



HAL
open science

La santé mentale des SDF : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public

Gaetan Langlard

► **To cite this version:**

Gaetan Langlard. La santé mentale des SDF : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public. Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, 40. hal-04685969

HAL Id: hal-04685969

<https://hal.science/hal-04685969>

Submitted on 3 Sep 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

La santé mentale des publics vulnérables : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public

La santé mentale des SDF : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public

Gaétan Langlard

Docteur en psychologie et psychologue clinicien

Résumé

La population des personnes sans domicile fixe est particulièrement hétérogène et traversée par des facteurs de vulnérabilité divers, comme l'alcoolisme, la toxicomanie et l'absence de papiers d'identité, ce qui a pour effet de les marginaliser. En reflet de ce constat, la littérature montre une surmorbidity des troubles psychiatriques chez les SDF, dont l'accès aux soins est entravé par l'instabilité de leur situation, mais également par la perte d'identité dont ils peuvent être victimes par l'exclusion sociale, le manque de sécurité, et la déshumanisation, montrant l'importance des actions créatrices de lien social.

Mots-clés

Sans domicile fixe (SDF) ; Vulnérabilité ; Santé mentale ; Identité ; Stigmatisation ; Précarité.

Abstract

The population of homeless people is particularly heterogeneous and affected by various vulnerability factors, such as alcoholism, drug addiction and the absence of identity papers, which has the effect of marginalizing them. Reflecting this observation, the literature shows an excess morbidity of psychiatric disorders among the homeless, whose access to care is hampered by the instability of their situation, but also by the loss of identity of which they can be victims through social exclusion, lack of security, and dehumanization, showing the importance of actions creating social bonds.

Keywords

Homeless ; Vulnerability ; Mental health ; Identity ; Stigmatization ; Precarity.

1. Introduction

1.1. Contexte : la population sans domicile fixe (SDF)

Les populations marginales, exclues de la société, ont toujours existé. Elles ont été nommées de différentes manières au cours de l'histoire (les vagabonds, les miséreux, les mendiants, les sans-abri, les clochards) et depuis les années 1970, on les appelle les SDF. L'Insee recensait 141 000 SDF en 2012 et les résultats de sa prochaine enquête sont attendus en 2025 pour mesurer l'ampleur de l'évolution. Toutefois, l'ensemble des associations semblent s'accorder sur une nette augmentation (autour de deux fois plus depuis dix ans, portant à environ 300 000 SDF aujourd'hui).

Caractérisée par l'unique absence de logement, cette population est très hétérogène et présente des modalités d'hébergement variées. Certains SDF sont accueillis dans des structures d'accueil sur du long terme, d'autres sont hébergés dans des structures d'urgence et sont remis à la porte chaque matin, d'autres vivent dans des squats de plus ou moins bonne qualité ou encore dans la rue. A cette multitude de situations s'ajoute une grande diversité des causes responsables de la mise à la rue de la personne et des problématiques présentées par chacun. Ainsi, certains souffrent de maladie mentale, d'alcoolisme, de toxicomanie, n'ont pas de papiers d'identité, etc. Cette population SDF va donc d'une frange extrêmement désocialisée (ce qu'on nomme couramment « les clochards ») à une frange proche de l'insertion (le travailleur sans logement).

Afin d'endiguer le « phénomène SDF », la France a mis en place un large dispositif d'aide sociale qui doit mener l'ensemble de la population SDF à sa réinsertion. Ce dispositif se décline en deux principales actions idéalement successives :

- l'hébergement d'urgence qui vise la mise à l'abri de la personne SDF et qui s'illustre en France par la mise en place de Centre d'Hébergement d'Urgence ;
- la réinsertion qui vise le retour à l'emploi et au logement de l'individu et qui s'illustre par le développement des Centres d'hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS).

Initialement conçu pour la réinsertion de l'ensemble de la population SDF, on constate que ce dispositif d'aide sociale n'est pas pleinement opérationnel. De nombreuses personnes refusent l'hébergement d'urgence et se retrouvent contraintes de rester dans la rue et d'y dormir. D'autres ne parviennent pas à accéder au dispositif d'insertion et restent ancrées dans celui de l'hébergement d'urgence. Ainsi, l'hébergement d'urgence n'apparaît pas comme un tremplin permettant d'accéder à un dispositif de réinsertion sociale pour de nombreux SDF et les structures d'insertion ont elles aussi une efficacité très limitée.

1.2. Le cadre de recherche

Un détour rapide par la littérature scientifique nous montre qu'il y a une surmorbidity des troubles psychiatriques chez les SDF en ce qui concerne les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles psychotiques et les troubles liés à l'usage d'une substance (alcool et/ou drogue). Ainsi la question de la santé mentale doit être posée et deux grandes conceptions vont se dégager et parfois s'opposer :

- celle qui considère que la maladie mentale crée la situation d'exclusion (c'est-à-dire une conception plus individuelle) ;
- et celle qui considère finalement que c'est la rue qui rend fou (donc une conception plus axée sur le social).

Ce clivage qu'on observe dans la littérature scientifique va s'illustrer sur le terrain avec le milieu sanitaire et donc les soignants pourront dire d'un SDF souffrant d'une pathologie que le problème est en premier lieu d'ordre social et les travailleurs sociaux qui considéreront que la personne SDF doit être soignée pour pouvoir se réinsérer. La réalité est bien entendu plus complexe et de plus en plus d'études montrent que la précarité sociale et la maladie mentale se renforcent l'une et l'autre.

Dans cette présentation, on va traiter cette problématique par le prisme de l'identité (qui est une notion à la fois psychologique et sociale). S'intéresser à l'impact de l'exclusion sociale sur l'identité va nous permettre de considérer l'individu dans son environnement et d'identifier ce qu'il met en place comme stratégies d'adaptation et de mécanismes de défense pour survivre dans cette situation SDF. Dans les développements qui suivent, l'attention sera portée sur les SDF les plus désocialisés, c'est à dire ceux qui restent dans la rue ou qui fréquentent les hébergements d'urgence.

2. Les perturbations identitaires des SDF

2.1. Perturbation du sentiment de sécurité

Une première composante importante de l'identité est le sentiment de sécurité. Celui-ci renvoie au fait pour l'individu de pouvoir s'appuyer sur un cadre, notamment sociétal, qui puisse contenir et porter. Cela nécessite pour l'individu d'évoluer dans un environnement qui contient suffisamment de normes, de repères et de constantes.

C'est toute la difficulté pour une partie des SDF qui est dans une situation totalement instable et déstructurante. L'hébergement d'urgence, qui doit être inconditionnel et immédiat, est totalement saturé et même lorsqu'il y a de la place, ils sont hébergés dans des chambres plus ou moins collectives, sont en proie à des vols, des violences physiques, verbales, sensorielles. Ils sont remis à la porte du foyer chaque matin et sont contraints de rester dans la rue la journée, en espérant y trouver une place le soir. Ils sont donc dans l'impossibilité d'habiter ces hébergements, c'est-à-dire que pour habiter ces lieux et renforcer ce sentiment de sécurité interne, il faudrait pouvoir s'approprier et investir affectivement cet espace, pouvoir y trouver une intimité et enfin pouvoir l'investir dans la durée, ce qui n'est, bien entendu, pas le cas dans les hébergements d'urgence proposés aux SDF.

Certains vont donc aller trouver des repères et une stabilité dans la rue, en allant boire chaque matin leur canette de bière à tel endroit du quartier, en mendiant devant une banque tous les après-midi et en se regroupant sur une place le soir en attendant le passage du Samu Social pour avoir une soupe et un sandwich et en retrouvant le soir l'abri de fortune qu'ils ont pu se constituer et qui leur apporte partiellement cette sécurité. Ces routines et ces nouveaux repères retrouvés vont procurer un certain apaisement mais finiront parfois par devenir immuables au point qu'ils refuseront l'aide proposée par les dispositifs, car intégrer un centre d'hébergement et de réinsertion social reviendrait ici à perdre les repères qu'ils ont maintenant investis.

2.2. Perturbation du sentiment de permanence de soi

On va s'intéresser maintenant au sentiment de permanence de soi qui est une autre composante de l'identité gravement mise à mal par la situation SDF. Le sentiment de permanence de soi renvoie à une conception stable et durable que l'individu a de lui-même, c'est-à-dire le sentiment d'être la même personne malgré les ruptures, les crises et les changements. Cette situation SDF va alors faire traumatisme chez l'individu et va entraîner une discontinuité identitaire, avec un avant et un après mise à la rue. Ils mettent généralement en avant le choc qu'a provoqué la perte de leur logement et l'impression qu'ils ont d'être tombés très bas, de n'être plus rien. Ils sont dans l'incapacité de se projeter dans l'avenir et ne savent pas comment sortir de leur situation. À défaut d'imaginer rebondir, ils espèrent presque « naïvement », redevenir ce qu'ils étaient avant.

C'est d'autant plus difficile qu'ils font face à une véritable perturbation temporelle, c'est-à-dire que le temps perd sa valeur organisatrice et structurante. Dans la survie SDF, tout est chronophage (chercher de quoi manger, obtenir de l'argent, trouver un endroit où se mettre à l'abri, toucher son RSA, etc.) et le temps va alors stagner dans un présent répétitif qui est en décalage avec la vie institutionnelle. On voit alors combien il sera difficile pour ces personnes prises dans une survie au jour le jour d'honorer un rendez-vous dans un court délai même de dix jours, de venir à une heure précise et de construire un projet d'insertion alors qu'ils sont parfois dans l'incapacité d'avoir une réflexivité sur leur vie passée, c'est-à-dire un regard sur leur parcours, et une impossibilité d'imaginer un avenir.

2.3. Perturbation des sentiments d'existence et d'appartenance

On va maintenant s'intéresser à l'impact de l'exclusion sociale sur les composantes plus sociales de l'identité, notamment la façon dont ils vont gérer la stigmatisation et l'étiquette SDF qui leur est collée au front et également comment ils vont faire face à la honte subie, honte qui va mettre à mal leur sentiment d'existence.

Beaucoup de personnes SDF perçoivent les autres SDF comme des clochards, des individus toxicomanes, alcooliques, violents, voleurs, qui n'ont aucun respect pour les autres et pour eux-mêmes. Par ces descriptions négatives, ils vont tenter de se mettre à distance du stigmate en projetant sur l'autre cette image négative pour mieux s'en protéger. Projeter cette image dégradée sur les autres SDF ne les prive pas complètement de souffrir du

regard de l'autre. Et cette honte vis-à-vis de leur situation, le fait d'avoir tout perdu et d'être contraint de demander l'assistance sociale, les affecte profondément. Ils souffrent de l'humiliation de devoir rester dehors dans le froid ou sous la pluie toute la journée, de mendier pour avoir un peu d'argent, de croiser le regard des autres et d'être vu comme un clochard ou un alcoolique par les passants.

Il faut avoir en tête que dans les centres d'hébergement, où la promiscuité est forte, l'autre individu SDF va agir comme un miroir social. Donc en plus d'être vu comme un SDF par les gens insérés (il faut rappeler que nous sommes constitués en partie par le regard de l'autre, et cela depuis tout bébé), ils n'auront pas d'autres supports identificatoires que les autres SDF. Ainsi, ils auront beau se dire qu'ils sont différents des autres SDF, le fait de manger en leur compagnie, de se laver dans les mêmes douches, et de vivre dans cette collectivité où certains vont se battre, vomir, tituber, délirer, va faire qu'ils n'auront pas d'autre choix que de s'identifier à eux. Dans ces conditions, le refus de certains SDF d'intégrer les centres d'hébergement doit donc être entendu comme un refus d'accepter cette condition SDF et cette étiquette qui fait trop souffrir. Ce refus d'hébergement doit aussi être compris une défense face à l'instrumentalisation du dispositif d'assistance qui va balader les SDF de structure en structure, et les contraindre à raconter et re-raconter systématiquement leur histoire personnelle à chaque demande d'aide. Étant dépossédés de tout, leur possibilité de dire « non » (non à l'assistance, non à cette réinsertion) est parfois tout ce qui leur reste.

Il faut avoir en tête que la honte déshumanise l'individu qui en est touché et qu'elle est extrêmement violente pour les SDF. La honte a un effet de désaffiliation et elle est un bon indicateur de désocialisation chez les SDF en ce sens que quand cette honte n'est plus ressentie, c'est que l'individu n'est plus digne d'appartenir à la communauté humaine. Dans ces cas-là, les SDF complètement désaffiliés ne partagent plus les codes et les normes de la société et ne sont plus affectés par leur stigmatisme. Distants d'eux-mêmes et distants de la société, ils ne sont plus gênés par le regard des autres, bien qu'ils aient souvent l'apparence de clochard, qu'ils fassent régulièrement la manche et que beaucoup s'alcoolisent quotidiennement sur la voie publique.

Il est donc important de ré-humaniser ces personnes SDF, en les respectant, en les regardant comme des humains, en les vouvoyant et en les appelant par leur nom de famille. L'idée est qu'ils puissent redevenir ce monsieur un tel qui par son nom de famille est inscrit dans sa filiation et son histoire et qu'il ne soit plus Dédé le clochard, celui qui a fini par s'identifier à son stigmatisme.

3. La question des dispositifs

3.1. L'importance d'adapter des dispositifs aux problématiques des SDF

On voit alors que pour faire face à leur situation d'exclusion sociale et tout ce que cela implique au niveau de la perturbation identitaire, certains SDF vont mettre en place des défenses et des stratégies de survie qui auront pour effet de diminuer leur souffrance psychique mais qui les éloigneront davantage des dispositifs d'insertion. En effet, le dispositif social qui devait à l'origine mener toute personne depuis sa mise à la rue vers la réinsertion ne sera pas adapté à l'ensemble de cette population. Ainsi, seuls les SDF que l'on pourrait qualifier de SDF « les plus compétents » vont parvenir à accéder au dispositif d'insertion et vont retrouver un emploi et un logement, et une grande partie va s'ancrer dans leur situation SDF en se chronicisant dans une survie au jour le jour. Certains SDF vont devenir en quelque sorte les exclus des exclus. Il est alors important de développer des dispositifs qui s'adaptent aux problématiques des SDF et non de considérer que ce sont aux SDF de s'adapter aux dispositifs en place comme c'est le cas actuellement.

3.2. L'importance d'un travail sur le lien social

Les SDF et, de manière plus large, les grands précaires, présentent une pathologie du lien social. Leur vie est jalonnée de carences précoces, de maltraitances dans l'enfance et de nombreuses ruptures de sorte que le lien à l'autre est perçu comme menaçant. N'ayant pas fait l'expérience d'une figure sécurisante et secourable, ils ont de grosses difficultés à faire confiance en l'autre. Pour aider ces personnes, les professionnels devront aller à leur rencontre, prendre le temps nécessaire à ce qu'une relation sécurisante s'installe, accepter d'être mis à mal

dans cette rencontre, que des rendez-vous ne soient pas honorés, etc. Il faut alors comprendre que pour ces individus, le lien à l'autre est dangereux, il est potentiellement source de souffrance, et ils préfèrent souvent rompre précocement ce lien par eux même pour être sûrs de ne pas en souffrir.

Ce travail pour créer une relation de confiance prend du temps et passe par une permanence du lien et du lieu avec le professionnel. C'est la condition pour que le professionnel en première ligne puisse par la suite faire un relais social ou un relais de soin. Cette conception va à l'encontre de ce qu'on constate actuellement, c'est-à-dire une surspécialisation des professionnels (spécialiste du RSA, du handicap, des mineurs, des toxicomanes, des demandes d'asile, de la dépression, de la schizophrénie, etc.), ce qui a comme conséquence une multiplication des intervenants pour une même personne. Il faut donc que nos pratiques sociales et de santé s'orientent vers l'humain, et il faut accepter dans une certaine mesure que les SDF se trompent d'adresse dans leur demande (par exemple, ils vont demander une aide matérielle ou une démarche sociale au psychologue et vont se confier au travailleur social) ; et donc de ne pas renvoyer trop rapidement la personne vers le social ou la santé comme cela est souvent le cas.

Il faut savoir que nos systèmes d'aide sociale et de soin fonctionnent sur la demande de la personne. Le problème est que les SDF qui ont mis en place toutes leurs défenses, se coupent du lien social, parfois ne ressentent plus leur souffrance et de fait ne seront plus en mesure de demander de l'aide. Il faut donc renforcer ce qu'on appelle « les pratiques cliniques de l'aller-vers », c'est-à-dire qu'il va falloir aller vers ces personnes précaires, là où elles se trouvent et tisser progressivement un lien jusqu'à pouvoir faire émerger une demande d'aide. Cela est le cas des équipes mobiles psychiatrie précarité qui se sont développées à la fin des années 1990.

4. L'histoire de la prise en charge des SDF : entre assistance et répression

Pour conclure, je propose de mettre en perspective la prise en charge des SDF avec le traitement de la pauvreté et des exclus à travers l'histoire. Julien Damon a fait ce travail et l'on s'aperçoit qu'il se dégage des caractéristiques constantes qui sont présentes à différentes époques et notamment :

- La difficulté de cibler précisément la population SDF et finalement d'identifier la problématique et la façon de la traiter.
- Le rapport normatif entre le bon et le mauvais pauvre, intimement lié à une ambivalence entre répression et assistance.

4.1. Avant la fin du 19^{ème} siècle

De façon très résumée et simplifiée, avant la fin du 19^{ème} siècle (et le début de l'État providence), la pauvreté était traitée de deux manières.

- D'un côté, il y avait les bons pauvres, c'est-à-dire les vieillards, les fous, les invalides, etc., qui acceptaient leur condition sociale bénéficiaient de l'aide et de l'assistance qui étaient portées par les associations religieuses.
- Et de l'autre côté, ceux que la société considérait comme les mauvais pauvres, c'est-à-dire les vagabonds, ceux qui refusaient le travail par choix et qui préféraient mendier, étaient réprimés par l'État. A cette époque, les vagabonds étaient considérés comme la cause des problèmes de la société. Intimement liés à la criminalité, ils étaient alors réprimés par les forces de l'état et envoyés au travail forcé dans les dépôts de mendicité. L'idée était alors de transformer le vagabond en travailleur et de fixer le pauvre à sa paroisse afin d'assurer le contrôle social de l'état.

4.2. Au 20^{ème} siècle : l'État-providence

Au cours du 20^{ème} siècle, l'État prend progressivement ses responsabilités dans le traitement de cette pauvreté. Avec l'arrivée du chômage de masse dans les années 1970, la figure du SDF apparaît, et il ne s'agit plus d'une personne qu'il faut punir, mais d'une victime de la société qu'il faut aider. On va voir se développer les structures d'hébergement et de réinsertion, la professionnalisation du travail social, les grandes lois d'assistance, les différentes allocations, le RMI puis le RSA.

4.3. Au 21^{ème} siècle : l'État coercitif

Depuis quelques années, on observe un virage dans l'action publique avec des aides de plus en plus contractualisées et un retour de la responsabilité individuelle. C'est-à-dire que le pauvre n'est plus complètement victime de la société, il devient responsable de sa situation d'exclusion et donc de son insertion. Cette dualité historique entre le bon et le mauvais pauvre va maintenant s'illustrer entre l'insérable et le non-réinsérable, voire entre le désirable et le non-désirable. Des tris (parfois inconscients) vont s'effectuer en fonction de l'âge, du sexe, de la pathologie, de l'origine, du fait d'être accompagné ou non d'un animal, de la motivation à vouloir s'en sortir, etc. Et ceux qui n'entreront pas dans les cases ou qui ne feront pas les efforts demandés seront exclus de l'aide et on leur renverra la responsabilité de cet échec. On dira alors que telle personne n'a qu'à arrêter l'alcool pour s'en sortir ou encore qu'elle pourrait abandonner son chien s'il veut un hébergement. En plus de la violence de devoir rester dans la rue en situation d'extrême précarité, on va voir des formes détournées d'actions coercitives de l'État : comme des arrêtés municipaux interdisant le regroupement de personnes dans la rue, l'interdiction de consommer de l'alcool sur la voie publique, des bancs anti-SDF, des arrosages automatiques dans les parcs, les expulsions des squats et des bidonvilles. Pour illustration, on peut contempler les lauréats de la cérémonie des pics d'or présentés par la Fondation Abbé Pierre, cérémonie bien entendue ironique pour dénoncer le pire mobilier urbain pour les SDF.

Gaétan Langlard