

Psychiatrie et précarité : quelques enseignements issus d'une enquête auprès de populations sans-logement

Si les troubles mentaux sont surreprésentés dans les populations sans domicile, ils touchent particulièrement les jeunes isolés. Les dispositifs innovants de prise en charge s'orientent vers une coordination plus efficace des intervenants.

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 64.

Anne Laporte
Agence régionale de santé d'Île-de-France
Erwan Le Méner
Stéphanie Vandertorren
Observatoire du Samusocial de Paris

Le lien entre pauvreté et maladie mentale a été l'objet de nombreux travaux épidémiologiques depuis plusieurs décennies. Les études d'épidémiologie psychiatrique s'accordent à montrer qu'un statut socioéconomique bas est associé à une prévalence plus importante de troubles mentaux sévères chez les adultes (psychoses, troubles bipolaires, dépressions majeures, etc.) et de problèmes de développement chez les enfants [31]. Une recherche récente, portant sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement, l'enquête Samenta [39], confirme ces résultats. L'étude indique des prévalences, pour certains troubles, comme les maladies psychotiques, jusqu'à dix fois plus importantes qu'en population générale. Mais la distribution des troubles mentaux est inégale parmi la population sans-logement, ce qui rappelle d'une autre manière son hétérogénéité.

Lorsque l'on compare en effet, parmi les sans-domiciles, les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères à celles qui ne le sont pas, il apparaît que les facteurs associés aux troubles sont des événements de vie stressants et des défauts de soins. L'occurrence d'événements graves durant l'enfance (difficultés relationnelles et addictions des parents, violences sexuelles, par exemple) et la présence d'un environnement de vie instable (placement en famille ou en institution d'accueil, fugues, etc.) distinguent la population, qui ne présente pas de différence déterminante en termes d'origine sociale ou de niveau d'éducation (les sans-domiciles sont majoritairement et significativement issus des couches populaires, et peu diplômés).

L'analyse fait un pas de plus, quand on considère que de tels événements affectent différemment des sous-populations données.

L'enquête Samenta met ainsi en évidence l'intérêt d'étudier séparément les personnes dites « isolées », les « jeunes », mineurs ou adultes, sans enfants, et les ménages avec enfants, appelés par contraste des « familles ». Dans ces trois groupes, si la présence de troubles mentaux renvoie, à un certain niveau d'analyse, à un milieu d'origine défavorisé et à la survenue d'événements graves durant l'enfance, elle ne se manifeste pas nécessairement sous les mêmes aspects. Ceci interroge le système de prise en charge et le type d'action à mettre en œuvre pour chaque catégorie de population.

Troubles psychotiques et sans-abri : un problème concernant surtout les personnes isolées et les jeunes

Les troubles psychotiques constituent la principale pathologie psychiatrique sévère surreprésentée chez des personnes sans logement, par rapport à la population générale. En particulier, la schizophrénie est dix fois plus fréquente. Il reste que ces troubles touchent des hommes (plus que des femmes) qui ont connu davantage d'épisodes sans-domicile que le reste de la population d'étude et que l'on rencontre en premier lieu dans les services d'hébergement à bas seuil, ou dans l'espace public (plus que dans des structures d'accueil de long terme). Les personnes isolées, comme les jeunes, sont nettement plus touchées que les adultes en famille.

Ces pathologies, les plus graves, restent celles qui sont le plus prises en charge,

d'après l'enquête. La proportion de personnes psychotiques ayant eu un recours aux soins au cours de la vie, ou étant suivi au moment de l'enquête était significativement plus élevée que pour les autres troubles psychiatriques sévères (38 % *versus* 8 % pour les troubles anxieux et 13 % pour les troubles sévères de l'humeur). Mais l'accès aux soins ne signifie pas le maintien dans les soins, lequel implique un important travail sur l'environnement des patients. C'est le cœur de deux expériences récentes détaillées plus bas – le Contrat local de santé mentale et « un Chez soi d'abord ».

Les obstacles pour trouver ou conserver un logement et/ou un travail et les difficultés particulièrement aiguës que les personnes atteintes de troubles psychiatriques sévères peuvent rencontrer sur les différentes scènes de la vie sociale menacent en effet leur inclusion sociale. Le risque de rupture sociale chez les personnes atteintes de troubles psychotiques est connu. Il a été estimé à partir de cohortes de personnes en traitement, aux États-Unis ou dans des cohortes européennes. Ainsi, 20 % des personnes schizophrènes avaient perdu leur logement au moins une fois dans les douze derniers mois aux États-Unis. Dans les données pour la France de la cohorte européenne, 9,4 % avaient eu une perte de logement et 5,6 % avaient dormi dans la rue ou un lieu non prévu pour l'habitation [4].

Ces éléments invitent à souligner l'importance du travail intersectoriel, passant par un décloisonnement des services et institutions. Il doit être mené sur des territoires de proximité entre les services de soins et tous les autres acteurs de la vie locale, si l'on veut diminuer le risque d'exclusion sociale. Le modèle mis en œuvre depuis peu, mais encore largement à développer, est le conseil local en santé mentale. Il s'agit d'un lieu de coordination et de concertation sur un territoire communal ou infracommunal entre les professionnels de santé (médecins généralistes, psychiatrie publique et privée, infirmiers libéraux et scolaires, réseaux de santé), les acteurs sociaux et médico-sociaux, les services de l'État (préfecture, Éducation nationale, etc.), les associations, les services municipaux (maison de quartier, centre communal d'action sociale, etc.), les acteurs culturels et de loisir, les associations d'usagers et les aidants. L'intérêt de ce dispositif est d'être développé actuellement dans des territoires défavorisés ou quartiers prioritaires, où l'on peut considérer que les besoins sont les plus importants. Ils s'inscrivent généralement dans le cadre de contrats locaux de santé

(signés entre une agence régionale de santé et une collectivité), ou dans le cadre d'un atelier santé ville.

Enfin, si certaines conditions environnementales favorisent ou aggravent le développement de troubles mentaux, à l'inverse, un environnement de vie dans lequel des personnes atteintes de troubles mentaux peuvent développer leurs compétences, c'est-à-dire dans une logique d'« empowerment », améliore leur état de santé, leur qualité de vie et leur intégration dans la cité. C'est sur cette philosophie du « rétablissement » (*recovery* en anglais) – utiliser les capacités des personnes et de leurs entourages pour reprendre du pouvoir sur sa vie – que s'est élaborée l'expérimentation « un chez soi d'abord ». Cette expérience mérite en particulier d'être encouragée pour des personnes atteintes de troubles psychotiques, que l'on retrouve donc, avant tout, parmi les individus isolés et les jeunes.

Troubles psychiatriques et familles sans logement personnel : la double peine

Les troubles psychotiques, que l'on peut estimer comme les plus invalidants, sont nettement moins présents parmi les familles sans logement. En revanche, parmi ces adultes accompagnés d'enfants, on note des prévalences plus élevées de troubles anxieux (en particulier de stress post-traumatique) et de troubles sévères de l'humeur (sans composante psychotique), que chez les personnes sans enfants. Les personnes en famille sont très majoritairement nées à l'étranger, il s'agit pour la plupart de famille monoparentale avec une femme à leur tête.

Ces personnes sont hébergées le plus souvent et de façon caractéristique, dans d'anciens meublés ou garnis, dans des hôtels de tourisme ou des résidences sociales à vocation hôtelière, regroupés par les pouvoirs publics sous le terme d'« hôtels sociaux » [42]. Ces établissements sont caractérisés par la promiscuité et la pauvreté des lieux, mais surtout par le caractère provisoire du séjour, qui implique de se préparer à devoir déménager, sans savoir quand. L'étalement géographique du parc hôtelier, en raison d'une demande croissante que ne parviennent pas à absorber Paris et la proche banlieue, provoque dans certains cas des formes d'isolement relationnel. Un tel environnement entretient des conditions propices au développement de troubles psychiques et engendre de sérieuses répercussions sur le développement émotionnel, cognitif ou

social des enfants [63]. Toutefois, ces effets apparaissent réversibles, mais le sont d'autant moins que l'hébergement précaire perdure, qu'il implique des déménagements, et des ruptures avec le réseau relationnel des familles [64].

Au moment où la politique de santé publique « *entend donner à chaque enfant les meilleures chances de débiter dans la vie, pour réduire les inégalités de santé tout au long de la vie, favoriser un bon niveau d'éducation et une position socio-économique acceptable* »¹ en développant des programmes d'actions sur le suivi de la grossesse, les compétences parentales et le soutien à la parentalité auprès de familles en difficulté, il reste un pan de la population en difficultés sociales, invisible, qui subit la disjonction des politiques publiques de santé, d'éducation et d'hébergement. La situation sanitaire et sociale de ces familles, adultes et enfants, sera rendue visible avec les prochains résultats de l'étude Enfams² fin 2013.

Les recommandations du rapport Samenta abordaient déjà la prise en charge des troubles psychiatriques des familles en hôtel et proposaient un ensemble de mesures concrètes. Il préconisait notamment d'améliorer le repérage des problèmes somatiques ou psychologiques des personnes en famille et le signalement de ces situations à des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), dédiées aux familles en hôtel.

Une situation particulièrement inquiétante concernait les femmes immigrées, vivant en hôtel, amenées à accoucher dans des circonstances compliquées, avec notamment un accès aux soins mal aisé (éloignement géographique, barrières culturelles ou linguistiques, etc.). Le suivi à la sortie de la maternité est un moment très sensible afin de prévenir les interactions pathologiques mère-enfant. À nouveau des équipes mobiles de soins périnataux « dédiées » aux familles en hôtel devaient être développées, en lien avec les équipes de secteur infanto-juvénile, pour le repérage de troubles et d'interactions pathogènes.


Cependant, quatre années plus tard, ces EMPP dédiées aux familles n'ont toujours pas ou peu vu le jour, pour différentes raisons, de faiblesse ou de mauvaise utilisation des

1. Agence régionale de santé d'Ile-de-France, Programme régional de santé, <http://prs.sante-iledefrance.fr/les-schemas/prevention/>

2. Enfams, Enquête sur les enfants et les familles sans logement personnel de l'Observatoire du Samusocial de Paris – http://observatoire.samusocial-75.fr/PDF/famille/Document_de_travail_famille.pdf

moyens³. De même, les efforts en matière d'accompagnement et de suivi des femmes à l'hôtel, autour de la grossesse, restent visiblement insuffisants, malgré le travail d'acteurs locaux et de réseaux régionaux, comme Solipam⁴. On peut aussi penser que ces difficultés sont liées à l'invisibilité de la population des familles sans logement en tant que problématique au croisement de l'urgence sociale et des politiques d'immigration [43].

C'est ainsi que l'on peut parler de double peine pour cette population : les politiques publiques sont faiblement articulées et façonnent des environnements défavorables sur le plan de la santé mentale, tandis que la prise en charge peine alors à s'adapter à des besoins spécifiques.

En conclusion, les apports de l'épidémiologie psychiatrique et sociale, en montrant les liens entre pauvreté et trouble mental et en identifiant les facteurs de risque, permettent de reconnaître et invitent par-là à prévenir des environnements pathogènes, en particulier pour les enfants. La notion d'environnement social défavorable a permis de concevoir des dispositifs innovants de prise en charge, qui ont en commun de réfléchir à une coordination plus efficace des politiques publiques et des territoires d'action. 

3. Les équipes mobiles psychiatrie précarité s'occupent essentiellement des personnes seules, bien que le décret qui les institue ne cible pas du tout ce public, et invite les équipes à aller au-devant des personnes, quelles qu'elles soient et où qu'elles se trouvent.

4. Le réseau Solipam regroupe les professionnels médicaux et sociaux d'Ile-de-France confrontés aux risques sanitaires encourus par la mère et l'enfant en situation de grande précarité. Ce réseau a pour but de coordonner les secteurs hospitaliers publics et privés et les structures de proximité afin d'assurer et d'optimiser la prise en charge de ces femmes enceintes, jeunes mères et de leurs enfants, jusqu'au 3^e mois après la naissance.