



**HAL**  
open science

## Pour une action sociale qui soutienne la santé mentale

Nicolas Chambon

► **To cite this version:**

Nicolas Chambon. Pour une action sociale qui soutienne la santé mentale. Revue française des affaires sociales, 2023, Sans-abri: expériences et politiques, 1, pp.161-179. 10.3917/rfas.231.0161 . halshs-04588510

**HAL Id: halshs-04588510**

**<https://shs.hal.science/halshs-04588510>**

Submitted on 27 May 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## Pour une action sociale qui soutienne la santé mentale

Chambon, N. (2023). Pour une action sociale qui soutienne la santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, , 161-179. <https://doi.org/10.3917/rfas.231.0161>

Nicolas Chambon

Sociologue

Responsable recherche Orspere-Samdarra (CH Le Vinatier)

Maitre de conférences associé à Lyon II

Chercheur associé au Centre Max Weber

Directeur de publication *Rhizome*

Responsable du DU « Logement d'abord »

Affilié à l'IC Migrations (2021-2025)

Collaborateur scientifique de la *Revue*

*Française des Affaires Sociales* (RFAS)

nicolas.chambon@ch-le-vinatier.fr

Ce « point de vue » est celui d'un sociologue de « plein air » (Callon *et al.*, 2014, p. 115) aux multiples attachements s'intéressant aux liens entre vulnérabilités et santé, et plus particulièrement entre précarité sociale et santé mentale. Il conjugue un parcours et une inscription académique<sup>1</sup>, d'inspiration pragmatiste<sup>2</sup>, avec une activité de sociologue responsable de la recherche dans un observatoire inscrit en psychiatrie publique, l'Orspere-Samdarra<sup>3</sup>. Cet observatoire, fondé il y a maintenant trente ans, s'est spécialisé sur les problématiques de santé mentale des personnes précaires. Jean Furtos, alors médecin-psychiatre au centre hospitalier Le Vinatier, aime à raconter cette demande d'une infirmière, Jacqueline Picard, lors d'un colloque, qui serait l'acte fondateur de l'ORSPERE en 1993 : « Monsieur, il faut nous aider à comprendre : il y a de nouveaux patients qui viennent dans les centres médico-psychologiques (CMP), et nous ne savons pas comment les aider, ils ne souffrent plus comme avant ». Parmi ce « nouveau public », des « sans-domicile fixe » selon la formule alors consacrée (Damon, 2012), qui sollicitent notamment les urgences psychiatriques. Selon les fondateurs de l'ORSPERE, la psychiatrie a alors tendance à refuser la prise en charge de ce public, arguant que si la problématique est d'origine sociale, la

---

<sup>1</sup> Notamment à travers un poste de maître de conférences associé à Lyon II, avec la responsabilité du Diplôme Universitaire « Logement d'abord ».

<sup>2</sup> Avec un rattachement à l'équipe « politiques de la connaissance » de l'équipe du Centre Max Weber (UMR 5283 CNRS)

<sup>3</sup> Observatoire-ressource sur des thématiques qui lient problématiques santé mentale et questions sociales (précarités, vulnérabilités, migrations...), hébergé au centre hospitalier Le Vinatier à Lyon, et financé entre autres par le ministère de la Santé et des Solidarités, la DIHAL, l'ARS.

réponse se doit d'être sociale. D'année en année, l'ORSPERE<sup>4</sup> se construit une légitimité, notamment grâce au soutien d'acteurs politiques à l'échelle nationale et par le biais de recherche-action, puis à travers la diffusion de la revue *Rhizome*<sup>5</sup>, dont je suis aujourd'hui le directeur de publication. Cet observatoire a participé à la reconnaissance de la thématique de la souffrance psychosociale, plus particulièrement à la promotion de la clinique psychosociale (Ehrenberg, 2010, p. 306), parfois interprétée de manière critique (Fassin, 2004b, p. 36). L'audience est importante, pas forcément en rapport avec la production de l'Observatoire, surtout parce que ce qui est décrit résonne pour les professionnels, notamment ceux de l'action sociale.

On retrouve historiquement deux mouvements complémentaires dans l'activité de l'Observatoire. Le premier concerne le mouvement de reconnaissance aux travailleurs sociaux d'une expertise concernant la souffrance psychologique, psychosociale. La clinique psychosociale désignant alors les pratiques d'écoute clinique, de rencontre et de reconnaissance de la souffrance psychique de l'autre (Furtos, 2000). La reconnaissance d'une expertise concerne justement le fait de qualifier ces pratiques de clinique ; nécessitant un étayage des professionnels « psychistes ». Le référentiel est alors hérité de la psychanalyse (Levy 2021, p. 101) et de ses notions de « transfert/contre-transfert » : voici donc le ricochet par lequel la souffrance du professionnel dit quelque chose de la souffrance du sujet patient ou usager. Il s'agit de qualifier de clinique une activité qui n'en a pas *a priori* la qualité – car non médicale ou non psychologique – et de la spécifier : c'est une clinique psychosociale. Ainsi le public précaire impose une manière particulière d'être clinicien eu égard au débordement de sa souffrance. Le second mouvement engagé par l'ORSPERE porte sur la promotion de la santé mentale au sein de la psychiatrie publique. L'accent placé sur la santé mentale et sa redéfinition extensive n'implique-t-il pas une sortie du champ de la psychiatrie ? Il y aurait ainsi de la place pour soigner la souffrance psychique, même celle d'origine sociale, en psychiatrie publique et pas uniquement les maladies psychiques avérées. L'opérationnalisation de ce mouvement consistant à promouvoir la santé mentale en psychiatrie publique est en partie ce qui va donner lieu à la création du réseau SAMDARRA en 2007<sup>6</sup>. Trente ans après la création de l'Observatoire, l'évolution s'est radicalisée. D'une

---

<sup>4</sup> Parmi d'autres acteurs. À ce sujet, voir (Levy 2021, p. 108) et la partie « Diffusion, promotion et prospérité de la lecture pathologisante des "grands exclus" auprès des acteurs de terrain ».

<sup>5</sup> [En ligne] <https://orspere-samdarra.com/publications/rhizome/> (consulté le 17 janvier 2023).

<sup>6</sup> En 2007, à partir d'une recherche-action de l'Orspere, le réseau Samdarra (Santé mentale, précarité, demandeurs d'asile et réfugiés en Rhône-Alpes) est créé. Pour les acteurs du réseau Samdarra, il importe de sensibiliser les professionnels du secteur psychiatrique à la prise en compte des personnes demandeuses d'asile et réfugiées. À partir de 2013 est entamé un mouvement de fusion entre l'Orspere et le réseau Samdarra. La

part, ce mouvement de « clinicisation » de deuxième ligne s'est généralisé dans les lieux du social<sup>7</sup> et est devenu d'autant plus nécessaire que la souffrance des intervenants sociaux est de plus en plus massive. D'autre part, le concept de santé mentale s'est diffusé ; les hôpitaux psychiatriques se transformant en établissements référents en santé mentale.

### **[ENCADRÉ 1] Histoire et actualité de l'offre en psychiatrie et santé mentale**

La connaissance des problématiques psychiques et les manières de les prendre en compte ont fortement évolué sur ces deux cents dernières années. Après la Révolution de 1789, les « fous »<sup>8</sup> sortent des prisons pour rejoindre les asiles d'aliénés. Ils accèdent alors au statut de malades mentaux. Philippe Pinel, médecin nommé en 1792 responsable de l'asile de Bicêtre, est considéré comme le précurseur de la psychiatrie (Gauchet et Swain, 2007). La légende veut qu'il se soit indigné des conditions d'enfermement des patients et qu'il leur ait enlevé leurs chaînes. À leur début, ces asiles, qui sont alors des lieux de vie, ressemblent à des prisons. Cependant, l'enjeu est progressivement, comme pour l'hôpital, de faire de ces maisons d'aliénés un lieu de guérison, objectif qui donnera naissance à l'hôpital psychiatrique<sup>9</sup>.

La loi du 30 juin 1838 fait ensuite obligation à chaque département de se doter d'un asile d'aliénés. La psychiatrie est alors une pratique médicale de nature souvent coercitive (Eyraud et Moreau, 2013). Durant le xx<sup>e</sup> siècle, la folie va être progressivement l'objet d'une médicalisation (Castel, 1977 ; Von Buelzingsloewen, 2011) mouvement qui s'accélère après la Seconde Guerre mondiale avec la diffusion des traitements par neuroleptiques. Parallèlement à cette évolution de la psychiatrie, l'hôpital, historiquement « hospice » se transforme lui aussi. Il ne s'agit plus alors de compatir face à la souffrance, mais de guérir le malade. La population « pauvre » n'est plus l'unique public de l'institution hospitalière et en

---

différenciation organisationnelle entre les deux dispositifs qui s'intéressaient distinctement aux précaires pour l'un et aux demandeurs d'asile pour l'autre n'est plus.

<sup>7</sup> Notons d'ailleurs, depuis, le développement important de l'analyse des pratiques professionnels (APP) et autres supervisions dans les lieux du social (Ravon, 2009). Même certaines équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) interviennent pour plus de moitié de leur temps, non auprès du public, mais des intervenants sociaux (Einhorn et Tremblay, 2021).

<sup>8</sup> Ce terme est aujourd'hui perçu comme stigmatisant pour désigner les personnes avec des troubles de santé mentale.

<sup>9</sup> C'est seulement en 1937 que le terme d'« asile » disparaît de la terminologie officielle pour être remplacé par celui d'« hôpital psychiatrique ». Par exemple l'hôpital psychiatrique du Vinatier est créé en 1937, en lieu et place de l'asile de Bron qui avait ouvert ses portes en 1876 sur un territoire de 37 hectares.

devient même progressivement exclue. Surtout, les problèmes sociaux se traitent ailleurs, avec l'extension du champ du travail social au cours du XX<sup>e</sup> siècle.

Un autre moment important est l'instauration de la politique de secteur psychiatrique à travers une circulaire ministérielle de mars 1960. Le secteur constitue la base d'un service public destiné à répondre à la demande de soins de la population dans un bassin de vie identifié. Chaque habitant est ainsi rattaché à un centre hospitalier en fonction de son lieu de résidence. Sur certains territoires métropolitains, les personnes sans-abri relèvent de tel ou tel hôpital en fonction de leur date de naissance. Dans d'autres territoires, les hôpitaux se partagent leur accueil suivant un planning défini par avance. On peut alors parler de « tour SDF ».

Cette politique « de secteur » permet de développer les alternatives à l'hospitalisation à temps complet avec notamment les centres médico-psychologiques (CMP), les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) et les hôpitaux de jour (HDJ) ; et de diversifier les métiers œuvrant en psychiatrie publique, avec la présence de plus en plus importante de psychologues, orthophonistes, aides-soignantes, aides médico-psychologiques... Idéalement, ce système devait permettre l'accès de tous aux soins en santé mentale.

Quant au secteur privé, il n'est lui pas sectorisé (comme certains dispositifs spécialisés sur une pathologie du secteur public). Il rassemble les professionnels, comme les psychiatres et psychologues, exerçant notamment dans des cabinets libéraux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif (ESPIC) et les cliniques psychiatriques. Si ce recours est libre, il a généralement un coût pour le patient, ce qui dans les faits en rend l'accès difficile aux personnes en situation de grande précarité. Et la récente prise en charge de certaines thérapies par des psychologues dans le cadre de « MonParcoursPsy » ne paraît pas bénéficier aux personnes précaires. Par exemple, sur les 5 320 personnes ayant eu recours au dispositif en région Auvergne - Rhône-Alpes sur ses 7 premiers mois<sup>10</sup>, un patient sur dix était en situation de précarité (bénéficiaire de la CMU<sup>11</sup> ou de l'AME<sup>12</sup>).

Depuis une vingtaine d'années, deux dispositifs, les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) et les équipes mobiles psychiatrie-précarité (EMPP) jouent un rôle important dans la prise en compte des problématiques de santé des personnes précaires. Les PASS sont au nombre de 430 dont 41 sont spécialisées dans l'accès aux soins psychiatriques. Quant aux EMPP, on en comptabilise 149 en 2022. Bien qu'elles portent sur des missions similaires, les

---

<sup>10</sup> D'après les données des consultations des psychologues (praticiens de spécialité 25 / Actes codés EEP/APS/PSS) réalisées du 5 avril 2022 au 30 octobre 2022 relevant d'une des caisses de la région Auvergne - Rhône-Alpes dispensées aux assurés sociaux du régime général quelle que soit leur caisse d'affiliation. C'est une première étude avec données à consolider dans le temps.

<sup>11</sup> Couverture maladie universelle.

<sup>12</sup> Aide médicale d'État.

EMPP sont hétérogènes aussi bien dans leur fonctionnement que dans leur structuration sur le territoire français. Certaines font des maraudes auprès des personnes à la rue, d'autres des permanences dans des accueils de jours ou dans des centres d'hébergement... Le portage du dispositif est assuré par un hôpital qui en assure la tutelle médicale, dont la responsabilité est dévolue à un médecin psychiatre. Une étude récente (Einhorn et Tremblay, 2021, p. 15) objective la composition des EMPP de la région Auvergne - Rhône-Alpes : 55 % d'infirmiers diplômés d'État (IDE) pour 20 % de psychologues, 5 % de psychiatres et autant de travailleurs sociaux.

Des associations dénoncent les défaillances du droit commun en matière de prise en charge sanitaire des personnes sans-abri et proposent des permanences de soins. Par exemple, les Centres d'accueil de soins et d'orientation (CASO) de Médecins du Monde sont généralement très bien identifiés par les publics précaires. Enfin, la multiplication des camps de personnes migrantes aux frontières du pays et dans certaines métropoles, mobilisent aujourd'hui des ONG (certaines internationales) qui proposent des programmes en santé mentale. Notons qu'elles interviennent souvent avec des référentiels internationaux de « santé mentale et soutien psychosocial » (SMSPS, ou Mental Health and Psychosocial Support [MHPSS]) au détriment de pratiques d'inspiration psychanalytique qui peuvent faire encore référence dans le champ de l'intervention sociale en France.

Enfin, à la faveur de l'évolution des connaissances sur les facteurs de rétablissement en santé mentale, de nouvelles pratiques et de nouveaux dispositifs de droit commun se développent pour favoriser l'entraide et le soutien social. Par exemple, les groupes d'entraide mutuelle (GEM) peuvent être des lieux de soutien bénéfiques pour la santé mentale et être identifiés par des personnes sans-domicile.

Dans ce point de vue, je propose une lecture analytique des enjeux que je perçois entre les situations de précarité sociale et les troubles de santé mentale, dont les liens paraissent aujourd'hui évidents. De nombreux chercheurs en sciences humaines et sociales ont été critiques sur la « psychologisation des rapports sociaux » (Castel *et al.*, 2008) et remarqué, voire dénoncé, la perméabilité entre les traitements sociaux et sanitaires de l'exclusion sociale – plus particulièrement s'agissant des personnes sans-abri (Gardella, 2003). Trente ans après la création de l'Observatoire, qui a participé à conceptualiser ces liens, que peut-on dire de leurs évolutions et des enjeux qu'ils posent ?

J'ai participé, avec mes collègues, à explorer d'autres chemins, tout en assumant l'héritage légué par le psychiatre Jean Furtos, la psychologue Valérie Colin et le sociologue Christian

Laval à l'ORSPERE. L'argument que je développe dans cet article est que, selon moi, cette « sanitisation de problèmes sociaux » (Fassin, 2004a) a aussi pour corolaire l'extension à différents acteurs du souci de la santé mentale des personnes en situation de grande précarité. En tout état de cause, ce phénomène amène à infléchir l'autorité et l'expertise médicales et potentiellement à impliquer d'autres acteurs dans la prise en compte de la santé mentale ; plus particulièrement les personnes directement concernées, les proches et les travailleurs sociaux.

### **T1 « Précarité et santé mentale » : éléments de cadrage**

### **T2 La précarité est (devenue) un déterminant de la santé mentale**

Ceci est aujourd'hui une évidence : les liens sont extrêmement forts entre la précarité et la santé mentale et s'entretiennent mutuellement. Les observateurs convergent sur le fait que la plupart des indicateurs de santé mentale sont marqués par des inégalités sociales en défaveur des personnes les plus modestes<sup>13</sup>. Ce qui était plutôt une intuition à la naissance de l'Observatoire est aujourd'hui bien documenté par la littérature internationale et fait consensus, même pour les troubles psychiatriques avérés. Des méta-analyses indiquent une prévalence de troubles psychiatriques chez les sans-abri entre 48 % (Hodgson *et al.*, 2013) et 76 % (Gutwinski *et al.*, 2021), notamment pour la schizophrénie (Ayano *et al.*, 2020).

Les recherches mettent en avant le rôle des facteurs de risques environnementaux et sociaux pour des pathologies qui étaient, par le passé, davantage décrites comme étant d'origine génétique, comme la schizophrénie ou les troubles bipolaires. Par exemple, dans une perspective biomédicale, selon le modèle « vulnérabilité – stress » (Rey et d'Amato, 2019), la schizophrénie est le résultat d'une vulnérabilité biologique sur laquelle vient agir un facteur de stress d'origine environnementale. Ces agents environnementaux sont considérés comme des facteurs de risques. Dans la littérature internationale, le sans-abrisme est ainsi considéré comme l'un de ces facteurs de risques, en étant associé à un niveau élevé de discrimination perçue, de victimisation et d'agression (Lio *et al.*, 2022 ; Furber *et al.*, 2017).

Pour d'autres pathologies, ce lien était déjà plus évident, on les qualifie d'ailleurs de « réactionnelles » : la dépression, les troubles anxieux et addictifs ou les troubles de l'adaptation. Des travaux récents démontrent aussi que les enfants de « familles sans logement

---

<sup>13</sup> DREES (2022), *Études et résultats*, juin, n° 1233 [en ligne] <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/sante-mentale-une-amelioration-chez-les> (consulté le 17 janvier 2023).

stable » sont davantage concernés par des problèmes psychologiques (Roze, Vandentorren, Vuillermoz *et al.*, 2016).

Notons qu'il y a un enjeu d'actualisation de certaines données épidémiologiques en France. L'étude « Samenta » démontrait qu'en 2008, un tiers des personnes sans domicile souffraient d'au moins un trouble psychiatrique sévère (Observatoire du Samu social de Paris, 2010, p. 57), sans que le psychotraumatisme ne soit alors évalué dans cette étude. Quinze ans après, la prévalence importante du stress post-traumatique parmi les personnes en situation de grande précarité, notamment sans-abri est devenue une évidence (Ayano *et al.*, 2021) – j'y reviendrai. Cela est d'autant plus visible pour les personnes issues d'une migration récente, pour qui les processus d'irrégularisation et de précarisation interrogent les situations traumatogènes d'accueil, ajoutées au vécu dans le pays d'origine et sur les routes migratoires. Les liens entre la situation sociale et la santé mentale sont complexes. D'un côté, l'expérience de la précarité est cause de souffrance et de stress et tend à fragiliser les personnes sur le plan psychique ; d'un autre côté, les troubles psychiques peuvent isoler et précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et leur « habilité sociale » selon la terminologie consacrée. D'ailleurs, ce cercle peut être d'autant plus vicieux que l'isolement social peut créer des obstacles dans la scolarisation puis l'insertion professionnelle et accentuer le risque de pauvreté.

Mais cet accent mis sur les causes sociales du trouble n'exclut pas de s'intéresser aussi à ce qui trouverait son origine dans la non prise en compte de la « neuro-atypie ». Par exemple, on peut voir aujourd'hui comment l'évolution de la considération des personnes dans le spectre de l'autisme participe à faire évoluer les pratiques éducatives à l'école ou encore les conditions de travail pour les salariés. Il y a lieu de penser que ce nouvel esprit du respect de la neurodiversité, s'il a pour idéal d'être inclusif, contribue aussi à limiter le processus d'exclusion sociale que peuvent subir les personnes concernées. D'ailleurs des chercheurs<sup>14</sup> s'interrogent aujourd'hui sur l'importance d'individus qui auraient des troubles neuro-développementaux ou dans le spectre de l'autisme parmi la population sans abri, ce qui justifierait alors la sensibilisation et la formation d'intervenants, notamment sociaux, sur ces problématiques, pour des publics qui n'auraient pas été auparavant diagnostiqués.

En pratique, les personnes en situation de grande précarité cumulent généralement de nombreuses vulnérabilités, liées à la précarité sociale, des problématiques administratives

---

<sup>14</sup> Un projet de recherche sur le thème : « troubles du neurodéveloppement et populations précaires » est en cours d'élaboration, fruit d'une collaboration entre l'Observatoire et le pôle hospitalo-universitaire ADIS « Autisme Déficients Intellectuels ».

complexes, une santé somatique dégradée, une souffrance psychique importante... Si on constate des corrélations entre ces différents plans du côté des personnes, cela laisse à supposer qu'il y a peut-être aussi des liens à penser dans la manière d'y remédier. Autrement dit, on pourrait soigner la santé mentale par le soutien social, comme on pourrait favoriser le soutien social par un soin en santé mentale<sup>15</sup>. Envisageons maintenant la prise en compte des problématiques de santé mentale en psychiatrie, qui semble être l'évidence quand il s'agit d'orienter les personnes vers des professionnels spécialisés.

## **T2 Des difficultés d'accès aux soins en psychiatrie**

Le constat est sans appel : dans le secteur de l'accueil hébergement insertion (AHI)<sup>16</sup> en France, comme dans celui du dispositif national d'accueil (DNA)<sup>17</sup>, la situation est alarmante : les prises en charge en psychiatrie des personnes accompagnées ou hébergées sont extrêmement difficiles sur de nombreux territoires. Les actions de l'Observatoire sur ce sujet démontrent que les liens sont extrêmement problématiques entre les différents champs sur de nombreux territoires français. Cela s'observe très souvent dans des actions de coordination<sup>18</sup> où chacun est amené très vite à identifier des individus « patates chaudes » dont la prise en charge pose question. Chacun se trouve en limite de compétence et mis à mal dans son cadre d'intervention. C'est, par exemple, une personne sans-abri avec un comportement violent dont les professionnels d'un Samusocial ne comprennent pas pourquoi une hospitalisation n'est pas possible le jour où il accepte enfin cette possible orientation. Les services des hôpitaux sont saturés, les CMP peinent à répondre à toutes les demandes du secteur, et même les dispositifs de soutien qui se veulent « innovants » et cherchent à éviter une logique de liste d'attente se voient rattrapés par la réalité. La pandémie de 2020 ayant eu pour conséquence une exigence accrue en termes de santé mentale, les sollicitations ont continué d'augmenter.

---

<sup>15</sup> Voir l'entretien, dans ce numéro, avec Jean-François Krzyzaniak p. X qui thématise la manière dont la thérapie lui a permis d'envisager son « addiction à la rue ».

<sup>16</sup> Le dispositif « accueil, hébergement, insertion » (AHI) est destiné aux personnes en situation de précarité sociale nécessitant une aide globale pour leur permettre d'accéder au logement. Ce secteur compte plus de 500 000 places, dont près de la moitié est constituée de logements accompagnés. Il est en très forte augmentation sur ces vingt dernières années.

<sup>17</sup> Le dispositif national d'accueil (DNA) est destiné aux demandeurs d'asile et réfugiés dépourvus de ressources suffisantes et de logement et permet d'être hébergés dans des centres spécialisés, comme les Centre d'Accueil pour demandeur d'Asile (CADA).

<sup>18</sup> [En ligne] <https://orspere-samdarra.com/evenements-et-formations/coordinations-sante-mentale/> (consulté le 13 janvier 2023)

Nos actions et enquêtes démontrent qu'il subsiste des réticences<sup>19</sup> dans l'accueil des personnes en situation de grande précarité dans les services de soins. Le problème majeur tient à la complexité qu'il y a à apposer un diagnostic médical sur les souffrances des personnes. Les professionnels sont en difficulté pour comprendre de quoi souffre ce public ; le tableau clinique ne correspondant pas forcément à des pathologies identifiées. Devant la demande faite par sa hiérarchie de coter chaque acte, un psychiatre d'une PASS nous confiait la difficulté qu'il avait à faire correspondre la souffrance des patients aux critères nosographiques dans le logiciel de l'hôpital<sup>20</sup>. Il cotait alors des « troubles du comportement » pour des personnes en situation de grande souffrance psychosociale. Apparaît alors une hiérarchisation des pathologies au regard de laquelle les problématiques psychosociales ne sont pas forcément audibles dans le champ médical et dont la prise en charge est potentiellement chronophage. En arrière-plan, se joue le débat autour du rôle de la psychiatrie. La controverse porte sur la question de son champ d'expertise entre, d'un côté une vision restrictive et biomédicale et, de l'autre, une vision plus extensive qui est fondée sur le concept de santé mentale.

Mais nous ne pouvons pas nous satisfaire de l'opposition traditionnelle entre le secteur social et médical. Les dispositifs d'accès aux soins dans les hôpitaux participent également de ce difficile accès à la santé. En effet les structures hospitalières se sont dotées de dispositifs spécifiques à destination des personnes en situation de précarité. Au milieu des années 1990, des rapports démontrent l'existence d'inégalités sociales de santé ayant des impacts concrets sur l'accès aux soins pour les personnes les plus précaires. Le rapport du groupe de travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »<sup>21</sup> dénonce alors « une souffrance qu'on ne peut plus cacher » (Lazarus et Strohl, 1995) et met au jour l'importance des souffrances psychiques des personnes en situation de précarité (comme celles des professionnels qui les accompagnent) et la nécessité de les prendre en compte. Les préconisations de ce rapport conduiront notamment à la création des PASS en 1998 et des EMPP en 2005 ; dispositifs qui ont trouvé toute leur place dans le champ sanitaire et qui répondent à un véritable besoin.

Une enquête que nous avons réalisée sur une PASS montrait l'extrême difficulté de ces dispositifs à orienter vers le soin, les équipes se retrouvant à devoir prendre en charge les

---

<sup>19</sup> Nous vous invitons à aller consulter les rapports [en ligne] <https://orspere-samdarra.com/publications/> (consulté le 13 janvier 2023).

<sup>20</sup> Dans cet hôpital, c'est la CIM-10 qui fait référence. Elle correspond à la classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (CIM-10) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).

<sup>21</sup> De la délégation interministérielle à la ville et au développement social urbain et de la délégation interministérielle au revenu minimum d'insertion. Le rapport est [en ligne] [https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport\\_LAZARUS\\_et\\_STROHL\\_1995\\_Une\\_souffrance\\_qu\\_on\\_ne\\_peut\\_plus\\_cacher.pdf](https://www.cnle.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_LAZARUS_et_STROHL_1995_Une_souffrance_qu_on_ne_peut_plus_cacher.pdf) (consulté le 17 janvier 2023).

patients à défaut de pouvoir les orienter (Chambon *et al.*, 2013). Aussi, une enquête récente sur les EMPP (Einhorn et Tremblay, 2021) nous apprend que les professionnels de la psychiatrie rencontrent la même difficulté : le relais vers les collègues de l'intrahospitalier ou vers les CMP est difficile, en grande partie du fait de leur saturation. Des professionnels de ces dispositifs ont l'impression de ne pas être considérés par leur hiérarchie. Un directeur d'hôpital nous a, par exemple, clairement signifié que les problématiques de santé mentale ne rentraient pas dans le périmètre de son mandat, et encore moins la souffrance psychique des personnes précaires (qu'il estimait relever du « médico-social »). Lors de l'étude sur la PASS, le chef de pôle nous confiait que « la demande » (entendre le nombre de patients) étant « illimitée », il fallait limiter l'offre, précisément en refusant d'augmenter les moyens alloués au dispositif malgré la possibilité qui était offerte par l'Agence régionale de santé (ARS). À défaut d'orienter, ces dispositifs sont amenés à « devoir » soigner sans avoir les ressources humaines suffisantes pour le faire, ces dispositifs spécialisés souffrant généralement d'un sous-investissement de temps médicaux – notamment dans leur version de médecine de ville (PASS ambulatoires) (Aranda, 2022)

Considérons le « chaînage » : accès au droit – accès aux soins – soins et envisageons les épreuves propres au passage de l'un à l'autre. Ce n'est pas parce que l'on a accès au droit que l'on accède au soin, et ce n'est pas parce que l'on accède au soin que l'on est « soigné » (Marques et Velpry, 2013) ! Intéressons-nous maintenant au dernier maillon de la chaîne.

### **T1 Soins en santé mentale et précarité**

### **T2 Des cliniques de la précarité au rétablissement en santé mentale**

Devant les difficultés rencontrées, des cliniciens, qu'ils soient psychiatres ou psychologues, se sont interrogés sur les théories et les pratiques qui seraient adaptées aux personnes en situation de grande précarité. Ainsi des cliniques se spécialisent. On les nomme alors clinique de la précarité (Furtos, 1998), clinique de l'infortune (Hermant, 2004), clinique de la désocialisation (Quesemand Zucca, 2007). Elles ont toutes en commun le souci de soigner une « souffrance psychique » qui émerge du social.

Je me souviens de mon premier entretien à mon arrivée à l'ORSPERE avec une psychiatre d'un CMP qui attendait du sociologue que j'étais, non pas que je l'interroge sur sa pratique, mais bien plutôt que je lui fournisse des « fiches pays » pour qu'elle comprenne les personnes qu'elle avait en face d'elle. Ma réponse – asynchrone j'en conviens – a été finalement de considérer que cette dimension sociale et environnementale s'enquête (comme la dimension

psychique) et ne peut s'essentialiser *a priori*. C'est d'ailleurs bien l'essentialisation de l'appartenance sociale ou culturelle par le dispositif qui avait été controversée s'agissant de l'ethnopsychiatrie (Chambon et Le Goff, 2016).

Je défends donc deux idées. D'une part, la dimension sociale n'est pas soluble dans une catégorie, fusse-t-elle la plus fidèle qui soit. D'autre part, la caractérisation d'une souffrance psychiatrique ou psychologique ne peut définir entièrement une personne. Le trouble en santé mentale n'apparaît comme problématique qu'à partir du moment où il est vécu comme tel par la personne concernée ou par les personnes qui la côtoient. Le trouble se définit dans l'interaction entre un individu et son environnement, et donc de manière située. Il s'agit alors moins, pour le sociologue que je suis, de particulariser des publics que d'investiguer en quoi les organisations, les interventions, peuvent être mises en difficulté dans leur prise en charge (et inversement) et d'examiner les initiatives existantes pour expérimenter d'autres modalités d'appréhension de soins ou d'accompagnement.

Il ne peut exister aujourd'hui, autrement que dans un imaginaire révolu, d'un côté un hôpital (pour ne plus dire un asile) qui guérirait de la folie et, de l'autre, des centres d'hébergement (pour ne plus dire ici aussi des asiles de nuit) qui éduqueraient, par exemple, à bien habiter. Si les professionnels de ces différents champs sont bien conscients de l'évolution de leur propre secteur d'activité, c'est moins vrai quand nous les interrogeons sur leurs attentes quant au domaine de l'exercice de l'autre.

L'une des évolutions des secteurs social et sanitaire est la promotion des politiques d'activation capacitaire. Il est question ici de pratiques orientées vers le rétablissement, qui revitalisent les réflexions sur la prise en charge des troubles en santé mentale, notamment pour les personnes en situation de grande précarité (Gilliot et Linder, 2022). Historiquement, les mouvements du rétablissement reconnaissent aux individus la capacité à aller mieux, avec ou malgré des troubles psychiques sévères. Il s'agit alors de s'opposer aux représentations déficitaires qui leur sont attribuées, tant par les professionnels de la psychiatrie que par la société. Alors que la guérison caractérise l'évolution positive des troubles et est évaluée sur la base de critères déterminés par les soignants, le rétablissement est proposé pour décrire le sentiment de mieux-être de la personne, ne pouvant être défini que par celui qui le vit (Gilliot *et al.*, 2021).

## **T2 Quand la précarité fait obstacle au rétablissement en santé mentale**

### **T3 Certifier n'est pas soigner...**

De nombreuses orientations vers les dispositifs de santé mentale se font dans un parcours administratif, souvent dans une logique d'ouverture de droits en santé ou sociaux. Mais contrairement à une démarche administrative où l'ouverture d'un droit peut être l'aboutissement de l'accompagnement, la reconnaissance d'un trouble ou d'une pathologie ne vient pas signer un engagement thérapeutique ou une démarche de soins – c'est parfois même le contraire –. C'est très souvent en raison de l'impossibilité pratique de proposer une prise en charge aux personnes.

Reconnaître n'est pas soigner. Et la temporalité psychique n'est pas la temporalité administrative. Ouvrir certains droits sociaux implique, par exemple, de devoir (se) raconter une histoire que l'on n'est pas forcément en mesure d'assumer. Pour les demandeurs d'asile (dont beaucoup deviennent, s'ils sont déboutés, des migrants en situation de grande précarité), les vulnérabilités sont « détectées », certaines pathologies « identifiées » dans le cadre d'un rendez-vous médical avec l'OFII<sup>22</sup>, d'autres « certifiées » par d'un médecin dans le cadre d'un recours à la Cour nationale du droit d'asile... sans qu'une prise en charge sanitaire soit effective ! Je l'avais documenté avec un collègue psychiatre (Chambon et Pétrouchine, 2020) pour une personne dont l'intervenante sociale avait missionné l'interprète pour qu'elle vérifie que l'intéressée évoque bien, devant le médecin, le viol dont elle lui avait fait part. Nous révélions que l'absence de réponse, sur le plan thérapeutique – les médecins de la structure étaient uniquement missionnés pour exercer une fonction d'expertise – amplifiait la souffrance des personnes. Dans pareille situation, la dimension traumatique de l'événement est alors seulement objectivée sans relais vers une démarche thérapeutique.

### **T3 ... D'ailleurs, peut-on soigner en situation de crise ?**

Un certain nombre d'orientations vers la psychiatrie se font en situation de crise et donnent lieu à une hospitalisation. Alors qu'elle est souvent un horizon d'attente pour de nombreux professionnels de l'action sociale, l'expérience qu'en ont les personnes directement concernées est souvent mal vécue. L'hospitalisation en psychiatrie est très souvent traumatogène, plus particulièrement le passage par les urgences. Sur deux recherches auxquelles j'ai participé<sup>23</sup>, c'est un trait commun qui se dégage : les urgences, et bien évidemment la contention, ont été traumatiques.

---

<sup>22</sup> Office français de l'immigration et de l'intégration.

<sup>23</sup> « Représentations, stratégies et redéfinition identitaire dans le processus de rétablissement », étude financée par le Conseil scientifique de la recherche du Vinatier. Numéro CPP SUD EST IV N° 16/055 Réf de la

Selon les professionnels de santé, on ne soigne pas en situation de crise. La crise psychotique, on la gère en s'assurant que la personne ne représente pas un danger pour elle-même ou pour les autres. Ceci est d'autant plus problématique aujourd'hui que l'entrée à l'hôpital, voire le suivi en CMP, se fait de plus en plus à la suite d'un passage aux urgences, donc potentiellement dans un moment de crise. Les professionnels de la psychiatrie, notamment des CMP, se retrouvent ainsi démunis, très souvent dans l'impossibilité de proposer des suivis thérapeutiques et à devoir donc pallier l'urgence. Cet aspect n'est pas propre aux personnes précaires, mais ce qui l'est, c'est l'isolement qui peut être plus marqué à leur sortie de l'hospitalisation.

### **T3 ... et qu'est-ce que soigner en santé mentale ?**

Pour les personnes en situation de grande précarité, la représentation du soin en santé mentale n'est pas évidente. Entre 2017 et 2018, deux enquêtes parallèles sont menées à l'Observatoire. Une première enquête dans les CHRS<sup>24</sup> du département de l'Ain menée par une psychologue démontrait des parcours de vie faits de ruptures, entretenus par le type même de prise en charge qui favorisait ces ruptures, plus particulièrement pour les usagers qui étaient alors appelés « les cycliques », c'est-à-dire les personnes qui passaient d'une modalité de prise en charge à une autre, sans jamais trouver de solutions (Einhorn, 2018). Au même moment, une autre partie de l'équipe participait à une enquête auprès des psychiatres libéraux, qui devait permettre de discuter des conditions de la prise en charge des personnes en situation de grande précarité ou migrantes, devant le constat que la psychiatrie publique était saturée. La grande surprise a été de constater le fort embarras de ces praticiens sur la question du « traumatisme » et des réponses cliniques possibles. Les 50 entretiens réalisés nous ont permis de comprendre que les psychiatres se pensaient en limite de compétence pour traiter du traumatisme de ce public. En n'étant pas indexé à un évènement caractérisable d'un point de vue médical (la précarité n'est pas une maladie) ou d'un point de vue social (il n'y a généralement pas un évènement traumatogène caractérisable), le traumatisme est complexe et vécu de manière différente sur le plan subjectif. De fait, cette indexation doit être resituée pour chaque personne. D'un côté, nous avons donc des travailleurs sociaux qui font état de la massivité d'un traumatisme, ont parfois l'impression d'y participer de par les conditions d'accueil qu'ils

---

délibération : A16 -378. N° IDRCB : 2016-A01049-42 et « Étude des stratégies de rétablissement des altérations du sens commun des personnes avec une schizophrénie ».

<sup>24</sup> Centres d'hébergement et de réinsertion sociale.

proposent et ont de fortes attentes d'une prise en charge par la psychiatrie. De l'autre, nous avons des hôpitaux saturés et potentiellement des psychiatres libéraux eux aussi saturés (les psychiatres interrogées refusaient entre 5 et 20 demandes de suivi par jour) et surtout n'ayant pas forcément, selon eux, les compétences pour prendre en charge les publics les plus précarisés.

Les dispositifs innovants du champ de la réhabilitation psychosociale<sup>25</sup> ne voient, eux, que très peu de personnes en situations de grande précarité. Nous faisons l'hypothèse que leur efficacité tient au fait de travailler aussi sur la dimension sociale (habilité, travail, activités...); dimension qui ne se donne pas forcément à voir pour les personnes en situation de grande précarité (absence de domicile, famille peu présente...). Il nous semble que résoudre cette contradiction implique donc une évolution de l'intervention sociale qui permette de soutenir la santé mentale d'un côté et, de l'autre, des services de psychiatrie qui soient en mesure de pouvoir plus facilement rentrer en dialogue avec les intervenants sociaux.

## **T1 Pour une action sociale qui soutient la santé mentale**

Au regard de ces différents éléments, il nous semble important qu'une réponse psychosociale puisse se faire en amont de toute prise en charge des personnes en situation de précarité et des personnes sans abri plus particulièrement.

## **T2 De la prévention**

Le processus de rétablissement nous invite finalement à penser l'extension du domaine de soin et des compétences, sans jouer la partition *a priori* entre *cure et care*. Cet esprit de la santé mentale ne doit pas reposer uniquement sur les professionnels de la santé ou du secteur social. Les amis, la famille, les professionnels de l'urgence comme les pompiers ou les policiers, de l'administration, les bénévoles des associations, les militants ont chacun un rôle dans la prise en compte de la santé des personnes en situations de grande précarité. C'est d'ailleurs le sens de la formation « Premier secours en santé mentale »<sup>26</sup>, qui se généralise en

---

<sup>25</sup> [En ligne] <https://centre-ressource-rehabilitation.org/qu-est-ce-que-la-rehabilitation-psychosociale> (consulté le 13 janvier 2023).

<sup>26</sup> Créé en Australie en 2000 par Betty Kitchener, éducatrice ayant souffert de troubles psychiques sévères, et Tony Jorm, professeur de médecine, ce programme propose une formation généraliste de sensibilisation et d'assistance en santé mentale. Elle dure deux jours et est ouverte à tous les citoyens sans distinction.

France : pouvoir avoir un référentiel commun sur l’appréhension des problématiques de santé mentale.

Ainsi, l’horizon de la prise en compte de la santé mentale ne doit pas être sa médicalisation, ni même sa psychologisation. Avant de soigner une quelconque pathologie, il faut *a priori* éviter qu’elle n’apparaisse... Il semble intéressant de repenser autrement les parcours en santé mentale, de manière graduelle. Cela implique d’ailleurs d’offrir une meilleure lisibilité des métiers et des dispositifs à même de pouvoir répondre aux préoccupations des personnes. Cela me semble être une condition pour qu’elles aient le choix et la possibilité d’engager un travail thérapeutique avec un psychologue, par exemple, et de solliciter un suivi médical si besoin. Selon cette perspective, il importerait que les ressources médicales soient donc plus disponibles en aval pour une prise en charge thérapeutique qu’en amont pour une évaluation sans suivi.

## **T2 Des pratiques psychosociales**

Tout d’abord, nous pouvons remarquer que plusieurs initiatives sont portées par les pouvoirs publics (encadré 2), tant à l’échelle nationale que territoriale, sur la santé mentale des personnes en situation de précarité. La dynamique s’est accélérée depuis la crise sanitaire du Covid-19 qui a révélé au grand jour l’importance de prendre en compte les alertes sur la dégradation de la santé mentale des populations vulnérables.

### **[ENCADRÉ 2] Des pouvoirs publics mobilisés**

Les initiatives portées par les pouvoirs publics s’inspirent de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté, de la feuille de route « santé mentale et psychiatrie »<sup>27</sup>, des projets territoriaux de santé mentale (PTSM)<sup>28</sup>, du plan quinquennal pour le « logement d’abord »<sup>29</sup> et enfin des mesures de lutte contre les inégalités de santé prévues par le Ségur de la santé<sup>30</sup>.

On peut citer deux mesures majeures financées par l’État en 2023 :

<sup>27</sup>[En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/Feuille-de-route-de-la-sante-mentale-et-de-la-psychiatrie-11179/> (consulté le 13 janvier 2023)

<sup>28</sup>[En ligne] <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/projet-territorial-sante-mentale> (consulté le 13 janvier 2023)

<sup>29</sup>[En ligne] <https://www.gouvernement.fr/logement-d-abord> (consulté le 13 janvier 2023)

<sup>30</sup>[En ligne] [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf) (consulté le 13 janvier 2023)

- la mesure 9 des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie, qui vise le recrutement sur trois ans de 500 psychologues et infirmiers en santé mentale pour soigner les personnes avec des troubles psychiques en structures d'accueil et d'hébergement ;

- la mise en place d'une offre de formation des professionnels du secteur social au repérage et à l'orientation des personnes en souffrance psychique. L'objectif pour les services de l'État est de former environ 30 000 personnes en France (incluant l'outre-mer). L'ORSPERE-SAMDARRA assurera les formations sur le territoire, excepté sur Paris et l'outre-mer où « Infor Santé » assurera les formations.

Enfin la Haute Autorité de santé (HAS), à la suite de travaux sur le thème « grande précarité et troubles psychiques » de son programme « psychiatrie et santé mentale »<sup>31</sup> et à l'appui d'un groupe de travail réuni en 2022, élabore les recommandations « Grande précarité et troubles psychiques. Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques ? »<sup>32</sup>.

Par ailleurs, les travailleurs sociaux, comme les proches des personnes concernées sont très demandeurs de modalités concrètes pour pouvoir accompagner les personnes en difficulté ou en souffrance. Il importe de pouvoir donner des outils aux intervenants, notamment à travers des formations et des recommandations. Des pratiques qui se veulent innovantes se développent. Certaines se concentrent sur les épisodes de crise. Je pense notamment à l'« open dialogue » (Desvignes *et al.*, 2022). Cette approche propose une pratique dialogique pour faire émerger un sens à la crise et cela même quand aucune solution ne se profile. Je pense aussi aux directives anticipées en psychiatrie (Mougeot *et al.*, 2021) qui permettent de définir par avance une conduite à tenir en cas de crise. Mais cela peut être aussi des pratiques qui viennent valoriser les savoirs d'expérience, comme le travail avec des pair-aidants, ou l'adaptation de pratiques orientées vers la réduction des risques et des dommages... La plupart de ces concepts proposent des modalités d'écoute et de compréhension d'un phénomène là où on aurait eu tendance à vouloir faire du soin, au sens de guérir. Par exemple, entendre des voix, selon cette perspective, ce n'est plus (uniquement) une hallucination auditive, un symptôme d'une maladie psychiatrique en lien avec un potentiel traumatisme, mais un phénomène vécu et partagé par la personne concernée par cette capacité.

---

<sup>31</sup> Le thème « précarité et santé mentale » a fait l'objet d'une saisine par la Direction générale de la cohésion sociale (DGC)S en juin 2019 et a été mentionné parmi les priorités de la lettre ministre du 9 janvier 2020.

<sup>32</sup> Sa note de cadrage est [en ligne] [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note\\_cadrage\\_has\\_prekarite\\_troubles\\_psychiques.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-09/note_cadrage_has_prekarite_troubles_psychiques.pdf)

De manière générale, on constate aujourd'hui que le soutien social est primordial. Les structures d'entraide, de soutien psychosocial ou social ont un rôle important à jouer dans la réduction de l'anxiété, de la dépression et dans la prévention du développement d'état de stress. L'enjeu est maintenant leur accessibilité aux personnes sans ressource. Des initiatives se font jour en France, comme avec un lieu de répit pour les personnes en crise psychotique (Zerbib et Bechla, 2022) ou un espace psychosocial pour les personnes migrantes ou précaires hébergées ou sans-abri (Bajjour, 2021).

## **T2 De la personnalisation de l'accompagnement**

Les pratiques psychosociales mettent, par ailleurs, l'accent sur la nécessité de soutenir la santé mentale des personnes accompagnées en plaçant leurs désirs, leurs choix et leur bien-être au centre de l'accompagnement et en reconnaissant les capacités de chacune et de chacun.

L'un des enseignements des enquêtes auprès des personnes en situation de précarité ou ayant des troubles de santé, est qu'elles aspirent à la liberté et à l'autonomie. Cela peut sembler une évidence mais cela m'a fait beaucoup évoluer dans mon rapport aux questions sociales et politiques. Plus les êtres sont considérés comme vulnérables, plus ils sont considérés comme assignables à une catégorie d'action. Que ce soit en psychiatrie ou dans l'intervention sociale, nous sommes finalement dans des champs où les personnes sont jugées à l'aune des autres. Les « isolés », les « déboutés », les « schizophrènes ». Finalement, pourquoi moi, homme, blanc, pouvant certes être considéré comme mi-anarchisant, mi-socialisant, je pouvais choisir mon mode de vie, alors que les plus vulnérables devraient au contraire être pris en charge collectivement ? C'est un trait saillant de nombreuses enquêtes ou actions : cette revendication à être reconnu dans sa singularité. Alors que les institutions sanitaires et sociales sont aujourd'hui mises à l'épreuve de ces singularités, certains outils comme certaines pratiques qui étaient propres au domaine de la santé mentale peuvent être au service de la personnalisation de l'accompagnement social. Ce sont les personnes directement concernées qui solidarisent les acteurs autour de leur prise en charge et leur pouvoir d'agir (Gilliot, 2023). Et personnalisation n'est pas synonyme d'individualisation, en ce qu'elle permet précisément de se soucier de l'environnement des personnes.

## **T1 Cadrage-débordement : le soutien en santé mentale au secours de l'inaccessibilité aux soins**

Filant la métaphore rugbystique du « cadrage-débordement », je défends dans ce point de vue l'intérêt à adopter une stratégie de contournement de la difficulté à l'accès aux soins psychologiques ou psychiatriques pour les personnes en situation de grande précarité. Si la prise en compte de leur santé mentale est un véritable défi, posé plus particulièrement à la psychiatrie, il fait malheureusement consensus que dans son organisation et dans son illisibilité actuelle, elle peine à y répondre de manière satisfaisante. Si une réflexion sur l'accès aux soins, ainsi qu'aux recours aux services médicaux, est primordiale, ce « point de vue » a proposé d'autres pistes. Le débordement dont il a été question est celui de l'esprit de la santé mentale notamment par rapport aux pratiques d'intervention sociale.

Ce texte fait écho à un dossier qui traite du phénomène du sans-abrisme tant du point de vue des expériences que des politiques. Je soutiens ici que la santé mentale est un opérateur – parmi d'autres – qui permet de penser sa politisation au prisme de l'expérience. Au bord de la psychiatrie ou de l'intervention sociale, elle permet de mettre les désirs, les choix et leur bien-être au centre de l'accompagnement des personnes en situation de précarité.

Ce « point de vue » constitue aussi une invitation à penser le système, par-delà l'idée d'une crise, qu'elle soit sociale (l'augmentation de la précarité) ou sanitaire (l'inflation des troubles de santé mentale). Tout du moins si une réponse à la crise est essentielle, elle ne doit pas être exclusive d'une réponse systémique. La santé mentale, comme l'expérience de la vulnérabilité sociale, doivent s'envisager comme des phénomènes situés. Cette inflexion transforme d'ailleurs le regard sur ce qui, en outre, apparaît comme symptôme d'une pathologie.

Si j'ai défendu l'importance d'une action sociale qui soutienne la santé mentale, c'est parce que je pense qu'elle est aussi l'une des conditions pour qu'un relais médical soit permis quand cela est nécessaire. L'enjeu sera alors que les services de soins, qui se spécialisent de plus en plus autour de centres ressource ou experts, soient en mesure de dialoguer plus facilement avec les intervenants sociaux et les personnes directement concernées<sup>33</sup>.

Enfin, je soutiens que penser le phénomène du « sans-abrisme » au prisme de la santé mentale n'est pas le médicaliser, ni même le psychologiser. Il s'agit moins en effet de postuler des causes individuelles à l'expérience de la vulnérabilité sociale ou du trouble de santé mentale que d'être, finalement, dans une clinique des conséquences.

---

<sup>33</sup> On pense notamment à l'enquête doctorale de Gwen Le Goff sur les enjeux sociaux et politiques de la prise en compte du psychotraumatisme des personnes migrantes précaires, notamment dans les centres régionaux psychotraumatisme (CRP) présentée lors d'un séminaire de préparation à ce dossier [en ligne] <https://www.publisocial.fr/compte-rendu-de-la-seconde-seance-du-seminaire-sans-abri-les-visages-de-la-grande-exclusion-sur-les-vulnerabilites/>



## Références bibliographiques

- Aranda M. (2022), « Soigner les “exclus” dans les centres et réseaux de santé : des formes d’institutionnalisation différenciées de l’assistance sociomédicale en médecine de ville », *Sociologies pratiques*, n° 45, p. 53-62.
- Ayano G., Tesfaw G. et Shumet S. (2019), « The Prevalence of Schizophrenia and other Psychotic Disorders among Homeless People : a Systematic Review and Meta-analysis », *BMC Psychiatry*, nov 27, n° 19(1), p. 370.
- Getinet A., Solomon M., Light T. *et al.* (2020), « A Systematic Review and Meta-Analysis of the Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder among Homeless People », *Psychiatric Quarterly*, n° 91, p. 1-15.
- Bajjour N. (2021), « Être médiatrice-pair et soutenir le pouvoir d’agir des personnes en situation de migration », *Rhizome*, n° 79, p. 17.
- Callon M., Lascoumes P. et Barthe Y. (2014), « 2. La recherche confinée », in Barthe Y., Callon M. et Lascoumes P. (dir), *Agir dans un monde incertain : Essai sur la démocratie technique*, Paris, Seuil.
- Castel R. (1977), *L'ordre psychiatrique*, Paris, Éditions de Minuit.
- Castel R., Enriquez E. et Stevens H. (2008), « D’où vient la psychologisation des rapports sociaux ? », *Sociologies pratiques*, n° 17, 2, p. 15-27.
- Chambon N., Cochet P. et Le Goff G. (2013), « Soigner des migrants précaires en psychiatrie publique », *Écarts d'identité*, ADATE, p. 38-44.
- Chambon N. et Le Goff G. (2016), « Enjeux et controverses de la prise en charge des migrants précaires en psychiatrie », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, p. 123-140.
- Chambon N. (2017), « Reconnaître et agir sur la dimension sociale du trouble », *Rhizome*, n° 65-66, p. 37-39.
- Chambon N., Gilliot É. et Sorba M. (2020), « L’intervention sociale à l’épreuve d’une préoccupation pour la santé mentale. Mobilisation du rétablissement et politique de logement d’abord », *Revue française des affaires sociales*, n° 2, avril-juin, p. 97-116.
- Chambon N. et Petrouchine R. (2020), « “Faire cas” du traumatisme dans une consultation d’expertise médicale auprès de demandeurs d’asile », *Rhizome*, n° 75-76, p. 141-150.
- Chambon N., Gilliot É. et Mathieu S. (2022), « Des pratiques en mutation », in Chambon N. (éd.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Bron, Presses de Rhizome.

- Damon J. (2012), *La question SDF : Critique d'une action publique.*, Paris, Presses universitaires de France.
- Declerck P. (2001), *Les naufragés : Avec les clochards de Paris*, Paris, Plon.
- Desvignes S., Labeyrie É., Lenoir C. et al. (2022), « *Open Dialogue*. Au cœur de la précarité : “être avec” les émotions ? », in Chambon N. (éd.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Bron, Presses de Rhizome.
- Ehrenberg A. (2010), *Société du malaise*, Paris, Odile Jacob.
- Einhorn L. (2018), « Précarité, parcours d'hébergement et santé mentale. Une étude dans les CHRS de l'Ain », Rapport d'étude, Orspere-Samdarra.
- Einhorn L. et Tremblay V. (2021), « Initier le soin : des professionnels au front de la précarité. État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en Auvergne - Rhône-Alpes », Rapport d'étude, Orspere-Samdarra.
- Eyraud B. et Moreau D. (2013), « Formes et régulations de l'enfermement psychiatrique : de la création de l'asile aux nouvelles unités sécurisées, l'exemple de l'hôpital du Vinatier », *Cultures & Conflits*, n° 90, p. 117-134.
- Fassin D. (2004a), « Et la souffrance devint sociale : De l'anthropologie médicale à une anthropologie des afflictions », *Critique*, n° 680-681, p. 16-29.
- Fassin D. (2004b), *Des maux indicibles : Sociologie des lieux d'écoute*, Paris, La Découverte.
- Furtos J. (1998), *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Issy-les-Moulineaux, Masson.
- Furtos J. (2000), « Épistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psys) », *Pratiques en santé mentale*, n° 1, p. 23-32.
- Gardella E. (2003), « Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion : à propos des *Naufragés* de Patrick Declerck (note critique) », *Terrains & travaux*, n° 5, p. 165-176.
- Gauchet M., Swain G. (2007), *La Pratique de l'Esprit humain. L'institution asilaire et la révolution démocratique*, Paris, Gallimard.
- Gilliot É., Chambon N. et Aubry L. (2021), « “Logement d'abord” : présupposer une égalité dans la capacité à habiter pour lutter contre les inégalités dans l'accès au logement et le sans-abrisme », *Lien social et Politiques*, n° 87, p. 212-232.
- Gilliot É. et Linder A. (2022), « Principes du rétablissement et Logement d'abord », in Chambon N. (éd.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Bron, Presses de Rhizome.

Gilliot É., (2023), « La restauration du pouvoir d’agir en psychiatrie et dans l’intervention sociale : des valeurs au service de la rencontre des pouvoirs d’agir », Doctorat en psychologie clinique, sous la direction de Marie-Carmen Castillo, Paris VIII.

Gutwinski S., Schreiter S., Deutscher K. *et al.* (2021), « The Prevalence of Mental Disorders among Homeless People in High-income Countries : An updated Systematic Review and Meta-regression Analysis », *PLoS Med*, p. 1-22.

Hermant E. (2004), *Clinique de l’infortune. La psychothérapie à l’épreuve de la détresse sociale*, Paris, Seuil, collection « Les empêcheurs de penser en rond ».

Hodgson K. J., Shelton K. H., van den Bree M.B.M., Los F. J. (2013), « Psychopathology in Young People Experiencing Homelessness : A Systematic Review », *American Journal of Public Health*, n° 103, p. e24-e37.

Lazarus A. et Strohl H. (1995), « Une souffrance qu’on ne peut plus cacher : rapport du groupe de travail “ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale” », Paris, La Documentation française.

Levy J. (2021), « Les “grands exclus” : une catégorie d’exceptions : évolutions du traitement politique des sans-abri chroniques en France depuis les années 1980 », Doctorat en science politique sous la direction de M. Kaluszynski, université Grenoble-Alpes.

Lio G., Ghazzai M., Haesebaert F. *et al.* (2022), « Actionable Predictive Factors of Homelessness in a Psychiatric Population : Results from the REHABase Cohort Using a Machine Learning Approach », *International Journal of Environmental Research and Public Health*, n° 19(19), p. 12268.

Marques A. et Velpry L. (2013), « L’hospitalisation psychiatrique des personnes en situation de grande précarité. L’information psychiatrique », n° 89, p. 465-472.

Mougeot F., Benetos E. et Simon A. (2021), « Apprendre (de) la violence à l’hôpital : directives anticipées en psychiatrie et violence des soins », *Rhizome*, n° 80-81, p. 27-28.

Observatoire du Samusocial de paris (2009), *La santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d’Île-de-France (samenta)*.

Quesemand Zucca S. (2007), *Je vous salis ma rue, Clinique de la désocialisation*, Paris, Stock.

Ravon, B. (2009). L’extension de l’analyse de la pratique au risque de la professionnalité. *Empan*, 75, p. 116-121.

Rey R. et d’Amato T. (2019), « 36. Modèle stress-vulnérabilité/ gène-environnement », in Dollfus S. (éd.), *Les schizophrénies*, Cachan, Lavoisier.

Roze M., Vandentorren S., Vuillermoz C. *et al.* (2016), « Emotional and Behavioral Difficulties in Children Growing up Homeless in Paris. Results of the ENFAMS survey », *European Psychiatry*, Oct, n° 38, p. 51-60.

Zerbib L. et Bechla I. (2022), « Lieu de répit. Un espace pour le “soi” dans le champ de la santé mentale », in Chambon N. (éd.), *La politique du Logement d'abord en pratique*, Bron, Presses de Rhizome.

Von Buelzingsloewen I. (2011), « Réalité et perspectives de la médicalisation de la folie dans la France de l'entre-deux-guerres », *Genèses*, n° 82, p. 52-74.