

## COMMUNICATION

### SDF : Aspect psychopathologique et comportement

MOTS-CLÉS : SANS-ABRI. TROUBLES MENTAUX.

#### *Homelessness: Psychological and behavioral issues*

KEY-WORDS (Index medicus) : HOMELESS PERSONS. MENTAL DISORDERS

L'auteur déclare ne pas avoir de liens d'intérêt en relation avec le contenu de cet article.

Alain MERCUEL \*

## RÉSUMÉ

*Des facteurs de risque conduisent à l'exclusion. Cumulés, ils projettent les personnes dans la rue, qu'elles soient indemnes de pathologies mentales ou pas. Dès lors la souffrance psychique s'installe insidieusement ou vient aggraver une maladie préexistante. Jamais heureux, ceux qui vivent sans abri adoptent au fil des années des stratégies de survie et des défenses psychiques parfois efficaces. D'autres moins « compliants » à la rue s'effondrent tant sur le plan physique que psychique. Des dispositifs spécifiques d'accès aux soins et aux droits se sont développés, dans une démarche proactive auprès d'eux, afin de leur proposer diverses solutions de sortie de rue par le soin, l'abri, l'habitat, les droits. Parmi ces dispositifs le secteur de psychiatrie s'est très partiellement adapté à ce public mais a permis cependant de déployer des équipes spécialisées en psychiatrie et précarité. Ces dernières tentent par toutes les médiations possibles d'aider les personnes en souffrance psychique à la rue de retrouver un état psychique leur permettant de faire un choix de parcours de sortie de rue puis un choix de vie digne.*

## SUMMARY

*Risk factors lead to social exclusion and their accumulation can lead to homelessness. This inevitably contributes to a progressive increase in psychological distress or aggravates a pre-existing mental illness. Over the years, homeless people, who are never happy, develop various survival strategies and mental defenses that can sometimes prove effective. Other individuals who are less "adapted" to living in the street may suffer from both mental and*

\* Centre Hospitalier Sainte Anne, 1, rue Cabanis — 75014, Paris ;  
e-mail : a.mercuel@ch-sainte-anne.fr.

Tirés à part : Professeur Alain MERCUEL, même adresse  
Article reçu le 28 janvier 2013, accepté le 4 février 2013

*physical collapse. Proactive programs designed to facilitate access to healthcare and welfare have been created in order to offer solutions designed to enable homeless people to leave the street, through access to medical care, accommodation and civil rights. The psychiatric sector has been slow to adapt to the needs of this population, although several teams specializing in mental illness and precariousness have been created. These teams explore every possible avenue to help homeless people with mental health issues to recover a psychological balance that allows them to choose a recovery pathway and thus to regain a dignified lifestyle.*

## **INTRODUCTION**

Depuis le milieu des années 90 les rares psychiatres qui tentaient d'aider les SDF estimaient qu'un tiers des personnes qu'ils rencontraient présentaient des troubles psychiques graves. Les études sérieuses menées à l'époque étudiaient des publics aux caractéristiques limitées (RMistes, hébergés dans tels ou tels centres, SDF rencontrés par des dispositifs d'action humanitaires, etc...). Fin des années 2000, une enquête diligentée par l'Observatoire du Samu social a permis d'objectiver ce que 15 ans auparavant nous avions repéré. En effet, sur la base d'un échantillon de 850 personnes, l'enquête SaMentA (Santé Mentale et Addictions) a pu établir un état des lieux de la souffrance psychique des personnes en grande précarité en région Ile de France : plus de 30 % des personnes à la rue, avec ou sans hébergement, en hôtel à la nuit ou sans abri présentent des troubles mentaux graves. Mais cela démontre également que 70 % des personnes ne sont pas dans ce cas-là. Cependant ces dernières ne sont pas toutes indemnes de souffrances psychiques liées à ce mode de vie en situation extrême.

## **DES CHIFFRES...**

L'enquête SaMentA fait ressortir des prévalences de troubles assez inquiétantes, notamment en ce qui concerne la tranche d'âge 18-25 ans. Un trouble psychiatrique sévère est repéré dans 32 % des cas (40 % chez les 18-25 ans) : 12 % d'états anxieux invalidants, dont les états anxieux post-traumatiques, 7 % d'état dépressifs majeurs et surtout 13 % d'états psychotiques (17 % chez les 18-25 ans).

Viennent s'ajouter à cela 21 % de trouble de la personnalité (32 % des 18-25ans), un risque suicidaire moyen ou élevé de 13 % (17 % 18-25ans), 29 % des personnes rencontrées présentent une addiction (essentiellement alcool et cannabis) avec 38 % des 18-25 ans. Ces chiffres sont tous bien au-dessus des prévalences en population générale. Parmi ce public 70 % ont déjà eu contact aux soins : 25 % ont des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie. Il apparaît donc que l'accès aux soins existe mais que le maintien dans les soins est moins fréquent : 75 % des personnes ayant eu un suivi ne l'ont plus et parmi ces dernières 40 % d'entre elles présentent des troubles psychotiques. Enfin sur les 13 % de psychotiques, pratiquement un sur deux

(49 %) ont une conduite addictive. Ces chiffres renseignent donc sur une indéniable souffrance de ce public.

## **UNE SOUFFRANCE ÉVOLUTIVE**

Le repérage clinique de la souffrance psychique des sans-abri nécessite une approche plus clarifiante que classifiante. En effet dans ce chaos que représente la rue, la souffrance évolue en fonction du temps passé dans ces situations que l'on peut qualifier d'extrêmes. L'immersion peut être brutale et inattendue suite à une perte de logement, d'emploi ou à des ruptures affectives, mais elle peut être lente et insidieuse liée aux différentes et successives confrontations aux facteurs de risques de précarité et d'exclusion : maltraitance infantile, faible niveau d'acquisition scolaire, trouble grave de la personnalité, consommation d'alcool et de toxiques et enfin difficulté sociales précoces (accès difficile au logement, à l'emploi, endettement, etc).

De fait que l'on soit atteint de pathologie mentale ou pas, que l'immersion dans la rue soit rapide ou lente, au cours du temps les personnes vont traverser diverses modalités d'adaptation et de réactions.

Durant les premières semaines ou premiers mois, le décrochage des repères habituels ne conduit pas à des troubles graves et la capacité de faire face permet de s'adapter avec plus ou moins de réussite. Certains s'en sortent et rebondissent au prix d'une anxiété adaptative. Mais pour d'autres, moins résilients, au fil du temps le sentiment de désillusion, la perte d'un idéal social et l'épuisement des réseaux de proximité laissent entrevoir un glissement social. C'est un moment au cours duquel l'assistance est refusée voire rejetée, la honte est prégnante. Ce d'autant s'il s'agit de honte liée à une agression sexuelle, récente ou ancienne. À cet acte traumatique antérieur vient faire écho la valeur traumatique de l'exclusion voir même un acte traumatique à la rue.

Les rencontres avec des acteurs aidants, professionnels ou pas, reste délicate et centrée sur un affichage d'habiletés encore présentes, mais c'est un leurre de soi-même.

Une fois que les besoins vitaux ne peuvent plus être satisfaits, une fois que les conduites addictives se sont aggravées ou ont débuté, et que la solitude et l'ennui envahissent, l'assistance finit par être enfin acceptée. Il est temps car c'est à cette période que ré-émergent des pathologies liées à la précarité (tuberculose, syphilis, ...) ou que se compliquent des pathologies somatiques chroniques, puisque dès lors non traitées. Certains accrochent aux soins somatiques ou psychiques, d'autres non et s'enfoncent plus profondément dans des conduites addictives avec polytoxicomanie, passivité anxiogène et passages à l'acte suicidaire, la plupart des fois par projection. La dépression est poly-étiologique : réactionnelle, d'épuisement ou encore somato-gène. À ce stade les accès aux soins s'effectuent essentiellement par le biais des urgences lors de décompensations physiques ou psychiques. Elles peuvent initier alors un parcours de sortie de rue.

Pour ceux qui n'y réussissent pas ce sera l'installation à la rue avec urgentisation du rapport au monde et des troubles psychiques en négatif : absence de demande de soins, absence de perception de souffrance. Ces positions psychologiques s'enkystent au fil des années et la personne ne montre plus que négligence, anesthésie et agnosie.

## **LES PERSONNALITÉS PATHOLOGIQUES**

Les troubles du comportement en situation de précarité sont le plus souvent le fait de personnes dites « psychopathes » : sans foi ni loi, ces polycarençés tentent de survivre en commettant menus larcins et autres petits ou grand délits. Avec l'âge leurs conduites antisociales s'émoussent et la plupart du temps ils évoluent vers une mythomanie. Ils racontent leur vie, ils se racontent, en enjolivant leurs histoires. La modalité privilégiée d'entrevue demeure la situation d'urgence : ivresse pathologique, tentative de suicide, accidents de la voie publique, ... Or ces circonstances de rencontres ne sont pas favorables à l'instauration d'un début de projet de sortie de rue car la relation de confiance ne s'instaure qu'après de nombreuses rencontres, souvent infructueuses au début. Les objectifs thérapeutiques ne peuvent donc dépasser le futur immédiat, leur permettant simplement de survivre jusqu'à une autre rencontre, celle-là peut-être plus constructive. Le noyau dur de l'aide proposée serait de les aider à décoder eux-mêmes leurs propres douleurs et souffrances liées à leurs carences affectives, leurs manques.

## **LES ÉTATS PSYCHOTIQUES**

Toutes les formes de schizophrénies se retrouvent à la rue car c'est une pathologie très excluante : les naissantes, chez le jeune public comme les vieillissantes chez les plus âgés. Les uns n'ont pas encore accédé aux soins, les autres les ont quittés. Viennent s'ajouter à ce groupe les psychoses infantiles n'ayant pas trouvé refuge auprès d'institutions soutenantes. Enfin une cohorte de patients suivis, ou pas, dans d'autres pays européens ou au-delà, terminent bien souvent leur parcours d'errance en France, reconnue encore pour la qualité de son accueil et de ses soins. La difficulté réside non tant dans l'approche de ces patients que dans l'acceptation d'un traitement pourtant salvateur et qui viendrait apaiser un délire ou une dépersonnalisation. Mais c'est l'usage de toxiques et essentiellement l'alcool qui vient calmer ces affres, masquant aux acteurs de l'accueil la partie psychotique de l'ivresse ou du trouble du comportement. L'errance psychique se traduit par l'errance sociale, la fuite des liens sociaux, le refus d'assistance rationalisés par un discours utopique de vie en liberté, hors de toutes contraintes.

Autre psychoses, les paranoïas, qui nous confrontent à la question du délire ou d'une réelle persécution et parfois les deux en même temps. Dans un discours d'une

logique implacable, tout au moins en surface, ils tentent de nous convaincre de leur interprétation. Un délire de voisinage conduit bien souvent à la rue, mais certains comportements de voisins sont réellement persécutifs. Un employé au délire d'harcèlement professionnel n'est pas à l'abri d'un réel harcèlement... Les rencontres restent centrées sur les revendications et l'accès aux droits ou la réparation d'un préjudice patent peuvent être alors support médiateur de soins.

## **LES TROUBLES GRAVES DE L'HUMEUR**

Les troubles du comportement liés aux états d'excitation manique « favorisent » un accès rapide aux soins. Il en est autrement des dépressions « sans bruit », celles qui laissent glisser les SDF sous les bancs, dans les arbustes des parcs et jardins : la grande précarité dissimule les graves dépressions mélancoliques. Un tel se réfugiera dans un cimetière, un autre dans une décharge, un autre encore lira son avenir dans les entrailles d'un pigeon éventré... Ces situations imposent une hospitalisation sans consentement, mal vécue par le sans-abri, mal comprise par les passants, mal perçue par les accueillants tant soignants que sociaux.

## **LES ÉTATS DE DÉPERSONNALISATION**

Certes les usages de toxiques ou les moments aigus de psychoses dépersonnalisent mais l'isolation sociale également. L'aspect clinique renvoie vers la psychose : perte de la perception du corps, du temps, de l'espace, communication troublée, etc. Mais parfois il n'en est rien et l'immersion thérapeutique dans un lieu prodiguant des soins de base (rythme veille-sommeil, repas réguliers, échanges interpersonnels, etc.) permet de retrouver un niveau de conscience non troublé et une qualité d'échange. L'isolation sensorielle expérimentale de la rue avait fait son œuvre dépersonnalisante.

## **CONCLUSION**

La clinique psychiatrique à la rue est fort peu différente de la clinique habituelle, par contre la manière d'entrer en contact, de décoder les troubles, de maintenir les liens restent chronophages et imposent une créativité pour chacun. Une pratique de casuistique qui ne peut se réduire à une duplication de bonnes pratiques ou de références médicales opposables. Faut-il attendre que la situation se dégrade pour obtenir un semblant d'acceptation aux soins, ou bien intervenir au risque de restreindre une liberté maintenant très défendue. En fait la permanence du lien auprès des personnes à la rue atteintes de troubles psychiques permet d'attendre pour mieux intervenir : au bon moment, dans le respect de l'autonomie de la

personne, dans le respect des droits des personnes et dans une démarche de non maltraitance.

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- [1] ARVEILLER J.-P, MERCUEL A. — Santé mentale et précarité. Aller vers et rétablir. Paris, Lavoisier, « Cahiers de Sainte-Anne », 2011.
- [2] MERCUEL A. — Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre. Odile Jacob, 2012.
- [3] SAMENTA, Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France, Observatoire du Samu social de Paris, Inserm, 2010.