle vicieux difficile à briser et entraînent ces personnes dans un processus d'exclusion jusque à la rupture totale avec la société.

La complexité des "besoins", à la frontière du social et de la santé, et l'atypicité et très souvent l'urgence des demandes de ces usagers, débordent et déconcertent les services psycho-médico-sociaux tant du secteur public que privé. Ils risquent comme conséquence, de n'être pris en compte ni par les services sociaux qui disent que ce sont des "*cas psychiatriques*", et non plus pris en charge par les services de santé où ils sont considérés comme des "*cas sociaux*".

L'absence d'articulation et de complémentarité entre les politiques sociales et sanitaires, est mise en évidence par les contradictions multiples auxquelles se confrontent quotidiennement les pratiques socio-sanitaires. Ils restent surtout et encore du domaine de l'"humanitaire" et ils ne constituent sûrement pas une des priorités pour les responsables de la santé publique et des affaires sociales: ils n'ont pas de voix pour faire entendre et dénoncer la situation de *non-respect de droits fondamentaux, de misère sociale* et de *non-assistance médicale* dans laquelle ils vivent, ni de leur *faute*, ni de leur *choix*.

Complice de cette situation non seulement les multiples et complexes facteurs *structuraux* et *personnels*, mais aussi un ensemble des conditions et des mesures qui stigmatisent et éloignent les indésirables, considérés de surplus comme "*irrécupérables*" et qui convergent dans la mise en oeuvre des mécanismes de multiplication et de renforcement de l'exclusion.

(extrait de la brochure SMES 1995... et aujourd'hui 2006 ?)

➤ **DEFI EUROPEEN**

Le problème est commun à tous les pays d'Europe, malgré les diversités et les particularités nationales et pour cela il doit faire l'objet d'une prise de conscience et d'une réflexion au niveau européen pour ce qui concerne la promotion et le développement d'une nouvelle politique sociale européenne :

**LA CONSTRUCTION DE L'EUROPE PASSE NECESSAIREMENT PAR LA
REALISATION DE L'EUROPE DES CITOYENS ET DES SOLIDARITES.**

➤ **SMES-EUROPA**

est une association internationale sans but lucratif (A.I.S.B.L.) qui oeuvre à l'interface, intersection du champ de la santé mentale et de l'inclusion sociale. Le projet européen SMES a été lancé en 1992 à Rome, après un premier colloque sur l' 'indécente' condition d'abandon et exclusion sociale et sanitaire dans laquelle vivent les « barboni - clochards » dans les capitales européennes.

Dès lors, le mouvement s'est développé en réseau européen SMES, constitué de professionnels des secteurs de la santé et du social.

➤ **AIMS**

La finalité poursuivie par SMES-EUROPA est la promotion positive de la dignité de la personne, ainsi que de la santé mentale, pour tous ceux qui vivent dans la grande précarité. A travers l'étude et l'analyse des enjeux politique, éthique et juridique dans le domaine de l'exclusion / inclusion sociale et de la santé mentale, SMES-EUROPA a pour but de sensibiliser la société civile, de dénoncer les carences et les manquements et de faire pression sur les responsables politiques.

➤ **TARGET**

SMES-EUROPA est particulièrement attentive à ces personnes qui – dans leur condition d'extrême marginalité, exclusion et discrimination, sans un "chez-soi" - expriment toute la complexité de besoins et de souffrance psychique :

- les sans-abri
- les malades mentaux sans assistance et accompagnement adéquats ;
- les enfants exploités et les jeunes sans repères sociaux ;
- les toxicomanes et alcooliques ;
- les (ex)prisonniers ;
- les personnes âgées abandonnées à leur solitude ;
- les réfugiés et immigrés, parfois en situation illégale, non acceptés et non intégrés dans la société.

➤ **OBJECTIVES**

Promouvoir et développer :

1. **Information et sensibilisation** : Sensibiliser la société civile dans son ensemble et en particulier les responsables politiques et les travailleurs des secteurs de la santé et du social à la perte –de facto- d'accès aux services socio-sanitaires dont devraient bénéficier de plein droit les personnes défavorisées, exclues et malades mentales, abandonnées.

2. **Formation et échanges** : SMES - via des journées d'étude, des séminaires et des programmes d'échanges - promeut une formation spécifique et permanente dans le but de transférer et traduire, dans la pratique quotidienne, les connaissances et les compétences acquises et promouvoir ainsi des modèles efficaces d'inclusion, de participation et de prise en charge sociale et sanitaire.

3. **Recherche/Action** : Les services existants, les projets pilotes, les initiatives innovatrices dans le contexte européen ne sont pas assez connus.
A travers la recherche/action SMES poursuit le but de :
 - identifier les projets innovateurs
 - évaluer et diffuser des pratiques holistiques et interdisciplinaires

4. **RESEAU SMES**: Un objectif majeur de SMES est de rassembler autour d'objectifs et d'actions communs pour promouvoir et faciliter, tant au niveau local que régional et européen, le travail en réseau et la coopération pluridisciplinaire et multisectorielle entre :
 - les travailleurs des secteurs de la santé et du social ;
 - les travailleurs des secteurs public et privé ;
 - les chercheurs et praticiens ;
 - les professionnels et bénévoles
 qui travaillent avec les personnes en situation d'exclusion sociale et dans la grande précarité.

➤ INITIATIVES SMES

1. SEMINAIRES

- | | | | |
|----|------------|------|-----------------------------------|
| 1. | Rome | 1992 | Sans Abri & Malades mentaux |
| 2. | Brussels | 1993 | Santé Mentale & Exclusion Sociale |
| 3. | Paris | 1995 | De l'exclusion à la participation |
| 4. | Madrid | 1997 | Citoyenneté avant tout |
| 5. | Copenhague | 1999 | Dialogue & Exclusion |
| 6. | Athènes | 2000 | Vivre en Santé et Dignité |
| 7. | Lisbonne | 2002 | Echanger pour changer |
| 8. | Prague | 2004 | Droit - Accès - Participation |
| 9. | Berlin | 2005 | La voix des exclus ! |

N.B. : Le prochain, le 10ème sera organisé à ROME, à Novembre du 2007
Inclusion Sociale et Santé Mentale 15 ans après 1992 – 2007 : un impossible défi ?

2. RECHERCHES/Action

1. **“Enquête préliminaire concernant les besoins des Sans Abri et Malades Mentaux”** 1996-98
2. **“Vivre en Santé et Dignité** : présentation et évaluation des bonnes pratiques en faveur des personnes en situation de grande exclusion ” 1998-2000

3. PROGRAMMES d'échanges

1. **Programme d'échange D&H-5P** : "Dignité et Santé 1 " 2003-2004
2. **Programme d'échange D&H/II-5P** : "Dignité et Santé 2 " 2004-2005

➤ **PROCHAINES INITIATIVES 2006- 2007**

1. **Projet Global** : **« ... et après 15 années 1992-2007 ?... »**
2. **Publication anthologique de ces 15 années** : actes et recherches.
3. **Favoriser les échanges bilatérales** développant le programme « D&H-5P/I-II »
4. **Projet de Formation** : Participer à LEONARDO 2006
5. **Projet Réseau**: Présentation du projet pour le développement du réseau SMES
6. **Dignité et Santé pour les immigrés sans permis**
7. **Préparation du CONGRESS de Rome – Novembre 2007**



**SMES-EUROPA
INITIATIVES 1992-2005**

year

country

SEMINARS			
• 1st Seminar: <i>Mentally ill and Homeless</i>	10-13 December	1992	Rome
• 2nd Seminar: <i>Mental health & social exclusion ...</i>	2-4 December	1993	Brussels
• 3rd Seminar : <i>From exclusion to participation: an impossible Challenge?</i>	18-20 Mai	1995	Paris
• 4th Seminar : <i>"Citizen First. Exclusion: a burning issue"</i>	16-18 April	1997	Madrid
• 5th Seminar : <i>"Dialogue & Exclusion"</i>	6-8 Mai	1999	Copenhagen
• 6th Seminar : <i>"To live in Health & Dignity"</i>	28-30 September	2000	Athens
• 7th Seminar : <i>"Change through Exchange"</i>	10-12 October	2002	Lisbon
• 8th Seminar : <i>"Dignity & Health "</i>	17-19 June	2004	Prague
• 9th Seminar : <i>"Dignity & Health "</i>	06-08 October	2005	Berlin
RESEARCHES - ACTIONS			
• Preliminary survey		1996-1998	
• Research/action H&D1 : <i>"To live in health and Dignity"</i>		1998-2000	
EXCHANGE PROGRAMS			
• Exchange program D&H-5P : <i>"Dignity and health 1 "</i>		2003-2004	
• Exchange program D&H/II-5P : <i>"Dignity and health 2 "</i>		2004-2005	

CONCLUSIONS OF

9TH SEMINAR

BERLIN 6-8 OCTOBER 2005

NB.: *nous nous excusons pour le manque de traduction en français*



Santé Mentale Exclusion Sociale
Mental Health Social Exclusion

Statements - Recommendations - Summary

9th Seminar: Berlin 6-8 October 2005



IN PLENUM

The majority of the participants – expressed in plenum and in work-shops at the SMES-conference in Berlin 6. – 8. October 2005 agreed to recommend the following viewpoints, on the basis of the presentations and from 5 double workshops

At Berlin Conference was present more than 160 participants, from the 11 partners countries (BG-CZ-LV-PL-RO and B-D-DK-E-F-I), as well as other participants from other European countries.

NAPincl is a useful instrument : In the two projects NAPincl has been helpful in understanding and working in exchanges and discussions and in developing new and better strategies for social work with severely excluded people in Europe.

More focus must be put on prevention : Absolute priority has to be given to prevention of all kinds of chronicity in exclusion and rough sleeping.

Treatment and re-socialization is important but not the only need : The general political situation, the culture, tradition and levels of equality and humanity in the community play an important role in determining who and how many are excluded. The way mainstream politics is handled is just as important as the policies aimed directly at minimizing exclusion. The professionals and users in eastern European countries need to participate in a mutual exchange of knowledge, discussions and learning with colleagues from all over Europe.

Vocational and skill training of social workers must be strengthened : Multidisciplinary and trans-national studies are important instruments in social work, at the local as well as the national level. Further development must focus on all forms of cooperation between different services and the network, street teams and mental health teams.

Social work training should pay particular attention to skills in listening to all citizens, no matter who they are and what kind of “language” they talk. There must be a real focus on how to invite excluded groups to participate in the debate and on the need to accept the fact that these people are experts on their own lives. This does not just happen but must be encouraged.

We have to realise that no support to excluded groups is simple and uses just one approach. To be excluded is the result of multiple factors and is a complex matter. Therefore services as well as evaluation must be based on a multi- dimensional approach.

More outreach work less institutionalization is needed : We have to realise that care facilities are increasingly inaccessible and impermeable for marginalised people because of their costs and the increasing number of barriers in place to exclude difficult costumers. For this reason it is important that some social workers work as “bridge-builders.”

Throughout Europe it has repeatedly been expressed that co-working between health and social services does not work well. Ideology and “language” are different. The two systems don’t understand each other and each has a tradition, a set of strategies and aims that are basically

different. Evaluations and joint conferences are needed.

Street-work is an increasingly common part of social work all over Europe and new methods for this kind of work are being developed. As a new way of operating it is important that a lot of energy is put into developing methods but it is also important that this energy is not used by all involved to develop the same services. Training, evaluation, research and development could and should be done by co-working between European countries.

Proximity in outreach work is an example of a common method of working. It offers useful ways of entering into pragmatic relationships: shelter, food, personal care, syringes. Beginning from these forms of help, the links which are established allow, when needs are expressed, further intervention in the field of rights, shelter and care. Mobile teams and street work are the most effective ways of making progress, allowing the re-establishment of links and dealings with the person. In order to continue, this kind of work relies on progress in community awareness.

The role of the public system and the NGO's must be further discussed : It appears that public services and NGO's are focusing on the same problems, but in practice they are experiencing difficulties in their daily co-working. What is needed on both sides is knowledge of and respect for the differences while on the other hand a method of using the different approaches for a more comprehensive assistance.

Users must be more involved on all levels: It is important to develop models to involve users on all levels. There is general agreement about this by professionals from both NGO's and the public system.

Participation and empowerment are the driving forces in the development of new skills and abilities. Users are naturally particularly sensitive to everything involving discrimination and stigmatisation which prevents them from really finding a place in society and which reduces attempts at participation in specialised services to a derisory level. The two ought to go hand in hand and lead to the question of citizenship.

Self-help experiences (development of resources which increase the capacity of people to manage their difficulties by themselves) are another consideration

On all levels it is important that professionals learn to co-work with users. This is important also in research and evaluation.

Ethical issues must be part of the quality discussion : For professionals, voluntary workers and others working with excluded people, the main points are respect, listening quality and targeted intervention. The way to establish rights and to make sure they are respected passes through the development of more open and tolerant attitudes on the part of society. Difficulties encountered in making progress in this direction means that some mentally ill people have begun to organise independently, to create their own services and pressure groups with a view to claiming their rights and improving their situation.

In workshops

The majority of the participants – expressed in work-shops at the SMES conference in Berlin agreed to recommend the following viewpoints, on the basis of the presentations and from 5 double workshops

EMPOWERMENT : regaining of dignity – rights – place in society

Statements

- Processes of exclusion and integration in society must be understood in a historical, political and community context.
- It is not only a question of treatment and services: the sense of community responsibility must be strengthened.
- Empowerment and the right to be a citizen must be based on a fight against inequality
- It is important to realise and overcome the history of political oppression in Eastern Europe.
- Users must be invited to active participation
- Excluded people must be regarded as individuals not as cases
- Users must be seen as human beings, with respect for their needs.
- There needs to be a change in the way health services work with users.
- Bridge the gap between psychiatry and social work!
- The need for new ideas and diffusion of information about alternatives to the official and traditional institutions
- Importance of active co-working between the public system and NGO's
- We suggest development of networking and common educational programmes for street-workers around Europe.
- Street-workers must network

Recommendation

The statements in the workshops concerning “regaining of dignity, rights and a place in society” seem to focus on five main themes:

1. The general political situation, the culture, tradition and levels of equality and humanity in the community play an important role in determining who and how many are excluded. The way mainstream politics is handled is just as important as the policies aimed directly at minimizing exclusion.
The professionals and users in eastern European countries need to participate in a mutual exchange of knowledge, discussions and learning with colleagues from all over Europe .
2. It is important to develop models to involve users on all levels. There is general agreement about this by professionals from both NGO's and the public system.
3. Throughout Europe it has repeatedly been expressed that co-working between health and social services does not work well. Ideology and “language” are different. The two systems don't understand each other and each has a tradition, a set of strategies and aims that are basically different. Evaluations and common conferences are needed.
4. It appears that public services and NGO's are focusing on the same problems, but in practice they are experiencing difficulties in their daily co-working. What is needed on both sides is knowledge of and respect for the differences while on the other hand a method of using the different approaches for a more comprehensive assistance.
5. Street-work is an increasingly common part of social work all over Europe and new methods for this kind of work are being developed. As a new way of operating it is important that a lot of energy is put into developing methods but it is also important that this energy is not used by all involved to develop the same services. Training, evaluation, research and development could and should be done by co-working between European countries.

DEINSTITUTIONALISATION : alternatives to total institutions at social & health level

Statements:

- Care facilities are increasingly inaccessible and impermeable for marginalised people.
- Total institutions, those which claim to answer all the needs of the individual, produce only exclusion.
- The family-network and neighbourhood-network in which the mentally ill live, are not sufficient involved.

Recommendation

The statements in the workshops concerning “Deinstitutionalization†alternatives to total institutions at social & health level” seem to focus on three main themes:

1. Institutions working with the most excluded people must begin to involve all civil society
2. Put the person back at the centre in dealing with hospitals, places of specialised treatments
3. Promote community health with particular attention to those who are lacking in all social protection.

PARTICIPATION : evaluation, control, involvement

Statements

- Excluded people must be invited to participate in decision-making on political (state), administrative (state and local) and personal (local) levels
- Participation has to do with the right to democracy and promotion of involvement, empowerment and even citizenship
- To be heard and to be part of a dialogue should be the right of all citizens
- Peer research by people with experience of homelessness
- Professionals as well as users need to be trained in involvement
- Evaluation of services is needed
- We need structured threshold and crisis services

Recommendation

The statements in the workshops concerning “Participation, evaluation, control, involvement” have three main themes:

1. Particular attention should be paid to honest listening to all citizens, no matter who they are and what kind of “language” they talk. There must be a real focus on how to invite excluded groups to participate in the debate and on the need to accept the fact that these people are experts on their own lives. This does not just happen but must be encouraged.
2. On all levels it is important that professionals learn to co-work with users. The same with research and evaluation.
3. We have to realise that no support to excluded groups is simple and uses just one approach. To be excluded is the result of multiple factors and is a complex matter. Therefore services as well as evaluation must be based on a multi -dimensional approach.

CHRONICITY and OUTREACH : on the street, in the institutions, at home

Statements

- Proximity and presence are the aptitudes characterising outreach
- Being able to have a say and being listened to are the most important aims of this work on the street.
- The contradiction between identity, respect for diversity and freedom of intervention in emergency situations can be overcome by caring for the person as a whole.

Recommendations

1. Develop research, both regarding real individual needs and the effective answers offered by the institutions.
2. Training – a specific training both for social workers and administrators
3. Prevention – absolute priority to be given to prevention of every kind of chronicity on the street
4. Multi-disciplinary and trans-national : develop all forms of co-operation between different services and the network, the street teams and mental health teams.
5. The basic aim is not to clear everyone off the streets, but to be present and care for these people.

DENIED IDENTITY - ILLEGAL MIGRANTS : dignity & health without borders

Statements

- Migration in itself is a cause and/or symptom of suffering, of deprivation
- Theoretical or practical rights – sometimes even the existence of migrants is denied
- This context of total deprivation of human rights and access to basic civil rights leads to vulnerability and exclusion.

Recommendations

1. The past history and present life of each excluded person must be studied, documented and made “public”
2. To define a real, official, secure, dignified place for migrants in our society.
3. It is important to investigate, discuss and bring changes to bear on ‘migration factors’...

DIGNITY & HEALTH

STUDY & EXCHANGE PROJECT

1ST & 2ND PHASE

2003 - 2005

NB.: *nous nous excusons pour le manque de traduction en français*



FINALITY of PROJECT :

Using EU objectives to increase access to health and social services for the most deprived people and excluded people”.

LOCATION

Brussels (**B**) and
Bucharest (**RO**), Warsaw (**PL**), Sophia (**BG**), Riga (**LV**), Prague (**CZ**).

AIM

To promote the right and increase access to health and social services for homeless and socially excluded people in the 5 different accessing countries in EU

TARGET GROUPS

Professionals & non-professionals working directly with homeless and socially excluded people. This would, for example, include social workers, psychologist, G.P. doctors, nurses, and NGO staff.

DIGNITY and HEALTH – D&H/I-5P 2003-04

JUSTIFICATION

Is in the contacts were made with Eastern European organisations during previous pan European SMES seminars.

They requested assistance for increased contact between themselves and EU organisations Working with the homeless, particularly those with serious mental illness.

OBJECTIVES

1. To present and discuss in each of the countries the daily practice and local dispositions that either interferes with or encourages access to social and healthcare services for homeless and vulnerable people
2. To present and discuss objectives of national action plans that might be effective in increasing access to health and social services
3. To increase local workers knowledge of EU objectives included in NAP, as it can be applied to
4. problems arising in their daily work
5. To increase awareness of EU action and initiatives with national and regional policy makers.
6. To produce local reports and materials which can both assist local practice and inform local policy and planning
7. To produce a final project report to enable wider dissemination of the local findings and to encourage international benchmarking.

DIGNITY and HEALTH – D&H/I-5P 2003-04

APPLICANT: SMES-EUROPA
Santé Mentale Exclusion Sociale Europa

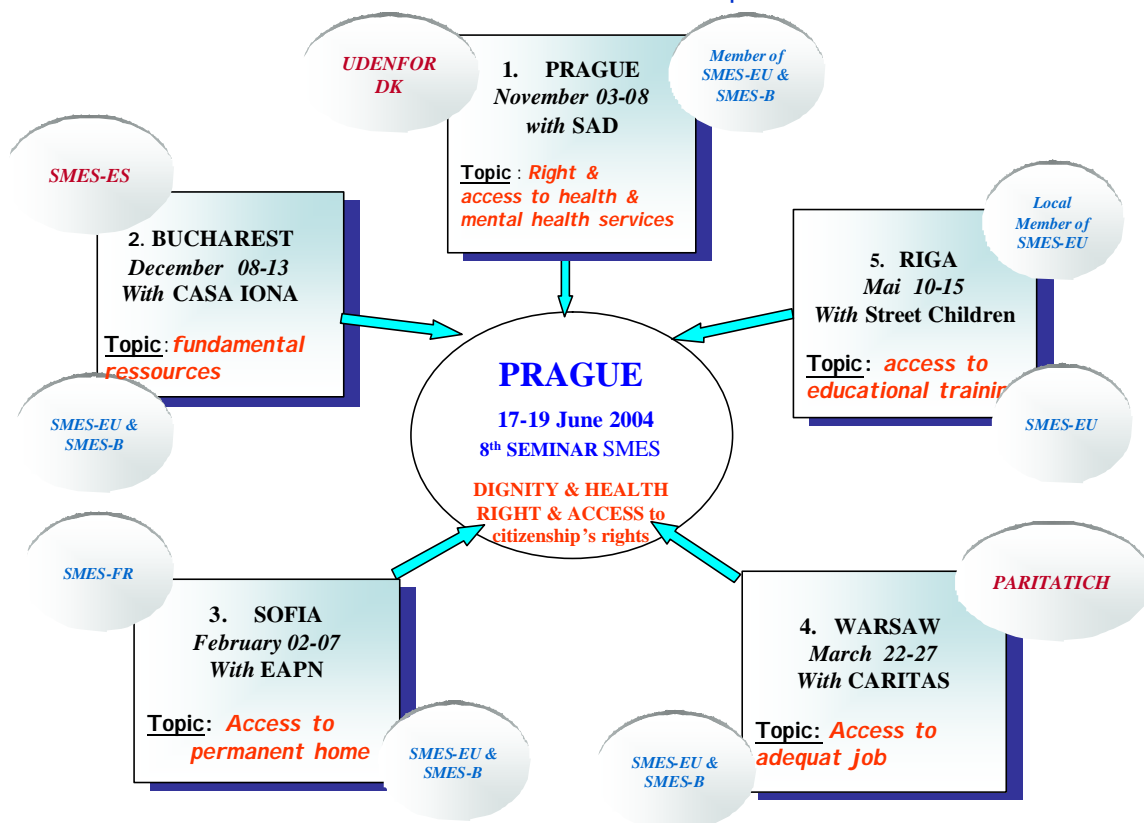
Responsible of D&H-5P: Luigi LEONORI, with supporter Team:
Preben Brandt, Philip Timms, Serge Zombek

Partners in EU countries: Udenfor, SMES-IT, Emmaus,
SMES-B, Paritatische.

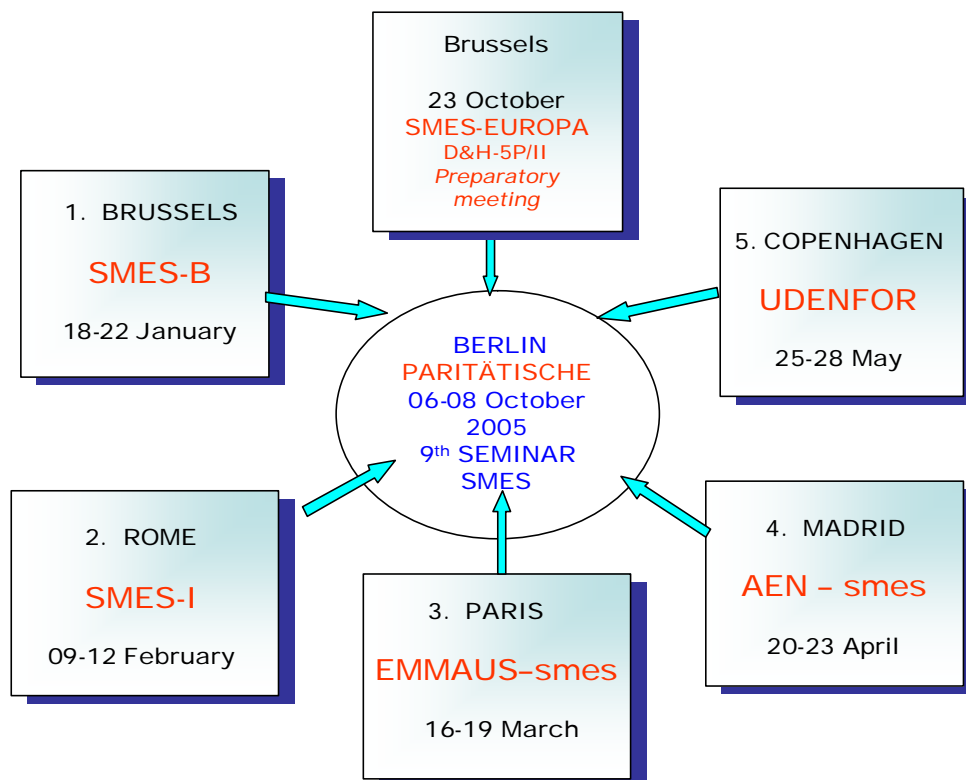
Partners of PHARE SPP:

- Partner 1 Asociatia Casa Ioana - Bucharest, RO
Contact person: Marieta Radu
- Partner 2 Assoc. for street children, Riga, LV
Contact person: Rita Erele
- Partner 3 Caritas Polska, Warsawa, PL
Contact person: Andrew
- Partner 4 Anti-Poverty Info Centre Sophia, BG
Contact person: Maria Jeliaskova
- Partner 5 SAD – Prague CZ Republi
Contact person : Neil Davies

2004 DIGNITY & HEALTH 5 P phase 1



2005 DIGNITY & HEALTH 5 P phase 2



1. BRUSSELS SMES-B 18-22 January 2005

SMES-EUROPA : European Coord. Luigi Leonori

INITIATIVES

Local PARTNER : SMES-B
Serge ZOMBEK, psychiatrist

Exchange meetings : in CHS St Pierre

VISITORS

1. Mini-Seminar Social & Health System in B
2. Poverty Observatory and NAP

- ☼ (BG) Todorova, Mariela Coordinator NM "Women and Mothers against Violence"
- ☼ (D) Patrizia Di Tolla Psychologist, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.
- ☼ (D) Jochen Schroer, Socialworker rowo e. V.
- ☼ (D) Sabine Anneliese Dick, student
- ☼ (DK) Preben BRANDT, Director of Udenfor
- ☼ (DK) Ninna HOEG, Manager Projekt Udenfor
- ☼ (F) Michelle DREYFUS, social worker, CHS St Anne
- ☼ (F) Jacques SIMONNET délégué pour Secours Cath
- ☼ (I) Paolo REALACCI, sychiatrist, SMES-IT
- ☼ (LV) Rita ERELE, social worker, Association for Street Children
- ☼ (LV) Janis Strazdins, Program coordinator, Riga City Mission
- ☼ (PL) Andrzej Czarnocki,, Local Coordinator of the Project, Caritas Polska
- ☼ (PL) Anna Kuczynska, social worker, Coalition For Mental Health
- ☼ (RO) Marieta Radu, coordinator, The Casa Ioana Association

Exchange visits in daily practices :

1. Centre de Santé mentale : Antonin Artaud
2. Cellule d'Appui Médico-psychologique d'intersection entre la santé mentale et l'exclusion sociale
3. Dispositif Hivernal (asbl Pierre d'Angle)
4. Espaces de Parole
5. Accès aux soins - MSF-B
6. Habitations Protégées Bruxelloises
7. Home Baudouin (asbl Œuvre de l'Hospitalité)
8. La Fontaine
9. Unité Mère – Enfant (C.H. Jean Titeca)
10. Parentalité – Addiction + Alizés (CHU Saint-Pierre asbl)
11. Service de Santé Mentale Rivage – den Zaet
12. Le SAS (Service d'Accompagnement Social) (CPAS de Bruxelles)
13. Maison d'Accueil Socio-Sanitaire de Bruxelles

2. ROME SMES-It 9-12 February 2005

SMES-EUROPA : European Coord. Luigi Leonori

INITIATIVES

Local PARTNER SMES-IT
Paolo REALACCI, psychiatrist

Exchange meetings :

VISITORS

- ✂ (BG) Todorova, Mariela Coordinator NM "Women and Mothers against Violence"
- ✂ (CZ) Lucie RIPOVA Psychologist, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.
- ✂ (D) Lage -Stede, Socialworker rowo e. V.
- ✂ (DK) Ninna Hoëg, Manager of Project, Udenfor
- ✂ (DK) Preben BRANDT, Psychiatrist, Udenfor
- ✂ (F) Florence de Grammont, psychologist, Emmaus
- ✂ (F) Odile BOUDEAU (F), social worker, Emmaus
- ✂ (LV) Diana Vasilane, Christian Shelter for Street Children
- ✂ (PL) Ewa Mochocka, Local Coordinator of the Project, Caritas Polska
- ✂ (PL) Danuta Mlynarczyk, social worker, Coalition For Mental Health
- ✂ (RO) Marieta Radu, coordinator, The Casa Ioana Association

1. Mini Seminar Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali; L. Battistoni
2. Dipartimento Salute Mentale Azienda Sanitaria "Roma C"; L. Attenasio
3. Medici Senza Frontiere ; A. Oglino

Exchange visits in daily practices :

1. Medici Contro la Tortura, E. Zerbino
2. Ex Ospedale Psichiatrico S. Maria della Pietà; T. Losavio
3. Caritas clinic ; S. Geraci
4. Ostello Termini ; R. Molina
5. Dipartimento Salute Mentale Azienda Sanitaria "Roma C"; L. Attenasio
6. Cooperativava "Zingari" – Giusi Gabriele
7. Centro Diurno e Comunità Terapeutico-Riabilitativa San Paolo Tonia di Cesare
8. Cooperativa il Grande Carro; I. Volpi
9. Il Negozio "Fuori Serie"; P. Lecce
10. Sant'Egidio Community; T. Sammarone
11. Cooperativa Cotrad ; L. Guerra
12. Zabaione ; M. Zaccardi

3. PARIS EMMAUS Smes Paris 16-19 March 2005

SMES-EUROPA : European Coord. Luigi Leonori

INITIATIVES

Local PARTNER Association EMMAUS
Patrick ROUYER

Exchange meetings :

VISITORS

- ✂ (B) Serge Zombek, Psychiatrist – SMES-B
- ✂ (BG) Stoykova, Nadya Social Worker ; SAPI
- ✂ (CZ) Ilja Hradecky, President ; NADEJE
- ✂ (D) Patrizia Di Tolla Psychologist, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.
- ✂ (D) Gisèle Borgol Psychologist, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.
- ✂ (DK) Ninna Hoëg, Manager of Project, Udenfor
- ✂ (E) MariFe BRAVO, Psychiatrist, AEN, Smes Madrid
- ✂ (E) Paqui Mancebo Muñoz, Social Worker, RAIS FOUNDATION
- ✂ (E) Pilar López Iglesias, Social Worker, RAIS FOUNDATION
- ✂ (LV) Ieva Leimane-Valdmeijere, Program Director, Latvian centre for human rights and ethnic studies
- ✂ (PL) Aneta Makowska, Project Manager,; Caritas Wroclaw
- ✂ (PL) Danuta Mlynarczyk Project Manager,; Caritas Wroclaw
- ✂ (RO) DRAGOI IRINA, Director, Saint Stelian" Association

1. Mini Seminar in Municipality of Paris
2. Final Evaluated Seminar in Emmaus Association

Exchange visits in daily practices :

1. La Moquette (Les Compagnons de la Nuit)
2. CHRS Pauline Roland, du CASVP
3. Advocacy
4. Association Emmaüs divers projets
5. Aux Captifs, la Libération «St Eustache»
6. Secours Catholique, Accueils de jour; Voûte, 11 bis, antenne Sud Est
7. Centres d'Hébergement d'Urgence
8. Maison Jean Rodhain et Maison Helder Camara
9. Accueils de rue Gare du Nord et Boulevard Edgar Quinet
10. Equipes mobiles aux Apennins, à La Voûte, au 11 bis.
11. Equipes « SMES » des hôpitaux psychiatriques
12. Equipe mobile Santé mentale & Précarité MAISON-BLANCHE
13. Prévention Santé: Equipe de rue,
14. Point Ecoute Jeunes ; CHRS
15. Restos du Cœur (Haxo)
16. La Halte Femmes - La Halte Paris-Lyon
17. Le « 16/25 » (Cœur des Haltes)

4. MADRID AEN – Smes Madrid 20-23 April 2005

SMES-EUROPA : European Coord. Luigi Leonori

Local PARTNER AEN, Smes Madrid
Maria Fe BRAVO, Psychiatrist

VISITORS

1. (B) Chantal Van Oudenhove, Psychologist, MSF-Belgique
2. (BG) Angel Gyorev Coordinator of Home care program ; Caritas Bulgaria
3. (CZ) Pavla Klingerová , Street worker ; NADEJE
4. (D) Patrizia Di Tolla Psychologist, Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin e.V.
5. (D) Birgit Angermann, Social Therapeut , Die Reha & Wohnen Und Freizeit
6. (D) Norbert Andreas Günter Prochnow; assistant chairman Unionhilfswerk Sozialeinrichtungen gGmbH
7. (D) Kerstin Döring, Projektleiterin, Mittendrin in Hellersdorf – Verein zur Integration Behinderter”
8. (D) Volker Schröder, business manager, GINKO-Berlin gGmbH
9. (D) Norbert Lassek, MA Economist, Verein für Integrative Angebote VIA e. V. Berlin - Brandenburg Der Paritätische
10. (DK) Preben BRANDT, Psychiatrist, Director of Project , Udenfor
11. (D) Jochen Schroer , Social Worker., PROWO e. V
12. (F) Jacques SIMONNET , Psychiatrist, Consultant of Emmaus & Secours Catholique
13. (LV) Ilze Klauza , Psychologist, Project Coordinator, Riga City Mission
14. (LV) Mareks Sirants , Lawyer, Volunteer, Riga City Mission
15. (PL) Anna Dabrowska , Director, Centrum Opieki Caritas Archidiecezji Wroclawskiej
16. (PL) Renata CICHON Akompaniator, Akompaniator Consultative Point Of Office
17. (RO) Mariana ARMEAN , Project coordinator , Estuar Foundation, Bucharest

INITIATIVES

Exchange meetings :

1. **Comunnity Mental Health Services:** SSM Fuencarral Mental Health System: Dr. Ferre
2. **Seminar:** Agencia Laín Entralgo (Gran Via) Mental Social Services: Abelardo Rodriguez Local Social Services: Dario Perez
3. AEN C. Villanueva 11

Exchange visits in daily practices :

1. **Samur Social**
2. **S. Vicente Paul** Intégral Project
3. **CASI PRISEMI**
4. RAIS "El Rincón del Encuentro"
5. **RAIS Solidarios**
6. **Mental Health Network** IP José Germain
7. **Doctors without borders** MdM - Madrid
8. **Mental Health Outreach Team**
9. **"Centro Abierto"** Open Center
10. **"Realidades"**

5. COPENHAGEN UDENFOR 25-28 May 2005

SMES-EUROPA : European Coord. Luigi Leonori

Local PARTNER UNENFOR Projekt
Preben BRANDT, Ninna Hoëg

VISITORS

- ☼ (BG) Todorova, Mariela Coordinator NM “Women and Mothers against Violence”
- ☼ (BG) Ekaterina Terzieva, Volunteer Red Cross- Youth Section
- ☼ (CZ) Jan Kadlec , Deputy Director ; NADEJE
- ☼ (D) Rainer Deiters Für alle Fälle e.V. In any case) Der Paritätische Wohlfahrtsverband, LV Berlin
- ☼ (D) Annette K. Lorenz BOP&P e.V. (Berlin Organisation of (ex-)users and survivors of psychiatry)
- ☼ (D) Günter Geil, Psychologist, Albatros e.V.
- ☼ (E) Raquel Alonso Ruenes , Psychologist, Worker, RAIS FOUNDATION
- ☼ (F) Jacques SIMONNET , Psychiatrist, Consultant of Emmaus & Secours Catholique
- ☼ (LV) Sandra Alpa , Director of Integration Program, Oasis for children
- ☼ (PL) Andrzej Czarnocki,, Local Coordinator of the Project , Caritas Polska
- ☼ (RO) Marieta Radu, coordinator , The Casa Ioana Association

INITIATIVES

Exchange meetings :

- ☼ **Health – Mental health and Social health** for homeless, drug users and mentally ill people - By Preben Brandt
- ☼ **Denmarks N A P for Inclusion** By Mrs. Anne Worning, VFC Socialt Udsatte, (Danish Centre for Research on Social Vulnerability)
- ☼ **“Not in my back yard”** by Rune Gaustad, Project UDENFOR
- ☼ **Users of shelters’ opinion of the NAPincl.** Including introduction to the national organisation of users of shelters S.A.N.D. by Ask Svejstrup

Exchange visits in daily practices :

1. **Visit at “Mændenes Hjem”**(Mens Home) a drop in centre and shelter for homeless men; Mr. Robert Olsen
2. **Visit at “Bisserne”**(toothy pegs)a dentist for homeless and excluded persons Kate Caroc and Peter Østergaard
3. **Participation in the work of The Mobile Café** Brian Sørensen, Projekt UDENFOR,
4. **Visit at E-huset- De Gamles** By (home for elderly with use of alcohol) Mrs. Mie Thomsen
5. **Visit at Hotellet;** by Mrs. Janni Petersen
6. **Ex-users as socialworkers-** by Mrs. Britt Nielsen
7. **Visit at the Municipality of Ballerup :**
8. **Visit at “drinking shelter”:** Conni Hart and local politician Peter Falkenkrona
9. **Visit at Christiania :** a) project “from here and further on”– b) “House of Health” and tour

PROCHAINES INITIATIVES SMES – EUROPA 2006- 2007

- **Projet Global :** « ... et après 15 années 1992-2007 ?... »
- **Publication anthologique de ces 15 années :** actes et recherches.
- **Favoriser les échanges *bilatérales*** développant le programme « D&H5P/I-II »
- **Projet de Formation :** Participer à LEONARDO 2006
- **Projet Réseau:** Présentation du projet pour le développement du réseau SMES
- **Dignité et Santé pour les immigrés sans permis**
- **Préparation du CONGRESS de Rome – Novembre 2007**

DRAFT

PROJET 15 ANS APRES...

Pour la discussion

1992 – Dignité et Santé – 2007
Évaluation – Sensibilisation – Proposition

CONTEXT

Depuis le 1992 tous ceux qui participent au réseau SMES ont offert leur contribution pour la promotion d'une majeure sensibilité et attention au respect et au droit de la personne marginalisée, doublement exclue, tant à cause de sa souffrance psychique que pour sa situation de pauvreté extrême. Le 2006 malheureusement ne s'ouvre pas avec des perspectives réjouissantes : que soit à Rome ou à Paris, Warszawa, Bruxelles ou ailleurs, les centaines de sans abris, morts à la rue, ne peuvent pas nous laisser indifférents. Cette précarité absolue n'est elle désormais une vraie **pandémie sociale** ?

Depuis le 1992 il y a eu un crescendo d'initiatives : Programmes de lutte contre la pauvreté, Plan d'Action Exclusion /Inclusion, Projets innovateurs, etc. mais aucun d'eux nous a vraiment convaincu qu'on a fait tout ce qu'on aurait pu et dû faire. En fait on constate que la pauvreté conquière toujours plus des espaces et des catégories de personnes épargnées jusqu'à maintenant et que les personnes exclues devient plus nombreuses et dans des conditions encore plus dégradées et dégradantes. Ce constat, plutôt que nous décourager, nous pousse à redoubler de motivation et surtout à mieux cibler nos efforts et initiatives communes.

SMES-EUROPA voudrait proposer, pour cette année et la suivante, ces initiatives :

- 1) **Préparer – dès le 2006 - une grande conférence à Rome pour le 2007**, à 15 ans du premier séminaire : Rome décembre 1992. Activement et ensemble ne pas seulement réfléchir et évaluer le passé, mais surtout essayer de dégager des priorités et des perspectives pour le futur.
- 2) **Préparer une étude sur la condition de santé / santé mentale des personnes accueillies** dans des centres de nuit, de jour, avec une particulière attention aux femmes, personnes âgées, immigrés.
Cet étude pourrait utiliser et adapter la méthode de notre premier étude « enquête préliminaire » et les résultats pourront être présentés à la conférence.
- 3) **Promouvoir et faciliter des échanges** parmi les professionnels qui travaillent tout particulièrement à la rue, pour en dégager des critères d'excellence et de pratique «efficace». Le rapport aussi de cette initiative pourrait être présenté à la conférence 2007.

Jusqu'à aujourd'hui SMES a été un réseau informel, mais maintenant nous sentons l'utilité et l'urgence de *formaliser* ce réseau surtout pour avoir plus d'impact à la présentation de nos demandes auprès de la Commission et d'autres Institutions publiques et aussi pour que notre action de lobby aie son effet .

A tous ceux qui partagent la philosophie, la finalité et les objectifs SMES-EUROPA et qui désirent que cette action continue en se développant, SMES-EUROPA renouvelle son invitation pour les affiliations.

A. Suggestions pour la 10ème Conférence SMES (Rome Novembre 2007)

SMES-EUROPA pour le 10ème Séminaire SMES voudrait proposer une réflexion longitudinale (1992-2007) et transversale (à travers plusieurs pays européens) dont les résultats seraient présentés à une grande conférence internationale qui pourrait être organisée pour le 2007 à Rome : « ... et après 15 ans ? »

Pour cela SMES-EUROPA voudrait impliquer directement et activement toute les Organisations qui - pendant ces années - ont à tour de rôle organisé les 9 Séminaires, en les invitant à participer, avec un 'regard comparatif' entre hier (ex. : Paris mai 1995, 3ème Séminaire) et aujourd'hui (2006-07), à la création et à la préparation de cet événement.

- 1) **De quelle manière** est-il éventuellement possible impliquer directement et activement toute et chacune les Organisations qui - pendant ces 15 années - ont à tour de rôle organisé ces 9 Séminaires pour participer à la création et à la préparation de cet événement ?
Activement et ensemble
 - réfléchir et évaluer le passé, mais surtout
 - essayer de dégager des priorités et des perspectives pour le futur.
- 2) **Préparer une 'Anthologie - Rapport' du « présent - confronté au passé »** qui devrait nourrir la réflexion, les échanges, les propositions à la 10ème conférence de Rome pour des perspectives futures.
- 3) **Promouvoir et faciliter des échanges** - pendant ces deux années - parmi les professionnels qui travaillent tout particulièrement dans ces centres et à la rue, pour en dégager des critères d'excellence et de pratique «efficace», tant au niveau de prévention que réinsertion...
- 4) **Préparer - où possible - une étude** sur la condition de santé / santé mentale des personnes accueillies dans des centres de nuit, de jour, avec une particulière attention aux femmes, personnes âgées, immigrés, en utilisant et adaptant la méthode de notre «enquête préliminaire»

B. CONCRETEMENT

A Paris, comme à Rome, Bruxelles, Madrid, Copenhague, Athènes, Lisbonne, Prague et Berlin

- 1) **Relancer un restreint groupe de travail qui**
 - a. **Propose des idées pour le contenu** de la Conférence de Rome, à partir de ce qu'on a plus particulièrement dit dans sa propre conférence.
Appel à manifester son propre intérêt pour la constitution d'un comité d'expert.
 - b. **Participer à des échanges on-line et 1 ou 2 mini-séminaires** dedans le 2006
 - c. **Etudier la faisabilité de l'étude comparatif** (passé – present) :
Où..., comment..., avec qui ?...

- 2) **Promouvoir une réflexion plus spécifique**: en utilisant ce qui sont les lieux et espaces de parole et réflexion habituel de chacune des Organisation,
 - a. **par rapport au passé : quelle évolution (en + ou/et en -), depuis 1992, concernant**
 - i. le terrain (public et acteurs),
 - ii. la politique (élus et administrateurs),
 - iii. le législatifs (lois, décrets, circulaires)
 - b. **par rapport au présent – étude / échange** : surtout dans des centres d'accueil / chute ('drop in' comme l'Agora) on essayera d'observer plus attentivement 'besoin et réponse' surtout en relation à la santé mentale des personnes plus vulnérables : femmes, âgées, immigrés.
 - c. **par rapport au futur - perspectives** : on pourra - à mi-chemin de la réalisation du projet - commencer à se rendre compte des priorités sur lesquelles vraiment insister lors de la Conférence / Congrès.

- 3) **Description de l'action**
 - a. **Préparation : programmer dans le quadrimestre (01-04 / 2006) un certain nombre de réunions :**
 - i. Avec quelque uns des coordinateurs locaux plus actifs pour établir les mots clefs - sujets – thématiques qui devraient inspirer la collecte d'information et des données et la méthodologie pour en faire une évaluation tant longitudinale que transversale.
 - ii. Avec le rédacteur pour préparer un canevas tant pour les entrevues à avoir avec les coordinateurs, que pour le 'contenu' du livre avec son plan de développement.
 - b. **Collecte du matériel : dans les deux autres quadrimestres (05-12 / 2006) assurer**
 - i. La collecte - par les coordinateurs - du matériel concernant a) le terrain (public et acteurs), b) la politique (élus et administrateurs), c) le législatifs (lois, décrets, circulaires)

- ii. Les entrevues et réunions de monitoring avec coord. Européen – rédacteur et coord locaux
 - 1. Au mois de mai, si possible, proposer une réunion de monitoring à Chypre, en profitant de l'opportunité de la conférence MHE
 - 2. Au mois d'Octobre, convoquer une réunion collective (pour tous les 15) en Finlande, en profitant de la Table Ronde Inclusion
- c. **Elaboration et rédaction : premier quadrimestre 2007 en terminant les entrevues et corrections**
- d. **Impression (et traduction) : à partir de mai 2007**

NB. : Je propose, comme complément à la collecte des informations et données, que les entrevues soient filmées et que chaque fois on fasse aussi collecte de photos et d'autre matériel médiatique de chaque pays . Pourraient se transformer dans un DVD, même si amatorial mais riche d'informations. On pourrait en faire un peti file de 45 min pour l'ouverture de la conférence de Rome.

Où par ex. chacun des coordinateurs pourrait développer un thème spécifique .
A DISCUTER et ETUDIER !

**LES IDEES DE BASE DU
PROJET SMES**

1994-95

Quoi de neuf après 10 ans ?...

SANTÉ MENTALE

EXCLUSION SOCIALE

Appartenance sociale - Processus d'exclusion

**PROJET EUROPEEN
EN FAVEUR DES
MALADES MENTAUX "MARGINALISÉS"**

Prévention - Assistance - Resocialisation

1994-95

SANTE MENTALE EXCLUSION SOCIALE

notice synthétique du projet européen d'étude et action

1. OBJET DU PROJET

"Santé - Exclusion": sensibiliser avec des séminaires d'étude et de recherche-action, les acteurs psycho-sociaux, les responsables des politiques socio-sanitaires et l'opinion publique, sur la connexion et l'inter-action de la précarité **sociale et sanitaire**, dans l'émergence et le renforcement des processus d'exclusion en vue de promouvoir des pratiques psycho-sociales intégrées et innovatives, des programmes adéquats, des mesures de prévention efficaces en faveur du "bien-être" global des plus démunis.

2. POPULATION VISEE

Les personnes **"sans-abri"** qui vivent dans la précarité sanitaire et sociale et qui risquent d'accentuer leurs pathologies et de développer des processus d'exclusion.

Groupes cible particuliers:

- les jeunes dé-socialisés
- les immigrés non-intégrés
- les malades psychiatisés

qui sont les plus exposés à

- la "clochardisation"
- l'alcoolisme
- la toxicomanie

3. OBJECTIFS

- **Sensibiliser** les intervenants psycho-sociaux, les responsables politiques, les mass-média sur la condition de marginalité et exclusion des malades mentaux:
 - "à-la-rue",
 - dans les familles,
 - dans des institutions "asilaires".
- **Promouvoir** des projets "intégrés" de ré-insertion,
 - des mesures de prévention,
 - des cycles de formation spécifique,
 - une nouvelle culture de la solidarité.
- **Rassembler** pour favoriser et faciliter le travail "en réseau"
 - au niveau local,
 - au niveau européen.

4. AXES modalité à court/moyen terme

- I. SEMINAIRE EUROPEEN
- II. RECHERCHE/ACTION
- III. RESEAUX LOCAUX
- IV. RESEAU EUROPEEN

CONTEXTE

*"Toute personne a droit aux meilleurs soins de santé mentale disponible, dans le cadre du système de santé et de protection sociale".
(Résolutions 46/119,1.1, Ass.gén. ONU, 17/12/1991)*

Le projet d'étude et action "**SANTÉ MENTALE - EXCLUSION SOCIALE**" voudrait représenter une modeste contribution aux efforts déjà entrepris dans plusieurs grandes villes européennes pour promouvoir une culture de solidarité et de proximité innovatrice en faveur d'un groupe de la population trop souvent oublié: **les malades mentaux** (surtout les de-istitutionnalisés et médicalement "non-suivis"), qui risquent d'évoluer dans la "clochardisation" et les **sansabri** qui sont, parmi les pauvres, les plus facilement exposés à la souffrance psychique et à la maladie.

A travers notre projet nous nous proposons:

- **de sensibiliser** à la fois le monde politique et celui des professionnels et, à travers l'action des mass-media, l'opinion publique, aux problèmes des plus démunis: les *malades mentaux - "clochardisés"*, pour qu'ils puissent aussi bénéficier des programmes de solidarité, d'orientation, de ré-insertion et de lutte contre l'exclusion;
- **de souligner** une fois de plus *l'articulation* entre précarité sociale (pauvreté extrême) et maladie (maladie mentale en particulier).

Une stricte relation et connexion existe entre "**problèmes sociaux- problèmes de santé physique et problèmes de santé psychique**", "**pauvreté extrême, maladie en général et maladie mentale en particulier**."

Notre expérience professionnelle à l'Ostello Termini de Rome ¹, les rencontres fréquentes avec les institutions et les professionnels des grandes villes européennes, les travaux des deux séminaires européens sur le thème "**Santé Mentale - Exclusion sociale**", les conclusions de plusieurs études surtout anglo-saxonnes reprennent, répètent et démontrent s'il y en avait encore la nécessité: que tout programme et projet de prévention, de re-socialisation (ré-insertion) et d'assistance doit tenir compte de cette double dimension, la sociale et la sanitaire, c'est à dire l'"**être-bien**" la santé de la personne global est essentiellement santé social, santé physique, santé psychique, si on ne veut pas à la longue être voué à l'échec.

¹ Le projet "SANTE MENTALE ET EXCLUSION SOCIALE" est né suite à notre expérience professionnelle en tant que directeur de l'Ostello-Termini (centre d'accueil pour "clochards" à la gare de Rome) et suite à un constat commun aux grandes villes européennes concernant l'ampleur du phénomène des malades mentaux-clochards dans la rue et dans les métros et l'état d'abandon et d'exclusion dans lequel ils vivent.

Un autre élément décisif a été la rencontre de professionnels et de bénévoles de plusieurs capitales européennes travaillant au bénéfice de malades mentaux et qui sont confrontés aux mêmes problématiques.

1. POINT DE DEPART

Les "malades mentaux - à la rue", des deux sexes et de tous âges (**et de plus en plus jeunes**), qui, arrivés à la phase extrême du processus de marginalisation, ne participent plus à la citoyenneté, à la solidarité et ne bénéficient plus de la sécurité sociale et des soins de santé, vivent dans une situation d'abandon et d'exclusion totale et sont toujours plus nombreux dans les gares et les métros ou abandonnés sur les trottoirs.

Leur dignité est dégradée à tel point, qu'ils nous interpellent **tous**: "hommes de la rue", professionnels, bénévoles, décideurs politiques, sur le respect le plus élémentaire des "*droits de l'homme*": cette dignité même. Ces gens complètement "inutiles", non concernés par une psychiatrie d'avant garde et non plus "intégrables/re-intégrables" par des programmes savamment élaborés de formation et de réinsertion, sont les *malades mentaux qui vivent "à-la-rue"*, les "indésirables" trop souvent oubliés par les uns et les autres .

Cette situation est un épiphénomène symptomatique d'un processus de dégradation générale. L'insoutenable regard de ceux qui vivent "en marge" renvoie en permanence, sur le "centre" de la société, la projection exaspérée de la situation vécue au centre même. On pourrait tracer un pont imaginaire entre ceux qui sont "**en marge**" et ceux qui sont "**au centre**" de la société: **un continuum substantiel les unit**.

Vouloir focaliser l'attention sur ces situations extrêmes, ce n'est pas une question de piétisme, de démagogie "humanitaire" ou pour se donner bonne conscience (même s'il y a probablement un peu de tout ça aussi), mais c'est surtout pour souligner une question de "**droits**" d'un côté et de "**devoirs**" de l'autre. Cette démarche répond à un triple souci:

1. **Réaffirmer la dignité de la personne et les droits de l'homme**: face à des situations indignes de la condition humaine et scandaleuses pour des pays qui sont parmi les plus industrialisés, l'appel au respect de la dignité et des droits primaires de ces personnes (et pas seulement "à-la-rue", mais aussi dans des institutions et dans les familles), devient une urgence. Leurs droits trop souvent sont méconnus ou bafoués au nom d'une pseudo-liberté de l'individu ou encore pire à cause de barrières administratives qu'on a érigées.
2. **Donner la priorité à des projets alternatifs et innovateurs**: face à l'ampleur de ce phénomène et à l'inefficacité, à long terme, des services simplement "assistantiels" il devient de plus en plus urgent de promouvoir des projets alternatifs et innovateurs à court/moyen et long terme, qui prennent en considération *la personne globale* avec ses droits et ses besoins, dans son contexte et milieu, pour stimuler des pratiques complémentaires et articulées entre les services socio-sanitaires, publics et privés.
3. **Promouvoir des mesures urgentes de prévention**: si on n'intervient pas à temps sur les facteurs structurels multiples et complexes, à l'origine de ce processus, la crise actuelle de l'"Etat providence" se répercutera encore plus gravement sur les jeunes, les plus démunis et pas seulement sur eux.

**2. ARTICULATION ENTRE: PAUVRETE - EXCLUSION SOCIALE
SANS LOGIS - MALADIE MENTALE**

Les processus de marginalité, la condition d'exclusion **très rarement choisie, parfois simplement subie, mais trop souvent imposée** au nom de certains principes et valeurs, représentations d'une civilisation qui fige une partie très importante de ses citoyens et de plus en plus jeunes (entre 20-30 ans), en marge de la société.

Les conséquences de cette marginalisation progressive sont très graves surtout pour les personnes les plus vulnérables. Elles se manifestent à des degrés différents par:

1. **la perte du travail et du logement;**
2. **la déstabilisation de la famille;**
3. **le déclenchement ou l'aggravation de pathologies;**
4. **la méconnaissance des droits aux soins et à la sécurité sociale;**
5. **la perte des repères et la rupture des liens sociaux;**
6. **la perte définitive d'identité et d'appartenance sociale.**

L'une n'entraîne pas forcément l'autre, mais elles s'imbriquent toutes dans un processus de marginalisation, qui amène jusqu'à la phase finale de l'exclusion.²

La maladie mentale, surtout dans ses manifestations les plus sévères et vécue dans des conditions de précarité socio-économique et de pauvreté, est très souvent à l'origine ou en corrélation avec le processus de marginalisation.

Ces malades qui connaissent aussi des conditions de pauvreté, sont **les plus défavorisés parmi les personnes "handicapées"**, (dans le sens que leur situation constitue un réel "handicap" psycho-social qui devient une barrière à l'accès à leurs droits de citoyens) et s'enfoncent presque inévitablement dans un état d'abandon et d'exclusion de plus en plus chronique et irréversible. 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:

- **Socio-économiques:** désagrégation familiale, chômage de longue durée, "nouvelle" pauvreté, qui se rajoute à celle de toujours, précarité du logement, perte de liens sociaux primaires et secondaires, etc.
- **Socio-sanitaires:** les effets désastreux de certaines *réformes* législatives concernant la santé mentale, qui n'ont pas prévu ou n'ont pas mis en place des structures intermédiaires et alternatives efficaces à la réduction de lits en psychiatrie ou voire même à la suppression d'hôpitaux psychiatriques.

² cf. Eurobaromètre: "La perception de la pauvreté et de l'exclusion sociale en Europe", 1994.

Les personnes interrogées ont retenu les facteurs suivants comme les sept causes les plus importantes de l'exclusion sociale: 1. Le chômage prolongé - 2. L'alcoolisme - 3. La drogue - 4. L'éclatement des familles - 5. La maladie - 6. La diminution de la protection sociale - 7. Le manque d'instruction.

Il ne faut pas minimiser non plus les conséquences de la soi-disant *rationalisation des soins*, qui ne fait qu'accroître - surtout pour les plus défavorisés - les barrières administratives et bureaucratiques qui empêchent leur accès aux soins.

- **Psycho-affectifs**: "mal-être", "mal-de-vivre" dans cette société méritocratique, où la compétitivité et la productivité sont les critères fondamentaux de toute sélection et qui produisent un enchaînement d'échecs, stress, traumatismes, dépendance de "substances", souffrance psychique, pathologie psychiatrique, etc.

Les assistés sociaux, les SDF, sans-abri, errants, clochards **ne constituent pas des nouvelles "catégories psychiatriques"**. Il faut être très attentif à ne pas fournir un prétexte à ceux qui, avec beaucoup de désinvolture, soutiennent l'équation trop facile et très souvent fausse: "*pauvre/sans abri = malade mental*" ! Mais il est néanmoins vrai que l'interaction entre fragilité psychique, maladie mentale et condition de pauvreté, de précarité sociale, accentue et cristallise, au fil du temps, les situations extrêmes de dégradation et de déchéance.

- 1) **Ceux qui ont eu un lourd passé psychiatrique** et qui ont subi (jamais "choisi") une désinstitutionnalisation "facile, passive et intéressée", deviennent ou risquent trop souvent de devenir sans abri ou "clochard", justement à cause d'un manque d'un suivi thérapeutique et d'un placement alternatif approprié.
- 2) **Ceux qui vivent mal logés ou sans-abris** très souvent développent, ensuite, des problèmes psychiques et des pathologies psychiatriques conséquentes ou qui accentuent celles déjà préexistantes (dépressions, comportements suicidaires, alcoolisme, abus de substances, etc.).

Pauvreté et maladies s'enchaînent alors et se renforcent dans un cercle vicieux difficile à briser et entraînent ces personnes dans un processus de marginalisation jusqu'à la rupture totale avec la société.

Plusieurs expériences nous démontrent qu'offrir des conditions décentes de logement avec un support approprié et régulier d'accompagnement et de soins, permet même à des personnes avec un lourd passé psychiatrique et/ou avec une situation "chronique" de sans-abri de retrouver des conditions satisfaisantes de vie indépendante et autonome.

3. *PROBLEME EUROPEEN*
REPONSE EUROPEENNE

- 1) Il y a **53 millions**³ de pauvres, dont **3 millions** de sans-abri (dont près de 400.000 seulement en France) dans l'Union Européenne, ils réclament leur droit au logement dans le respect de leur choix, c'est à dire à un *chez-soi* et à des conditions de vie décentes et dignes de toute personne.
- 2) Il y a **17.870 millions** de chômeurs⁴, ils demandent de pouvoir s'épanouir dans le travail.
- 3) Il y a **45 millions** des malades et handicapés mentaux dans l'Europe entière (sans compter alcoolistes, toxicomanes et autres) qui, selon la Résolution 46/119,1.1, Ass.gén. ONU, 17/12/1991 ont droit : "**aux meilleurs soins de santé mentale disponible, dans le cadre du système de santé et de protection sociale**", dans le respect de leur choix et de leur liberté.

Toutes ces personnes, dans l'Union Européenne vivent quotidiennement dans la précarité, dans l'insécurité du demain, dans un "**mal-d'être**" et "**mal-de-vivre**", accentué par la crise socio-économique actuelle, mais peut-être encore plus par **la crise de valeurs** tel que le respect de la dignité de la personne en tant que telle (et non seulement comme instrument du système de production), la reconnaissance de la différence, la solidarité avec ceux qui ne sont pas productifs et compétitifs dans cette société méritocratique où la compétitivité et la productivité sont considérées les atouts fondamentaux pour réussir et pour qui le passage de la *marginalité* (être "en marge" de la société) à l'*exclusion* (être "hors" de la société) sera seulement question de temps.

Le processus de marginalité et d'exclusion touche une gamme de plus en plus large de personnes, de groupes et des zones géographiques. Le sentiment d'insécurité pour l'avenir se répand progressivement parmi les personnes non encore touchées par la vague du chômage et par des conditions d'appauvrissement.⁵

La situation extrême des **malades mentaux "clochards"** (abandonnés dans les rues, gares, métros, etc.), commune aux grandes villes européennes, est de plus en plus insupportable et "*obscène*" de par :

- 1) **l'ampleur du phénomène**, même si numériquement pas mesurable;
- 2) **la gravité des conditions** de dégradation, déchéance et exclusion sociale dans lesquelles ils vivent;
- 3) **l'acuité de la souffrance** physique et psychique de ces citoyens, même si tout (leur "apathie, indifférence") pourrait donner à penser le contraire.

³ estimation donnée par le Président de la Commission européenne J. Delors lors de la Conférence de Copenhague, juin 1993.

⁴ Eurostat, novembre 1993.

⁵ Un sondage de l'Institut CSA/La Rue, réalisé les 6-7 octobre 1993, constate que plus d'un Français sur deux redoute de devenir un exclu ("La Rue", déc. 1993, n°2) et nous tous aussi commençons à être menacés par cette insécurité.

Le contexte de *précarité socio-économique* des chômeurs de longue durée, assistés sociaux, sans domicile fixe (SDF), errants, mal-logés et sans-logis, etc., joint à des conditions de *souffrance psychique et de maladie* accélère et renforce, **au fil du temps**, le processus de dé-socialisation et de marginalisation jusqu'à des conditions extrêmes, difficilement réversibles, de "**clochardisation**" et d'exclusion sociale.

L'habitude de ce *spectacle "ob-scène et scandaleux"*, désormais de dimension européenne, le sentiment d'impuissance vis-à-vis de la complexité des problématiques auxquelles on est confronté, l'incapacité d'entrevoir des solutions durables expliquent probablement l'indifférence et la passivité qui entourent la souffrance de ces personnes.

Le problème est **européen** ! Nous assistons quotidiennement à ce phénomène toujours plus dramatique pour son ampleur et sa gravité.

L'Europe des Douze dans le Traité de Maastricht prévoit un élargissement des compétences de la Commission dans le domaine du social, pour des réponses plus adéquates aux problématiques socio-économiques structurelles et notamment dans la déclaration n° 23 souligne l'importance de la collaboration entre la Commission Européenne et les Associations de Solidarité.

D'autre part à la Conférence sur l'exclusion sociale, Copenhague, juin 1993, le Président de la Commission européenne Delors a assuré le doublement du budget du prochain Programme pauvreté conformément aux recommandations contenues dans la communication de la Commission européenne "**Vers une Europe des solidarités: intensifier la lutte contre l'exclusion sociale, promouvoir l'intégration**" (Com(93)542 du 23 décembre 1992).

Le 24 novembre 1993, le Commissaire Flynn, qui est chargé des affaires sociales, en lançant le nouveau cadre d'action de la Commission dans le domaine de la santé publique, a déclaré que **le vieux dicton "mieux vaut prévenir que guérir" ne saurait avoir de meilleure application qu'en ce qui concerne la santé de l'homme.**

Nous souhaitons, qu'en cohérence avec les déclarations de principe on arrive aussi à des politiques concrètes d'assistance, de resocialisation / intégration et surtout prévention même dans ce domaine qui nous occupe particulièrement.

Le problème, **au-delà de la diversité des situations nationales, est européen**: les processus de marginalité et d'exclusion sont de plus en plus répandus dans l'Europe Commune, les réponses aussi se doivent d'être européennes !

4. *NECESSITE DE PROGRAMMES MULTIDIMENSIONNELS ET INTEGRES*

La situation d'exclusion et d'abandon de ces malades, ne constitue sûrement pas une des priorités pour les responsables de la santé publique et des affaires sociales, ni parfois pour les professionnels de ces secteurs surtout parce que ces citoyens qui vivent dans des graves situations de précarité sociale et sanitaire n'ont pas de voix pour faire entendre et dénoncer la situation de *non-respect de droits fondamentaux, de misère sociale* et de *non-assistance médicale* dans laquelle ils vivent, ni de leur **faute**, ni de leur **choix**.

Pour ces malades mentaux "clochardisés" que signifie encore être *un homme, une femme* ? Les interventions ponctuelles, fragmentaires, morcelées, vis-à-vis d'eux ne sont rien d'autre que "**aller au secours**" des besoins visibles et immédiats, pour apporter de l'aide et de l'assistance, parfois urgente et absolument indispensable, mais à la longue inefficace sans l'implication des responsabilités politiques, sans l'activation des ressources du secteur et sans la participation active des "usagers" même. Pour des réponses globales à la personne il faut des programmes à moyen/long terme:

- *spécifiques et cohérentes* avec le droit à la santé/"bien-être" physique - psychique - social pour tous, mais avec une attention toute particulière pour les plus démunis et les catégories plus vulnérables;
- *articulés et complémentaires* entre le secteur social et le secteur de la santé, les organisations / structures publiques et privées, les responsables politiques et les travailleurs psycho-sociaux.
- *communautaires et intégrés* au territoire (secteur) en vue de la réinsertion dans le milieu socio-familial, dans un contexte de solidarité, qui promeut la reconnaissance et l'autonomie de tous et chacun.

On ne peut plus s'attaquer à la lutte contre la marginalité et l'exclusion avec des stratégies et des mesures "à compartiment": si la marginalité est le résultat de complexes facteurs étroitement connexes, et l'expérience de tous les jours nous le démontre, il faut promouvoir, sans plus tarder, des réponses globales et intégrées qui ne pourront pas être le monopole d'organismes/associations "charitables", mais qui nécessitent l'implication des structures publiques et privées, tant dans le secteur du social que de la santé.

Malgré ces constatations d'une évidence inéluctable, aujourd'hui encore la plupart des initiatives, tant au niveau local que national et européen tendent à s'attaquer **d'une façon fragmentaire et hors-contexte** à des problèmes isolés: handicap physique ou mental, alcool, drogue, chômage, logement, etc., sans prendre en compte **l'articulation et la complexité** des facteurs, qui en sont à l'origine et qui exigent à moyen/long terme des programmes multidimensionnels et globaux, complémentaires et articulés.

5. COMPLEMENTARITE - SYNERGIE - PARTENARIAT

L'absence d'articulation et de complémentarité entre politiques sociale et sanitaire est mise en évidence par les contradictions multiples auxquelles se confrontent quotidiennement les pratiques socio-sanitaires, mais ce n'est qu'un reflet de cette carence d'articulation dans les politiques européennes, nationales et régionales:

- Les services sociaux soutiennent: "*... se sont des **malades mentaux**, ce n'est pas de notre compétence!*".
- Les services de santé, à leur tour: "*...se sont typiquement des **cas sociaux**, ce n'est pas de notre ressort*".
- Les services d'insertion au travail: "*... ils ne sont pas aptes au travail, **on ne peut rien** pour eux!*"
- Les services de logement: "*... ils n'ont pas **les moyens d'accéder** au logement et encore moins la possibilité de le garder !*"

Les administrations locales très souvent *délèguent* à des organisations et associations charitables la lourde tâche d'*assistance* aux plus pauvres et démunis.

Plusieurs associations de solidarité conjointement à des associations-charitables de volontaires et de bénévoles se sont mobilisées pour assurer des réponses à l'urgence.

Mais le manque de stabilité financière due aux reconductions aléatoires des subventions ne permet pas d'aller plus loin et d'élaborer des programmes à moyen/long terme, de prévoir des stratégies différenciées, des initiatives innovatrices, des cycles de formations, etc.

Les services qu'ils offrent, dès lors, sont surtout de l'ordre de l'*assistance-humanitaire*.

Ils répondent à l'*urgence-besoin* plutôt qu'à des programmes et des projets socio-sanitaires intégrés et articulés, qui prendraient en compte la situation globale de la personne et de leur environnement et en surplus avec le risque permanent de maintenir les personnes dans un état de dépendance de l'assistance-charitable ("assistantialisme").

Il est évident que des initiatives ponctuelles, relevant avant tout de la préoccupation et de la solidarité d'associations privées, sont absolument insuffisantes si viennent à manquer

l'implication et la programmation des pouvoirs politiques responsables.

6. RECHERCHE-ACTION ET PERSPECTIVES

Il n'existe pas de paramètres définis et de données statistiques fiables pour évaluer le nombre de marginaux et d'exclus, mais l'expérience prouve que ce nombre **est sûrement plus important** que ne le laisse supposer leur rencontre quotidienne dans les gares et les rues de nos métropoles, sans oublier que l'avenir nous confrontera toujours plus avec ceux qui, dans l'espoir de participer à cette même société de "*bien être*", émigrent d'autres pays et surtout de l'Est de l'Europe. Tout porte à croire qu'en l'absence de programmes de prévention et de mesures opportunes et adéquates d'intervention, **le nombre de ces malades à la rue marginalisés et exclus est destiné à s'accroître.**

Pour toutes ces raisons, il nous semble qu'une programmation cohérente, voulant éviter l'approche, à long terme peu efficace, basé sur l'assistance immédiate de problèmes isolés, ne pourrait faire l'économie d'une étude approfondie et multidisciplinaire sur l'ampleur du phénomène et sur les facteurs et les mécanismes qui sont à l'origine du processus d'exclusion.

Cette étude pourrait permettre de dépasser le stade de la *politique du besoin*, laquelle en répondant immédiatement et à terme aux besoins primaires et immédiats, risque de maintenir et renforcer l'état de marginalisation et de dépendance de ces personnes.

Pour répondre à ces objectifs, c'est à dire pouvoir élaborer des programmes ciblés, avec des objectifs précis, en vue de la création d'un réseau de structures et de services intégrés sur le territoire, l'étude devrait pouvoir analyser:

- l'ampleur et la spécificité du phénomène,
- les facteurs et les mécanismes sociaux produisant la marginalité et l'exclusion,
- les besoins et les réponses existants et les services spécifiques manquants.

7. PRIORITES A NE PAS PERDRE DE VUE

Les problèmes urgents ne doivent pas servir d'alibis pour cacher les problèmes de fond, mais il est de toute première urgence de rétablir les conditions primaires de vie décente afin de sauvegarder la dignité de la personne et ses droits élémentaires .

Un programme spécifique et articulé, à moyen/long terme, devrait promouvoir:

- 1. Une étude approfondie** et une recherche multidisciplinaire préalable.
L'analyse des causes et des facteurs complexes qui sont à l'origine de ce phénomène, l'étude des besoins multiples de ces personnes, le recensement des services qui existent et de ceux qu'il faudrait rendre plus adéquats ou réinventer complètement sont les préliminaires à l'élaboration de tout programme.
- 2. Des mesures de prévention**, pour éviter que les *personnes à risque* et les plus fragilisées par la conjoncture socio-économique (jeunes non-insérés, femmes en difficultés familiales, personnes âgées isolées, "nouveaux" immigrés), ne dérivent vers un état de chronicité dans la rue, plus difficile à traiter par la suite.
Les facteurs *temps* d'un côté et *l'absence de la continuité de soins* (réguliers et adaptés au contexte de la personne) et *d'assistance sociale* de l'autre jouent un rôle déterminant dans le passage d'une situation "occasionnelle-temporaire" à une situation cristallisée et chronique.
- 3. La création sur le territoire d'un réseau** de structures et de services qui soient complémentaires et intégrés: projets communautaires, services ambulatoires et de resocialisation / réinsertion, unités psychiatriques dans les hôpitaux généraux, adaptés à la situation globale de ces personnes.
Et plus spécifiquement:
 - **A la rue**: (c'est-à-dire où ils sont: gares, métros, trottoirs, etc.) c'est la première approche, la plus difficile, qu'il faut confier à des "professionnels de l'écoute", pour qu'ils puissent ré-établir une relation de confiance;
 - **dans des centres de premier accueil**, (micro-structures très spécialisées) ouverts 24h/24, pour répondre aux multiples situations d'urgence et de crise;
 - **dans des "structures intermédiaires"**: espaces transitionnels entre le "*dehors*" et le "*dedans*", centres d'hébergement, de soins et d'accompagnement;
 - **dans des "lieux de vie"**, adaptés à chacune de ces personnes, intégrés sur le territoire et axés sur la (re)socialisation, la (ré)habilitation et la (ré)insertion.
- 4. La réinsertion et le travail**: dans ces "**lieux de vie**" il faudra offrir des multiples opportunités occupationnelles différenciées et adéquates avec le support d'une structure d'observation, d'orientation et de formation qui puisse favoriser et faciliter la réinsertion dans le contexte social.
Plusieurs des programmes opérationnels, promus par le passé, soutenaient des actions

novatrices et des initiatives modèles qui avait pour objectif "d'améliorer les conditions d'accès au marché de l'emploi et la compétitivité des handicapés ..., par le moyen de la formation professionnelle et... de l'intégration économique et sociale".

On se retrouve confronté ici avec la même perverse logique qui régit le marché du travail:

formation --® compétitivité --® production,

mais qui ne peut pas être appliquée à cette catégorie de malades mentaux et qui ne prend pas en compte la situation de dégradation de ces personnes.

Une vraie "*intégration sociale*" n'existe pas sans le travail, mais il est également vrai que la "*(ré)insertion*" ne découle pas automatiquement de n'importe quelle conception du travail: dans notre optique ce n'est pas la personne qui doit s'adapter au travail, mais c'est le travail qui devient une expression de la "**participation**" et du "**devenir protagoniste**" de cette personne spécifique en tant que citoyen.

On pourrait dire que si la personne vit dans un nouveau contexte social elle produira des services conformes à ses possibilités et capacités et participera ainsi, d'une façon autonome au développement social à l'intérieur de la communauté. On a trop longtemps confiné, et aujourd'hui encore, les malades mentaux dans un rôle passif, avec tout que cela comporte comme perte en potentiel humain et comme coût social à payer.

Si seulement on offrait des nouvelles opportunités !

8. LE NOUVEAU DEFI

L'insoutenable regard des *malades mentaux-clochards* errants dans les rues de nos métropoles, nous renvoie sans cesse, leur condition extrême d'être *en marge*, exclus. Et plus encore il nous renvoie la projection exaspérée de la situation sociale vécue *au centre* même, ce qui constitue un défi permanent tant au niveau **médical**, que **social** et **civique**:

1. Quand *soigner* ne coïncide plus avec *guérir*, quand les processus de paupérisation et désocialisation sont à l'origine du *mal-être/mal-de-vivre* qui se manifeste par de nouvelles expressions pathologiques ou renforce les anciennes, **il faut inventer des alternatives et des pratiques socio-sanitaires innovatrices, qui font référence à la personne globale et à de nouveaux repères théoriques.**
2. Quand les processus de déstabilisation et de rupture du lien social et familial conduisent les individus à quitter leurs réseaux primaires et secondaires de socialisation, pour se retrouver *au chômage, à la rue et isolé*, **il faut promouvoir une nouvelle politique sociale de (ré)insertion et de solidarité.**

3. Quand la perte de repères d'identité sociale et de citoyenneté, accentués par de multiples barrières administratives et bureaucratiques, relègue en marge et exclu de toute appartenance sociale, entraînant la perte des plus élémentaires droits civiques, **il faut réinventer des services de proximités et promouvoir une nouvelle culture de la citoyenneté.**

La réponse, que la personne marginalisée attend, dépasse la satisfaction des "besoins de base" (abri, nourriture, vêtements). Mais pour une réponse globale il faudrait :

- envisager de nouvelles stratégies dans la lutte contre les processus de marginalisations (pauvreté, maladie mentale, chômage, logement...) à l'intérieur de la société même,
- promouvoir une nouvelle culture de la solidarité et de la proximité,
- passer de la tolérance / acceptation de la diversité à sa reconnaissance / ré-intégration,
- réaffirmer (faire reconnaître) que le droit aux soins, à la sécurité sociale, au logement est un droit inaliénable de la personne indépendamment de la condition sociale et administrative dans laquelle elle se trouve.

Mais cette réponse nouvelle et globale sera rendue possible seulement à la suite d'un *changement d'attitude*, conséquence de nouveaux repères (valeurs) théorico-pratiques :

- les professionnels et les bénévoles, au-delà du principe de "guérir" et "réintégrer",
- les responsables politiques, **au-delà du "réalisme économique immédiat"**, pourront alors relever le défi, en assumant chacun leurs propres responsabilités et renouer avec ceux qui, trop longtemps, sont restés les *marginiaux* de toute politique sociale et sanitaire.

9. RECOMMANDATIONS

1. Au "fatalisme" et à la résignation face au chômage, au manque de logement, à une santé "à double vitesse" il faut réagir, mais ensemble et avec des propositions concrètes.
2. Les besoins complexes des personnes nécessitent une approche et des réponses polyvalentes / complémentaires et globales pour le "bien-être" social, physique et psychique.
3. Pour endiguer cette dérive (les malades mentaux à-la-rue) il faut promouvoir des mesures de prévention; la plupart de nos interventions d'ordre curatif et "assistantiel-charitable" sont caractérisées par l'urgence.
4. Des opportunités multiples et spécifiques doivent être offertes pour permettre à ceux et celles qui sont les plus "brisés" de trouver - à leur rythme - la réponse la plus adéquate à leur situation.
5. La responsabilité des décideurs politiques locaux - nationaux - européens, tant du secteur social que de la santé, doit être impliqué d'une façon plus directe et permanente par nos groupes de réflexion et de pression.
6. La participation des juristes et de ceux qui "font l'opinion publique" (mass-media) est indispensable dans la préparation et la réalisation du séminaire.
7. La participation des usagers, les premiers concernés, est un apport dont on ne peut pas se passer dans ces séminaires, mais il faut la promouvoir et la préparer auparavant.
8. Une préparation spécifique et permanente est nécessaire pour les acteurs socio-sanitaires (salariés et bénévoles) qui oeuvrent dans ce domaine.
9. Les interventions des acteurs socio-sanitaires devraient être mobiles et polyvalentes:
 - aller à l'extérieur: à la rue, dans les familles,
 - changer d'attitude dans l'accueil, l'écoute : approche différenciée et humanisée.
10. Reconnaissance de la différence, de la diversité, reconnaissance du droit à participer pour devenir protagoniste dans la citoyenneté.

Luigi LEONORI

Place A. Leemans 3
B-1050 Brussels
e-mail : smeseu@compuserve.com
tel. & fax + 32.2.5385887

STATUTES

SMES – EUROPA

Association International

Non Profit - a.i.s.b.l.

2001

STATUTES

Santé Mentale Exclusion Sociale EUROPA

SMES-EUROPA

Les soussignés ,

1. BENTO Antonio José Gomes, psychiatrist, Lisbon, (P)
2. BRANDT Preben, psychiatrist, Directeur du Projekt Udenfor, Copenhagen (DK)
3. BRAVO Maria Fe, psychiatrist, A.E.N., Madrid, (E)
4. CRAIG Thomas, psychiatrist, St Thomas Hospital, London, (UK),
5. DI TOLLA Patrizia, psychologist, Partitatiche, Berlin, (D).
6. FRANGOULI Athena, speech therapist, SSMPS, Athens, (GR)
7. HORENBEEK Bernard, psychologist, SMES-B, Brussels, (B)
8. LEONORI Luigi, psychologist, SMES-IT, Rome, (I)
9. MANNU Giuseppe Ignazio Alfonso, psychiatrist, Rome, (I)
10. MUNOZ Manuel, psychologist, Madrid, (E)
11. SILVA Fernando Carlos Rodrigues, psychologist, ARIA, Lisbon, (P)
12. TIMMS Philip, psychiatrist, START, London, (UK)
13. ZOMBEK Serge, psychiatrist, Hôpital St Pierre, Brussels, (B)

conviennent de constituer une Association Internationale Sans But Lucratif, régie par la Loi du 25 octobre 1919, modifiée par les lois du 6 décembre 1954 et du 30 juin 2000, dont ils arrêtent les statuts comme suit :

I. Dénomination – siège - objet - durée

Article 1^{er}

L'association à but scientifique, pédagogique et philanthropique, est dénommée «Santé Mentale Exclusion Sociale - Europa », abrégée en SMES-EUROPA.

Cette association est régie par la loi belge du 25 octobre 1919, modifiée par la loi du 6 décembre 1954 et du 30 juin 2000.

Article 2.

Le siège de l'association est établi à place de Ninove, 10 à 1000 Bruxelles.

Le siège peut être transféré en tout autre lieu en Belgique par simple décision du conseil d'administration publiée dans le mois de sa date aux Annexes du Moniteur belge.

Article 3.

L'association a pour objet la promotion de la santé mentale et la réhabilitation/inclusion sociale prioritairement dans les Pays d'Europe.

SMES-EUROPA vise à promouvoir les droits particulièrement pour les personnes marginalisées et discriminées: sans abris, malades mentaux sans assistance, (ex)usagers psychiatriques, toxicomanes et alcooliques, (ex)détenus, personnes âgées, demandeurs d'asile et immigrants irréguliers.

Pour réaliser son objet social l'association se donne, notamment, les moyens suivants

- **l'étude et l'analyse** des enjeux politique, éthiques et de droit ;
- **la recherche/action** pour évaluer les pratiques et promouvoir des initiatives innovantes, adéquates et efficaces ;
- **la formation multidisciplinaire** et permanente ;
- **la sensibilisation** de la société.

Article 4.

L'association est constituée pour une durée indéterminée.

II. Membres

Article 5.

L'Association se compose de personnes physiques ou morales légalement constituées selon les lois et usages de leur pays d'origine . L'Association est constituée de différentes catégories de membres, originaires de tous les pays sans exception, qui selon leur divers engagement dans l'Association peuvent être : membres fondateurs, membres effectifs, membres adhérents et membres d'honneur.

Les Membres fondateurs, qui sont aussi membres effectifs de droit, apportent à l'association le concours actif de

leurs expérience, compétence et de leur dévouement.

L'admission des membres est subordonnée aux conditions suivantes :

1. **Membres effectifs** : sont ceux qui consacrent une partie de leur activité professionnelle à l'Association SMES-EUROPA, dans le but d'apporter leur propre contribution d'expérience et compétence. Toute personne physique ou juridique, qui désire devenir membre effectif, doit adresser une demande écrite au Conseil d'Administration, parrainée par deux membres effectifs.

L'admission de nouveaux membres effectifs est décidée souverainement par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

2. **Membres adhérents** : sont tous ceux qui partagent et promeuvent la finalité de SMES-EUROPA et en supportent les initiatives. Toute personne physique ou morale qui désire devenir membre adhérent de l'association, doit adresser une demande écrite au Conseil d'Administration.

L'admission de nouveaux membres adhérents est décidée souverainement par le Conseil d'Administration.

3. **Membres d'honneur** : le titre de membre d'honneur est conféré, comme un hommage et une distinction particulière, aux personnes qui, ont notablement contribué aux progrès de la cause de SMES-EUROPA. L'élection comme Membre d'honneur est faite par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

La qualité de membre se perd par :

- a) Démission : les membres sont libres de se retirer à tout moment de l'association en adressant par écrit leur démission au Conseil d'Administration.
- b) Décès
- c) Radiation: l'exclusion de membres de l'association peut être proposée par le conseil d'administration, après avoir entendu la défense de l'intéressé et être prononcée par l'assemblée générale à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés. Le conseil d'administration peut suspendre l'intéressé jusqu'à la décision de l'assemblée générale.

L'associé démissionnaire, suspendu ou exclu, ainsi que les héritiers ou ayants droit de l'associé décédé, n'ont aucun droit sur le fonds social. Ils ne peuvent réclamer ou requérir, ni relevé, ni reddition de compte, ni apposition de scellés, ni inventaires, ni le remboursement des cotisations versées.

Article 6.

Les membres effectifs paient une cotisation fixée annuellement, pour la catégorie à laquelle ils appartiennent, par l'Assemblée Générale sur proposition du Conseil d'Administration.

III. Assemblée Générale

Article 7.

L'assemblée générale possède la plénitude des pouvoirs permettant la réalisation de l'objet de l'association. Elle se compose de tous les membres effectifs. Les membres adhérents et les membres d'honneur peuvent y assister avec voix consultative. Seuls les membres effectifs en ordre de cotisation ont droit de vote. Sont notamment réservés à sa compétence les points suivants :

- a) approbation des budgets et comptes;
- b) élection et révocation des administrateurs;
- c) modification des statuts;
- d) dissolution de l'association,
- e) l'exclusion d'associé.

Article 8.

L'assemblée générale se réunit de plein droit sous la présidence du Président, ou – en son absence – du Vice-Président, au moins une fois par an, au siège social ou à l'endroit indiqué sur la convocation.

L'Assemblée Générale est convoquée par le Conseil d'Administration par lettre ordinaire, fax, courrier électronique ou tout autre moyen de communication au moins 15 jours avant l'assemblée générale et contient l'ordre du jour, signé par un administrateur.

L'association peut être réunie en Assemblée Générale extraordinaire à tout moment par décision du Conseil d'Administration ou à la demande d'un cinquième des membres au moins.

Chaque réunion se tiendra au jour, heure et lieu mentionnés dans la convocation.

Tous les membres effectifs doivent y être convoqués.

Article 9.

Les membres effectifs pourront chacun se faire représenter à l'assemblée générale par un autre membre effectif porteur d'une procuration spéciale écrite. Chaque membre effectif ne pourra cependant être porteur de plus de deux procurations. Les dispositions précises du vote seront détaillées dans le Règlement d'Ordre Intérieur.

Tous les membres effectifs ont un droit de vote égal à l'Assemblée Générale, chacun disposant d'une seule voix..

En cas de partage des voix, celle du Président ou de l'Administrateur qui le remplace est prépondérante.

Article 10.

Sauf dans les cas exceptionnels prévus par les présents statuts les résolutions sont prise à la simple majorité des membres effectifs présents ou représentés. L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si elle réunit les deux tiers des membres de l'association, ayant voix délibérative, présents ou représentés. Les résolutions prises seront portées à la connaissance de tous les membres.

Il ne peut être statué à tout objet qui n'est pas porté à l'ordre du jour.

Les résolutions de l'assemblée générale sont inscrites dans un registre signé par le Président et un autre Administrateur. Ces procès-verbaux sont conservés au Siège Social où tous les membres peuvent en prendre connaissance.

Article 11.

Sans préjudice de la législation en vigueur, toute proposition ayant pour objet une modification aux statuts ou la dissolution de l'association doit émaner du conseil d'administration ou d'au moins deux tiers des membres effectifs de l'association.

Le conseil d'administration doit porter à la connaissance des membres de l'association au moins trois mois à l'avance la date de l'assemblée générale qui statuera sur ladite proposition.

L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer sur la dissolution de l'association ou la modification des statuts que si elle réunit les deux tiers des membres, ayant voix délibérative, présents de l'association.

Aucune décision ne sera acquise si elle n'est votée à la majorité des deux tiers des voix.

Toutefois, si cette assemblée générale ne réunit pas les deux tiers des membres effectifs de l'association, une nouvelle assemblée générale sera convoquée dans les mêmes conditions que ci-dessus, qui statuera définitivement et valablement sur la proposition en cause, à la même majorité des deux tiers des voix, quel que soit le nombre des membres présents ou représentés.

Les modifications aux statuts n'auront d'effet qu'après approbation par arrêté royal et seront publiées conformément à l'article 3 de la loi du 25 octobre 1919.

L'assemblée générale fixera le mode de dissolution et de liquidation de l'association.

IV. ADMINISTRATION

Article 12.

L'association est administrée par un Conseil d'Administration composé au minimum de 3 membres.

Les administrateurs sont nommés par l'assemblée générale dans les conditions suivantes :

- durée : leur mandat expire tous les trois ans, par décès, démission ou révocation,
- ordre de sortie : tout membre du Conseil d'Administration qui perd la qualité de membre de l'Assemblée Générale est réputé démissionnaire de plein droit de toutes les fonctions et qualités exercées dans l'association.

En cas de vacances au cours d'un mandat, un administrateur provisoire peut être nommé par le conseil d'administration. Il achève dans ce cas le mandat de l'administrateur qu'il remplace.

Les administrateurs peuvent être révoqués par l'assemblée générale statuant à la majorité des deux tiers des membres effectifs présents ou représentés. L'Assemblée Générale ne peut valablement délibérer que si elle réunit les deux tiers des membres de l'association, ayant voix délibérative, présents ou représentés.

Article 13.

Le conseil élit en son sein un Président, un Vice-Président, un Secrétaire et un Trésorier. En cas d'empêchement du Président, ses fonctions sont assumées par le Vice-Président.

Article 14.

Le conseil se réunit au moins une fois par an ou bien sur convocation spéciale du Président.

La convocation est transmise par lettre, fax, courrier électronique ou tout autre moyen de communication.

Un administrateur peut se faire représenter par un autre administrateur qui ne peut cependant être porteur de plus d'une procuration écrite.

Le conseil ne peut valablement délibérer que si la majorité de ses membres est présente ou représentée.

Les décisions sont prises à la majorité simple des voix. Chacun des membres du Conseil d'Administration dispose d'une voix. En cas de parité, la voix du Président ou de son remplaçant est prépondérante.

Article 15.

Le conseil a tous les pouvoirs de gestion et d'administration sous réserve des attributions de l'assemblée générale.

Il peut déléguer la gestion ordinaire à un Administrateur, avec l'usage de la signature afférente à cette gestion, agissant de commun accord, choisi parmi ses membres et dont il fixera les pouvoirs. Il peut, en outre, conférer sous sa responsabilité des pouvoirs spéciaux et déterminés à une ou plusieurs personnes.

Les membres du personnel de l'Association sont recrutés et licenciés par le Conseil d'Administration, qui fixe leur rémunération. Le Conseil d'Administration organise le travail et fixe les attributions du personnel.

Article 16.

Les résolutions sont inscrites dans un registre signé par le Président et un Administrateur, qui le tiendra à la disposition des membres de l'association.

Article 17.

Tous les actes qui engagent l'association, autres que ceux de gestion ordinaire et sauf procurations spéciales du Conseil, seront signés soit par le Président et l'Administrateur Délégué, qui n'auront pas à justifier envers les tiers des pouvoirs conférés à cette fin.

Article 18.

Les actions judiciaires tant en demandant qu'en défendant sont suivies par le conseil d'administration représenté par son président ou un administrateur désigné à cet effet par celui-ci.

En cas d'urgence, le Président ou l'Administrateur délégué peut valablement agir en justice, sous réserve de ratification par le Conseil d'Administration des actes ainsi posés.

Les Administrateurs ne contractent en raison de leur fonction, aucune obligation personnelle et ne sont responsables que de l'exécution de leur mandat.

Il est constitué un Bureau du Conseil d'Administration, composé du Président, vice-président, secrétaire et trésorier et administrateur. Il exerce les compétences qui lui sont déléguées par le Conseil d'Administration.

V. BUDGETS ET COMPTES

Article 19.

L'exercice social est clôturé le 31 décembre de chaque année.

Le conseil est tenu de soumettre à l'approbation de l'assemblée générale le compte de l'exercice écoulé et le budget de l'exercice suivant.

La transparence du budget constituera un fondamental point d'éthique et d'honneur de l'association.

VI. DISPOSITIONS DIVERSES

Article 20.

Un règlement d'ordre intérieur sera présenté par le Conseil d'Administration à l'Assemblée Générale. Des modifications à ce règlement pourront être apportées par le Conseil d'Administration qui le soumettra pour approbation à l'Assemblée Générale statuant à la majorité simple des associés présents ou représentés.

Article 21.

Dans des cas exceptionnels, dûment justifiés par l'urgence et l'intérêt social, les décisions de l'assemblée générale et du conseil d'administration peuvent être prises par consentement unanime des membres et administrateurs, exprimé par écrit, au moyen d'un formulaire qui sera adressé à chaque membre et administrateur, accompagné d'une notice explicative concernant la motivation et les modalités de la décision à prendre. Ce formulaire contiendra les mentions suivantes : les prénoms et nom du membre ou administrateur, son domicile, l'ordre du jour, le sens du vote ou de l'abstention sur chacun des points repris à l'ordre du jour et éventuellement le délai de validité du mandat. Il sera signé.

La première assemblée générale et/ou le conseil d'administration qui se tiendra après la décision prise par écrit, ratifiera celle-ci."

VII. Dispositions générales

Article 22.

L'Assemblée Générale devra désigner un commissaire, associé ou non, chargé de vérifier les comptes de l'association et de lui présenter son rapport annuel. Elle déterminera la durée de son mandat.

En cas de dissolution de l'association, l'Assemblée Générale désignera le ou les liquidateurs, déterminera leurs pouvoirs et indiquera l'affectation à donner à l'actif net de l'avoir social.

Dans tous les cas de dissolution volontaire ou judiciaire, à quelque moment, ou par quelque cause qu'elle se produise, l'actif net de l'association dissoute sera affecté à des actions sociales désignées par l'Assemblée Générale.

Disposition transitoire

Les engagements pris par l'association en formation seront repris par l'association une fois que la personnalité juridique lui aura été octroyée par arrêté royal.

Tout ce qui n'est pas prévu par les présents statuts et notamment les publications à faire aux Annexes du Moniteur belge, sera réglé conformément aux dispositions de la loi du 25 octobre 1919 régissant les associations internationales sans but lucratif.

L'Assemblée Générale réunie ce jour a élu en qualité d'administrateur :

Bento Antonio José Gomes, Brandt Preben, Bravo Maria Fe, Craig Tom, Di Tolla Patrizia, Frangouli Athena, Horenbeek Bernard, Leonori Luigi, Mannu Giuseppe Ignazio Alfonso, Silva Fernando Carlos Rodrigues, Timms Philip, Zombek Serge

Le Conseil d'Administration, réunis immédiatement à l'issue de l'Assemblée Générale, a désigné en qualité de:

Président : Leonori Luigi
Vice-président : Brandt Preben
Secrétaire : Timms Philip
Trésorier : Horenbeek Bernard

Fait à Bruxelles, en quatre exemplaires, le 17/02/2001.
(Suivent les signatures.)

.....
.....

SYNTHESIS of SMES-EUROPA aisbl at 2006

★ SMES : ASSOCIATION				
STARTING of the Project and Network :		Rome: December 1991 with the 1 st Seminar		
PROMOTOR of the project and network :		Luigi LEONORI		
STARTING of Association A.I.S.B.L. :		10 August 2001 - A.R. : 7/CDLF/14.638/S – 10/08/01		
★ SMES STATUTE : cf. www.moniteur.be ; http://www.ejustice.just.fgov.be/vzw/vzwf.htm Publication Moniteur Belge : 2002-01-15 N. 000620 Numéro de l'association : 6202002 No TVA ou no entreprise : 476429158f. - "Arrêtée Royale" 10 August 2001				
★ FOUNDER MEMBERS				
Leonori Luigi, Psychologist	SMES-IT	smeseu@smes-europa.org	I	
Brandt Preben, Psychiatrist	UDENFOR	preben.brandt@udenfor.dk	DK	
Horenbeek Bernard, Psychologist	SMES-B B	bernard.horenbeek@gov.wallonie.be	B	
Timms Philip, Psychiatrist		philip.timms@virgin.net	UK	
Zombek Serge, Psychiatrist		serge_zombek@stpierre-bru.be	B	
Fernando Silva, Psychologist	A.R.I.A.	aria@aria-ajuda.pt	P	
Bento Antonio José Gomes, Psychiatrist		ajgbento@clix.pt	P	
Bravo Maria Fe, Psychiatrist		mfbbravo@telefonica.net	SP	
Craig Thomas, Psychaitarist		thomas.craig@kcl.ac.uk	UK	
Di Tolla Patrizia, Psychologist	PARITÄTISCHE	ditolla@paritaet-berlin.de	D	
Frangouli Athena, Psychologist		ekpsath@otenet.gr	GR	
Mannu Giuseppe, Psychiatrist		jomannu@hotmail.com	I	
Muñoz Manuel, Psychologist		mmunoz@psi.ucm.es	SP	
★ MEMBERS of SMES BORD				
Leonori Luigi, Psychologist	President		smeseu@smes-europa.org	I
Zombek Serge, Psychiatrist	Vice President	SMES-B	serge_zombek@stpierre-bru.be	B
Bravo MariFe, Psychiatrist	Vice President	SMES-Madrid	marife.bravo@uam.es	E
Di Tolla Patrizia, Psychologist	Treasurer	Der PARITÄTISCHE	ditolla@paritaet-berlin.de	D
Hoegh Ninna,	Secretary	UDENFOR	ninna.hoegh@udenfor.dk	DK
Erele Rita,	Administrator	Street Children Project		LV
Dreyfus Michelle , Psychologist	Administrator	CHS St ANNE		F
Realacci Paolo , Psychiatrist	Administrator	SMES-IT		I

ANNEXE

**URGENCE SOCIALE ET URGENCE POLITIQUE
LES SANS ABRI MEURENT ENCORE AUJOURD'HUI A LA RUE**

PAR LUIGI LEONORI

SMES-EUROPA

extrait de **HIVER 2005 - FEANTSA**



Social Emergency and Political Emergency Homeless people are still dying in the street today

Par Luigi Leonori, SMES-Europa

The death of a homeless person abandoned in the street has always provoked, and continues to provoke, a public scandal: how is it possible that nowadays, in civilised, rich and modern European countries, people can still die in the street, from heat, cold or hunger?

And yet these *winter victims* seem to be taken by surprise every year in the period leading up to Christmas. The rituals that follow are well-established: journalists record the information (which indeed sells rather well during the holiday season) and the finger is pointed at politicians, whose policies fail to take account of the most vulnerable. They feel obliged to urgently put in place emergency plans and structures. On the basis of this political decision, service-providers set up a winter emergency plan (stations, underground stops, gymnasiums etc, which are open all night). The service-providers find that their task increases all the time, in the face of growing needs and in light of the policy gaps that they must seek to fill, without, however, becoming complicated with inadequate social policies - a problem which is simply not taken seriously by political decision-makers.

And thus a familiar scenario takes place when the winter emergency is declared: one which is far removed however from the reality of the social emergency that is experienced by rough sleepers.

In my opinion, the social emergency that is street homelessness necessitates an urgent recognition by the whole of society of the unquestionable and unacceptable seriousness of the consequences of social exclusion for the weakest and most vulnerable among the population. This social emergency must be translated in to an imperative and urgent issue for all: whether politicians, administrative decision-makers, service providers and citizens. Everyone must be involved in prioritising this issue with all the necessary and adequate resources and in attacking the structural root causes, which exclude and kill the most vulnerable citizens.

The response to street homelessness cannot be reduced to an unvarying packet of emergency measures. These add up to nothing more than easing society's conscience and do nothing more than reduce the damages caused by a society, that, as it has undergone its transformation into a market-driven economy, has become a source of exclusion and marginalisation and which is no longer social. It is a society that can no longer ensure the protection and the respect of the rights of all of its citizens and especially of the weakest.

We should no longer speak of a social emergency, but rather of a political emergency and a need to target the real causes, which are well-known to the politicians and policy-makers responsible for the well-being of citizens. It is necessary to develop coherent action plans in relation to the situation of street homeless people, to apply adequate and sustainable strategies, making all of the professional and financial services necessary available. In total contrast to such an approach, what we are presently witnessing is the "rationalisation" (which really means "making savings") of the health and social protection budgets. And it is the weakest and most vulnerable who face the gravest consequences.

The winter cold or the summer heat are just a pretext and a context that serve as alibis for the true causes of these scandalous deaths: the reality of biological death (from hypothermia or dehydration...) is just the final stage in a long process of exclusion and the "death of the citizen," through being cut off from society, had taken place long before and led to the loss of life of these rough sleepers.

Who are these citizens who die on a winter's night, abandoned in the street?

They are the deaths "of no importance"!¹ Often they are the same people we are used to seeing, rather than meeting, who wander around or lie on the ground in the streets and the railway stations, delirious or silent,

searching in dustbins or next to an empty bottle. These are homeless and mentally ill people, abandoned to the street, where they survive as a reminder of the profound malaise of "civilised society". They are the leftovers, those that don't count, those that have plumbed the greatest depths of rupture, of rejection of non-existence. Their situation of abandonment and their mental suffering is an indicator of deep-seated social insecurity. The term "mental suffering" designates the articulation between a person's mental state, somatic state and social state - that is to say, the way in which social inequalities stigmatise excluded people right down to their very bodies.

It is these '*poorest of the poor*', whether abandoned on the street or living in shelters or insecure and inadequate housing, who are the visible part of what is a far more serious and widespread structural and societal phenomenon than one might think at first glance.

It is a stereotype to declare that in today's society 'the rich get richer and the poor get poorer' (yet this is a fact borne out by European statistics, and confirmed for example, in Italy by the 2005 report of Censis).² All the factors at play in poverty and exclusion (loss or lack of housing, of work, of training, of minimum income etc.) have an impact on health and on mental health. Inversely, incidences of mental suffering and mental illness, which are not treated by competent services, impoverish the person. We have always sought to sort and to label the population of homeless people suffering from mental illness into categories like "schizophrenic", "borderline", alcoholic, drug addict and so on...But we must face up to the reality: despite many tests, it is not really possible to categorise this part of the population of our cities. What they do have in common, however, is that they are unfortunate enough to be chronic rough sleepers, that is, without a "home" and in a situation of rupture, of disgust, of indifference, of *social anorexia*.

Their situation of social exclusion is further complicated by their mental health condition, which further accentuates all of the factors contributing to exclusion: breakdown, of social networks, loss of social rights, of housing, of family, of work, of health...

We try to mark them, to scan them, to count them with all the statistical artifices at our disposal – almost to reassure ourselves that really, there aren't that many of them. Among chronic street homeless people, at least some 30-40% are both homeless and suffering from mental illness – this is something that is borne out by all professional studies and estimates. A further estimate emerging from the work done in this area is that some ten percent of this group have lost – in a more or less irreversible way – all contact with society in general, and often even with workers and service providers and live in a state of total degradation, both in relation to their dignity as a human person, and in relation to their state of mental, physical and social health and wellbeing.

These street homeless are those that no longer ask for anything at all: despite the very high levels of mental and physical suffering experienced by these socially excluded people, they are unlikely to have recourse to medical or mental health services. There are obstacles and barriers that raise themselves for subjective, structural and institutional reasons, because of poverty, because of lack of support and because of the fragmentation of and bad coordination of basic services. And when these people do, in fact, try to access services, or are accompanied to them, it is generally in a crisis situation and they are treated by emergency services, but with little or no follow-up.

Mental health and medical services very often exclude users that have a psychiatric "career" and a life on the street: they are passed around in an endless game of table tennis between different services and units, because it is rare that any will engage with them and take responsibility for all of their complex needs in the areas of mental and physical health and social wellbeing. This is the reason, among other things, that traditional mental health services often neglect this problem, or indeed simply do not have the competencies or the attitude necessary to reach out to these homeless people in the streets of cities, to engage with them, and to support and treat them.

Today's consumer society produces tonnes of waste, some of which, at least, can thankfully be recycled. Today's market society produces many excluded people, who are not always or easily reintegrated.

There is a growing gap between this *exterior world* of the street, the railway stations, the shelters etc. and the *interior world* of medical and social institutions. And so these people who are homeless remain isolated, in the street, asking for nothing and living in an ever worsening state of degradation: there is no *dignity* without health and *no health without mental health*. We often forget the definition of health coming from the World Health Organisation: *health is a state (a dynamic and indivisible whole, therefore) of mental, physical and social wellbeing; as well the UN resolution that states that all people have the right 'to enjoy the highest attainable standard of health.'*³

The mental health situation of excluded people sometimes deteriorates very rapidly, mainly due to the lack of any work in the area of prevention and access to information. Information on healthcare and hospital services, and in particular on how to access them, is very difficult, even impossible, to come by. Health promotion and primary and secondary preventative measures often do not reach the most vulnerable groups. There is a lack of specific training for general practitioners, as well as for specialists, on how to work with homeless and marginalised people. And finally, it must also be added that networking and working in a joined-up fashion remains very difficult.

Going out to meet people: Outreach Services

For several years already in the various capital cities of Europe, different organisations offer services to rough sleepers, through the work of volunteers in many cases, who regularly visit the places where homeless people tend to stay. The common denominator among these initiatives is mainly the fact that they are centred around contact with those people who ask for nothing and expect nothing from society and its institutions. Motivated by solidarity, as well sometimes as a desire to rise to a professional and humanist challenge, these volunteers and professionals comb the streets during the night and visit the train stations, in order to make contact with "those people", with no other goal than simply to be present, to establish or re-establish contact,

to understand their lives and value them according to criteria that differ greatly from those values and beliefs espoused by traditional socio-medical bodies.

Over the past few years, there has been a growing consciousness among public authorities of the seriousness of the situation of exclusion and abandonment of rough sleepers. They have begun, therefore, to directly organise certain social emergency services, without however giving much consideration to existing services; to building them up or to working in partnership with them. There is, however, one happy result of this approach, which is that there has seldom been so much outreach work taking place in the streets and stations, thanks to the very numerous workers and volunteers from the public and NGO sector who are attached to mobile units and teams of street workers.

Certainly the diversity of identities, of aims and of resources (both at the level of personnel and of services) would be very positive, if only working in a joined-up, inter-disciplinary and inter-institutional network were the reality, rather than simply an objective. What is needed is a high-level system of coordination, whose methodology is based on concertation, with strategies that involve policy-makers and decision-makers in their development. Networking and cooperation should be seen as essential by all street services and teams. There is a need to tighten the network, even at the informal level. The tasks and objectives should be clearly defined in order for them to be shared out within a flexible and adaptable network.

Thus, outreach work could move from being a space of competition, whether real or ideological, to being a real instance of "de-institutionalisation": that is; a move from the inside, from the institution and from all-knowingness; to the outside: towards the person. More than simply a way of working that uses mobile tools; outreach is above all an unconditional ability to reach out and to listen to those people who no longer ask for anything from anyone. It is an aptitude for openness - towards homeless people living in the street - but also towards other actors and service providers: partnership working, where the diversity of actions becomes a synergy and richness of response is undoubtedly the most effective way to meet the complex needs of homeless people within an overall framework of reintegration.



IN CONCLUSION:

Street homelessness is above all a political issue: if it is what we really want, then we can build a social Europe – we must simply launch a political attack on the real structural causes of poverty, arming ourselves with medium and long-term plans, by developing coherent, priority projects and by allocating adequate budgetary resources. Extreme poverty and exclusion have very serious consequences for mental, physical and social health and wellbeing – especially for those people who have been born into such difficult circumstances. Mental suffering, arising from all forms of poverty and deprivation – and often further complicated by mental illness – reinforces the condition of poverty, hardening it into extreme exclusion. The situation of street homeless people suffering from mental health problems is getting more and more serious and means that the current modus operandi of mental health services must be called into question. We cannot simply wait for people, and especial-

ly people who are homeless, to come and access care. They ask for nothing and yet sometimes they have extremely pressing needs. The interaction of social exclusion and mental illness gives rise to complex needs that require holistic and sustainable responses, both in terms of prevention programmes, but also in terms of adapted care.

Street homelessness is not an isolated phenomenon: rights issues and health issues are also connected to the social sphere, making a partnership approach and working within a interdisciplinary network (with all relevant actors, public and non-governmental) absolutely essential in order to propose, but not impose, coherent, sustainable and integrated solutions, that look beyond monopolistic competition and see further than an emergency approach as an end in itself.

Outreach – reaching out to people: this is first and foremost an aptitude for proximity,

a presence that brings together the ability to be available and to listen, with a partnership working approach, that uses all the tools and resources available. Reaching out requires time and attention to the person as an individual: it requires a quality-based, rather than quantity-based approach. The primary aim is not to reduce the number of homeless people in the streets and not to force immediate solutions (except in cases of emergency), but rather the idea is to make contact, to offer, to suggest, to support, while respecting the person. Outreach can play a mediating role between the inside and the outside, both at the institutional level and the individual, personal level.

To conclude: there will probably be more *victims of the cold*. But it is at least to be hoped that these deaths will raise awareness in society about the need for programmes and strategies to eradicate the underlying causes of street homelessness, which still kills - all too often in a climate of indifference. ●

¹ Des morts sans importance ? (Deaths of No Importance?) Twenty organisations working with rough sleepers tell of the numerous deaths among these homeless and denounce the terrible conditions that they have endured. (Aux Captifs, la Libération – Paris 2005)

² Rome, 2nd December 2005 – The rich get richer and the poor get poorer – luckily there are organisations which fill the gaps left by the absent welfare states. This is the message coming from the 39th Report by Censis on the social situation in Italy in 2005. The rich have not only increased in number, but they are spending more and more – the richest 10 percent own almost half of the net riches of the country.

³ Resolution. 46/119,1.1, UN General Assembly 17/12/1999).

MENTAL HEALTH, SOCIAL EXCLUSION - SMES-EUROPA

The SMES Network was launched in 1992 in Rome, following a first conference on the “indecent” condition of abandonment and social and medical exclusion experienced by rough sleepers in European capitals. Up to now, at least, it is hard to claim that there has been an improvement in the situation. The movement developed into the European SMES network, made up of professionals from the health and social sector, who have come together in an international NGO. The aim of SMES-Europa is the positive promotion of the dignity of the human person, as well as of mental health, for all those living in extreme poverty and hardship. Through study and analysis of policies, ethics and laws in the area of social inclusion and mental health, SMES-Europa aims

to raise awareness in society, to denounce the inadequacies of policies and to place pressure on decision-makers.

SMES-Europa focuses particularly on those people in a situation of extreme marginalisation, exclusion and discrimination, who have a range of complex needs and mental health needs: homeless people suffering from mental illness; exploited children and young people who have lost their social networks; (former) prisoners; alcoholics and drug addicts; isolated old people; refugees and migrants, who are sometimes undocumented, with an illegal status, and who are not accepted or integrated into society.

Contact SMES-EUROPA: www.smes-europa.org - smeseu@smes-europa.org



Urgence Sociale et Urgence Politique

Les sans abri meurent encore aujourd'hui à la rue

Par Luigi Leonori, SMES-Europa

La mort¹ d'un sans-abri abandonné à la rue, a fait et fait toujours scandale : comment est-il possible qu'aujourd'hui encore dans les pays civilisés, riches et modernes d'Europe on puisse encore mourir abandonnés à la rue à cause du froid, ou de la chaleur, ou de la faim ?

Et pourtant ce sont *les victimes de l'hiver* qui semblent chaque année être pris par surprise dans les temps qui précèdent Noël. Les rituels qui s'en suivent sont toujours les mêmes :

les journalistes enregistrent de l'information (qui par ailleurs se vend très bien pendant les fêtes...); les élus politiques sont pointés du doigt, à cause de leur politique qui en général ne tient pas compte des personnes les plus vulnérables. Ils se sentent obligés de mettre sur pied d'urgence des dispositifs à effet immédiat; les administrateurs, sollicités à leur tour par les politiciens, mettent en œuvre le plan '*urgence froid*' (gares, métros, salles de gym ouvertes pendant la nuit...); les associations travaillent toujours plus à cause des besoins accrus et en vue de pallier aux carences politiques, essayant dans la mesure du possible de ne pas devenir presque complices de celles-ci, qui ne sont jamais sérieusement prises en compte par les responsables de la cause publique.

Voilà donc le scénario bien connu quand l'*urgence froid* est déclarée mais alors qu'elle n'a rien à voir avec l'urgence sociale.

L'*urgence sociale* - je crois - devrait surtout être la prise de conscience urgente par la société civile toute entière de la gravité indiscutable et inacceptable des conséquences de l'exclusion sociale chez les populations les plus faibles et vulnérables. Cette urgence sociale doit se traduire en un *impératif catégorique* pour toute la société: responsables politiques, décideurs administratifs, professionnels et citoyens. Tous doivent s'attaquer prioritairement, et avec toutes les ressources nécessaires et adéquates, aux causes vraies et structurelles qui excluent et tuent les personnes les plus vulnérables parmi les citoyens.

L'urgence sociale ne peut être réduite à un paquet de mesures, par ailleurs toujours les mêmes. Elles ne sont rien d'autre que des *palliatifs de bonne conscience* qui servent à réduire les dégâts d'une société qui, au fur et à mesure de sa transformation en une société marchande, est devenue source d'exclusion et de marginalisation, et qui n'est plus sociale. Elle est de ce fait incapable d'assurer la protection et le respect des droits de toutes les catégories de ses citoyens, et plus particulièrement des plus faibles.

On ne devrait plus parler d'urgence sociale, mais d'urgence politique, qui devrait avant tout cibler les vraies causes, bien connues des élus et responsables du bien-être des citoyens. Il faudrait alors élaborer des plans d'action cohérents par rapport à la situation d'urgence, appliquer des stratégies adéquates et durables, en prévoyant aussi toutes les ressources professionnelles et financières nécessaires. Bien au contraire on assiste toujours plus à la *rationalisation* (= *faire des économies*) des budgets de santé et de protection sociale. Et ce sont les plus démunis qui en payent les conséquences directement.

Le froid hivernal ou la chaleur estivale ne sont qu'un prétexte et un contexte qui servent d'alibis aux vraies causes de ces morts scandaleuses : en réalité la mort biologique (pour *hypothermie* ou *déshydratation*...) n'est que le point final d'un processus d'abandon où la mort citoyenne, existentielle a déjà depuis longtemps été consommée et a anéanti la vie de ces personnes.

Qui sont ces citoyens qui meurent dans une nuit d'hiver abandonnés à la rue ?

Des morts '*sans importance*' !² Souvent, ils font partie de ceux que nous sommes habitués à voir, plus qu'à rencontrer, errants ou couchés dans les rues et dans les gares, délirants ou silencieux, fouillant dans les poubelles ou à côté d'une bouteille vide. Ce sont les '*sans abri* et les *malades mentaux*' abandonnés à la rue, où ils survivent comme des symptômes vivants du «malaise de la société civilisée». Ce sont les *surnuméraires*, ceux

qui ne comptent pas, ceux qui sont arrivés au bout de la chute, de la rupture, du rejet, de la non-existence. Leur situation d'abandon et leur souffrance psychique deviennent l'indicateur de la précarité sociale. Le terme *souffrance psychique* indique l'articulation entre le psychisme, le somatique et le social/relationnel, c'est-à-dire la manière dont les inégalités sociales stigmatisent les personnes exclues jusque dans leur corps.

Ce sont les '*toujours plus pauvres*', soit abandonnés à la rue, soit vivant dans des centres d'accueil ou dans des logements aux conditions précaires, qui ne sont que la partie visible d'un phénomène structurel et social beaucoup plus grave et répandu qu'on ne peut le croire à première vue.

C'est un lieu commun d'affirmer que dans nos sociétés les «*riches deviennent toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres*», (il s'agit là de données statistiques européennes, confirmées par exemple pour l'Italie par le dernier rapport 2005 du Censis).³ Tous les facteurs de la pauvreté et de l'exclusion (perte ou manque de logement, de travail, de formation, absence de minimum vital, etc.) ont un impact sur la santé et sur la santé mentale et réciproquement toute situation de malaise psychique et de maladie mentale, qui ne sont pas pris en charge par les services compétents, appauvrissent la personne. On a toujours essayé de classer, d'étiqueter la population des *sans abri* et *malades mentaux*, comme étant schizophrènes, «borderline», alcooliques, drogués, et autres. Mais on doit se rendre à la réalité : malgré toute sorte de DSM, il est impossible de classer cette partie de la population des métropoles.

Ils ont en plus en commun le malheur d'être chroniquement à la rue, c'est-à-dire sans un «chez-soi» et en situation de rupture, de dégoût, d'indifférence, d'*anorexie sociale*. Ils redoublent cette situation de souffrance par leur condition de malades mentaux qui accentue encore plus tous les facteurs d'exclusion : perte de liens et de droits sociaux, perte de la famille, du logement, du travail et de la santé.

On essaye de les marquer, de les débusquer, de les dénombrer, avec tous les artifices des statistiques, presque pour se rassurer qu'ils ne sont pas si nombreux. Parmi les sans abri '*chroniquement*' à la rue, c'est-à-dire sans un « chez soi » stable, entre 30-40%, au moins - et toutes les études et estimations des professionnels convergent à ce niveau là- sont '*sans abri et malades mentaux*'. Une estimation complémentaire des professionnels reconnaît qu'au moins 10% de ces sans abri souffrant de maladies mentales ont perdu - d'une manière *presque irréversible* - tout contact avec la société en général, mais souvent aussi avec les travailleurs des associations et des services de proximité, et ils vivent dans un état de dégradation absolue tant pour ce qui concerne leur dignité humaine, que leur état de santé physique, psychique / mental et social.

Il s'agit de ceux qui ne demandent rien : malgré le taux beaucoup plus élevé de souffrance physique et mentale chez ces personnes socialement exclues, celles-ci sont peu enclines à avoir recours aux services de médecine générale ou de santé mentale. Des obstacles et des barrières s'élèvent et s'interposent pour des causes subjectives, structurelles et institutionnelles, à cause de la pauvreté, du manque de soutien et à cause de la fragmentation et de la mauvaise coordination des services de base. Et lorsque ces citoyens se rendent ou sont accompagnés à une consultation, c'est plutôt auprès des services d'urgence, lors d'une crise et avec peu ou pas du tout de suivi.

Santé mentale et services de santé : les services excluent très souvent les usagers ayant une '*carrière*' psychiatrique et de vie à la rue : ils font l'objet de ces jeux de ping pong entre différents services et unités, parce que ces services assument très rarement la prise en charge intégrale de la personne avec toute la complexité de ses besoins : de santé physique, de santé mentale et sur le plan social. Voilà pourquoi, entre autres, les services de santé mentale traditionnels négligent souvent ce problème ou n'ont tout simplement pas les compétences ou l'attitude nécessaires pour aller à la rencontre, prendre en charge et accompagner ces personnes qui ont de graves problèmes de santé mentale et qui errent dans les rues des métropoles.

La consommation accrue produit aujourd'hui des tonnes de déchets heureusement parfois recyclables. La société marchande produit d'innombrables exclus pas toujours et pas facilement re-insérables.

Il y a un fossé qui se creuse toujours plus entre ce '*monde extérieur*' de la rue, des gares, des centres d'hébergement etc. et le '*monde intérieur*' des institutions médicales et sociales. Donc ces personnes restent isolées, à la rue, sans rien demander et dans un état de dégradation toujours plus indécrottable : il ne peut pas y avoir de *dignité sans santé et non plus de la santé, sans la santé mentale*. On oublie parfois ou très souvent la définition de l'OMS : '*la santé est un état (un tout dynamique et indivisible) de bien-être tant physique, que psychique et social*', et '*toute personne a droit aux meilleurs soins de santé mentale disponibles, dans le cadre du système de santé et de protection sociale*' (Résol. 46/119,1.1, Ass.Gén. ONU, 17/12/199).

La situation de santé mentale et physique des personnes défavorisées se détériore parfois très rapidement surtout par manque de tout travail de prévention et d'information à leur égard. L'information au sujet des soins de santé et des services hospitaliers et plus particulièrement l'accès à ces derniers sont très difficiles, voir même impossibles, à obtenir. La promotion de la santé, les mesures de prévention primaire et secondaire ne s'étendent souvent pas aux populations les plus vulnérables. Il y a un manque de formation spécifique destinée aux médecins généralistes aussi bien qu'aux spécialistes travaillant avec les populations marginalisées. A tout cela il faut ajouter aussi que le travail en réseau reste encore très difficile.

Aller à la rencontre des personnes – les services 'Outreach' :

Dans diverses capitales européennes, depuis plusieurs années déjà diverses Associations offrent des services aux sans abri à travers l'œuvre de bénévoles qui visitent régulièrement les lieux les plus fréquentés par ces personnes. Le dénominateur commun de ces initiatives consiste surtout en la rencontre de ces personnes qui ne demandent et ne s'attendent plus à rien directement de la part de la société et de ses institutions. Les bénévoles et les professionnels, dans un souci de solidarité, mais parfois aussi pour relever un défi humaniste et professionnel, sillonnent les rues pendant la nuit et visitent les gares pour aller à la rencontre des '*gens-là*', sans autre but que d'être présent, de rester en contact ou de rétablir le contact, de comprendre leur vie et de la valoriser selon leurs critères qui diffèrent souvent et fortement des valeurs et des croyances des organismes socio-médicaux traditionnels.

Depuis quelques années, l'institution publique a commencé à prendre acte de la gravité de la situation d'abandon de ces personnes à la rue. Elle a commencé à organiser *directement* des services d'urgence sociale, sans toutefois tenir trop compte des services existants ou valoriser, renforcer ou développer la collaboration avec eux. Il faudrait donc se réjouir que jamais les rues et les gares n'ont été autant sillonnées ou '*maraudées*' qu'aujourd'hui, et cela grâce à d'innombrables travailleurs salariés ou bénévoles du secteur public ou privé qui font partie d'unités mobiles ou d'équipes de travailleurs de rue.

La diversité d'identités, de finalités, et de ressources (tant en personnel qu'en services à offrir) constituerait indéniablement une richesse, si le travail en réseau interdisciplinaire et inter-institutionnel n'était pas simplement voulu, mais aussi réalisé. Ce qu'il faut c'est une *co-ordination supra parties* qui trouve sa méthodologie dans la concertation et élabore ses stratégies en impliquant les responsables politiques et les décideurs administratifs. Le travail en réseau devrait être considéré comme essentiel par tous les services et équipes de rue. Il faudrait resserrer le réseau, même au niveau informel. Les objectifs et les tâches doivent être clairement définis afin qu'on puisse les partager au sein d'un réseau flexible et adaptable.

Alors le travail en *outreach*, en maraude, ne serait plus considéré comme étant un espace, parfois seulement idéologique, de *concurrence et de compétition*, mais surtout comme une réelle de-institutionnalisation : c'est-à-dire une sortie de l'institution, de l'intérieur, du *tout savoir* : pour aller à l'extérieur, à la rencontre de la personne. L'*outreach*, avant d'être une méthode de travail, qui utilise des instruments mobiles, est surtout une aptitude sans condition préalable à la rencontre et à l'écoute de ceux qui ne demandent plus rien à personne.

Il s'agit d'une aptitude d'ouverture vis-à-vis des personnes à la rue, mais aussi une aptitude de co-opération vis-à-vis d'autres intervenants : un travail en réseau, où la diversité de l'intervention devenait synergie et richesse de réponse, pourrait sûrement couvrir plus efficacement la complexité des besoins tant sur place que dans la prise en charge et dans l'accompagnement dans un processus de re-socialisation.



EN CONCLUSION :

L'urgence est avant tout politique: si on veut, on peut construire une Europe sociale - il suffit de s'attaquer politiquement aux vraies causes structurelles de la pauvreté en se dotant de programmes planifiés à moyen et à long terme, en élaborant des projets prioritaires et cohérents, en affectant des budgets «extraordinaires et adéquats» avec les ressources nécessaires. La grande pauvreté et la grande exclusion ont des répercussions très graves sur la santé physique, psychique et sociale des personnes, d'autant plus que parfois celles-ci ont hérité dès la naissance de dramatiques conditions de pauvreté et d'exclusion. La souffrance psychique, apanage de toute forme de privation et de pauvreté, parfois conjointement à la maladie mentale, renforce la condition de pauvreté jusqu'à l'exclusion. L'urgence santé mentale devient toujours plus grave et doit absolument remettre en question les institutions de soin : on ne peut plus attendre que les gens et surtout ces gens là viennent se faire soigner . Ils ne demandent rien et par-

fois ils ont besoin de soins urgents. L'exclusion sociale et la maladie mentale sont toujours en étroite corrélation dans l'émergence de besoins complexes qui exigent des réponses holistiques et durables tant par des programmes de prévention que par des prises en charge adaptées.

L'urgence sociale n'est pas un phénomène isolé : l'urgence «droit» et l'urgence «santé», sont connexes au social et donc le travail en réseau pluridisciplinaire et pluraliste (c'est-à-dire public et privé ensemble) est indispensable pour proposer et non imposer des réponses cohérentes, durables et intégrées, qui dépassent la compétition monopoliste, et l'assistantat qui risque de devenir fin en soi.

« *Outreach - aller à la rencontre* » est avant tout une aptitude de proximité, une présence reliant, une rencontre écoutante, et ensuite une méthode de travail en réseau, utilisant tout instrument (véhicules...) et ressource utiles à la rencontre. La rencontre

demande disponibilité de temps, d'attention à la personne en tant qu'individu; le travail d'*outreach* demande plutôt des interventions de qualité que de quantité. On ne privilégie pas la logique de réduire le nombre des sans abri à la rue et non plus de forcer des solutions immédiates (à part en situations de danger immédiat), mais en respectant avant tout la personne on propose, on suggère, on accompagne. Le travail d'*outreach* ne psychiatrise pas la rue et n'*assistentialise* pas non plus les services santé, mais il joue un rôle de médiation entre le dedans et le dehors tant au niveau institutionnel qu'individuel et personnel.

Et pour terminer : probablement il y aura encore des *victimes du froid*.

Mais qu'au moins ces morts puissent secouer la conscience de la société toute entière pour que des programmes et stratégies adéquats soient adoptés pour '*éradiquer*' les vraies causes qui tuent encore et très souvent dans l'indifférence ordinaire. ●

¹ AP | 28.11.05 | 04:03 PARIS (AP) — Deux sans-abris sont morts de froid ce mois de novembre 2005 en France. Un homme d'une quarantaine d'années a été découvert dans un bois sur la commune de Mée-sur-Seine (Seine-et-Marne). A Calais, un SDF d'une soixantaine d'année a été retrouvé dans un garage désaffecté qui avait brûlé il y a quelques mois. En raison de la baisse des températures et des récentes chutes de neige, 44 départements étaient concernés dimanche soir par le niveau 2 du Plan hiver qui prévoit un renforcement de l'accueil pour les sans-abri. PARIS (AP)

² Des morts sans importance ? Vingt associations au contact de la rue témoignent de nombreux décès chez les personnes en très grande errance et dénoncent les conditions de leur sépulture. Nous sommes confrontés à la mort prématurée (43 ans en moyenne sur les deux dernières années) des personnes vivant à la rue ou l'ayant quittée depuis peu. Les raisons de ces morts sont dues en partie à leurs conditions de vie épuisantes et pleines de dangers de telle sorte que même au moment où leur situation semble s'améliorer (désintoxication, accès au logement ou au travail), leur fragilité est telle qu'elle s'accroît encore et certains en meurent à ce moment. (Aux Captifs, la Libération - Paris 2005)

³ Rome, 2 Décembre 2005 – Les riches deviennent toujours plus riches et les pauvres toujours plus pauvres. Heureusement qu'il y a les Associations qui – dans plusieurs cas – se substituent à l'état de providence absent, qui a subit – dans ces dernières années toujours plus de réductions. Ceci est la photo du 39ème Rapport du Censis sur la situation sociale de l'Italie pour le 2005. Les riches pas seulement augmentent de nombre mais ils dépensent de plus en plus ... Le 10% de les familles plus riches possède presque la moitié (45,1%) de l'entière somme de la richesse au net du pays !

SANTÉ MENTALE EXCLUSION SOCIALE SMES-EUROPA :

Le réseau européen SMES a été lancé en 1992 à Rome, après un premier colloque sur l'« indécence » condition d'abandon et exclusion sociale et sanitaire dans laquelle vivent les «barboni - clochards» dans les capitales européennes. Jusqu'à ce jour, on ne peut pas vraiment dire que la situation se soit améliorée! Le mouvement s'est ensuite développé en réseau européen SMES, constitué de professionnels des secteurs de la santé et du social, qui se sont associés en une association internationale sans but lucratif (A.I.S.B.L.).

La finalité poursuivie par SMES-EUROPA est la promotion positive de la dignité de la personne, ainsi que de la santé mentale, pour tous ceux qui vivent dans la grande précarité. A travers l'étude et l'analyse des enjeux politique, éthique et juridique dans le domaine de l'exclusion / inclusion sociale et de la santé mentale, SMES-EUROPA a pour but de sensibiliser la société civile, de dénon-

cer les carences et les manquements et de faire pression sur les responsables politiques.

SMES-EUROPA est particulièrement attentive à ces personnes qui – dans leur condition d'extrême marginalité, exclusion et discrimination - expriment toute la complexité des besoins et de souffrance psychique: les sans-abri et les malades mentaux sans assistance et accompagnement adéquats ; les enfants exploités et les jeunes sans repères sociaux ; les toxicomanes et alcooliques ; les (ex)détenus ; les personnes âgées abandonnées à leur sort ; les réfugiés et émigrés, parfois en situation illégale, non acceptés et non intégrés dans la société.

Coordonnées de SMES-EUROPA :
www.smes-europa.org - smeseu@smes-europa.org