



SANS-ABRI ET PSYCHIATRIE : Une revue de la littérature

Dans quelle mesure la Psychiatrie est-elle concernée par le vagabondage ?



S.Turpin, C.Boulanger, V.Girard, C. Lançon
Département de psychiatrie - SHU Sainte-Marguerite, Marseille

ANALYSE TRANSVERSALE DE L'ITINERANCE

Premières études ethnographiques aux Etats-Unis : de 1870 au 20ème siècle

A la fin de la guerre civile, un premier contingent de sans-abri apparaît aux États-Unis. Il y a une arrivée massive d'immigrants européens : l'itinérance affecte surtout les travailleurs saisonniers migrants. Le nombre de sans-abri varie selon les périodes de prospérité et de récession économique. La mécanisation du secteur primaire fait chuter la demande de main-d'œuvre. Quatre types de population itinérante se localisent dans des quartiers du centre des grandes villes (les « skid-rows ») : les travailleurs migrants saisonniers et vagabonds, les itinérants alcooliques, les personnes âgées à faible pension, les travailleurs sans attaches.

Après la seconde guerre mondiale se constitue véritablement l'image du « clochard » et de la déchéance alcoolique.

De 1950 à 1975, de nombreuses publications sur les skid-rows traitent du problème social et d'une sous-culture de la déviance. Dans les années 60 et 70, on assiste à la planification urbaine et la revitalisation des centre-villes. Les habitants des skid-rows sont expulsés et non relocalisés : ils perturbent les plans. Les intégrer ou du moins les contrôler devient une priorité : leur nombre diminue grâce à l'implication de l'État.

Au début des années 80, le tableau est radicalement différent : les skid-rows deviennent des quartiers à la mode. Le nombre des SDF s'est accru rapidement et la population s'est diversifiée : nouveaux arrivants noirs et hispaniques, *malades mentaux* et *toxicomanes*.

Les facteurs incriminés sont : l'inflation et la crise économique, le chômage, une coupure des programmes d'assistance et de santé, la disparition des maisons de chambre, la pénurie des logements à prix modique, la rénovation des centres-villes et la *désinstitutionnalisation des soins pour les malades mentaux*.

« Le système social organisé du skid-row est remplacé par l'existence désorganisée de l'itinérance ».

De l'évolution des représentations collectives du sans-abri aux théories sociologiques et psychologiques contemporaines

Avant 1890 l'itinérance est associée à pauvreté. Elle fait l'objet de réprobation morale, est considérée comme un mode de vie hors des normes culturelles et sociales de vie familiale et de travail. Des centres de travail ouvrent contre « leur paresse naturelle ».

A l'époque des travailleurs saisonniers mobiles, le nombre des sans-abri s'accroît rapidement lors des périodes de récession économique, les itinérants constituent alors des menaces pour l'ordre public. La police doit contrôler leurs excès : c'est la **criminalisation de l'itinérance**.

A la fin de cette période, naissent les missions de « conversion » des itinérants pour leur intégration à une vie conforme aux valeurs dominantes.

Au tournant du 20ème siècle, le chômage est identifié comme cause principale, associé à l'injustice sociale plutôt qu'au vice.

La crise des années 30 renforce cette image. Les premiers programmes de sécurité sociale sont développés.

A l'après-guerre, des interprétations psychologiques et sociologiques se développent :

- **pathologie sociale de désaffiliation progressive** pour les uns

- **déficit de personnalité** du clochard, **immaturité émotionnelle** et **socialisation déficiente** pour les autres.

Selon Hoch, les conceptions actuelles de l'itinérance peuvent se schématiser ainsi :

CLASSIFICATION DES MODELES EXPLICATIFS DE L'ITINERANCE

		RESPONSABILITE DE L'ITINERANCE	
		VOLONTAIRE	IMPOSEE
CAUSES DE L'ITINERANCE	INTERNES	FAIBLESSE MORALE	DEFICIENCE
	EXTERNES	RETRAIT	VICTIMISATION

EPIDEMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

L'épidémiologie psychiatrique nous éclaire sur la **grande fréquence des troubles mentaux**. Les premières études datent du début des années 80.

Les **difficultés méthodologiques** expliquent en partie des taux de prévalence très variables selon les études [1]. On retrouve :

- 7,8% à 13% de schizophrénie
- 19 à 30% d'antécédent de tentative de suicide
- 6% d'antécédent de plus d'une tentative de suicide
- 7% d'idées suicidaires exprimées actuellement.

Comparaison d'une population sans abri à une population domiciliée pauvre :

- Antécédent d'hospitalisation en psychiatrie 40% contre 17%
- Antécédent de tentative de suicide 30% contre 20%.

Selon l'étude de Koegel à Los Angeles :

- La majorité des 41-69 ans présente une dépendance alcoolique
- La plupart des 18-30 ans présente une toxicomanie

La majorité des 38-40 ans présente une schizophrénie ou une personnalité psychopathique.

Des résultats comparables avec l'étude de Fournier à Montréal :

La majorité des 30-44 ans présentent des troubles mentaux très sévères et chroniques avec une prévalence de 16,4% de schizophrénie.

ACTEURS DE SOINS

Les travailleurs de rue

On peut décrire **trois types de modèles d'action** :

Le modèle de la considération : anonymat, politesse, refus de médicaliser, de moraliser. Refus d'ingérence et d'interrogatoire. Importation de matériel (vêtement, hygiène...) et orientation sur des possibilités de soins et de soutien physique, moral, social...

Le modèle de la compassion : des nouveaux missionnaires qui doivent sauver des individus de la dérive, du vagabondage... Leur présence s'impose de fait. Approche basée sur la pitié. Réponses pas toujours adaptées aux besoins des individus.

Le modèle de l'ingérence : tendance à imposer des normes auprès de ceux qu'ils perçoivent sans repères sociaux, sans tenir compte de leur culture et de leurs styles de vie. Moralisation et médicalisation. Rapport de domination et d'autorité.

Pears workers aux Etats-Unis [2]

Ce sont des « **travailleurs pairs** » : ex-toxicomanes, ils ont pour mission d'établir un lien relationnel avec les sans-abri les plus isolés

« **Outreach** » : aller vers

« **Engagement** » : insertion dans le système de soins institutionnel, dans un second temps.

La psychiatrie interpellée en France : Constat

-Simone Veil (1991) : « **attention à ne pas psychiatiser l'exclusion, attention à la souffrance psychique des exclus.** »

-J. Maisondieu : « exclusion, psychopathologie, et fraternité » rappelle « le droit pour tout citoyen d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Préambule de la loi relative au RMI.

Réalité inévitable ? Paysage urbain éternel ?

Il diagnostique des **pathologies de la fraternité** qui résultent des effets pathogènes du déni de ce lien interhumain dans l'exclusion.

-Une évidence : « **les SDF meurent plus vite que les DF** ». Logiquement cette population devrait donc constituer un **priorité de Santé Publique**, voire une urgence absolue.

Pratiques

- J. Simonnet : « **Quand l'exclusion défie le secteur : à propos d'une pratique de réseaux** ». L'Unité Fonctionnelle Santé Mentale et

Exclusion sociale repense l'organisation d'un secteur qui, fondé sur la domiciliation, excluait les SDF.

Il crée un **réseau relationnel** avec partenaires choisis. Le travail est centré sur le réseau lui-même et non sur la personne, ce qui serait peut-être moins persécutant.

-J.-L. Roelandt : « **Diogène, 5 années d'expérience d'une équipe mobile Santé Mentale et Précarité** »

Equipe intersectorielle par redéploiement de soignants : infirmiers, psychologues, psychiatres, tous issus des secteurs de Psychiatrie Générale. Partenariat triangulaire : référents sociaux, soignants de Diogène, soignants du secteur.

Équipe en interface entre le champ social et le champ médical, les limites sont celles de chacun de ces pôles.

Face à un SDF, il faudrait des **moyens de réaction rapides** : hébergements, soins médicaux, hôpitaux de jour, CATTP, suivi à domicile.

CONCLUSION

Il nous a paru intéressant d'exposer les analyses anthropologiques, sociologiques et psychologiques du phénomène de l'itinérance, avant de montrer la naissance de l'épidémiologie psychiatrique dans la population sans-abri.

Malgré une grande variabilité des résultats, la psychiatrie ne peut qu'être interpellée par ces chiffres. Des travailleurs de rue aux équipes de Santé Mentale et Précarité, en passant par les pears workers aux États-Unis, nous mettons en évidence les différents types d'approche des acteurs de soins de terrain.

La clinique de l'itinérance doit nous inciter à réfléchir sur l'**éthique d'une pratique de Psychiatrie de rue**. A Marseille, une équipe de Santé Mentale de rue va voir le jour dans le service du Pr Naudin, sous l'impulsion du Dr V.Girard, qui expérimente déjà ce travail de rue. L'enjeu est d'offrir des soins aux personnes exclues du système social et sanitaire. Devant la détresse de la majorité de ces personnes, ce champ d'action devrait constituer une **priorité de la politique de Santé Publique en France**.

Néanmoins, **il faut éviter de psychiatiser l'exclusion**. Le travail de réseau avec les associations paraît fondamental. Le travail de rue doit permettre de soutenir les plus précarisés et les plus vulnérables. **Les travailleurs pairs peuvent être d'une aide précieuse** [2].

REFERENCES

[1] Fournier L., Mercier C. *Sans domicile fixe : Au-delà du stéréotype*, Ed. du Méridien, 1996.

[2] Girard V., *Visite à domicile chez les sans domicile : Approche anthropologique et clinique du travail de rue à New Haven (Etats-Unis)*, Thèse de Doctorat en Médecine, 2004.