

La santé mentale et les addictions des personnes sans logement personnel.

Quelques éclairages issus d'une enquête de prévalence en Île-de-France

Anne Laporte (Observatoire du Samusocial de Paris),
Erwan Le Méner (ISP-ENS Cachan, Observatoire du Samusocial de Paris)
et Pierre Chauvin (INSERM-UMRS 707).

L'ENQUÊTE SAMENTA, menée en 2009 auprès d'un échantillon aléatoire des personnes sans logement en Île-de-France, étudie la prévalence des troubles psychiatriques et des addictions.

Chaque personne était interviewée par un enquêteur professionnel et un psychologue clinicien ; un psychiatre pouvait être sollicité ultérieurement en présence d'éléments cliniques pour porter ou non un diagnostic.

Il apparaît qu'un tiers de la population est atteint par un trouble sévère (psychotique, dépressif majeur, ou anxieux). Une proportion semblable présente une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives. Mais on compte relativement plus d'abstinents complets qu'en population générale.

Les prévalences contredisent donc des estimations alarmistes, mais dessinent des motifs d'inquiétude. Elles confirment notamment le poids des troubles psychotiques, et un faible maintien dans le soin.

De même, la distribution inégale de ces pathologies au sein des différents types d'hébergement interpelle. Les troubles les plus sévères sont plus fréquents dans les dispositifs à bas seuil où leur détection et l'orientation vers les soins ne sont pas favorisées.

Depuis une vingtaine d'années, la santé mentale des personnes sans domicile est devenue un enjeu de premier plan pour les acteurs de terrain. Face à des situations problématiques, notamment sur le « front » de l'intervention sociale, un vocabulaire « psy » est venu catégoriser des interactions difficiles et mettre en lumière la « souffrance psychique » des personnes rencontrées et des intervenants (Ion *et al.*, 2005 ; Lazarus et Strohl, 1995). Autour des questions de santé mentale et d'exclusion gravite un ensemble d'acteurs, loin de se limiter aux seuls psychiatres.

D'aucuns remarquent et dénoncent la continuité entre le diagnostic humanitaire posé sur les sans-domicile au cours des années 1980, à l'origine de la lutte contre les exclusions, et la « sanitarisation » (Pelchat *et al.*, 2006), la « médicalisation » (Benoist, 2008) ou la « psychiatrisation » (collectif Les Morts de la rue, 2010) du regard et de la prise en charge. La politique d'urgence sociale dont les moyens financiers ne cessent de croître, maintiendrait ce voile sur une question et une population, dont la compréhension ressortit avant tout à des facteurs sociaux (Bruneteaux, 2008).

Étudier la santé mentale des personnes sans logement personnel paraît ainsi à la fois légitime au regard de l'importance prise par cette question récemment, et immédiatement suspect au titre des causes réelles du sans-abrisme¹. L'enquête sur la SAnté MENTale et les Addictions chez les personnes sans logement personnel – enquête SAMENTA (Laporte *et al.*, 2010) – n'échappe pas à cette conjecture.

Menée depuis 2008 au sein de l'Observatoire du Samusocial de Paris, en collaboration avec l'INSERM, grâce, notamment, au soutien de l'ONPES, cette étude vise à estimer la prévalence de troubles psychiatriques au sein de la population sans logement en Île-de-France afin de donner des appuis quantifiés aux politiques de lutte contre l'exclusion sociale. Près d'un tiers des personnes sans logement franciliennes présentent ainsi un trouble psychiatrique sévère (psychotique, de l'humeur ou anxieux).

Ce seul chiffre peut contribuer à asseoir deux positions extrêmes au sein de l'espace de la lutte contre le sans-abrisme : celle qui considère l'exclusion sociale comme un problème d'abord psychiatrique, dont on peut penser que Declerck a apporté la formulation la plus aboutie (2001) ; celle qui soutient au contraire que le sans-abrisme est un phénomène fondamentalement social, dont les manifestations pathologiques peuvent être le résultat, mais en aucun cas l'explication.

Nous voudrions présenter et discuter les premiers résultats de SAMENTA en essayant de nous tenir à équidistance de ces deux positions. À cette fin, il paraît primordial de restituer le contexte institutionnel et scientifique de l'enquête pour cadrer la réception de résultats qui confirment la surreprésentation de troubles psychiatriques parmi les personnes sans domicile, mais infirment l'assimilation des SDF à des malades mentaux. C'est un tableau plus nuancé qu'il convient de dresser, où la santé mentale résonne avec d'autres questions relatives au sans-abrisme et s'incarne différemment selon les lieux, les moments et les individus.

1. Nous utiliserons par la suite le terme de « sans-abrisme » par commodité de langage, en référence au terme anglais « homelessness », en y attachant une signification plus large que la seule situation d'absence d'abri mais bien, plutôt, d'absence de « chez-soi ».

Le contexte de l'enquête SAMENTA

L'enquête SAMENTA répond à une demande de la préfecture de Paris et de la mairie de Paris visant à mieux connaître la fréquence de la maladie mentale au sein de la population sans domicile francilienne. Elle fait suite à divers événements et rapports qui ont attribué à la maladie mentale une part des échecs de prise en charge, non sans remarquer que les données scientifiques disponibles à ce sujet étaient insuffisantes.

Le contexte institutionnel

L'enquête SAMENTA a démarré début 2008, à la suite des recommandations du rapport Orain et Chambaud (2008), sur la santé mentale des sans-domicile. Ce document souligne que les personnes « atteintes de troubles psychotiques, d'addictions ou qui présentent des troubles somatiques divers [...] mettent en échec les dispositifs existants et, de ce fait, demeurent à la rue ». De telles situations de refus d'aide et d'hébergement interrogent les pouvoirs publics, en particulier, semble-t-il, depuis le mouvement des Enfants de Don Quichotte qui a accru la visibilité d'une « souffrance qu'on ne peut plus cacher », pour reprendre le titre du fameux rapport Lazarus et Strohl (1995) qui mettait en relation directe la souffrance des usagers et celle des intervenants.

Depuis le milieu des années 1990 (Sicot, 2006 ; Fassin, 2006) en effet, des acteurs de terrain, des professionnels de santé mentale et des chercheurs découvrent une souffrance psychique d'origine sociale (Furtos, 1997) qui affecte les personnes les plus vulnérables. Des dispositifs dédiés apparaissent et s'institutionnalisent, à l'instar des équipes mobiles spécialisées en psychiatrie (circulaire DHOS, 2005). De même, le récent rapport Girard, Estecahandy et Chauvin (2010) sur la santé des personnes sans chez-soi préconise la mise en place de programmes de type « *Housing First* », soit l'accès au logement sans transition, mais fortement accompagné, pour des personnes atteintes de graves troubles psychiatriques et passant entre les mailles des filets de l'assistance ordinaire. Les personnes sans logement atteintes de troubles mentaux font ainsi l'objet d'un intérêt particulier, au risque peut-être de focaliser l'attention sur la maladie mentale comme explication de l'exclusion sociale au détriment de ses causes sociales structurelles (crise du logement, chômage et précarisation du travail, durcissement des politiques d'immigration notamment) et de renforcer quelques préjugés tenaces (SDF = fou et/ou alcoolique).

L'étude SAMENTA témoigne de cette mobilisation croissante pour la santé mentale des plus démunis et prend acte des glissements possibles entre une étude épidémiologique et des reconfigurations psychiatriques d'un problème social (Bresson, 2006). De tels débats ont d'ailleurs également animé la recherche américaine sur le sans-abrisme, alors que la maladie mentale devenait de plus en plus visible dans l'espace public (Snow *et al.*, 1986 ; Snow *et al.*, 1988 ; Wright, 1988 ; Hopper, 1988 ; Koegel, 1992).

Au regard des commanditaires de SAMENTA, les difficultés de prise en charge, la désocialisation et la maladie mentale s'expliqueraient et s'entretiendraient

mutuellement. Si l'enquête a pour premier objectif un objectif de santé publique, consistant à estimer les troubles psychiatriques et les addictions auprès des personnes sans domicile d'Île-de-France, elle vise également à mieux saisir les relations entre maladie mentale et exclusion sociale.

Le contexte scientifique

En effet, comme le souligne le rapport Orain-Chambaud, en France, peu de connaissances solides nous renseignent et font consensus sur les rapports entre maladie mentale et exclusion sociale. Des données hospitalières (PMSI, secteur) ou portant sur les patients de consultations gratuites (Chauvin *et al.*, 2002 ; Chauvin et Parizot, 2003 ; Médecins du Monde, 2008) existent bien ici et là, et peuvent fournir des éclairages intéressants. Mais il s'agit de données d'activité – et non d'enquête – concernant des prises en charge plus que des patients, et issues d'établissements de soins, ne représentant pas l'ensemble des lieux fréquentés par la population cible. Elles portent en outre sur des échantillons de petite taille, s'appuient sur des diagnostics généralement peu fiables et souffrent de biais de recrutement qui en obèrent la représentativité (Lovell, 2003).

Néanmoins, quelques enquêtes spécifiques ont été menées sur les lieux de vie de populations précaires (Parizot *et al.*, 2004 ; Chauvin et Parizot, 2005 ; Chauvin et Parizot, 2009) ou sans domicile (Guesdon et Roelandt, 1998 ; Kovess et Mangin-Lazarus, 1999). Ces dernières attestent la surreprésentation de la maladie mentale au sein de la population sans logement, particulièrement dans ses formes sévères, de même que la forte prévalence de consommations à risque et de dépendance à l'alcool et diverses drogues.

Pour autant, leurs estimations nuancent des avis alarmistes et défont l'équation diffuse selon laquelle SDF égale fou et alcoolique. Ces deux enquêtes indiquent, de même, un recours aux soins psychiatriques majoritaire, au cours de la vie, des patients présentant un trouble. Elles écorcent ainsi le préjugé selon lequel les sans-domicile atteints de troubles psychiatriques passent totalement hors des mailles du système de soins. Elles invitent à réfléchir plus attentivement au maintien dans les soins et à la nature des besoins de soins rapportés par les personnes sans logement.

Les travaux précurseurs de Guesdon et Roelandt, ainsi que ceux de Kovess et Mangin-Lazarus, gagnent enfin à être mis en perspective avec des enquêtes conduites par ailleurs. Dans une méta-analyse récente, portant sur 29 études réalisées entre 1979 et 2005 dans des pays développés, Fazel *et al.* (2009) rapportent également de fortes prévalences de troubles psychiatriques sévères et de consommations à risque ou de dépendance à l'alcool et aux drogues. Mais, là encore, les auteurs se gardent de superposer sans-abrisme, maladie mentale et dépendance (tableau 1).

Les études épidémiologiques sur le sujet attestent donc toutes de prévalences élevées des troubles sévères et des addictions parmi les personnes sans domicile. Les méthodes de sélection des populations (randomisée ou non) et les modalités de diagnostic des troubles psychiatriques peuvent influencer les niveaux de prévalence estimés (Fazel *et al.*, 2009). L'utilisation des réponses à une interview psy-

chiatrique standardisée, sans prise en compte d'autres informations recueillies donnant une signification clinique ou passé sans la présence d'un clinicien, amène à une surestimation ou sous-estimation de certains troubles (Lovell, 2000), notamment chez les sans-domicile (North *et al.*, 1997). Nous avons essayé de tenir compte de ces limites pour construire notre dispositif d'enquête.

Tableau 1

Prévalences des troubles psychiatriques et des addictions (dans les 12 mois) dans les études de Guesdon et Roelandt (1998), Kovess et Mangin-Lazarus (1999) et Fazel *et al.* (2009)

Études	Guesdon et Roelandt (1998)	Kovess et Mangin-Lazarus (1999)	Fazel <i>et al.</i> (2009)
Taille de l'échantillon (n)	270	715	5 684
Lieu	Lille	Paris	États-Unis, Europe, Australie
Outils utilisés	CIDI (-S)	CIDI (-S)	Méta-analyse
Troubles investigués	Prévalence (%)		IC 95 %]
Troubles psychotiques	8,8	16,0*	12,7 [10,2; 15,2]
Troubles dépressifs majeurs	29,0	23,7	11,4 [8,4; 14,4]
Troubles de la personnalité	-	-	23,1 [15,5; 30,8]
Dépendance à l'alcool	9,3	14,9	37,9 [27,8; 48,0]
Consommation drogues	10,4	10,3	24,4 [13,2; 35,6]

* Sur la vie (5,8% sur 6 mois).

La construction du dispositif d'enquête

L'estimation des troubles psychiatriques et des addictions parmi les sans-domicile est donc une question sensible. Le comité de pilotage scientifique de l'enquête² a eu le souci de ne pas psychiatriser les personnes, sans nier l'importance que peuvent avoir, dans leur trajectoire et mode de vie, la maladie mentale et les addictions. Cette préoccupation s'est traduite de plusieurs façons. D'une part, l'échantillon a été construit de manière à produire des estimations sans biais (encadré 1). D'autre part, nous avons voulu mettre en relation la santé mentale avec d'autres dimensions par un recueil assez large de la situation sanitaire et sociale de l'enquêté : les thèmes du questionnaire (encadré 2) ne portent pas uniquement sur la santé mentale mais traitent aussi des relations (à l'emploi, au logement, à la famille) considérées comme importantes dans les dynamiques d'exclusion et de réinsertion. Enfin, le processus

2. Ce comité de pilotage est composé de F. Beck (statisticien, sociologue), C. Chan Chee (médecin épidémiologiste), P. Chauvin (médecin épidémiologiste), M.-A. Detrez (statisticien), C. Douay (épidémiologiste), J.-M. Firdion (sociologue), M.-J. Guedj (psychiatre), M. Jauffret-Roustide (sociologue), A. Laporte (médecin épidémiologiste), S. Legleye (statisticien), V. Le Masson (médecin épidémiologiste), E. Le Ménéer (sociologue), Y. Le Strat (statisticien), A. Mercuel (psychiatre) et S. Quesemand-Zucca (psychiatre et psychanalyste).

amenant au diagnostic psychiatrique a été conçu de sorte à obtenir une mesure aussi fiable que possible, étant donné les conditions d'enquête.

Encadré 1

Population d'étude et échantillon

La population d'étude correspond à la population sans domicile fixe telle que définie dans le cadre de l'enquête de l'INSEE de 2001 (Brousse, 2006), c'est-à-dire des personnes qui dorment dans un lieu non prévu pour l'habitation ou qui sont prises en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation.

Le choix de réaliser une enquête en population pour éviter les biais de recrutement liés à une prise en charge médicale ou psychiatrique nous a amenés à contacter les personnes sur leurs lieux de vie, c'est-à-dire par l'intermédiaire des services d'aide qu'elles fréquentent (centres d'hébergement d'urgence ou de réinsertion sociale, centres maternels, hôtels sociaux, centres d'accueil de jour, points de distribution de repas chauds).

Notons que toutes les personnes interrogées sont majeures, francophones, et en état de comprendre et de répondre aux questions.

L'échantillon exclut ainsi les demandeurs d'asile, ou du statut de réfugié, pris en charge dans un dispositif dédié, les femmes victimes de violence et hébergées dans un centre *ad hoc*, ainsi que les mineurs et les non-francophones.

La méthode d'échantillonnage consiste en un tirage aléatoire des personnes à partir d'un plan de sondage complexe à trois degrés (des structures selon leur taille, des jours d'enquête, des personnes dans les structures sélectionnées). L'échantillon est pondéré en tenant compte des différences d'intensité de fréquentation des services en utilisant la méthode du partage des poids (Ardilly et Le Blanc, 2001).

L'enquête s'est déroulée du 16 février au 6 avril 2009, 859 entretiens ont été réalisés et 840 retenus pour l'analyse. Le taux de réponse est de 71 %. L'estimation de la population ayant fréquenté les structures pendant une semaine moyenne de la période d'enquête s'élève à 21176 personnes [IC₉₅ % : 17582 ; 24770].

Ce dernier point est fondamental pour répondre aux critiques faites à l'épidémiologie psychiatrique quand il s'agit de rendre compte de la distribution des troubles mentaux au sein de la population sans domicile (Bresson, 2003). Nous nous sommes inspirés du « design » d'enquête proposé par Falissard *et al.* dans son étude de la santé mentale chez les détenus (2006). Pour compenser les défauts de l'utilisation d'un outil standardisé – le MINI³ – dans le contexte du milieu carcéral, celui-ci avait fait appel à deux cliniciens (un psychiatre et un psychologue) pour recueillir les informations.

Dans SAMENTA, nous avons utilisé le MINI comme outil diagnostique standardisé, passé en face à face par un enquêteur professionnel en présence d'un psychologue clinicien. À l'issue de la passation du questionnaire, le psychologue ayant observé l'interaction enquêteur/enquêté réalisait un entretien clinique ouvert, de

3. Mini International Neuropsychiatric Interview.

façon à étayer un éventuel diagnostic. La durée totale de l'interview était d'une heure en moyenne. Lorsque le MINI concluait à la présence d'un trouble ou lorsque le psychologue avait noté des éléments cliniques, ce dernier «débrieftait» le cas, après coup, en l'absence de l'enquêté et de l'enquêteur, avec un psychiatre. Ce dernier portait un éventuel diagnostic, codé à l'aide de la 10^e classification internationale des maladies – CIM10 (OMS, 1992) (tableau 2).

Ce dispositif d'enquête a été testé afin de vérifier la possibilité de produire un diagnostic psychiatrique valide (qui pouvait être l'absence de troubles). Il s'est avéré que ce dispositif d'enquête pouvait permettre d'atteindre les objectifs d'estimation de la prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes sans logement personnel (Laporte *et al.*, 2010).

Tableau 2

Le déroulement de l'enquête : du tirage au sort de l'enquêté à un éventuel diagnostic

	Enquêteur professionnel	Enquêteur psychologue	Psychiatre coteur
En présence de l'enquêté	Tirage au sort de la personne à enquêter		
	Présentation de l'étude à l'enquêté		
	Passation du questionnaire		
	Dont MINI		
		Entretien clinique ouvert	
Sans l'enquêté	Remerciements et remise du ticket service		
	Appréciation commune sur le déroulement de l'entretien		
		Compte rendu clinique 15 lignes une réponse positive au MINI OU des éléments cliniques : ▶ prise de RV avec un psychiatre	
		«Débriefting»	
		et cotation ou non d'un trouble psychiatrique selon la CIM10	

Sources : Laporte *et al.*, 2010, p. 49.

En définitive, le mode de recrutement de la population (encadré 1), la variété des thèmes abordés dans le questionnaire et le dispositif d'enquête (enquêteur/psychologue/psychiatre) sont autant d'ajustements méthodologiques visant à produire des estimations les plus précises possible des troubles mentaux chez les personnes sans logement personnel. La construction de l'enquête traduit un véritable souci de ne pas surestimer, isoler et amalgamer les troubles psychiatriques et les addictions au sein de la population sans domicile.

Encadré 2

Thèmes du questionnaire

Le questionnaire a porté sur la situation sociale actuelle et passée de l'enquêté, son état sanitaire et ses conditions de vie au moment de l'étude. Ces questions sont importantes pour considérer les rapports entre conditions de vie et trajectoire sociale, et santé mentale et addictions. Les items des différents modules ont été repris de questionnaires existants, en particulier de l'enquête de 2001 de l'INSEE sur les sans-domicile pour toutes les données sociales et de trajectoires, de la cohorte SIRS⁴ de l'INSERM (2005-2010) pour les données médicales et de réseau social, du Baromètre santé de l'INPES pour les questions notamment d'addictions et de violence.

Les différents modules sont: Caractéristiques sociodémographiques; Antécédents personnels et familiaux; Période d'itinérance; Hébergement; Santé ressentie et recours aux soins; MMSE (*Mini Mental Status Examination*); MINI; Recours aux soins psychiatriques au cours de la vie et actuel; Évaluation des addictions (alcool, drogues, médicaments) et des modalités d'usage dans la rue; Tabac; Situation et expérience professionnelle; Couverture et prestations sociales; Violence subie au cours des douze derniers mois; Réseau social; Entretien clinique ouvert (compte rendu clinique, 10-15 lignes).

Un tiers des SDF souffrent de troubles psychiatriques sévères, un cinquième présente au moins une addiction : qu'est-ce à dire ?

Parmi les 21 176 personnes franciliennes sans logement personnel, près d'un tiers présente un trouble psychiatrique sévère, très invalidant pour certains. C'est bien davantage qu'en population générale, mais l'interprétation de ce chiffre est loin d'être univoque. Qui sont donc les personnes atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions? Les troubles psychiatriques se distribuent-ils uniformément dans la population d'étude? Est-il possible de repérer des associations significatives entre troubles ou addictions, et des variables sociodémographiques? Si tel est le cas, les associations sont-elles semblables à celles connues en population générale, et comment évaluer l'effet propre du fait de vivre sans domicile? Nous abordons ces questions en nous intéressant aux troubles sévères, puis aux addictions. Enfin, en nous concentrant sur la prévalence des violences subies, nous essayons d'illustrer les effets de la maladie mentale et du sans-abrisme, qui se combinent et se renforcent pour définir des conditions d'existence particulièrement difficiles pour les personnes sans logement, atteintes de troubles psychiatriques ou d'addictions.

Les troubles psychiatriques sévères sont globalement surreprésentés

L'enquête permet d'estimer à 6 667 le nombre de personnes franciliennes sans logement personnel atteintes d'au moins un trouble psychiatrique sévère, cor-

4. La cohorte Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS) est une enquête socio-épidémiologique longitudinale auprès d'un échantillon représentatif de Paris et de la petite couronne. <http://www.programme-sirs.org/>

respondant à 31,5% de la population estimée. Soulignons d'emblée que cette catégorie recouvre des troubles psychotiques, des troubles de l'humeur et des troubles anxieux (tableau 3) et qu'il convient immédiatement de la décomposer.

Nous estimons ainsi sur douze mois à 13,2% la part d'individus atteints de troubles psychotiques (8,4% de la population souffrant de schizophrénie). Ces résultats ne sont pas significativement différents de ceux obtenus par Kovess et Mangin-Lazarus. À titre de comparaison, en population générale, 2% des personnes présentent un trouble d'allure psychotique sur la vie entière (Bellamy *et al.*, 2004). D'une étude à l'autre, les prévalences de troubles psychotiques apparaissent relativement stables et sont 8 à 10 fois supérieures chez les sans-domicile, comparées à la population générale (tableau 3).

Une rupture sociale⁵ constitue un risque important pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères (en particulier de schizophrénie et troubles bipolaires) de devenir sans-domicile, plus élevé que pour les personnes non atteintes de troubles mentaux. Une étude auprès de personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères⁶ aux États-Unis donne une prévalence de 15% de personnes s'étant retrouvées sans logement au moins une fois dans les douze derniers mois et de 20% chez les personnes atteintes de schizophrénie (Folsom *et al.*, 2005). Ces dernières présentent un risque deux fois plus élevé de se retrouver sans logement que les personnes atteintes d'autres troubles psychiatriques sévères. Les facteurs associés à ce risque, en dehors de la couverture médicale, sont une comorbidité avec les addictions.

Dans notre enquête, les troubles sévères de l'humeur (essentiellement des épisodes dépressifs majeurs) touchent 6,5% (4,5% pour les troubles dépressifs majeurs) de la population (tableau 3). Ces résultats ne diffèrent pas significativement de ceux de Kovess et Mangin-Lazarus. Ils marquent un écart moins important avec la population générale que pour les troubles psychotiques. D'après le Baromètre santé 2005, en effet, 3,2% des Français âgés de 15 à 75 ans ont connu un épisode dépressif sévère au cours des douze derniers mois (Morvan *et al.*, 2007 ; Briffault *et al.*, 2008).

Les troubles anxieux touchent 12,2% de la population. Parmi les plus fréquents, on retrouve le stress post-traumatique (4,2%) et l'anxiété généralisée (4,0%)⁷. Cette catégorie de troubles ne fait généralement pas partie des troubles sévères décrits dans la littérature, au contraire des deux précédents. Nous avons choisi de les intégrer pour décrire les particularités cliniques de cette population et parce qu'ils sont, eux aussi, assez invalidants. L'enquête en population générale ANADEP retrouve une prévalence de 5,1% pour l'anxiété généralisée *au cours de la vie*, ce qui est proche des données de SAMENTA, avec une prévalence deux fois plus importante chez les femmes (6,8% contre 3,2% chez les hommes) (Sapinho *et al.*, 2009). Dans SAMENTA également, les femmes ont significativement plus souvent de troubles

5. Au sens de perte de logement, d'emploi ou de lien avec son entourage.

6. Schizophrénie, trouble bipolaire, trouble dépressif majeur.

7. Les troubles de l'adaptation représentent 2,1% des troubles anxieux repérés.

anxieux que les hommes (21,0% contre 7,5%). Le stress post-traumatique est plus souvent repéré chez les personnes sans logement nées à l'étranger (6,2%) que chez celles nées en France (1,1%). Nous n'avons pas d'estimation en population générale.

Si près d'un tiers des personnes sans logement personnel présentent donc un trouble psychiatrique sévère, c'est la part de troubles psychotiques qui détonne le plus par rapport à la distribution de la maladie mentale en population générale. L'analyse approfondie des données de SAMENTA permettra peut-être de confirmer l'hypothèse d'une vulnérabilité accrue par rapport au sans-abrisme des personnes atteintes de troubles psychotiques, observée par ailleurs (Folsom *et al.*, 2005; Bebbington *et al.*, 2005). Cette vulnérabilité doit être pensée comme multidimensionnelle; elle ne désigne pas qu'un état interne mais se traduit aussi par des difficultés accrues à conserver un emploi ou à se maintenir dans un logement.

Tableau 3

Prévalences (%) dans les douze mois des troubles psychiatriques, du comportement et des addictions dans différentes études en population générale, sans domicile et personnes incarcérées

	Études						
	ESEMeD (2000)	ANAEP (2005)	Baromètre santé (2005)	Kovess et Mangin-Lazarus (1996)	SAMENTA (2009)	Fazel (1979-2005)	Falissard (2004)
Type de population	Population générale	Population générale	Population générale	Population SDF	Population SDF	Population SDF	Population incarcérée
Taille de l'échantillon, n	2 894	6 498	16 883	715	840	5 684	800
Lieu	France	France	France	Paris	Île-de-France	Monde	France
Outils utilisés	CIDI	CIDI-S	CIDI-S	CIDI-S	MINI	Méta-analyse	MINI
Troubles psychotiques				16,0 *	13,2	12,7	17,0
Troubles dépressifs majeurs	6,7	5,0	3,2	23,7	20,3	11,4	24,0
Anxiété généralisée	9,8	5,1			4,0		17,7
Troubles dépressifs			4,2		6,0		
Troubles dépressifs moyens et légers			0,4		7,9		
Troubles de la personnalité					21,1	23,1	
Dépendance à l'alcool	0,3	10,3	8,5	14,9	21,0	37,9	11,7
Consommation drogues				10,3	17,5	24,4	14,6
Consommation régulière de cannabis			2,7		16		

*Sur la vie (5,8% sur 6 mois).

Les addictions sont globalement plus fréquentes

Une dépendance ou une consommation à risque d'une substance psychoactive (alcool, drogue, médicament détourné de son usage) peut être considérée comme un facteur favorisant l'engagement dans une « carrière » de sans-domicile (Damon, 2002) et freinant au contraire des aspirations à « s'en sortir » (Michon et Torche, 2007). Comme pour ce qui concerne la maladie mentale, il ne s'agit pas de mettre l'accent sur les facteurs supposés individuels du sans-abrisme, mais plutôt de mettre au jour certaines dimensions du phénomène, amenées à complexifier sa compréhension.

Il apparaît ainsi que 21 % de la population sans logement personnel présentent une dépendance à l'alcool et 17,5 % à une drogue illicite. Ces chiffres ne sont pas significativement différents de ceux produits par Kovess et Mangin-Lazarus, ni d'ailleurs de ceux de Fazel *et al.* Cependant, ils demeurent plus élevés qu'en population générale. Dans le Baromètre santé 2005, 8,5 % des personnes de 15 à 64 ans peuvent être considérées comme des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance (Legleye et Beck, 2007) et 2,7 % font état d'une consommation régulière de cannabis (contre 16 % dans SAMENTA).

Pour autant, ces prévalences ne concernent pas uniformément la population d'enquête. Ainsi, les hommes présentent plus souvent une dépendance à l'alcool que les femmes (27,3 % contre 9,3 %), comme en population générale, mais de façon plus prononcée parmi les individus sans domicile. Cette observation, qu'il faudrait sensiblement affiner, pourrait signifier la permanence d'une consommation massive d'alcool, notamment parmi les hommes, correspondant le plus aux traits du « clochard ». Quant à l'usage régulier de cannabis, il est, dans SAMENTA comme en population générale mais de façon plus nette encore, plus élevé chez les hommes (21,4 %) que chez les femmes (6,1 %). Il est aussi particulièrement prévalent chez les plus jeunes des enquêtés – les 18-25 ans pour SAMENTA (24,6 %) comme en population générale, mais toujours de façon plus prononcée et tend à diminuer avec l'âge. Ces observations résonnent notamment avec celles d'auteurs qui rattachent les conduites à risque typiques d'adolescents et de jeunes adultes sans domicile à un environnement familial, scolaire et économique qui ne serait plus (assez) vecteur de sens et d'intégration (Chobeaux, 2004). Néanmoins, il n'est pas possible de conclure que de telles consommations expliquent le départ durable du domicile.

Les prévalences sont donc plus élevées qu'en population générale, mais avec des tendances identiques qui forcent à ne pas circonscrire plus qu'à son tour les traits de la population sans logement et à rappeler son hétérogénéité (Pichon, 2000).

Au fond, l'analyse la plus étonnante au sujet des addictions concerne certainement la surreprésentation, au sein de la population sans domicile, par rapport à la population générale, de personnes déclarant ne jamais avoir consommé d'alcool (17,6 % dans SAMENTA contre 8,4 % des 12-75 ans du Baromètre santé 2005). Cette constatation, qui confirme une analyse récente (Beck *et al.* 2006), écorne encore davantage la synecdoque assimilant les personnes sans logement à des alcooliques patentés.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères sont particulièrement victimes de violences

Si les troubles psychiatriques sévères sont loin d'affecter l'ensemble des personnes sans logement personnel, ils renforcent néanmoins la vulnérabilité sociale d'une partie d'entre elles. En termes de trajectoires d'exclusion, cela peut passer par une fragilisation des liens à l'emploi et au logement. Une fois dans la rue, cela se traduit notamment par une victimation accrue. Pour en rendre compte, il semble intéressant, analytiquement, de distinguer deux effets : un effet vie sans domicile et un effet maladie mentale.

D'une part, la population sans logement a été au cours de sa vie davantage victime de violences que la population générale. Ainsi, 40,9% des individus de SAMENTA déclarent avoir subi des violences psychologiques ou morales répétées au cours de leur vie. Parmi les Franciliens interrogés dans l'enquête Santé, inégalités et ruptures sociales (SIRS), seuls 8,4% déclarent avoir déjà enduré de telles violences depuis leurs 18 ans (Chauvin et Parizot, 2009). Par ailleurs, les violences subies dans les douze mois précédant l'enquête demeurent plus nombreuses dans la population d'enquête qu'en population générale, mettant en évidence un « effet vie sans domicile » qui exposerait davantage à la violence. Ainsi, 13,2% des enquêtés de SAMENTA déclarent avoir été victimes d'agression physique dans les douze mois précédant l'enquête, tandis que cette proportion est de 3% en population générale (Cavalin, 2007).

D'autre part, les personnes sans logement et atteintes de troubles psychiatriques sont victimes de violences dans des proportions plus fortes encore, mettant en évidence un « effet maladie mentale ». Ainsi, comme les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères en population générale (Lovell *et al.*, 2008), les personnes sans logement personnel présentant des troubles sévères sont plus souvent victimes d'actes violents que la population sans domicile. La prévalence de victimations violentes sur les douze derniers mois dans SAMENTA est plus élevée pour les personnes atteintes de troubles sévères (26,1%) que pour celles non atteintes de ces troubles (11,5%).

Notre étude ne s'est intéressée qu'à la violence subie, mais on estime par ailleurs (Lovell *et al.*, 2008) que le taux d'actes violents attribuables à des personnes atteintes de troubles sévères se situe entre 2,7 et 10%. Ces observations nuancent considérablement la représentation tenace selon laquelle le « fou » est un être violent (Bellamy *et al.*, 2004). En revanche, une personne atteinte de trouble psychiatrique sévère court de toute évidence, plus qu'une autre, le risque d'être victime d'actes violents.

Le fait de vivre sans logement personnel et d'être atteint d'un trouble psychiatrique sévère constitue donc deux facteurs de risque de subir des violences. Ces analyses méritent évidemment d'être affinées mais permettent d'ores et déjà de battre en brèche la représentation du « SDF fou et dangereux ».

Des motifs d'inquiétude

Comme le soulignaient Snow *et al.* il y a 25 ans, les sans-domicile ne peuvent pas être considérés comme «*drunk, stoned, crazy and stuck*» (1986). Les analyses présentées invitent à défaire nos préjugés. Elles tendent en outre à rapprocher l'explication de la maladie mentale et des addictions au sein de la population sans logement de celle qui peut être produite en population générale. Les fortes prévalences de troubles sévères et d'addictions, estimées à partir d'un dispositif de mesure adapté, ne soutiennent donc pas tant un regard psychiatrisant sur le sans-abrisme que l'incitation à se doter d'outils d'observation, de suivi et d'aide destinés à des personnes particulièrement vulnérables. L'inquiétude qui se dessine au sujet des personnes atteintes de troubles sévères ou d'addictions est, par là même, moins liée à la maladie mentale qu'aux conditions et aux trajectoires sociales dans lesquelles celle-ci est expérimentée.

Force est ainsi de constater la concentration des troubles les plus graves dans les lieux et les dispositifs les plus éloignés du logement – comme si l'effet de sélection des personnes les plus démunies dans les lieux les moins propices à l'insertion était encore plus prononcé pour les personnes atteintes de troubles psychiatriques. Cette inégale répartition de la maladie mentale dans les dispositifs d'aide rend sans doute compte, au moins en partie, des obstacles à un maintien dans les soins psychiatriques : les personnes faisant état de troubles sévères occupent plus volontiers des espaces peu propices à un suivi.

Sur le plan des trajectoires, des analyses ultérieures tenteront de caractériser des parcours typiques de sans-domicile atteints de troubles psychiatriques. D'ores et déjà, nous pouvons nous intéresser à la situation des jeunes adultes, qui paraît associée à de fortes occurrences de certains troubles psychiatriques et d'addictions, elles-mêmes inscrites dans des biographies tourmentées.

Les personnes atteintes de troubles psychiatriques sélectionnées par les dispositifs de bas seuil

Dans la première enquête statistique française importante sur les sans-domicile (Marpsat et Firdion, 2000), C.-H. Soulié montre que l'accès à des prestations d'hébergement ou de logement dépend des ressources des individus (Soulié, 2000). Plus une personne dispose de capitaux économiques, culturels et sociaux, plus elle a de chances d'intégrer un dispositif « haut de gamme » – si l'on veut bien considérer le *continuum* allant du centre d'hébergement d'urgence à l'hospitalité pour le moins limitée, jusqu'aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale, les plus à même de jeter des passerelles vers le logement autonome. Cette analyse étendue et confirmée par de récents travaux sur les trajectoires d'hébergement des sans-domicile (Peretti, 2006) met en lumière des formes de sélection des usagers par rapport aux prestations.

Dans SAMENTA, la majorité des personnes (52,2%) présentant un trouble psychiatrique sévère a principalement dormi dans un lieu précaire (espace public, centre d'hébergement de stabilisation, centre d'hébergement d'urgence, squat,

connaissance ou famille – par ordre décroissant d'importance). Un lieu précaire est ici défini à l'exclusion des dispositifs d'insertion et des hôtels sociaux.

La situation des personnes atteintes de troubles psychotiques paraît particulièrement préoccupante. La proportion d'usagers de l'urgence sociale⁸ atteints de troubles psychotiques est pratiquement le double (19%) de celle rencontrée dans les autres dispositifs enquêtés (un peu moins de 10%) – hors espace public. On sait également qu'un quart des individus ayant le plus souvent dormi dans l'espace public dans l'année écoulée présente un trouble psychotique (ce chiffre est de 16,7% pour les personnes souffrant de schizophrénie). Il est possible que ces observations indiquent en partie la préférence des individus psychotiques pour l'anonymat de l'urgence sociale et les faibles contraintes, en termes d'insertion, qui y sont imposées. Nous pensons plutôt – avec d'autres auteurs (Girard *et al.*, 2010) – que ces résultats sont, plus souvent, la conséquence des difficultés, pour les personnes les plus vulnérables, de franchir les portes des structures qui favoriseraient leur réinsertion – mais aussi celle, pour les intervenants, d'y retenir ces personnes.

Par ailleurs et en revanche, s'il n'est pas possible d'associer les occurrences de troubles sévères de l'humeur avec un type de dispositif, la prévalence des troubles anxieux est plus élevée dans les hôtels sociaux. Un quart des individus qui y sont rencontrés souffrent de troubles anxieux, contre environ 10% dans les autres dispositifs. Ce résultat doit être mis en regard de la population fréquentant ces hôtels, davantage féminine, immigrée et vivant en famille (c'est-à-dire avec au moins un enfant). Dès lors, l'incertitude du lendemain, notamment quand il s'agit de parents accompagnés d'enfant, mais aussi les expériences vécues lors des trajectoires d'immigration depuis le pays d'origine (notamment pour les déboutés du droit d'asile ou encore les immigrés sans situation régulière de séjour) (Chauvin *et al.*, 2009) peuvent expliquer la fréquence des troubles anxieux qu'on y observe (par exemple, mais pas seulement, celle des syndromes post-traumatiques). Un tel constat s'inscrit dans celui, plus général, de la multiplication et de l'augmentation de la durée des séjours dans ces hôtels sociaux des familles pauvres (et notamment migrantes) (Marpsat, 2008; Laflamme *et al.*, 2009).

Un maintien dans les soins psychiatriques problématique

La concentration de personnes psychotiques dans l'urgence (dont le fonctionnement favorise circulation et l'anonymat) et de personnes anxieuses en hôtel social (où le suivi socio-sanitaire n'est pas institutionnalisé) interroge frontalement les possibilités de recours aux soins et de maintien dans les soins des personnes atteintes de troubles psychiatriques.

Parmi les personnes présentant un trouble psychiatrique (trouble psychotique, de l'humeur ou anxieux), près de 7 sur 10 ont eu, au cours de leur vie, recours à des soins pour des raisons de santé mentale, une proportion semblable à celle trouvée par Kovess et Mangin-Lazarus. Ce n'est donc pas tant l'accès aux soins psychiatriques qui apparaît problématique que le maintien dans les soins.

8. Centres d'hébergement d'urgence ou de stabilisation, accueils de jour, points de distribution de repas chauds.

En effet, 7 personnes sur 10 atteintes de troubles sévères, déjà suivies au cours de leur vie, ne sont plus suivies au moment de l'enquête. Cette rupture de suivi (dont nous ne savons pas si elle est intervenue avant ou après le premier épisode sans domicile) est moindre chez les personnes souffrant de troubles psychotiques (41,8%) que chez celles souffrant de troubles de l'humeur (81,8%) ou anxieux (88,5%). La moitié d'entre elles a déjà, au cours de la vie, cessé un traitement prescrit. Ces chiffres peuvent être lus dans le sens d'une « errance médicale » des personnes sans logement atteintes de troubles psychiatriques, remarquée dans d'autres endroits (Bonin *et al.*, 2009). En réalité, cette mauvaise observance chez les personnes sans logement semble proche de celle de la « population psychiatrique » générale (Corruble et Hardy, 2003), en termes de fréquence et quant aux motifs d'arrêt, qui n'étaient pas dans notre étude « liés à la rue »⁹.

De même, il faut souligner un faible taux de suivi déclaré : seules 18,2% des personnes ayant un trouble psychotique, dépressif ou anxieux déclarent être en cours de soins pour un motif de santé mentale au moment de l'enquête. Ce taux est le plus important pour les personnes atteintes de troubles psychotiques (37,7%) et le plus faible pour celles atteintes de troubles anxieux (8,4%).

Faut-il interpréter ces taux comme un défaut de prise en charge ? Parler de défaut de prise en charge, c'est implicitement dire que des soins auraient dû être donnés, et, partant, qu'un besoin de soins n'a pas été satisfait. Or, « toutes les personnes qui présentent un problème de santé mentale n'ont pas forcément besoin de soins » (Kovess, 2007). Des études plus poussées seront donc nécessaires pour mieux comprendre ce qui, dans l'absence de recours aux soins, revient, d'une part, à un défaut de perception d'un besoin réel, d'autre part, à des problèmes de santé mentale qui ne relèvent pas de soins, enfin à d'authentiques difficultés dans l'accès aux soins, liées notamment aux conditions de vie et aux expériences vécues des personnes sans logement personnel. Cependant, les taux de suivi observés dans SAMENTA ne peuvent qu'alerter sur la situation des personnes atteintes de troubles psychotiques, dépressifs ou anxieux : leur faiblesse est telle (y compris pour des troubles sévères) qu'elle ne peut sans doute pas être expliquée uniquement par l'absence d'un besoin ressenti ou médical de soins.

De fait, l'inquiétude concernant le suivi de santé mentale de la population d'étude se redouble spécifiquement auprès de deux catégories caractéristiques de personnes : celles pour lesquelles un diagnostic de trouble sévère a été posé et qui n'ont jamais eu de recours aux soins (soit 22,9% de la population atteinte de troubles sévères) et celles qui, en rupture de soins, sont hébergées dans des dispositifs qui tendent à les tenir à l'écart des soins (les dispositifs d'urgence sociale, les hôtels sociaux).

9. Les principales raisons : ne pas en avoir besoin (26,8%), inefficacité du traitement (24,1%), forte contrainte (19,5%), effets secondaires (18,1%). Moins de 1% ont évoqué des problèmes financiers, un problème de vol ou le risque d'être vu. Les personnes déclaraient avoir repris leur traitement dans 40,9% des cas, parce qu'elles « se sentaient trop mal » (95,9% d'entre elles).

La situation des 18-25 ans

À la demande du Haut Commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la Jeunesse, un intérêt particulier a été marqué pour les jeunes adultes (18-25 ans) sans logement personnel. D'une façon générale, la situation des jeunes sans domicile a fait l'objet d'assez peu de travaux en France, en comparaison de la littérature, anglo-saxonne en particulier, dont Firdion a fait la revue il y a quelques années (2000). Celle-ci met en lumière l'origine modeste de ces «jeunes SDF», le délitement de leurs liens familiaux, au fil d'événements de vie douloureux, notamment d'épisodes de placement. Vivre sans domicile est une forme d'expérimentation parfois vécue sur le mode de la revendication, déployant en tout cas des aspirations à vivre autrement. Le groupe peut tenir une place importante, la mobilité être également valorisée, et vivre à la marge pouvoir paraître davantage assumé que pour la population sans domicile en général, qui fait image de repoussoir. Soulignons néanmoins que le mode de vie du «zonard» (Chobeaux, 2004) ne recouvre pas l'hétérogénéité des modes de vie des jeunes sans domicile. Des conduites dites à risque, comme la consommation d'alcool et de drogues diverses, caractérisent enfin un mode de vie volontiers pensé comme une parenthèse. Nous avons cherché à caractériser les parcours et les modes de vie des 18-25 ans, en référence notamment à l'enquête de l'INED de 1998 (Marsat *et al.*, 2000) et aux analyses issues de SD 2001 (Firdion, 2006). Nous nous concentrons ici sur l'examen de la santé mentale des 18-25 ans.

En effet, peu d'évolutions sont notables par rapport aux caractéristiques socio-démographiques des jeunes sans domicile ou précaires étudiés par l'INED en 1998. La fréquence d'événements de vie marquants durant la vie chez les parents ou en institution continue d'interpeller et de mettre au premier plan des événements possiblement traumatisants, pouvant être à l'origine de l'érosion du lien familial¹⁰.

La différence la plus remarquable, entre les 18-25 ans de l'enquête de 1998 et ceux de SAMENTA, réside dans l'état de santé ressenti, qu'il soit général ou psychologique. Les jeunes de SAMENTA se sentent en moins bonne santé que leurs prédécesseurs. Au premier rang des maladies chroniques citées se trouve le trouble psychique alors que la maladie psychique était au troisième rang des maladies chroniques il y a dix ans. La santé mentale deviendrait donc un enjeu de santé plus important pour les personnes elles-mêmes.

Ainsi, 39,7% des 18-25 ans présentent un trouble psychiatrique sévère, proportion plus élevée que dans la population totale de l'enquête. De même, 16,5% souffrent de schizophrénie.

La part des 18-25 ans atteints de troubles dépressifs majeurs (20,1%) ne diffère pas significativement de celle retrouvée dans la population de l'enquête, mais est cinq fois plus importante que chez les 16-25 ans en population générale de l'en-

10. On note que 44,5% des 18-25 ans ont été confrontés à de graves disputes des parents, 41,1% à de graves problèmes de santé des parents, 29% à des problèmes d'alcool ou de drogues des parents, 25% à des graves problèmes de logement des parents. Plus d'un quart a connu un placement temporaire (26,0%) ou a été suivi par un juge des enfants (26,9%) – alors que 15,7% ont déjà fait l'objet d'un placement long dans une famille d'accueil, une institution ou un foyer.

quête ANADEP (Sapinho *et al.*, 2009). Comme chez ces derniers, les femmes sont plus touchées que les hommes (27 % contre 16,4 % dans SAMENTA ; 6,3 % contre 1,4 % dans ANADEP).

Plus d'un tiers (37,6 %) des 18-25 ans sans logement présentent également une addiction. C'est plus que dans la population d'enquête (28,5 %). Si un jeune sur cinq apparaît dépendant à l'alcool comme dans la population d'enquête dans son ensemble, la prévalence d'une consommation d'alcool à risque de dépendance est significativement plus élevée chez les 18-25 ans (18,6 %) que dans le reste de la population sans logement (7,9 %). La consommation régulière de cannabis y est également plus fréquente (24,5 % comparé à 16 %). Au total, les jeunes de 18 à 25 ans sans logement personnel consomment plus d'alcool, de cannabis et d'autres drogues (cocaïne, poppers, etc.) que la population générale du même âge (Baromètre santé 2005). En effet, les jeunes de 18-25 ans en population générale sont 9 % à être des buveurs à risque chronique ou à risque de dépendance (AUDIT-C) alors qu'ils sont 20,5 % dans SAMENTA à être dépendants à l'alcool (AUDIT). Pour le cannabis, 8,7 % des jeunes en population générale en consomment régulièrement comparé à 24,6 % dans SAMENTA. Un usage quotidien de tabac concerne plus de la moitié (53,3 %) des jeunes dans SAMENTA contre 36,2 % des jeunes de la population générale.

Les comorbidités importantes entre dépendance à l'alcool ou consommation régulière de cannabis et troubles psychotiques (autour de 44 % dans les deux cas), d'une part, et troubles de la personnalité (23,9 % et 34,5 %), d'autre part, renforcent l'inquiétude concernant la santé mentale des jeunes sans domicile. La surreprésentation des tentatives de suicide au cours de la vie chez les 18-25 ans sans logement personnel (28,1 %¹¹) par rapport à la population générale (2,1 % selon le Baromètre santé 2005) soutient cette inquiétude et invite à examiner attentivement les parcours sociaux des 18-25 ans.

Les événements douloureux qui jalonnent les histoires familiales de ces jeunes sans domicile – et qui les distinguent des jeunes en général – et des sans-domicile en général doivent compter dans l'explication des différences entre ces deux groupes, en termes de santé mentale et d'addictions. Ils révéleraient, en creux, le poids des liens familiaux dans le processus d'exclusion des jeunes sans domicile, par ailleurs en situation moins favorable par rapport à l'éducation, à l'emploi et au logement que les jeunes « insérés ».

Conclusion : des rapports complexes entre les processus d'exclusion, la santé mentale et les populations sans logement personnel

Toutes les personnes sans logement personnel en Île-de-France sont loin de présenter un trouble psychiatrique sévère ou une addiction bien que les prévalences observées soient globalement plus élevées qu'en population générale. Cette cons-

11. Contre 21,8 % dans l'ensemble de la population enquêtée.

tation invite à ne pas dissocier l'étude de la maladie mentale parmi les sans-domicile de celle des processus d'exclusion qui ne dépendent pas seulement de questions de santé mentale. Toutefois, si l'exclusion est un processus multidimensionnel, cumulatif, et séquentiel (Paugam, 1996), son analyse ne peut pas faire l'économie d'un examen plus poussé des relations entre la dégradation des rapports au logement et à l'emploi, le recours à l'assistance (tous deux caractéristiques de la « carrière » sans domicile) et l'expérience de troubles psychiatriques.

À ce titre, il paraît légitime d'interroger spécialement la population sans logement présentant des troubles psychiatriques et des addictions. Cette légitimité peut être envisagée à trois niveaux (Firdion *et al.*, 1995). Au plan scientifique, il s'agit de ne pas manquer d'interroger (et ainsi d'exclure par défaut) la santé mentale et les addictions, qui sont, comme nous l'avons vu, peu étudiées et difficilement mesurables. Au plan démocratique, il s'agit de rendre visible une forme d'expérience du sans-abrisme qui redouble certaines épreuves typiques de la maladie mentale (on pense aux violences subies). Au plan humain, interroger la santé mentale peut offrir à certains enquêtés un espace de parole et de réflexivité en dehors de l'espace institutionnel du social et des soins.

Dans cette perspective, étudier la maladie mentale et les addictions, loin de s'adosser à une vision psychiatisante de l'exclusion, permet au contraire de différencier et d'enrichir notre connaissance de la santé mentale et de son corollaire, la souffrance psychique (Ehrenberg, 2004).

La diffusion et la prégnance d'un vocabulaire « psy » dans le social signifient-elles alors l'hégémonie d'une lecture clinique (sanitaire, psychologique, médicale ou psychiatrique, selon les versions) du social ? Ne relèveraient-elles pas plutôt de l'émergence et de la consolidation de nouveaux enjeux, attendant aux transformations du modèle de socialisation républicain (Ravon, 2005), voire à la reconfiguration historique de l'individu comme sujet autonome (Ehrenberg, 2005) ? Dans cette seconde voie, enquêter sur la santé mentale des plus démunis permet au moins de ne pas redoubler l'invisibilité et le silence jetés sur ces personnes.

Remerciements

Nous tenons à remercier chaleureusement les personnes sans logement qui ont participé à l'enquête ainsi que les équipes qui nous ont accueillis dans les structures.

Nous remercions aussi les financeurs : le Haut Commissaire aux Solidarités actives contre la pauvreté et à la Jeunesse, l'Institut de veille sanitaire, la Direction générale de la santé, la région Île-de-France, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, la préfecture de Paris, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale, la mairie de Paris.

Références

- ARDILLY P. et LE BLANC D., 2001, «Échantillonnage et pondération d'une enquête auprès de personnes sans domicile: un exemple français», *Technique d'enquête* 27, n° 1: 117-127.
- BEBBINGTON P. E., ANGERMEYER M., AZORIN J.M., BRUGHA T., KILIAN R., JOHNSON S. et al., 2005, «The European schizophrenia cohort (EuroSC). A naturalistic prognostic and economic study», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 40: 707-717.
- BECK F., LEGLEYE S. et SPILKA S., 2006, «L'alcoolisation des personnes sans domicile: remise en cause d'un stéréotype», *Économie et Statistique*, n° 391-392: 131-149.
- BELLAMY V., ROELANDT J.-L., et CARIA A., 2004, «Troubles mentaux et représentations de la santé mentale. Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale», *Études et Résultats*, n° 347, DREES.
- BENOIST Y., 2008, *Les Sans-Logis face à l'ethnocentrisme médical. Approche ethnographique d'un système de soins*, Terrains, récits et fictions, L'Harmattan.
- BONIN J.-P., FOURNIER L., BLAIS R., PERRAULT M., et DJAWN WHITE J., 2009, «Health and Mental Care Utilization by Clients of Resources for Homeless Persons in Quebec City and Montreal, Canada: a 5-year Follow-up Study», *The Journal of Behavioural Health Services & Research*, n° 95-110.
- BRESSON M., 2003, «Le lien entre santé mentale et précarité sociale: une fausse évidence», *Cahiers internationaux de sociologie* 115:311-326.
- BRESSON M., 2006, *La Psychologisation de l'intervention sociale: mythes et réalité*, L'Harmattan.
- BRIFFAULT X., MORVAN Y., GUILBERT P. et BECK F., 2008, «Évaluation de la dépression dans une enquête en population générale», *Bulletin épidémiologique hebdomadaire* 35-36: 318-321.
- BROUSSE C., 2006, «Définition de la population sans domicile et choix de la méthode d'enquête», *INSEE, Méthodes*, n° 116, partie 1.
- BRUNETEAUX P., 2008, «La lutte contre la "grande pauvreté": un marché?», *Regards croisés sur l'économie* 2, n° 4: 223-233.
- CAVALIN C., 2007, «Les violences subies par les personnes âgées de 18 à 75 ans. Premiers résultats de l'enquête Événements de vie et santé», *Études et Résultats*, n° 598, DREES.
- CHAUVIN P. and THE EUROPROMED WORKING GROUP, 2002, *Prevention and Health Promotion for the Excluded and Destitute in Europe*, Amsterdam, IOS Press.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2009, *Les Inégalités sociales et territoriales de santé dans l'Île-de-France, une analyse de la cohorte SIRS*, Paris, Éditions de la DIV.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2003, «Le recours aux soins des personnes en situation précaire: une recherche auprès de consultants de centres de soins gratuits en région parisienne», *Revue d'épidémiologie et de santé publique* n° 51: 577-588.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., 2005, *Santé et recours aux soins des populations vulnérables*, Paris, Éditions INSERM.
- CHAUVIN P., PARIZOT I., SIMONNOT N., 2009, *Access to Healthcare for the Undocumented Migrants in 11 European Countries*, Médecins du Monde, European Observatory on Access to Healthcare.
- CHOBEAUX F., 2004, *Les Nomades du vide. Des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*, La Découverte.
- Circulaire DHOS/O2/DGS/6C/DGAS/1A/1B n° 2005-521 du 23 novembre 2005 relative à la prise en charge des besoins de santé mentale des personnes en situation de précarité et d'exclusion et à la mise en œuvre d'équipes mobiles spécialisées en psychiatrie.

- COLLECTIF LES MORTS DE LA RUE, 2010, «Rue, urgence, maladie, exclusion: comment en sortir?», Médiapart, 17 février. Consultable à l'adresse: <http://www.mediapart.fr/club/edition/vivre-la-rue-tue/article/170210/rue-urgence-maladie-exclusion-comment-en-sortir>, 2010.
- CORRUBLE E. et HARDY P., 2003, «L'observance du traitement en psychiatrie», *Encyclopédie médico-chirurgicale*, Elsevier.
- DAMON J., 2002, *La Question SDF. Critique d'une action publique*, coll. «Lien social», PUF.
- DECLERCK P., 2001, *Les Naufragés. Avec les clochards de Paris*, coll. «Terre Humaine», Plon.
- EHRENBERG A., 2004, «Les changements de la relation normal-pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale», *Esprit*, n° 133-156.
- EHRENBERG A., 2005, «Agir de soi-même», *Esprit*, n° 200-209.
- FALISSARD B., LOZE J.-Y. et GASQUET I., 2006, «Prevalence of mental disorders in French prisons for men», *BMC Psychiatry* 6:33.
- FASSIN D., 2006, «Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique», *Politix*, n° 19: 137-157.
- FAZEL S., KHOSLA V., DOLL H. et GEDDES J., 2009, «The prevalence of mental disorders among the homeless in Western countries: systematic review and meta-regression analysis», *PLoS Medicine* 5, n° 12:1670-1680.
- FIRDION J.-M., 2000, «Une revue de la littérature sur les jeunes sans domicile», *Recherches et Prévisions*, n° 60.
- FIRDION J.-M., 2006, «Influence des événements de jeunesse et héritage social au sein de la population des utilisateurs des services d'aide aux sans-domicile», *Économie et Statistique*, n° 391-392: 85-114.
- FIRDION J.-M., MARPSAT M., BOZON M., 1995, «Est-il légitime de mener des enquêtes statistiques auprès des sans-domicile? Une question éthique et scientifique», *Revue française des affaires sociales*, no° 2-3, 29-51.
- FOLSOM D.P., HAWTHORNE W., LINDAMER L., GILMER T., BAILEY A., GOLSHAN S. *et al.*, 2005, «Prevalence and risk factor for homelessness and utilization of mental health services among 10340 patients with serious mental illness in a large public mental health system», *American Journal of Psychiatry* 162(2) :370-376.
- FURTOS J. (dir.), 1997, *Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, Lyon, ORSPERE/École Rockefeller.
- GIRARD V., ESTECAHANDY P., CHAUVIN P., 2010, «La santé des personnes sans chez-soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen», Rapport à la ministre de la Santé et des Sports, La Documentation française.
- GUESDON I., ROELANDT J.-L., 1998, «Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe», *L'Information psychiatrique*, n° 4: 343-357.
- HOPPER K., 1988, «More than Passing Strange: Homelessness and Mental Illness in New York City», *American Ethnologist*, n° 15:155-167.
- ION J., GIULIAN F., LAVAL C., PICHON P., POMMIER J.-B. et RAVON B., 2005, *Travail social et «souffrance psychique»*, Dunod.
- KOEGEL P., 1992, «Through a Different Lens: An Anthropological Perspective on the Homeless Mentally Ill», *Culture, Medecine and Psychiatry*, n° 1-22.
- KOVES V., 2007, «Évaluation du besoin de soin en psychiatrie», *Manuel de psychiatrie*, Guelfy J.-D. et Rouillon F. (éd.), Masson.

- KOVESS V., MANGIN-LAZARUS C., 1999, « The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, n° 34:580-587.
- LAFHAMME V., MARPSAT M. et QUAGLIA M., 2009, « L'hôtel: un hébergement d'urgence devenu durable. Étude comparée des trajectoires des personnes logées dans les hôtels bon marché - Paris-Lille », *Document de travail*, INED.
- LAPORTE A., DOUAY C., DETREZ M.-A., LE MASSON V., LE MÉNER E., CHAUVIN P., 2010, « La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France », Observatoire du Samusocial de Paris et INSERM (UPMC, UMRS-707). <http://www.samusocial-75.fr/enquete-samenta.html>
- LAZARUS A., STROHL H., 1995, « Souffrance qu'on ne peut plus cacher », Rapport du groupe de travail « Ville santé mentale, précarité et exclusion sociale », remis à la Délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et à la Délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion, La Documentation française.
- LEGLYE S. et BECK F., 2007, « Alcool: une baisse sensible des niveaux de consommation », *Baromètre santé 2005: Attitudes et comportements de santé*, 168-221, INPES.
- LOVELL A., 2000, « Les troubles mentaux », *Les Inégalités sociales de santé*, édité par Leclerc A., Fassin D., Grandjean H., Kaminski M. et Lang T., La Découverte.
- LOVELL A., 2003, « Étude sur la surveillance dans le champ de la santé mentale », Rapport à l'Institut de veille sanitaire.
- LOVELL A., COOK J. et VELPRY L., 2008, « La violence envers les personnes atteintes de troubles mentaux: revue de littérature et des notions connexes », *Revue d'épidémiologie et de santé publique* 56:197-207.
- MARPSAT M., 2008, « Le logement, une dimension de la pauvreté en conditions de vie », *Regards croisés sur l'économie* 2, n° 4: 70-82.
- MARPSAT M., FIRDION J.-M. et MERON M., 2000, « Le passé difficile des jeunes sans domicile », *Population et sociétés*, n° 363: 1-4.
- MÉDECINS DU MONDE, 2008, *Rapport de l'Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde*.
- MORVAN Y., PIETRO A., BRIFFAULT X., BLANCHET A., DARDENNES R., ROUILLON F. et LAMBOY B., 2007, « La dépression: prévalence, facteurs associés et consommation de soins », *Baromètre santé 2005: Attitudes et comportements de santé*, INPES.
- NORTH C.S., POLLIO D.E., THOMPSON S.J., RICCI D.A., SMITH E.M. et SPITZNAGEL E.L., 1997, « A Comparison of Clinical and Structured Interview Diagnoses in a Homeless Mental Health Clinic », *Community Mental Health Journal* 33:531-543.
- ORAIN H., CHAMBAUD L., 2008, « L'identification et la prise en charge des personnes sans-abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement », Rapport à la Préfecture de Paris.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, 1992, CIM-10/ICD-10, *Classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- PARIZOT I., CHAUVIN P., FIRDION J.-M. et PAUGAM S., 2004, « Santé, inégalités et ruptures sociales dans les zones urbaines sensibles d'Île-de-France », *Les Travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale 2003-2004*, La Documentation française.
- PAUGAM S., 1996, « Introduction: la construction d'un paradigme », dans PAUGAM S. (dir.), *L'Exclusion: l'état des savoirs*, La Découverte.

- PELCHAT Y., GAGNON E. et THOMASSIN A., 2006, «Sanitarisation et construction de l'exclusion sociale», *Lien social et politiques*, n° 55: 55-66.
- PERRETI de G., 2006, «Sans-domicile : une cible mouvante. Une typologie de l'histoire résidentielle des individus», *Recherche et Prévisions*, 85:39-50.
- PICHON P. et TORCHE T., 2007, *S'en sortir. Accompagnement sociologique à l'autobiographie d'un ancien sans-domicile fixe*, Matières à penser, Publications de l'université de Saint-Étienne.
- PICHON P., 2000, «Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans-domicile fixe», *La Rue et le Foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, édité par Maryse Marpsat et Jean-Marie Firdion, INED-PUF.
- RAVON B., 2005, «Vers une clinique du lien défail ?», dans ION *et al.*, *op. cit.*, 25-58.
- SAPINHO D., CHAN CHEE C. et BECK F., 2009, «Prévalence de l'épisode dépressif majeur et comorbidités», *La Dépression en France*, enquête ANADEP 2005, 35-57, INPES.
- SICOT F., 2006, «La maladie mentale, quel objet pour la sociologie ?», *Déviance et Société*, n° 30.
- SNOW D. A., BAKER S.G., ANDERSON L., 1986, «The Myth of Pervasive Mental Illness among the Homeless», *Social Problems* 33:407-423.
- SNOW D. A., BAKER S.G., ANDERSON L., 1988, «On the Precariousness of Measuring Insanity in Insane Contexts», *Social Problems*, n° 35:192-196.
- SOULIÉ C., 2000, «Le dualisme du réseau d'hébergement pour personnes sans abri à Paris», dans MARPSAT M., FIRDION J.-M., *La Rue et le Foyer. Une recherche sur les sans-domicile et les mal-logés dans les années 1990*, INED-PUF.
- WRIGHT J.D., 1988, «The Mentally Ill Homeless: What is Myth and What is Fact ?», *Social Problems*, n° 35:182-191.