

Quelques aspects de la santé mentale concernant l'habitat dans l'accompagnement des personnes précaires.

Jean FURTOS

Psychiatre, chef de service au Centre Hospitalier le Vinatier, Pôle Est, Lyon-Bron,
Directeur Scientifique de l'Observatoire National des pratiques en santé mentale et précarité

L'homme habite, et ainsi il prend place parmi les humains. Pour cela, il lui faut un lieu où inscrire son corps, sa subjectivité, son histoire, sa citoyenneté. Habiter, c'est mettre de soi en un lieu, ce qui est fort différent d'être logé. S'il ne peut habiter, l'homme ne peut prendre place et cela s'appelle aujourd'hui l'exclusion. L'aider à habiter, cela s'appelle lutter contre l'exclusion.

Habiter suppose des modalités d'investissement psychique qu'il faut un peu connaître : que signifie pour un enfant construire ou dessiner une cabane ? Qu'est-ce qu'habiter pour une personne schizophrène, pour une personne S.D.F ? La dimension clinique s'impose ici pour contribuer au sens et à l'action. Elle s'inscrit d'autant plus dans l'intersubjectivité langagière que l'homme habite le langage, c'est là son monde.

Pour approcher la clinique, j'évoquerai d'abord mon expérience en hospitalisation à domicile.

J'ai pratiqué l'hospitalisation à domicile de 1976 à 1999, en plus de mon travail hospitalier. Les patients étaient visités une fois par jour par une infirmière, et une fois par semaine par le médecin ; ils vivaient pour certains dans des habitats insalubres, en particulier dans une cité qui avait été construite après la guerre d'Algérie pour les rapatriés d'Afrique du Nord, donc après 1962, et qui continuait une fonction d'hébergement qui aurait dû être provisoire.

Ce que nous tentions de faire dans l'hospitalisation à domicile, c'était d'instituer une véritable psychothérapie au domicile du patient. Comment étaient les logements d'après ma mémoire (parce que ce n'est pas quelque chose que l'on mettait systématiquement dans les dossiers) ? Certains appartements, certaines maisons étaient bien tenues et même agencées d'une manière coquette ; à l'inverse, d'autres étaient négligées et nous donnaient des problèmes concrets : où s'asseoir, comment boire dans un verre pas propre lorsque l'on vous offre à boire ?

Il y avait deux symptômes extrêmement fréquents : d'une part, les pièces étaient souvent relativement vides, comme si elles n'étaient pas habitées ; à cet égard, l'apparition de plantes ou de décorations constituait un événement important. Et d'autre part, il y avait un symptôme fréquent, celui des volets fermés : je ne peux pas vous donner de chiffres, parce que ce n'était pas quantifié, mais effectivement les volets étaient souvent fermés. Je le comprenais comme une peur de la lumière, une peur de la vie, une peur de l'extérieur, un renfermement sur soi, et, d'après certains éléments psychodynamique, comme une véritable constipation psychique ; d'ailleurs, en général, les volets s'ouvraient lorsque les patients se détendaient, s'apaisaient, s'ouvraient à l'autre dans la relation thérapeutique.

Je dois dire -et ceci est un point important- que même dans les logements mal tenus et dégradés, il nous semblait, aux infirmières et à moi-même, que la pauvreté des conditions passait pour ainsi dire au second plan : seule comptait en premier la relation humaine qui se passait entre le patient, sa famille et ses soignants. Nous avions le sentiment que la relation instaurée était plus importante que le cadre concret, fût-il péjoratif. Il en était de même dans la cité pour les rapatriés d'Afrique du Nord. Cette cité était matériellement dégradée, mais il y avait une telle solidarité, une telle convivialité, qu'on finissait par ne plus voir la pauvreté des locaux. En somme la seule configuration physique des logements et maisons n'est pas suffisante en terme de santé mentale et d'accompagnement.

Pathologie mentale et personnes ayant l'habitude de la grande précarité.

Pour les personnes en grande précarité, sans domicile fixe, squatters, personnes habitant dans des logements précaires ou hébergements d'urgence, la littérature internationale montre, depuis déjà un certain temps, une forte prévalence des pathologies psychiatriques lourdes¹. Par exemple : au moins dix fois plus de pathologies schizophréniques que dans la population générale, cela veut dire 10 %; et au minimum 30 à 40 % de pathologies avérées de psychiatrie « lourde ». Cette prévalence peut s'expliquer à deux niveaux:

-1°- il y a une centrifugation des pathologies due, entre autres, à la fermeture des lits psychiatriques : aux Etats-Unis, c'est évident, en Europe aussi, avec une diminution de la durée moyenne de séjour dans les hôpitaux. Si bien que les personnes malades mentales les plus graves restent moins longtemps à l'hôpital; par ailleurs souvent inaptes, au niveau social, à tenir un métier et à se débrouiller dans la vie quotidienne, elles font partie, avec d'autres exclus, des gens en grande précarité.

-2°- mais il y a aussi un lien plus direct : il y a dans la précarité, même sans causalités directes avec les maladies mentales authentifiées (au niveau de la science actuelle), une corrélation avec d'autres affections psychiques comme la dépression. Mais là faut-il encore distinguer la dépression et le découragement : le nombre de « découragements » que l'on prend pour des dépressions est considérable, même si ces deux types de pathologies sont également augmentées dans le contexte de la précarité sociale.

Le découragement est-il une pathologie ? Oui s'il n'est pas reconnu et si les personnes découragées ne sont pas... encouragées ; il peut conduire au suicide ou à l'incurie, et il ne se traite absolument pas comme une dépression. Répétons le, lorsque quelqu'un est découragé, on peut l'encourager tant qu'il est temps; par contre, avec un patient déprimé, nous savons que lui dire « allez, vous allez voir, ça va aller mieux » s'avère inadéquat.

Il faut également citer la honte, qui comme on le sait, a aussi des formes malignes, surtout la honte qui dure, la honte chronique, qui est le contraire de la fierté d'appartenir à un groupe social, donc du côté de l'exclusion. De même, les comportements de polytoxicomanie sont favorisés par ces manières de vivre, ne serait-ce que pour sentir son corps, car le découragement peut conduire au désespoir sans nom et au syndrome d'autoexclusion (Je parlerai plus précisément de ce syndrome plus loin) dont l'un des signes est l'anesthésie partielle du corps, pour ne pas souffrir.

Enfin, et c'est là que je veux en venir, l'un des signes fréquents du syndrome d'autoexclusion est l'incurie, ou l'absence de souci de soi, notamment dans l'habitat, là où il s'agit de mettre de soi.

L'absence de souci de soi reste, d'une certaine manière, un découragement, mais un découragement sévère, un désespoir qui va passer dans la vie quotidienne d'une manière parfois gravissime. On observe l'incurie avec des personnes isolées et qui s'isolent activement : malades mentaux, personnes âgées, personnes en grande précarité sociale, et, d'une manière générale, toute personne qui, à un moment de sa vie, se sent coupée de son appartenance à la commune humanité. L'incurie, dans ces contextes, doit être considérée comme un signe clinique d'exclusion et d'abandon de soi même.

Il y a certes des formes bénignes d'incurie, comme les petites négligences dont je ne parlerai pas, car nous les connaissons tous; et il y a des formes malignes : la négligence va porter sur l'hygiène, le fait de se nourrir, le fait de sortir de chez soi, avec un repli, des problèmes de santé, des dettes (les personnes ne paient plus leur logement), un isolement croissant dont les formes les plus graves aboutissent à la mort en l'absence d'intervention de tiers bienveillants. Un jour, on se dit "tiens, vous n'avez pas vu Monsieur Untel? Non, ça fait un mois qu'on ne l'a pas vu", On va le voir dans le foyer où il réside. La directrice du foyer vous dit "oui, c'est vrai ; on croyait qu'il n'était plus là." On va le voir: une odeur de cadavre, il est mort, il a disparu. L'incurie est une pathologie de la disparition de soi comme être social, et parfois comme disparition de l'être biologique qui s'appelle la mort : ce n'est pas du suicide, c'est seulement l'abandon de soi-même, le désinvestissement de soi-même, l'instinct de mort qui a réussi. Les «pathologies de la disparition »(2) sont importantes à notre époque.

L'incurie a pour élément cardinal qu'il porte souvent sur l'habitat Pourquoi? Parce que, quand elle s'aggrave, l'incurie se signe par un encombrement de son lieu d'habitation par des déchets (venant quelquefois dans des pièces au préalable trop vides) : déchets alimentaires, déchets organiques, déjections du corps, vêtements sales, objets hétéroclites, qui vont s'amonceler comme une montagne d'immondices, sur 50 centimètres ou un mètre de hauteur, ou plus. Quelquefois, les déchets sont dans des sacs, quelquefois sans sac. Quelquefois, il y a des chemins à travers les immondices, quelquefois il n'y en a pas. Quand il y a un chemin, il est évident qu'il y a davantage d'organisation psychique, parce que, au fond, c'est le dessin concret, dans le quotidien, de l'organisation psychique telle qu'elle est à ce moment. Quelquefois, le lit est respecté, quelquefois le lit lui-même n'est plus respecté. Il y a là une perte de la fonction psychique de décontamination entre ce qui est à jeter et ce qui est à garder. En fait, malheureusement, la personne elle-même est en train de devenir un déchet. Cela ne veut pas dire qu'elle l'est en tant que sujet, en tant que personne humaine; mais, en tant que se détruisant progressivement dans son humanité concrète, elle est en train d'apparaître comme un déchet, et donc de disparaître comme un sujet ayant sa dignité sur la scène sociale. On distingue deux types d'accumulation : Les amoncellements par perte de la capacité de faire le ménage, de jeter et de conserver, véritable abandon de soin, incurie primaire, signe négatif de l'absence de décontamination, Et le collectionnisme d'objets particuliers (sylligomanie, « hoarding » pour les anglo-saxons), qui est un symptôme positif avec incurie secondaire : si un sujet garde tous les journaux, toutes les bouteilles de brumisateur, certains types de vêtements, cela peut faire des mètres cubes.

Le syndrome d'auto exclusion

Le symptôme d'incurie s'inscrit dans un syndrome global que j'ai appelé, depuis 1999, "syndrome d'auto exclusion"(4). Ce syndrome était décrit par certains auteurs, en France et ailleurs, sous l'angle de la désocialisation. J'ai insisté pour l'appeler « syndrome d'auto exclusion», afin de pointer le fait essentiel de l'activité du sujet humain dans certaines situations d'exclusion: pour survivre, le sujet est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre il s'empêche de vivre. C'est un paradoxe grave. D'une manière générale, nous sommes là dans ce que les psychanalystes, et notamment l'école lyonnaise avec René Roussillon, a nommé les "logiques de la survie" qui ne sont plus des logiques de vie, en ce qu'elles n'obéissent plus au principe de plaisir/déplaisir qui devient une logique dépassée, ce qui explique la non intolérance de la personne à sa propre destructivité.

L'incurie s'inscrit cliniquement dans ce syndrome englobant qu'est le syndrome d'auto exclusion dont je vais décrire les principaux aspects. L'essentiel à comprendre, c'est qu'il s'agit de ne plus souffrir, donc de s'anesthésier, de se couper de soi, et tout le reste en découle, y compris de ne plus penser.

- premier signe : inhibition de la pensée et des émotions. Les gens paraissent bêtes, frustrés, mais ils ne le sont pas. Ils paraissent ne plus avoir d'émotions mais ils en ont. « Simplement », elles sont inhibées, émoussées, mises à côté d'elles mêmes.

- second signe: anesthésie partielle du corps, cliniquement vérifiable; cela n'est pas de l'hystérie ni un syndrome neurologique ou carenciel, et c'est pour cette raison que ces personnes ne sentent pas la douleur des maladies, et qu'elles peuvent même à la limite ne pas sentir une gangrène. Elles sont anesthésiées comme à la sortie d'une anesthésie générale.

- troisièmement : sur ce fond d'émoussement et d'anesthésie, on observe des troubles du comportement parfois violents, déclenchés souvent par des rapprochements avec autrui; il s'agit le plus souvent de retour de l'anesthésié, ou psychodynamiquement parlant, du retour du clivé. Ce qui était congelé se décongèle, pour ainsi dire, assez souvent déclenché par l'alcoolisation ou les drogues illicites.

- quatrièmement : rupture active avec la famille et les proches, mais aussi avec les aidants. Une recherche de l'ORSPERE a montré, après la mort de personnes en grande exclusion, qu'elles avaient passé les dernières années de leur vie à couper activement les ponts avec toute personne aimée avec lesquelles elles étaient en lien.

- cinquièmement : il y a une diminution de la honte humanisante. A côté de l'humiliation, il y a une « bonne » honte, qui est le fait d'avoir honte de faire quelque chose parce que les autres considéreraient que vous ne faites plus partie du groupe. En somme, il y a honte humanisante lorsque l'on partage un idéal commun. Dans ce syndrome, les gens perdent la vergogne, et on peut bien leur dire "vous devriez avoir honte, monsieur », le mot honte ne signifie plus rien. Ils sont au-delà, ils sont devenus sans vergogne, ce qui, comme le reste, peut être réversible.

- sixièmement : ils vivent dans un monde paradoxal, dans un monde à l'envers. Tant qu'on n'a pas compris qu'ils vivent certes dans le même monde que tout le monde, mais à l'envers, on communique très difficilement. Nous savons par exemple que certaines personnes qui sont à la rue ou sans logement correct ne peuvent pas supporter qu'on leur donne un logement salubre. Cela fait partie du monde à l'envers, où des gens demandent un logement depuis des mois ou des années, mais couchent par terre ou laissent la fenêtre ouverte lorsqu'ils en reçoivent un ; ce qui pose des problèmes: ils vivent comme s'ils étaient encore dehors, psychiquement, ou ils se débrouillent pour transformer l'habitat en immondices, et ils se font expulser, quelquefois suite à des troubles du comportement. En fait, il y a un certain nombre de comportements paradoxaux qu'il faut comprendre, notamment la réaction thérapeutique négative : plus on les aide, plus ils vont mal. Il a des gens qui vont mieux quand on les aide et il y en a d'autres qui s'aggravent, et ça ne nous fait pas plaisir.

C'est là, je pense, qu'on a le plus besoin d'analyse de la pratique avec des psychologues ou des psychanalystes, pour comprendre et pour ne pas être atteint par le dégoût d'un travail qui ne servirait à rien. Un autre signe paradoxal, le plus important à connaître, est la diminution de la capacité de demande, voire même l'abolition de cette capacité. Ce sont des personnes qui ne peuvent plus demander ni aide, ni soin. Au contraire, elles les récusent quand on le leur propose. Il faut donc trouver des stratégies non violentes pour négocier tout de même quelque chose.

- septièmement : il y a l'incurie dans l'habitat, dont j'ai parlé plus haut, à laquelle il faut associer les diverses formes d'errance, impossibilité d'habiter le lieu que je ne développerai pas ici.

-Et puis, en définitive, la mort prématurée est une complication terminale du syndrome d'auto exclusion, par incurie, par anesthésie, et par refus d'accès à l'aide et aux soins.

Quelques principes pour conclure :

-1- Il est évident que la conduite à tenir, en face de difficultés psychosociales de cette gravité, est d'abord de savoir les reconnaître en tant que telles, de ne pas les mettre sur le compte d'une « mauvaise volonté », ou de « sabotage du travail professionnel ». Pour cela, il convient de refuser le dogme de l'autonomie obligatoire. L'autonomie obligatoire, ce serait de dire ; « Ecoutez, Madame, Monsieur, si vous ne voulez pas être aidé(e), c'est votre vie, c'est votre problème." Quand on dit "c'est votre vie, c'est votre problème" à des gens qui sont en incurie, c'est l'équivalent d'un eugénisme passif. Dans le cadre de la relation d'aide, et quelle que soit sa place dans la relation d'aide, il y a à apprendre la capacité de négocier, dans un espace qui est à construire, avec des gens qui, apparemment, n'en veulent pas, mais qui peuvent accepter une aide malgré tout, si on la présente avec tact, avec conviction, et en prenant appui sur ceux qui les connaissent et qui leur souhaitent du bien, c'est-à-dire de vivre.

-2- Trois modèles pour comprendre l'incurie dans le cadre du syndrome d'autoexclusion.

- Le modèle des camps de concentration, où l'intention de nuire est politique et collective. Dans les camps, on observait des phases terminales d'incurie, des phénomènes qui s'apparentaient à ce que nous reconnaissons individuellement sur certaines personnes isolées. C'est comme si, individuellement, certaines personnes aujourd'hui en grande précarité se reconnaissaient tout à fait inconsciemment comme vivant dans un camp de concentration, c'est-à-dire non reconnues comme humaines par le regard et les comportements sociaux.

- deuxième modèle, la dépression anaclitique du nourrisson, décrite par Spitz en 1947, à envisager du côté de la maltraitance intersubjective. Vous avez des bébés qui, lorsqu'on s'occupe d'eux uniquement par des mains mercenaires, sans sollicitude, sans émotion, sans affect, perdent l'appétit, maigrissent, deviennent "incuriques", perdent leurs compétences, et si on ne fait rien, meurent. Cela signifie que certaines personnes, qui ne sont plus des bébés depuis longtemps, peuvent, dans des situations de grande vulnérabilité, suivre la même piste d'impossibilité de vivre, car il reste toujours un bébé en l'adulte.

- troisième modèle : celui des demandeurs d'asile dont la demande de statut est rejeté dans l'attente d'un temps interminable: ne pas avoir un statut, ne pas être assignés à une place digne et reconnue, c'est aussi l'impossibilité d'habiter en notre monde, comme suggéré lors de notre introduction.

-3- prendre soin

Attention : "modèle" ne veut pas dire "situation identique".

L'incurie est l'une des voies finales de la perte ressentie d'humanité aux yeux d'autrui, quel qu'en soit le contexte. L'humanité reconnue passe souvent par des situations concrètes. L'habitat est une situation concrète. Si avoir un emploi, dans les années 90, était considéré comme l'objet social intégratif par excellence, il n'en est plus de même en cette première décennie du troisième millénaire : c'est maintenant avoir un logement digne qui constitue le dernier recours avant l'exclusion. Encore faut-il nous souvenir des données rapportées plus haut, à propos de notre expérience en matière d'hospitalisation à domicile : c'est la relation intersubjective qui reconnaît la dignité de la personne et ses impossibilités temporaires de correspondre aux normes ; il paraît important de reconnaître et d'accepter un temps le monde à l'envers dans lequel vivent certaines personnes en situation de précarité et d'exclusion : vivre à l'envers pour vivre malgré tout.

Cela s'appelle prendre soin des personnes vulnérables.

- 1- Samira RICHER et Nicolas MERYGLOD, données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domiciles, p260-277, in : Jean FURTOS, les cliniques de la précarité, MASSON, 2008.
- 2- cf. op-cité, Jean FURTOS, les cliniques de la précarité, p11-22.
- 3- Valérie COLIN, contamination et décontamination psychique. Manières d'habiter du sujet SDF, in : Rhizome N°7, p13
- 4- Jean FURTOS, op-cité, p118-132.