



**HAL**  
open science

# Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale.

Gaetan Langlard

## ► To cite this version:

Gaetan Langlard. Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale.. Psychologie. Normandie Université, 2017. Français. NNT : 2017NORMR018 . tel-02930363v1

**HAL Id: tel-02930363**

**<https://theses.hal.science/tel-02930363v1>**

Submitted on 4 Sep 2020 (v1), last revised 4 Sep 2020 (v2)

**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.



Normandie Université

## THÈSE

**Pour obtenir le diplôme de doctorat en psychologie**

**Spécialité Psychologie Clinique et Psychopathologie**

**Préparée au sein de l'Université de Rouen Normandie**

**Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type  
de prise en charge par le dispositif d'aide sociale**

**Présentée et soutenue par  
Gaétan LANGLARD**

**Thèse soutenue publiquement le 19 mai 2017  
devant le jury composé de**

Madame Évelyne BOUTEYRE	Professeure des Universités, Aix-Marseille Université	Codirectrice de thèse
Madame Anne-Marie COSTALAT-FOUNEAU	Professeure des Universités, Université de Montpellier 3	Rapporteur
Monsieur Didier DRIEU	Professeur des Universités, Université de Rouen Normandie	Examineur
Monsieur Pascal LE MALÉFAN	Professeur des Universités, Université de Rouen Normandie	Directeur de thèse
Madame Aubeline VINAY	Professeure des Universités, Université d'Angers	Rapporteur

**Thèse dirigée par Pascal LE MALÉFAN (laboratoire CRFDP, EA 7475)  
et codirigée par Évelyne BOUTEYRE (laboratoire LPCLS, EA 3278)**





## **TITRE : Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le dispositif d'aide sociale**

En pleine extension, la population sans domicile fixe (SDF) est devenue une problématique sociétale majeure qui confronte le dispositif de veille sociale à son impuissance. L'objectif de cette recherche est de comprendre comment une frange de la population SDF parvient à entrer dans une dynamique d'insertion quand une autre se chronicise dans sa situation. Pour ce faire, trois groupes sont comparés : un groupe de 24 SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, un groupe de 25 SDF inscrits dans une structure d'insertion et un groupe de 25 SDF, « chronicisés », accueillis dans une structure de stabilisation. Un entretien semi-directif est mené auprès de chaque participant, et sont administrées l'échelle d'anxiété et de dépression (Zigmond et Snaith, 1983) et l'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965). Une adaptation a été nécessaire pour l'échelle de lieu de contrôle (IPAH – Jutras, 1987) et pour le Questionnaire de Soutien Social Perçu (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001), également administrés. De nombreuses variables différencient significativement les groupes SDF. Ces résultats permettent d'établir des liens entre le type de prise en charge d'une part, la souffrance psychique, la qualité du lien social et la perturbation identitaire d'autre part. Totalement déstructurante pour les SDF, la situation d'hébergement d'urgence est source d'une intense souffrance psychique. Ayant préservé ce qui fonde leur identité, certains SDF parviennent à s'appuyer sur le lien social pour s'inscrire dans une dynamique d'insertion. A l'inverse, d'autres mettent en place des défenses psychiques et des stratégies de survie qui ont l'effet paradoxal de favoriser leur chronicisation tout en diminuant drastiquement leur souffrance. C'est en considérant la santé mentale des SDF et leurs stratégies d'adaptation que nous pourrions améliorer le dispositif afin que la prise en charge soit adaptée à cette population.

*MOTS CLÉS : Santé mentale ; identité ; exclusion ; souffrance psychique ; détresse psychosociale ; sans domicile fixe (SDF) ; réinsertion ; sans-abrisme chronique*

## **TITLE: Mental Health approach of homeless people in relation to the type of care offered by the plan of social assistance**

The growing population of homeless has become a major social issue which forces the Social Watch to face its own inefficiency. The purpose of this study is to understand how a part of the homeless manages to achieve a process of social reintegration while another stays in a chronic state of homelessness. To do so, three groups have been compared: a group of 24 homeless people using the emergency center, a group of 25 homeless registered in a social reintegration center and a group of 25 homeless, «in a chronic state of homelessness», sheltered in a center of stabilization. A semi-structured interview is carried out with each participant. Their are assessed on the Hospital Anxiety and Depression Scale (Zigmond and Snaith, 1983) and the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965). An adaptation is necessary for the Locus of Control Scale (IPAH – Jutras, 1987) and for the Perceived Social Support Questionnaire (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001), which are also used. Numerous variables clearly dissociate these groups of homeless people. The results show the link between the type of social care, mental suffering, the strength of the social link and the disruption of one's identity. Deeply destructive for homeless people, the emergency center's environment is a source of intense psychological suffering. Having preserved what shapes their identity, some homeless manage to rely on this social link to start a process of integration. On the contrary, others build psychological fences and strategies to survive that paradoxically reinforce their chronic homelessness while drastically reducing their sufferings. By taking homeless people's mental health into account and their strategies to adapt, we will be able to improve our plan of action so that this population can be taken care of properly.

*KEYWORDS: Mental health ; identity ; exclusion ; psychological suffering ; psychosocial distress ; homeless ; rehabilitation ; chronic homelessness*



## *Remerciements*

Au professeure *Evelyne Bouteyre* qui m'a donné le goût de la recherche en psychologie. Dirigeant mes mémoires de recherche de Master 1 et de Master 2, elle a ensuite permis l'initiation de cette thèse et son aboutissement dans de bonnes conditions. Malgré votre départ de l'université de Rouen pour Aix-Marseille Université, vous avez maintenu une présence bienveillante. Vous avez su cadrer et soutenir mon travail tout en me laissant une importante liberté, et pour ça – ainsi que pour votre optimisme face à toute épreuve – je vous remercie.

Au professeur *Pascal Le Maléfan* qui a accepté d'encadrer cette thèse à l'université de Rouen et qui a proposé un cadre propice aux réflexions sur les cliniques de la grande précarité avec ses autres doctorants Julie et Olivier.

Aux professeures *Aubeline Vinay* et *Anne-Marie Costalat-Founeau* qui ont accepté d'être rapporteurs de ce travail de thèse.

Au professeur *Didier Drieu* qui a bien voulu participer à ce jury de soutenance en tant qu'examineur.

Au professeur *Serban Ionescu* pour l'intérêt qu'il a porté à ma recherche et pour ses nombreux conseils lors de colloques et de journées scientifiques.

A *Isabelle Lacape* qui a soutenu mon projet de thèse et qui m'a ouvert grandement les portes de son association. Merci aux différents chefs de service de cette association, en premier lieu, *Bertrand Delaunay* qui a soutenu mon travail de recherche depuis le Master 1 et à qui je dois beaucoup, et merci aussi à *Franck Poulain*, *Etienne Levallois*, *René Duval* et leur équipe respective sans qui cette recherche n'aurait pas pu être menée à bien. Merci aussi à *Gabriel Auzou*, chef de service du CAARUD, qui m'a également accueilli au sein de sa structure. Mes remerciements vont également à *Fabrice Blondel*, président de l'unité locale de Rouen de la Croix Rouge, et à l'ensemble des bénévoles qui mènent des actions honorables auprès des SDF.

A l'ensemble des enseignants-chercheurs du département de psychologie de l'université de Rouen. Une pensée plus particulière à *Daniel Mellier*, pour tout ce que vous avez fait pour moi, et à *Katia Rovira* qui m'a longtemps ouvert la porte de l'ancienne équipe Fiacre. Merci également à *Serge Combaluzier*, *Brice Gouvernet* et *Jean-Michel Coq* pour m'avoir confié la charge de vos enseignements. *Amine Rezrazi*, merci pour ton aide en statistique et *Frédérique Menant*, thank you pour ton aide en anglais.

A ceux qui ont contribué directement à cette thèse par leurs relectures assidues. Et là, je tiens à remercier 100 fois *Zoé* et aussi tous les autres, *Annabelle*, *Adeline*, *Emeline*, *Morgane*, *Françoise*, *Réjane*.

Chère *Julie Chevalier*, une pensée particulière à toi qui doit être en train de rédiger ta conclusion pendant que je te dis merci pour tout ce que tu es, et une pensée aussi au Docteur *Olivier Jan*, véritable Indiana Jan de l'errance essentielle. A nos projets scientifiques à venir qui s'accompagneront j'en suis sûr de beaux moments de camaraderie, et/ou inversement !

A mes chère(s) collègues et ami(e)s de psycho *Max, Zozo, Anaïs, Mo, Ade, Riquette, Lolo, Garry, Anto, Thierry* et j'en oublie.

Il me faut également remercier très sincèrement mes camarades et amies de socio, *Ellie* « dont le sourire, l'esprit critique et l'ambition m'ont éclairé tout au long de ce parcours » (Mevel, 2017) et *Maulde* « sans qui rien n'aurait été possible, qui a su briller chaque jour par son intelligence et m'irradier de sa connaissance » (Urbain-Mathis, 2017).

Une pensée à *Benji* qui est parti faire sa thèse au Canada, à *Simon* qui, lui, a choisi la Nouvelle Zélande et à *Mélissa* (merci pour les traductions !) qui, c'est à peine croyable, fait une thèse en anglais ! Courage à vous !

Merci à tous les autres, la famille (*Ninon, Juju, Max, mère et père*), *Théo, Dandy, Renard, Alex, Antoine, Cyril, Maz, Bébert, Kurty, Paulo, Eric* et *Ramzy* (*Jean* passe), mais aussi l'ami *Brassens* et l'ami *Desproges* pour ce qu'ils ont été.

Merci à toutes les personnes SDF qui, malgré la complexité de leur situation, m'ont offert leur aide et leur confiance en participant à cette recherche doctorale.

***TOME 1***  
***LA THÈSE***

Thèse pour obtenir le diplôme de doctorat en psychologie

**Approche en santé mentale des SDF en lien avec leur type de prise en charge par le  
dispositif d'aide sociale**

**Présentée et soutenue le 19 mai 2017 par  
Gaétan LANGLARD**

Thèse dirigée par Pascal LE MALÉFAN (laboratoire CRFDP, EA 7475)  
et codirigée par Évelyne BOUTEYRE (laboratoire LPCLS, EA 3278)





*Pour qu'on s'redresse – esse – esse  
C'est l'verbe aider – der – der  
Qu'il faut qu'on s'greffe – effe – effe  
S.D.F.*

*Allez, j'vous laisse – aisse – aisse  
J'vais jouer aux dés – dés – dés  
Chez l'père Youssef – ef – ef  
S.D.F.*

Allain Leprest (1998)<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Extrait de la chanson « S.D.F. » issue de l'album « Nu » de Allain Leprest (1998)



<b>INTRODUCTION .....</b>	<b>15</b>
---------------------------	-----------

*Première partie :*

<b>CONTEXTE THÉORIQUE.....</b>	<b>19</b>
--------------------------------	-----------

<b>CHAPITRE 1 : CONTEXTE HISTORIQUE ET ACTUEL DE LA PRISE EN CHARGE DES EXCLUS .....</b>	<b>21</b>
--	-----------

1.1. LES MARGINAUX ET LEUR PRISE EN CHARGE AU COURS DE L'HISTOIRE .....	21
---	----

1.1.1. <i>La marginalité et les évolutions sociétales : du vagabond au SDF.....</i>	21
---	----

1.1.1.1. Le Moyen Âge : émergence du principe de dangerosité sociale .....	21
--	----

1.1.1.2. Du 16 <sup>ème</sup> au 18 <sup>ème</sup> siècle : répression grandissante des vagabonds et des mendiants..	22
--	----

1.1.1.3. Du 18 <sup>ème</sup> au 19 <sup>ème</sup> siècle : ajustement de la prise en charge en fonction de la variable « travail » .....	24
---	----

1.1.1.4. La fin du 19 <sup>ème</sup> siècle : fondement de l'État Providence.....	25
---	----

1.1.1.5. L'après Seconde Guerre mondiale : apparition du terme clochard (45-70) .....	27
---	----

1.1.1.6. Les années 1970 : virage dans l'action publique .....	29
--	----

1.1.1.7. Synthèse des évolutions .....	31
--	----

1.1.2. <i>Des caractéristiques constantes de la prise en charge de la population SDF .....</i>	33
--	----

1.1.2.1. La distinction du bon pauvre et du mauvais pauvre .....	34
--	----

1.1.2.2. Les oscillations entre l'assistance et la répression.....	34
--	----

1.1.2.3. Le problème de l'harmonisation des dispositifs sur l'ensemble du territoire.....	37
---	----

1.1.2.4. La difficile coordination des intervenants .....	38
---	----

1.1.3. <i>Pour conclure.....</i>	39
----------------------------------	----

1.2. DISPOSITIFS D'AIDE SOCIALE : ETAT DES LIEUX EUROPEEN ET FOCALISATION SUR LA FRANCE.....	40
--	----

1.2.1. <i>Pour introduire .....</i>	40
-------------------------------------	----

1.2.2. <i>Une problématique européenne.....</i>	42
---	----

1.2.2.1. L'état des lieux des dispositifs européens et plus particulièrement français .....	42
---	----

1.2.2.1.1. Les pays d'Europe anglo-saxonne.....	42
---	----

1.2.2.1.2. Les pays d'Europe continentale.....	43
--	----

1.2.2.1.3. Les pays d'Europe de l'Est.....	45
--	----

1.2.2.1.4. Les pays d'Europe du Sud.....	47
--	----

1.2.2.1.5. Les pays d'Europe du Nord.....	48
---	----

1.2.2.1.6. La France .....	49
----------------------------	----

1.2.2.2. La nécessité d'une stratégie européenne de prise en charge des SDF .....	49
---	----

1.2.3. <i>La lutte contre les exclusions.....</i>	51
---	----

1.2.3.1. L'aide à la population SDF .....	51
---	----

1.2.3.1.1. La protection sociale.....	51
---------------------------------------	----

1.2.3.1.1.1. Les fondements de l'État Providence .....	51
--	----

1.2.3.1.1.2. La contractualisation de l'aide.....	54
---	----

1.2.3.1.2. Le cadre législatif, les moyens déployés et les difficultés rencontrées dans les politiques d'aides.....	56
---	----

1.2.3.1.2.1. Le cadre législatif.....	56
---------------------------------------	----

1.2.3.1.2.2. Les moyens déployés .....	58
1.2.3.1.2.3. Les difficultés rencontrées .....	60
1.2.3.2. Les dispositifs d'aide sociale .....	61
1.2.3.2.1. La stratégie globale de ces dispositifs .....	61
1.2.3.2.2. Le dispositif d'urgence .....	62
1.2.3.2.2.1. L'aide en urgence.....	62
1.2.3.2.2.2. Les limites et les critiques du dispositif d'urgence .....	64
1.2.3.2.3. Le dispositif d'insertion.....	65
1.2.3.2.3.1. L'insertion et l'intégration dans la société.....	65
1.2.3.2.3.2. Le dispositif d'insertion mis en place : les CHRS .....	67
1.2.3.2.3.3. Les limites et les critiques du dispositif d'insertion.....	68
1.2.3.2.4. Le dispositif de stabilisation.....	69
1.2.3.2.5. De l'urgence à l'insertion : un fort dualisme.....	70
1.2.4. <i>Pour conclure</i> .....	72
<b>CHAPITRE 2 : LES SANS DOMICILES FIXES (SDF) .....</b>	<b>75</b>
2.1. LA POPULATION SDF .....	75
2.1.1. <i>Pour introduire</i> .....	75
2.1.2. <i>Les définitions de la population SDF</i> .....	76
2.1.2.1. Des appellations multiples .....	76
2.1.2.2. Des nomenclatures différentes .....	79
2.1.2.2.1. La nomenclature française.....	79
2.1.2.2.2. La nomenclature anglo-saxonne.....	81
2.1.2.2.3. La nomenclature européenne.....	81
2.1.2.3. L'hétérogénéité de la population SDF .....	83
2.1.2.4. La nécessité pour l'action publique d'une définition précise de la population SDF ..	84
2.1.3. <i>Les informations sur la population SDF</i> .....	86
2.1.3.1. D'un manque d'informations à la mise en place des enquêtes de l'Insee (2001 et 2012).....	86
2.1.3.2. Le recensement de la population SDF .....	88
2.1.3.2.1. Combien sont-ils en France ? .....	88
2.1.3.2.2. L'évolution des chiffres de 2001 à 2012 .....	90
2.1.3.2.3. Les limites de ces enquêtes.....	91
2.1.3.3. La sociodémographie de la population SDF .....	91
2.1.3.3.1. Les caractéristiques sociodémographiques de la population SDF.....	91
2.1.3.3.1.1. L'âge et la durée de la situation SDF.....	92
2.1.3.3.1.2. Le genre .....	92
2.1.3.3.1.3. La nationalité .....	92
2.1.3.3.1.4. La situation familiale .....	93
2.1.3.3.1.5. Les ressources financières.....	93
2.1.3.3.1.6. Les situations professionnelles .....	94
2.1.3.3.1.7. Les qualifications.....	95
2.1.3.3.2. Les variations des caractéristiques sociodémographiques.....	95
2.1.3.4. Les types d'hébergement versus les caractéristiques sociodémographiques.....	97
2.1.3.4.1. La répartition des SDF et caractéristiques sociodémographiques en fonction de leur hébergement.....	97
2.1.3.4.2. L'analyse des types d'hébergement des SDF .....	99
2.2. L'AVANCEE DANS L'EXCLUSION.....	100
2.2.1. <i>Les modèles anglo-saxons</i> .....	100
2.2.1.1. Pour introduire .....	100
2.2.1.2. Le modèle des <i>careers</i> .....	101

2.2.1.2.1. L'intérêt de ce modèle .....	101
2.2.1.2.2. Les trois types de carrières de Chamberlain et Mackenzie .....	101
2.2.1.2.2.1. La carrière des jeunes SDF .....	102
2.2.1.2.2.2. La carrière sous-tendue par une crise financière.....	104
2.2.1.2.2.3. La carrière sous-tendue par l'éclatement de la famille .....	105
2.2.1.2.3. Le cadre d'intervention découlant du modèle des <i>careers</i> .....	105
2.2.1.3. Le modèle des <i>pathways</i> .....	107
2.2.1.3.1. L'intérêt du modèle .....	107
2.2.1.3.2. Les chemins de Chamberlain et Johnson.....	108
2.2.1.3.3. Le cadre d'intervention découlant du modèle des <i>pathways</i> .....	110
2.2.2. <i>Les modèles français</i> .....	111
2.2.2.1. Le modèle de la désocialisation de Vexliard .....	111
2.2.2.1.1. Un modèle psychosociale précurseur .....	111
2.2.2.1.2. La mise en avant d'une typologie SDF .....	112
2.2.2.1.3. La description du processus de désocialisation .....	113
2.2.2.2. Le modèle de la carrière SDF de Damon.....	114
2.2.2.3. Le modèle de la clochardisation de Declerck .....	116
2.2.2.3.1. La description du modèle .....	116
2.2.2.3.2. La critique du modèle .....	117
2.2.3. <i>Les autres conceptions</i> .....	118
2.2.3.1. L'articulation entre la précarité psychique et l'avancée dans l'exclusion .....	118
2.2.3.2. L'articulation entre les représentations de soi et l'avancée dans l'exclusion .....	119
2.2.4. <i>Pour conclure sur la désocialisation vue comme un processus</i> .....	121
2.3. SITUATION ET CONDITION DE VIE SDF .....	122
2.3.1. <i>Le parcours de vie SDF : une accumulation de traumatismes</i> .....	122
2.3.2. <i>La désorganisation psychique et le passage à l'acte dans l'espace public</i> .....	123
2.3.2.1. La désorganisation psychique et les mécanismes de défense .....	123
2.3.2.2. Le passage à l'acte dans la rue.....	125
2.3.2.3. Pour conclure .....	126
2.3.3. <i>Dans la rue</i> .....	127
2.3.3.1. Des techniques de survie.....	127
2.3.3.2. Des conditions de vie complexes.....	128
2.3.3.2.1. Une perturbation temporelle.....	128
2.3.3.2.2. Espace privé et espace public .....	129
2.3.3.2.3. L'instabilité et l'insécurité de l'environnement.....	130
2.3.3.3. Les fonctions de l'alcool.....	131
2.3.3.4. Une recherche de stabilité.....	132
2.3.3.4.1. L'espace de la ville comme un organisateur des routines .....	132
2.3.3.4.2. La mendicité .....	133
2.3.3.4.3. La quête de repères .....	134
2.3.4. <i>De l'anesthésie psychique à la mort sociale</i> .....	135
2.3.4.1. L'anesthésie de la psyché et du corps .....	135
2.3.4.2. La disparition de la personne en tant que sujet.....	137
2.3.4.3. Un réaménagement psychique possible.....	138
2.3.5. <i>L'attachement et le lien social des SDF</i> .....	139
2.3.5.1. L'attachement des SDF.....	139
2.3.5.2. Le lien social des SDF .....	141

## CHAPITRE 3 : LA SANTE MENTALE DES SDF ..... 145

3.1. DETERMINANTS DE LA SANTE ET DETERMINANTS DE LA PRECARITE.....	145
3.1.1. <i>D'une approche causale à une conception de la vulnérabilité</i> .....	145
3.1.1.1. La causalité individuelle et la causalité structurelle .....	145
3.1.1.2. Les facteurs de risque et la vulnérabilité .....	147
3.1.1.3. Pour conclure .....	149
3.1.2. <i>La santé et la précarité</i> .....	150
3.1.2.1. Le caractère pluridimensionnel de la santé .....	150
3.1.2.2. La mauvaise santé des précaires .....	151
3.1.2.3. Les liens entre santé et précarité .....	154
3.1.2.3.1. Une vulnérabilité accrue chez les précaires.....	154
3.1.2.3.2. L'impact de la précarité sur la santé.....	155
3.1.2.3.3. L'impact de la santé sur la précarité.....	158
3.1.2.3.4. Des renforcements mutuels .....	159
3.1.2.4. L'importance de l'ajustement entre l'individu et l'environnement .....	159
3.1.3. <i>Pour conclure</i> .....	162
3.2. MALADIE MENTALE ET EXCLUSION SOCIALE .....	163
3.2.1. <i>L'épidémiologie psychiatrique chez les SDF</i> .....	163
3.2.1.1. Des surmorbidités psychiatriques .....	163
3.2.1.2. L'alcool et l'exclusion sociale : des liens complexes .....	165
3.2.1.3. La grande variation des prévalences des troubles psychiatriques.....	167
3.2.2. <i>Les liens étroits entre la maladie mentale et l'exclusion sociale</i> .....	169
3.2.2.1. Une psychiatisation inévitable ? .....	169
3.2.2.2. Cause ou conséquence ? .....	171
3.2.2.3. Les difficultés du diagnostic dans la clinique de la précarité .....	173
3.3. DE LA PSYCHIATRIE A LA SANTE MENTALE.....	176
3.3.1. <i>La crise de la psychiatrie et l'essor de la santé mentale</i> .....	176
3.3.1.1. La mission de service public de la psychiatrie en débat .....	176
3.3.1.2. La psychiatrie à l'épreuve de l'évolution sociale .....	177
3.3.1.2.1. Entre résistances et innovations.....	177
3.3.1.2.2. De la sectorisation au travail de réseau : une tentative de réponse aux nouvelles pathologies.....	178
3.3.1.3. Le passage à la santé mentale .....	180
3.3.1.3.1. Le paradigme de la santé mentale.....	180
3.3.1.3.2. Au-delà du normal et du pathologique .....	181
3.3.1.3.3. La difficulté d'établir une grille d'analyse objectivable de la santé mentale .....	183
3.3.1.4. Pour conclure .....	185
3.3.2. <i>La souffrance psychique et la santé mentale</i> .....	185
3.3.2.1. La souffrance psychique mise au premier plan .....	185
3.3.2.1.1. L'importance de son origine sociale.....	185
3.3.2.1.2. La difficulté de définir et de délimiter la souffrance psychique.....	186
3.3.2.1.3. Une tentative de réponse : la description de la souffrance psychique (le rapport Parquet, 2003).....	188
3.3.2.2. Les liens entre la souffrance psychique et la santé mentale .....	189
3.3.2.2.1. La souffrance psychique : nécessité d'une approche en santé mentale.....	189
3.3.2.2.2. La souffrance psychique et la santé mentale : deux notions indissociables .....	190

3.3.3. <i>Le changement de société : vers plus d'individualisme</i> .....	192
3.3.3.1. Les mutations du social : l'autonomie au premier plan .....	192
3.3.3.2. La norme d'intériorité et la réussite sociale .....	195
3.3.3.3. Un nouveau malaise dans la civilisation.....	197
<b>CHAPITRE 4 : PROBLEMATIQUE</b> .....	<b>199</b>
4.1. CE QUE NOUS APPREND LA REVUE DE LA LITTÉRATURE.....	199
4.1.1. <i>Le traitement du phénomène SDF : un problème sociétal d'ampleur</i> .....	200
4.1.2. <i>Qui sont les SDF ?</i> .....	201
4.1.3. <i>L'avancée dans l'exclusion</i> .....	202
4.1.4. <i>La condition de vie difficile des SDF</i> .....	203
4.1.5. <i>Les liens entre maladie mentale et exclusion sociale</i> .....	204
4.1.6. <i>La santé mentale et la souffrance psychique d'origine sociale</i> .....	205
4.2. L'INTERET D'ELABORER UN CADRE DE RECHERCHE EN SANTE MENTALE : L'AXE CENTRAL DE L'IDENTITE .....	206
4.2.1. <i>Des limites et des manques dans la littérature scientifique : des pistes de recherche</i> .....	206
4.2.2. <i>L'identité : une notion transversale à l'individuel et au social</i> .....	207
4.2.3. <i>Les sentiments d'identité</i> .....	209
4.2.4. <i>L'impact de l'exclusion sur les sentiments d'identité</i> .....	212
4.3. PROBLEMATIQUE ET QUESTIONS DE RECHERCHE .....	214
4.3.1. <i>La problématique</i> .....	214
4.3.2. <i>Les questions de recherche</i> .....	215
 <b><i>Seconde partie :</i></b> <b><i>COMPTE-RENDU DE RECHERCHE</i></b> ..... <b>217</b>	
<b>CHAPITRE 5 : METHODOLOGIE</b> .....	<b>219</b>
5.1. CADRE EXPERIMENTAL.....	219
5.1.1. <i>Pour introduire</i> .....	219
5.1.2. <i>Les échantillons</i> .....	220
5.1.2.1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion .....	220
5.1.2.2. Les trois groupes SDF.....	221
5.1.2.2.1. Le groupe usager d'un Centre d'Hébergement d'Urgence.....	221
5.1.2.2.1.1. La description du groupe .....	221
5.1.2.2.1.2. Les modalités d'accès aux participants.....	222
5.1.2.2.2. Le groupe inscrit en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale.....	223
5.1.2.2.2.1. La description du groupe .....	223



5.1.2.2.2.2. Les modalités d'accès aux participants.....	223
5.1.2.2.3. Le groupe accueilli dans une structure de stabilisation .....	224
5.1.2.2.3.1. La description du groupe .....	224
5.1.2.2.3.2. Les modalités d'accès aux participants.....	225
5.1.3. <i>Les outils</i> .....	226
5.1.3.1. Rappel des variables et des outils correspondants.....	226
5.1.3.2. L'entretien semi-directif.....	228
5.1.3.2.1. La structuration de l'entretien.....	228
5.1.3.2.2. Les caractéristiques sociodémographiques, la situation familiale et la qualité de l'enfance .....	229
5.1.3.2.3. Le sentiment de permanence de soi et la projection dans l'avenir .....	230
5.1.3.2.4. Le sentiment de honte et la gêne occasionnée par le regard des autres.....	230
5.1.3.2.5. Les comparaisons sociales.....	231
5.1.3.2.6. Les apports protecteurs et néfastes du dispositif et le degré de satisfaction de la prise en charge.....	231
5.1.3.3. Les échelles et le questionnaire .....	232
5.1.3.3.1. L'anxiété et la dépression .....	232
5.1.3.3.1.1. La description et l'intérêt de mesurer l'anxiété et de la dépression.....	232
5.1.3.3.1.2. L'échelle d'anxiété et de dépression (HADS – Zigmond et Snaith, 1983) .....	233
5.1.3.3.2. L'estime de soi.....	234
5.1.3.3.2.1. La description et l'intérêt de mesurer l'estime de soi.....	234
5.1.3.3.2.2. L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965).....	234
5.1.3.3.3. Le lieu de contrôle .....	235
5.1.3.3.3.1. La description et l'intérêt de mesurer le lieu de contrôle.....	235
5.1.3.3.3.2. L'échelle de lieu de contrôle (version adaptée de l'IPAH – Jutras, 1987) .....	237
5.1.3.3.4. Le soutien social .....	239
5.1.3.3.4.2. La description et l'intérêt de mesurer le soutien social.....	239
5.1.3.3.4.2. Le questionnaire de soutien social perçu (version adaptée du QSSP – Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001) .....	241
5.1.4. <i>La procédure démonstrative</i> .....	243
5.2. LE DEROULEMENT DE LA RECHERCHE .....	244
5.2.1. <i>La construction du protocole</i> .....	245
5.2.2. <i>L'adaptation du cadre de recherche aux structures d'accueil</i> .....	248
5.2.3. <i>L'adaptation du cadre de recherche à la population étudiée</i> .....	249
5.2.4. <i>La posture du chercheur</i> .....	251
5.2.4.1. L'immersion dans le terrain de recherche : une nécessaire relation de confiance à créer .....	251
5.2.4.2. Être identifié comme chercheur.....	254
5.2.4.3. Le participant : expert et partenaire .....	256
5.3. QUALITE ETHIQUE ET SCIENTIFIQUE DE LA RECHERCHE.....	257
5.3.1. <i>La qualité scientifique de la recherche</i> .....	257
5.3.2. <i>La qualité éthique de la recherche</i> .....	259
<b>CHAPITRE 6 : PRESENTATION DES RESULTATS .....</b>	<b>261</b>
6.1. RESULTATS RELATIFS A LA DESCRIPTION GENERALE DES TROIS GROUPES SDF.....	262
6.1.1. <i>Les caractéristiques sociodémographiques</i> .....	262
6.1.2. <i>La situation familiale et conjugale</i> .....	264

6.1.3. <i>La qualité de l'enfance</i> .....	266
6.2. RESULTATS RELATIFS AU VERSANT PERSONNEL DE L'IDENTITE DES TROIS GROUPES SDF	
.....	268
6.2.1. <i>Le degré de satisfaction, les apports bénéfiques et néfastes des structures d'accueil</i> .....	268
6.2.2. <i>Le sentiment de permanence de soi et la capacité de projection dans l'avenir</i> .	271
6.2.3. <i>Le lieu de contrôle</i> .....	275
6.2.3.1. Les dimensions du lieu de contrôle.....	275
6.2.3.2. Le lieu de contrôle en fonction des situations de vie.....	277
6.3. RESULTATS RELATIFS AU VERSANT SOCIAL DE L'IDENTITE DES TROIS GROUPES SDF .	278
6.3.1. <i>Les comparaisons sociales</i> .....	278
6.3.2. <i>Le sentiment de honte et la gêne occasionnée par le regard de l'autre</i> .....	283
6.4. RESULTATS RELATIFS AU SOUTIEN SOCIAL DES TROIS GROUPES SDF .....	284
6.4.1. <i>La description du soutien social</i> .....	284
6.4.2. <i>Les liens entre les composantes du soutien social</i> .....	287
6.4.2.1. La satisfaction en fonction de la disponibilité et de la source du soutien social .....	287
6.4.2.2. Les sources du soutien en fonction du type de soutien social recherché.....	288
6.5. RESULTATS RELATIFS A LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE DES TROIS GROUPES SDF .....	290
6.5.1. <i>L'estime de soi</i> .....	290
6.5.2. <i>L'anxiété et la dépression</i> .....	290
6.6. SYNTHÈSE DES PRINCIPAUX RESULTATS .....	292
<b>CHAPITRE 7 : DISCUSSION</b> .....	<b>297</b>
7.1. DISCUSSION RELATIVE A LA QUESTION DE RECHERCHE N°1 : QUI SONT LES SDF DE NOTRE RECHERCHE ?.....	299
7.1.1. <i>La comparaison de notre population d'étude avec la population SDF française</i> .....	299
7.1.1.1. Au niveau des caractéristiques sociodémographiques.....	299
7.1.1.2. Au niveau du parcours de vie et de la situation familiale.....	301
7.1.1.3. Pour conclure .....	304
7.1.2. <i>Les points communs et les différences entre les trois groupes SDF</i> .....	304
7.1.2.1. Une histoire de vie douloureuse en commun.....	304
7.1.2.2. Des profils différents selon le type d'hébergement .....	306
7.2. DISCUSSION RELATIVE A LA QUESTION DE RECHERCHE N°2 : LE VERSANT PERSONNEL DE L'IDENTITE.....	308
7.2.1. <i>Le sentiment de permanence de soi des trois groupes SDF</i> .....	308
7.2.1.1. La continuité et la discontinuité identitaires .....	308
7.2.1.2. L'importance de la narrativité dans le maintien du sentiment de permanence de soi .....	311
7.2.2. <i>Le sentiment de sécurité des trois groupes SDF</i> .....	314

7.2.2.1. La quête de repères et de stabilité.....	314
7.2.2.2. Les différentes façons d'habiter.....	318
7.2.2.2.1. L'appropriation d'un habitat.....	318
7.2.2.2.2. L'enveloppe corporelle et la capacité de contenance.....	320
7.2.3. <i>Le sentiment de maîtrise des trois groupes SDF</i> .....	322
7.2.3.1. Du sentiment de maîtrise de sa vie au fait d'être instrumentalisé par les dispositifs sociaux.....	322
7.2.3.2. Les différents types de contrôle et leurs fonctions chez les SDF.....	324
7.2.3.2.1. Le contrôle interne des SDF accueillis en structure d'urgence et en structure d'insertion.....	324
7.2.3.2.2. L'absence de contrôle des SDF accueillis en structure de stabilisation.....	326
7.3. DISCUSSION RELATIVE A LA QUESTION DE RECHERCHE N°3 : LE VERSANT SOCIAL DE L'IDENTITE DES SDF.....	328
7.3.1. <i>Le sentiment d'appartenance sociale des trois groupes SDF</i> .....	328
7.3.1.1. L'impact de la stigmatisation sur le sentiment d'appartenance sociale.....	328
7.3.1.2. Les différentes négociations de l'étiquette SDF.....	329
7.3.2. <i>Le sentiment d'existence des trois groupes SDF</i> .....	332
7.3.2.1. L'importance du regard de l'autre et ses effets sur le sentiment d'être.....	332
7.3.2.2. L'importance de la honte et ses effets sur le sentiment d'affiliation humaine.....	336
7.4. DISCUSSION RELATIVE A LA QUESTION DE RECHERCHE N°4 : LE LIEN SOCIAL DES SDF.....	341
7.4.1. <i>La satisfaction perçue du soutien social en fonction du type de soutien recherché</i> .....	341
7.4.1.1. En ce qui concerne le soutien instrumental.....	342
7.4.1.2. En ce qui concerne le soutien émotionnel.....	342
7.4.1.3. En ce qui concerne le soutien d'estime.....	343
7.4.1.4. En ce qui concerne le soutien informatif.....	344
7.4.2. <i>Des sources de soutien restreintes au surinvestissement des travailleurs sociaux par les SDF</i> .....	345
7.4.3. <i>L'importance de l'adéquation entre les sources de soutien mobilisées et le soutien recherché</i> .....	347
7.4.4. <i>D'un lien social préservé au délitement du lien social chez les SDF</i> .....	349
7.4.4.1. La préservation du lien social chez les SDF inscrits en structure d'insertion.....	350
7.4.4.2. Le délitement du lien social.....	351
7.4.4.2.1. Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence.....	351
7.4.4.2.2. Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation.....	352
7.5. DISCUSSION RELATIVE AUX QUESTIONS DE RECHERCHE N°5 ET N°6 : L'APPROCHE EN SANTE MENTALE DES SDF.....	353
7.5.1. <i>La souffrance psychique des trois groupes SDF</i> .....	353
7.5.1.1. Une souffrance psychique à contextualiser.....	353
7.5.1.2. Trois types de souffrance psychique mis en exergue.....	354
7.5.1.3. D'une résilience possible à une résilience paradoxale.....	356
7.5.2. <i>La santé mentale des trois groupes SDF</i> .....	357
7.5.2.1. Une modélisation de la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale.....	357

7.5.2.2. L'intérêt pour les dispositifs existants de considérer la santé mentale des SDF .....	359
7.5.2.2.1. Concernant le dispositif d'hébergement d'urgence .....	359
7.5.2.2.2. Concernant le dispositif d'insertion.....	361
7.5.2.2.3. Concernant le dispositif de stabilisation.....	364
7.6. LIMITES DE LA RECHERCHE .....	366
7.6.1. <i>La représentativité des échantillons</i> .....	366
7.6.1.1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion .....	367
7.6.1.2. Le recrutement aléatoire des participants .....	368
7.6.1.3. La taille des échantillons.....	369
7.6.1.4. La spécificité locale des dispositifs nationaux.....	370
7.6.2. <i>La validité des outils</i> .....	371
7.6.3. <i>La procédure démonstrative</i> .....	372
7.6.4. <i>Les limites de l'approche en santé mentale</i> .....	374
<b>CONCLUSION ET PERSPECTIVES.....</b>	<b>377</b>
<b>REFERENCES.....</b>	<b>383</b>
<b><i>ANNEXES : TOME 2</i></b>	



## Liste des tableaux et des figures

<b>Figure 1 :</b> Evolution de la problématique des marginaux au cours de l’histoire .....	p32
<b>Figure 2 :</b> Répartition des SDF en fonction des types d’hébergement en 2012.....	p97
<b>Figure 3 :</b> La carrière des jeunes SDF.....	p102
<b>Figure 4 :</b> La carrière sous-tendue par une crise financière.....	p104
<b>Figure 5 :</b> La carrière sous-tendue par l’éclatement de la famille .....	p105
<b>Figure 6 :</b> Résumé des variables, des outils et des aspects investigués .....	p227
<b>Tableau 1 :</b> Caractéristiques sociodémographiques, consommation de substance et incarcération des trois groupes SDF .....	p263
<b>Tableau 2 :</b> Situation conjugale et familiale des trois groupes SDF.....	p265
<b>Tableau 3 :</b> Qualité de l’enfance des trois groupes SDF .....	p267
<b>Tableau 4 :</b> Satisfaction, apports néfastes et bénéfiques du dispositif de prise en charge des trois groupes SDF.....	p269
<b>Tableau 5 :</b> Sentiment de changement par rapport à leur vie passée, future, et possibilité de projection dans l’avenir des trois groupes SDF .....	p272
<b>Tableau 6 :</b> Scores moyens des trois dimensions du LOC des trois groupes SDF .....	p276
<b>Tableau 7 :</b> Dimension dominante du LOC des trois groupes SDF pour chaque situation de vie proposée .....	p277
<b>Tableau 8 :</b> Comparaisons sociales des trois groupes SDF .....	p279
<b>Tableau 9 :</b> Description, points communs et différences vis-à-vis des SDF chez les trois groupes SDF.....	p279
<b>Tableau 10 :</b> Gêne occasionnée par le regard de l’autre et sentiment de honte chez les trois groupes SDF.....	p283
<b>Tableau 11 :</b> Scores moyens des trois groupes SDF en ce qui concerne le soutien social global, les types de soutien et les sources de ce soutien .....	p285
<b>Tableau 12 :</b> Corrélations de la disponibilité du soutien social et de ses sources avec la satisfaction du soutien social.....	p287

<b>Tableau 13</b> : Pourcentage total du recours aux différentes sources pour chaque type de soutien social et résidus ajustés des trois groupes SDF .....	p288
<b>Tableau 14</b> : Scores moyens et état de l'estime de soi des trois groupes SDF .....	p290
<b>Tableau 15</b> : Scores moyens et état de dépression et d'anxiété des trois groupes SDF .....	p291
<b>Tableau 16</b> : Principaux résultats des trois groupes SDF .....	p293
<b>Figure 7</b> : Modélisation dans une approche en santé mentale de la prise en charge des SDF .....	p359

## Liste des abréviations

**ASH** : Aide sociale à l'hébergement

**ANOVA** : Analysis of variance

**AUDIT** : Alcohol use disorders identification test

**AVA** : Adaptation à la vie active

**BAPSA** : Brigade d'assistance aux personnes sans-abri

**CAARUD** : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

**CCAS** : Centre communal d'action sociale

**CDD** : Contrat à durée déterminée

**CDSL** : Comité des sans logis

**CHRS** : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale

**CHU** : Centre d'hébergement d'urgence

**CMU** : Couverture maladie universelle

**CNIS** : Conseil national de l'information statistique

**CPAS** : Centres publics d'action sociale

**CV** : Curriculum vitae

**CVS** : Conseil de la vie sociale

**DAL** : Droit au logement

**DALO** : Droit au logement opposable

**DFCS** : Direction générale de la cohésion sociale

**DREAL** : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement

**DSM** : Diagnostic and statistical manual

**ET** : Ecart-Type

**ETHOS** : European typology on homelessness and housing exclusion

**FEANTSA** : Fédération européenne des associations nationales travaillant avec les sans-abri

**HADS** : Hospital anxiety and depression scale

**ICD** : International classification of diseases

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**LOC – A/C/I** : Locus of control – autre/chance/interne

**MOLLE** : Mobilisation pour le logement et la lutte contre les exclusions



**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONSMP–ORSPERE** : Observatoire national des pratiques en santé mentale et précaire –  
Observatoire régional Rhône-Alpe sur la souffrance psychique en rapport avec  
l'exclusion

**PARSA** : Plan d'action renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes  
sans-abri

**PDAHI** : Plans d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile

**QSSP** : Questionnaire de soutien social perçue

**RA** : Résidus ajustés

**RMI** : Revenu minimum d'insertion

**RSA** : Revenu de solidarité active

**SAMENTA** : Santé mentale et addiction chez les sans domicile franciliens

**SDF** : Sans domicile fixe

**SIAO** : Services intégrés d'accueil et d'orientation

**SPSS** : Statistical package for the social sciences

## *Introduction*

Les populations marginales et exclues ont toujours existé. Au cours de l'histoire, elles ont pris différentes dénominations telles que les vagabonds, les miséreux, les sans-abri, les clochards avant d'être désignées sous l'acronyme « SDF » (Sans Domicile Fixe) depuis les années 1970. Si les données concernant cette population ont longtemps émané des seules associations caritatives, il a fallu attendre la première enquête d'envergure nationale de l'Insee en 2001, et reproduite en 2012, pour cerner l'ampleur de ce phénomène SDF avec une certaine fiabilité. En 2012, l'Insee recensait 141 500 SDF en France métropolitaine, soit une augmentation de 50% en l'espace de dix ans, et mettait en avant l'extrême hétérogénéité de cette population. Cette dernière rassemble alors des hommes, des femmes, des familles aux parcours de vie et aux modes d'hébergement très différents. Quand certains SDF sont extrêmement précarisés et survivent quotidiennement dans la rue, d'autres ont un emploi et vivent dans des logements aidés.

Cette disparité des situations et des individus est à l'origine de biais dans les données recueillies et limite la portée des résultats obtenus dans de nombreuses enquêtes. Les études épidémiologiques n'en sont pas épargnées et doivent se confronter à l'influence massive du lieu de recueil de données (rue, hôtel, foyer, centres de réinsertion, point repas, etc.). Cette gestion complexe de la disparité des sujets investigués rend les prévalences observées des troubles psychiatriques chez les SDF difficilement comparables entre les études (Fazel, Khosla, Doll et

Geddes, 2008 ; Fichter et Quadflieg, 2001 ; Guesdon et Roelandt, 1998). Malgré tout, il émerge un consensus portant sur la surmorbidity des troubles psychiatriques chez la population SDF, notamment à propos des troubles dépressifs, des troubles anxieux, des troubles psychotiques et des troubles liés à l'usage d'alcool ou de drogue. Ce constat conduit à la question suivante (Cohen et Thompson, 1992) : cette surmorbidity psychiatrique est-elle la cause de la condition de vie dans la rue des SDF ou la conséquence d'une absence de prise en charge par le secteur sanitaire ? Bien que restant sans réponse, cette question laisse en suspens l'idée d'un lien causal entre exclusion sociale et maladie mentale (Bassuk, Rubin et Lauriat, 1984). Ce lien se trouve conforté par la multiplication des études mettant en exergue la complexité des renforcements entre les déterminants de santé et ceux de la précarité (Kovess-Masféty, 2001). Parallèlement à ces études d'épidémiologie et de santé, de nombreux auteurs s'intéressent aux effets de l'exclusion sociale sur l'individu en termes de désaffiliation (Castel, 1995), de précarité (Furtos, 2008 ; Wresinski, 1987), de fragilisation du lien social (Benhaïm, 2005 ; Vandecasteele et Lefebvre, 2006 ; Vinay, Salvi et N'Djin, 2010), de souffrance psychique (Lazarus et Srohl, 1995), et décrivent des phénomènes d'errance, de vie au jour le jour ou encore de déficit d'élaboration psychique (Benslama, 2005 ; Declerck, 2001 ; Jan, 2016). D'autres auteurs tentent de rendre compte d'un processus SDF par des modèles de désocialisation (Vexliard, 1950, 1957), de carrière/*career* (Chamberlain et Mackenzie, 2006 ; Damon, 1998, 2002), ou encore de *pathways* (Fitzpatrick, 2000). Plus qualitatives, ces études offrent de nombreux éléments de réflexion mais sont difficilement généralisables à l'ensemble de la population SDF.

En pleine expansion, le phénomène SDF est devenu une problématique sociétale majeure. Si autrefois, l'aide aux marginaux était prodiguée par les institutions religieuses, c'est maintenant l'État qui assure la prise en charge des SDF. S'appuyant sur la loi de lutte contre les exclusions de 1998<sup>2</sup>, un vaste dispositif de veille sociale est mis en place de manière à accompagner l'individu, de sa perte de logement jusqu'à sa réinsertion. Un premier versant de ce dispositif concerne les actions d'urgence. Les Centres d'Hébergement d'Urgence (CHU) remplissent cette fonction en proposant une mise à l'abri immédiate de la personne en besoin d'assistance. Les actions d'insertion renvoient au second versant de ce dispositif et s'illustrent par le développement des Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS). Ces centres ont vocation à loger et accompagner les SDF jusqu'à leur insertion. Le dispositif du 115 est, quant à lui, le maillon qui relie les actions d'urgence et celles d'insertion. En tenant à jour

---

<sup>2</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

l'état des disponibilités d'accueil de l'ensemble des centres d'hébergement de chaque département, le 115 (numéro vert) a une mission de coordination des structures, mais aussi d'information et d'orientation pour les SDF. Malgré les moyens déployés par les politiques d'aide sociale, l'inefficacité du dispositif demeure. Si les deux actions principales d'hébergement d'urgence et d'insertion sont idéalement successives, dans les faits, certains SDF n'accèdent pas aux structures d'insertion et restent ancrés dans le circuit de l'hébergement d'urgence et finissent parfois par se chroniciser dans leur situation. Face à ce constat, le manque de moyens humain et financier alloués à ces dispositifs est constamment dénoncé par les associations. Concernant la littérature scientifique, seules de rares études pointent le poids des troubles psychiatriques dans les difficultés d'insertion sociale (Combaluzier et Pedinielli, 2003) ou dans le refus d'hébergement (Langlard et Bouteyre, 2013 ; Noirot, Descarpentier et Mercuel, 2000), quand d'autres soulignent les carences du dispositif de veille sociale, leur manque de *turnover*, ou encore la sélection trop importante qui s'opère à l'entrée des structures d'insertion (Damon, 2002 ; Martin, 2011 ; Soulié, 1997).

De manière générale, le dispositif n'apparaît pas adapté à l'ensemble des SDF. Il est donc nécessaire d'identifier avec plus de précision cette population et les problématiques qui lui sont liées afin d'améliorer sa prise en charge. C'est bien là l'objet de cette recherche. Ce travail de thèse, il nous faut le préciser, s'inscrit dans la continuité de mes mémoires de recherche de Master, et en parallèle de mon activité au sein du Samu Social de la Croix Rouge Française depuis maintenant sept ans. Ces expériences pratiques et de recherche nous ont confortés dans l'intérêt scientifique de différencier des populations SDF en fonction de leur hébergement pour mener une étude comparative et ont nourri nos réflexions tout au long de l'élaboration de cette thèse. Dans une approche en santé mentale, qui tient compte de l'individu dans son environnement, nous comparerons trois groupes SDF se différenciant par leur type de prise en charge. Un premier groupe est inscrit dans une structure d'insertion, un deuxième fréquente l'hébergement d'urgence et un troisième est accueilli dans une structure de stabilisation. Cette structure de stabilisation a une fonction alternative aux deux autres, dans le sens où elle prend en charge une population SDF chronicisée qui n'est plus en mesure de prétendre à l'insertion. Le fait que ces trois groupes se situent sur différents paliers du dispositif de veille sociale permet, par la comparaison, de comprendre ce qui mène les SDF vers l'insertion autant que ce qui conduit à leur chronicisation. Les objectifs de cette étude comparative sont :

- d'isoler et d'analyser certaines problématiques propres ou communes à différentes populations SDF ;
- de mener une étude approfondie des souffrances des SDF et des diverses stratégies qu'ils mettent en œuvre pour « tenir » dans leur situation d'exclusion sociale ;
- d'évaluer le poids des variables de santé mentale sur ce qui favorise ou entrave les possibilités d'insertion sociale des SDF ;
- d'améliorer le dispositif de veille sociale afin de rendre la prise en charge adaptée aux SDF et à leurs problématiques.

**Première partie :**

**CONTEXTE THÉORIQUE**



## ***Chapitre 1***

### ***Contexte historique et actuel de la prise en charge des exclus***

#### **1.1. Les marginaux et leur prise en charge au cours de l'histoire**

##### **1.1.1. La marginalité et les évolutions sociétales : du vagabond au SDF**

###### **1.1.1.1. Le Moyen Âge : émergence du principe de dangerosité sociale**

Au cours du Moyen Âge, la pauvreté concerne une large proportion de la population et son traitement se limite à la charité chrétienne. Dans cette société constituée de trois ordres, le clergé, la noblesse et le tiers état, la charité envers les pauvres est d'usage et permet par la même occasion aux riches de racheter leurs péchés devant Dieu (Bertaux, 1996). L'état déléguant à l'Église le soin de s'occuper des pauvres, se mettent en place au cours des 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> siècles, les premières grandes institutions religieuses chargées d'assurer l'assistance des plus miséreux. Se développent des villages destinés à l'accueil des lépreux et une variété de centres chargés de la prise en charge des personnes dans le besoin, des infirmes ou encore des malades. Si l'aumône devient pratique courante chez les pauvres, tous ne disposent pas du même statut permettant de recevoir la charité. Dès le 12<sup>ème</sup> siècle, une distinction apparaît entre le bon pauvre



et le mauvais pauvre. Ce dernier, caractérisé par son oisiveté, ne mérite pas de recevoir la charité. Des sous types de pauvres se créent, définissant le niveau de charité à leur dispenser. Une priorité est accordée aux malades et aux infirmes, puis aux miséreux « du coin » pour enfin arriver au vagabond de passage considéré comme un étranger sans lieu ni loi et ne faisant pas corps avec la société. A cette époque, la pauvreté n'est pas considérée comme une injustice, mais comme l'ordre normal des choses. Il revient alors à l'Église de permettre aux pauvres qui acceptent leur triste destinée de recevoir la charité et de racheter le « salut de dieu ». Sont exclus de la charité chrétienne ceux qui refusent ou se révoltent face à leur condition misérable.

Au 13<sup>ème</sup> siècle, la peste, les guerres, les fléaux en tout genre et l'urbanisation de l'état entraînent l'arrivée massive des paysans ruinés venant trouver refuge dans les villes. S'en suit une généralisation de la misère et des pratiques de mendicité, la ville devenant lieu de prédilection de tous les laissés pour compte. Dans cette misère où se confondent différents types de pauvres, se développent le vandalisme et la truanderie qui instaurent un climat de peur au sein de la communauté. Ce sont alors les pauvres qui se voient attribuer le statut de bouc émissaire responsable de tous ces troubles sociaux. Fauteurs de troubles et source de criminalité, ils doivent être traités par une action coercitive et sont laissés aux mains de la police en charge de rétablir l'ordre public. La visibilité de ce phénomène sur la scène publique suscite ainsi le déploiement d'un contrôle social de l'état vis-à-vis de ces populations déviantes qui échappent aux dispositifs locaux de solidarité. La marginalité, qui était d'abord acceptée, devient alors un problème de taille dû au développement de la mendicité et du vagabondage (Renaut, 1998), problème qui n'a cessé de s'amplifier jusqu'à la fin de l'ancien régime.

#### **1.1.1.2. Du 16<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> siècle : répression grandissante des vagabonds et des mendiants**

L'époque des temps modernes qui succède au Moyen Âge est marquée par la montée de la bourgeoisie. Le travail prend alors une toute autre dimension et va conditionner le rapport aux pauvres. Déshonorant, il est réservé aux pauvres qui doivent travailler pour leur maître. Dans cette configuration, le travail devient un élément d'intégration sociale pour qui veut bien se plier à cet état de fait. Ceux qui le refusent se retrouvent à la marge de la société. L'ordonnance de François 1<sup>er</sup> en 1534 permet de caractériser cette population indésirable des vagabonds, qualifiés de personnes « sans aveu », qui ne veulent pas travailler et ne peuvent pas s'entretenir. Dès lors qu'une population indésirable a pu être identifiée, la charité devient

strictement ciblée sur une partie des miséreux. Exclue des lieux d'accueil et d'aumônerie, les vagabonds sont alors traqués et enfermés dans des asiles pour être mis au travail forcé.

L'appauvrissement de la population se généralisant autant que la mendicité et le vagabondage, une politique de répression et d'enfermement des pauvres se renforce du 16<sup>ème</sup> au 18<sup>ème</sup> siècle (Renaut, 1998). Est alors créé, en 1544, le Bureau des pauvres qui a pour objectif de prévenir la délinquance (vols, violence) liée à la pauvreté en proposant une assistance aux bons pauvres, comme les infirmes, et en mettant au travail forcé les pauvres valides. Sont déployées des forces armées qui jalonnent les rues de la ville et qui ont pour missions de trier et ramasser les vagabonds et les mendiants. L'idée de ces actions répressives est bien de transformer le vagabond en travailleur ou de le fixer en tant que pauvre à une paroisse à laquelle il pourrait appartenir. Le vagabondage étant considéré comme la cause de tous les maux de la société, cette volonté d'établir l'ordre public face à cette menace se prolonge au 17<sup>ème</sup> siècle avec la création de l'hôpital de Paris en 1656 qui s'étendra sur l'ensemble du territoire. Regroupant en son sein les malades, les mendiants, les vagabonds, et tous les indésirables de la société, l'Hôpital de Paris marque la laïcisation de la prise en charge de la pauvreté. Mêlant charité et coercition dans un projet de rééducation morale, ces politiques permettent de rendre le travail obligatoire et de contraindre quiconque refuse de s'y soumettre. Cette politique d'enfermement des vagabonds et des mendiants continue de s'étendre au 18<sup>ème</sup> siècle pour se concrétiser par la création des dépôts de mendicité, supplantant l'hôpital général, en 1767<sup>3</sup>.

On constate ainsi qu'un virage politique est opéré au cours du 16<sup>ème</sup> siècle vis-à-vis du vagabondage. Auparavant partiellement toléré car notamment mal identifié, il devient sévèrement réprimé de sorte que la criminalité n'est plus le seul motif à l'enfermement contraint. Durement traqué, le vagabond est tantôt banni et déporté dans les colonies, tantôt mis au travail forcé, que ce soit à l'hôpital général ou par la suite dans les dépôts de mendicité, et tantôt exécuté. Castel (1995) voit dans cette constante énergie déployée par l'État pour contrôler les vagabonds, les pauvres et tout autre déviant, une tentative visant à empêcher que ne se crée un groupe complètement désaffilié. Le risque serait que s'étende sur le territoire une population qui ne répond plus aux lois, aux règles et à l'ordre moral dictés par la société.

---

<sup>3</sup> Arrêt du conseil d'État du 21 octobre 1967

### **1.1.1.3. Du 18<sup>ème</sup> au 19<sup>ème</sup> siècle : ajustement de la prise en charge en fonction de la variable « travail »**

Au début du 18<sup>ème</sup> siècle apparaît une vulnérabilité de masse faisant courir le risque à une grande partie de la population de basculer dans la pauvreté. Cette paupérisation grandissante a fait peu à peu évoluer le rapport entre le travail et la richesse. Si auparavant, le travail était contraint et réservé aux pauvres, tant il était indigne, il devient peu à peu potentiellement source de richesse. Rappelons que jusqu'à l'Édit de Turgot de 1776, le travail était organisé au sein de monopoles corporatifs gérés par les maîtres. Ces derniers définissaient les différents métiers, les budgets et les évolutions de carrière. Dans cette configuration, le labeur était laissé aux pauvres qui ne se voyaient que très rarement offrir une perspective d'évolution de carrière permettant d'accéder à la propriété et à une certaine richesse. Cet Édit de Turgot supprima cette corporation pour libérer le travail et laisser à toute personne la possibilité d'exercer selon son gré sa profession ou son commerce. La liberté du travail mit donc fin à l'indignité qui le caractérisait jusque-là et permit la fin du travail forcé. La personne est maintenant encouragée à en trouver. Cette évolution change notablement la façon de considérer les pauvres et facilite par conséquent cette distinction entre le bon et le mauvais pauvre. Le travail devenu libre, celui qui ne s'en saisit pas devient automatiquement un oisif par choix. S'est ainsi levé le flou concernant l'intentionnalité ou non de la personne en situation d'indigence, de sorte que l'oisiveté devient nécessairement volontaire.

C'est dans la période qui suivit la libération du travail en 1776 que Damon (1998) situe la valeur centrale prise par le travail dans ces problématiques de vagabondage et de pauvreté. Dès lors, il devient l'élément permettant de distinguer plus clairement le « bon » du « mauvais » pauvre, le pauvre valide de l'invalides. Devenu le seul moyen de subsistance, chacun doit pouvoir bénéficier du travail et seuls les invalides peuvent prétendre à recevoir l'assistance gratuite. Auparavant envisagés comme relevant du devoir catholique, l'assistance et le droit au travail des indigents apparaissent dans le contrat social faisant suite à la Révolution française. Si le droit au secours se confirme par la constitution du 24 juin 1793, le décret des 19-24 mars 1793<sup>4</sup> déclare que l'assistance est une dette publique et interdit l'aumône et la mendicité. Se conforte alors la place de l'État dans le traitement de ce problème social au détriment de l'intervention religieuse. Cette année marque un véritable changement de cap de l'assistance qui devient l'affaire de la nation et n'est plus réservée uniquement à des œuvres privées.

---

<sup>4</sup> Décret concernant la nouvelle organisation des secours publics

Répression et assistance se combinent alors et se mêlent de façon confuse. A partir des années 1810, le vagabondage, toujours considéré comme un déterminant de la criminalité, est inscrit comme un délit<sup>5</sup> et la mendicité punie de 3 à 6 mois de prison suivie d'un séjour dans un dépôt de mendicité. Alors régulé par les juges garants du droit pénal, le contrôle des populations marginales se renforce pour devenir une priorité de l'État. Les interventions et les contrôles de la police se multiplient, l'enfermement des vagabonds et des mendiants étant la solution pour éradiquer la mendicité.

Tout au long du 19<sup>ème</sup> siècle se durcissent les positions de l'État vis-à-vis des marginaux qui se retrouvent de plus en plus fréquemment condamnés. Cette augmentation de la répression s'inscrit pleinement dans l'idée développée par Garraud (1913) qui considère que c'est au sein des populations miséreuses qu'émerge la criminalité. Cependant, cet armement judiciaire mis en place à l'égard du vagabondage et de la mendicité a, depuis sa création au 16<sup>ème</sup> siècle, laissé un flou persistant en fonction de l'appréciation du délit. En effet, le caractère intentionnel ou non du vagabondage laisse une place de taille à l'arbitraire, arbitraire qui a permis dans le même temps de contrôler, de réguler ou encore de repousser les populations considérées déviantes à différents degrés selon les lieux et les époques.

#### **1.1.1.4. La fin du 19<sup>ème</sup> siècle : fondement de l'État Providence**

C'est à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle que sont posées les premières pierres de l'État Providence instauré par la mise en place d'un système de responsabilité étatique (Damon, 2007). Se développent ainsi des dispositifs publics d'assurances et d'assistances. Le pauvre n'est plus considéré comme le seul responsable de sa situation et devant lui-même faire preuve de prévoyance pour se protéger. Maintenant industrielle, la société se doit d'être le garant protecteur de sa population et garantir la possibilité de pallier les difficultés que chacun peut rencontrer au cours de sa vie (Ewald, 1986). Cet État Providence, qualifié d'« État Social » par Castel (1995), permet par un système d'impôts d'assurer la sécurité de ses membres. Cette dernière n'est plus uniquement due à la propriété et la richesse personnelle de l'individu. L'assistance n'est plus l'affaire de la seule charité, mais devient une obligation de l'État,

---

<sup>5</sup> Article 269 du code pénal de 1810

obligation d'autant plus nécessaire qu'elle permet désormais de maintenir les fondements de l'ordre social.

Si l'état endosse ainsi la responsabilité de la paupérisation croissante qui touche une grande partie de la population, les vagabonds et autres marginaux sont toujours fortement réprimés. A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la pression vis-à-vis de ces populations marginales va être instrumentalisée en partie par le milieu psychiatrique. L'internement des vagabonds devient un bras armé permettant le contrôle de cette population déviante (Martin, 2011). Fixé dans ces institutions « de soin », le vagabond devient un objet d'étude de la psychiatrie en cette fin du 19<sup>ème</sup> siècle-début du 20<sup>ème</sup> siècle. Les psychiatres ont ainsi tenté d'identifier des caractéristiques psychopathologiques du vagabondage et des comportements d'errance. Des syndromes comme la « dromomanie des dégénérés », l'« automatisme mental », ou encore l'« hystéro-neurasthénie » ont permis de décrire les affections dont souffraient les vagabonds (Meige, 1893). Défini comme malade, le vagabond instable pourrait être un psychopathe potentiellement criminel qu'il faut pouvoir contenir. Sa paresse malade et la dangerosité procurée par son état mental ont justifié et favorisé, non pas leur prise en charge orientée vers le soin, mais le contrôle coercitif, comme a pu le souligner Foucault (1975).

A l'industrialisation massive du pays s'en est suivie une véritable misère à la fois urbaine et rurale devenue un fléau au tournant du 19<sup>ème</sup> et du 20<sup>ème</sup> siècle. Face à l'ampleur de cette misère encombrant l'ensemble du territoire et la source de criminalité que ce phénomène suscite, une vague de répression se fait sentir envers ceux qui sont les maux de la société, les vagabonds. Cependant, dans cet État Providence qui doit offrir à la population le droit au travail et à l'assistance pour les personnes en situation de chômage ou encore de maladie, la difficulté se pose à nouveau de distinguer la personne qui fuit le travail par oisiveté de celui qui est victime des difficultés sociales. Pleinement mobilisé, l'appareil judiciaire se heurte à une difficulté de taille. Cette simple distinction du pauvre par le travail est sujette à un risque récurrent, celui de condamner le pauvre mendiant de bonne foi. Rapidement, les peines encourues pour mendicité apparaissent inadaptées tant par les juges et les penseurs de l'époque, que par l'opinion publique. La mendicité passe alors d'un statut de délit à celui de contravention, faisant du mendiant non plus un délinquant, mais un contrevenant. L'écart se creuse entre la peine encourue par le mendiant, celle prononcée et celle effectuée. La conception de la pauvreté change peu à peu, la misère devient multifactorielle, elle n'est plus due uniquement au miséreux. La répression du vagabond ou du mendiant ne se justifie plus dans le traitement de

la misère sociale. Notons que si la sévérité judiciaire diminue à l'encontre du mendiant, au vu de la paupérisation grandissante de la société, l'image étiquetée sur le vagabond ne s'améliore pas, elle est celle du déchet (Pagnier, 1910) qu'il faut évacuer ou châtier tant il a un potentiel de contagion morale sur la population. Se succède une multitude de propositions ayant pour but de mieux distinguer et cibler ces marginaux dangereux, mais aucune d'entre elles ne s'est montrée efficace.

Cette répression du vagabond sans aveu est à nuancer eu égard au développement d'un véritable dispositif d'assistance publique dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle et ce, durant tout le début du 20<sup>ème</sup> siècle. C'est à cette période que différentes lois d'assistance publique sont créées. Notons celle relative à l'assistance médicale gratuite<sup>6</sup>, celle relative à l'assistance des personnes âgées, infirmes et incurables<sup>7</sup>, ou encore aux familles nombreuses<sup>8</sup>. Si le statut social du salarié le laisse ancré dans une place de subalterne, il bénéficie maintenant de la sécurité nécessaire à faire face à des situations difficiles comme le chômage et peut accéder à une forme de richesse, le loisir, élément qui lui était auparavant inaccessible. C'est en 1936, lors du Front populaire, que la classe sociale ouvrière apparaît comme une véritable force déterminante, cette dernière ayant réussi à obtenir les congés payés. On assiste alors à un véritable basculement du salariat. Il n'a plus rien d'indigne et est même le signe d'une insertion réussie dans une société qui lui offre en retour une condition de vie respectable et une sécurité. Au développement de différentes formes d'assistances publiques à des populations bien spécifiques, s'ajoute de nombreuses initiatives privées en matière d'accueil des populations sans-abri souvent gérées par des associations de bienfaisance à caractère religieux. Si une centaine de ces centres d'accueil est comptabilisée sur le territoire français à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, seulement un d'entre eux est géré par l'État.

#### **1.1.1.5. L'après Seconde Guerre mondiale : apparition du terme clochard (45-70)**

Dans un contexte d'après-guerre marqué par la reconstruction du pays et le plein emploi, le problème de la marginalité est minoré, résiduel et appelé à disparaître de fait. Le renforcement de l'État Providence s'accompagne de la mise en place de différents chantiers

---

<sup>6</sup> Loi du 15 juillet 1883

<sup>7</sup> Loi du 14 juillet 1905

<sup>8</sup> Loi du 17 juin 1913

d'aide publique par le logement et l'action sociale. Secteur sanitaire et secteur social ne sont plus priés de renvoyer le vagabond devant la justice, mais bien de l'orienter vers l'aide sociale. La solidarité nationale est étendue à l'ensemble des vagabonds<sup>9</sup>. L'État s'investit a minima dans le déploiement de structures d'hébergement, les Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (depuis 1974) étant maintenant largement ouverts aux sans-abri (Damon, 2002). Cependant, ces centres sont encore très majoritairement gérés par des associations privées alimentées par des fonds caritatifs, à défaut de pouvoir bénéficier de budgets publics. En effet, si l'État offre l'assistance à l'ensemble des citoyens, vagabondage et mendicité ne sont plus des problématiques centrales de société. Devenus un problème mineur (Damon, 2007), les vagabonds et les autres miséreux ne préoccupent plus la population générale, n'intéressent plus le milieu médical, ne font plus l'objet ni de poursuites judiciaires ni d'actions coercitives de la part de l'État. Il se limite à un phénomène qui provoque une émotion saisonnière lorsque la presse relate le décès de certains d'entre eux dans les rues durant l'hiver. On constate ce même désinvestissement de cette problématique dans la littérature scientifique, à l'une des rares exceptions comme en témoignent les travaux de Vexliard (1957) à propos des clochards.

Vagabonds, mendiants, et autres marginaux vivant dans la misère sont alors regroupés sous la dénomination de clochard (Vexliard, 1956). Sa représentation sociale n'inspire plus la crainte ni la dangerosité, mais l'image sympathique du « clochard philosophe » ou de celui qui a trait au folklore par ses caractéristiques. A l'inverse de leurs ancêtres les vagabonds qui inspiraient la crainte et le rejet, les clochards bénéficient d'une bonne image dans l'opinion publique (Durou et Rimailho, 1970). Ils ne sont plus un fléau à éradiquer, mais illustrent individuellement la grande marginalité, et sont perçus tantôt comme des alcooliques oisifs, tantôt comme des individus revendiquant par leur attitude un air libertaire. Peu importe ces oscillations de l'image qu'ils représentent, ils sont des individus qui ne dérangent pas et que l'on peut donc laisser vivre dans leur déchéance sans avoir à s'en soucier tant ils font partie du décor de l'espace public. Dès lors, la misère et l'oisiveté ne sont plus systématiquement associées à la criminalité. On assiste ainsi à une décriminalisation de la pauvreté. Si le vagabondage et la mendicité restent des délits au vu de la loi, ils apparaissent aux yeux de tous désuets et surannés, et sont de moins en moins appliqués par les juges. Avant leur disparition du Code pénal en 1994, le décret 59-143 du 7 janvier 1959<sup>10</sup> a permis de contourner ces mesures

---

<sup>9</sup> Arrêté du 14 septembre 1959 relatif à l'hébergement des vagabonds

<sup>10</sup> Décret n°59-143 du 7 janvier 1959 modifiant certaines dispositions des titres III et IV du code de la famille et de l'aide sociale



pénales contre le vagabond si ce dernier accepte de se plier aux mesures de réadaptation qui lui sont proposées. Les mesures d'aide et d'assistance sont largement favorisées au détriment des sanctions pénales de sorte que les clochards et les vagabonds ne sont plus considérés comme des individus à réprimer, mais comme des personnes à protéger et à rééduquer (Damon, 2002).

Depuis l'hiver 1954 et l'appel de l'Abbé Pierre qui dénonçait et s'offusquait de la mort des sans-abri dans les rues par des températures extrêmes, la visibilité de ce phénomène saisonnier a suscité une telle émotion que la société ne pouvait plus rester indifférente. Si la présence de clochards n'inquiète plus la société dans le sens où ces individus ne sont plus les symboles de la dangerosité et de la délinquance, à présent, leur présence dans l'espace public dérange. Ils font tache dans la société. Les sans-abri deviennent la figure par laquelle s'orientent les diverses politiques de logement (Damon, 2002). Les structures d'assistance et le développement d'asiles permettent ainsi de porter secours aux miséreux, mais ont pour objectif de lustrer l'image de notre société. Cette politique d'assistance est alors teintée d'une action coercitive envers ces populations comme en témoigne la création de l'Équipe de Ramassage des Vagabonds (ERV) en 1954 désignée par la suite, en 1968, la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (BAPSA). Sous l'autorité publique de la préfecture de police, la mission de ces brigades était de sillonner les rues de la ville pour emmener les sans-abri vers les structures d'hébergement. Loin d'une proposition d'assistance laissée au libre arbitre de la personne sans-abri, il s'agissait d'un véritable ramassage permettant de « nettoyer » les villes. Non loin de l'ancien enfermement des « vagabonds-criminels » au sein de l'Hôpital Général, puis dans les dépôts de mendicité, ces initiatives de ramassage des clochards ont maintenu leurs caractères répressifs. L'ambivalence maintenue entre la répression et l'assistance, ces mesures ont eu, une fois de plus, ces mêmes objectifs de contrôle des populations indésirables, le clochard renvoyant cette fois une image choquante et dégradante à la population générale.

#### **1.1.1.6. Les années 1970 : virage dans l'action publique**

Le choc pétrolier de 1973 met fin aux trente glorieuses. Le manque de travail et la précarité sociale deviennent le nouveau fléau de notre société, les clochards étant alors considérés comme des pauvres sans-abri victimes des travers sociaux de l'État. Dans ce contexte de paupérisation où le chômage devient de masse, apparaît une nouvelle frange de la population désœuvrée se confondant avec les anciens vagabonds et clochards, les personnes



dites Sans Domicile Fixe (SDF). Cette montée du chômage change le point de vue porté sur la pauvreté et sur les pauvres qui ne composent plus une population bien définie (Matthieu, 2011). Il ne s'agit plus seulement de pauvres oisifs ou d'invalides en situation d'indigence, mais également de travailleurs sans travail. La responsabilité de cette misère ne peut plus être portée uniquement de façon individuelle par la personne concernée, l'exclusion (Lenoir, 1974) étant la résultante d'une problématique sociale propre à notre société moderne. Elle devient la conséquence des difficultés sociales comme les crises de l'emploi et du logement, ces dernières justifiant le renforcement des politiques d'assistance dans les années 70. C'est dans cette « nouvelle question sociale » (Castel, 1995) que se développent des plans gouvernementaux et de véritables politiques sociales qui marquent de façon officielle le constat et l'acceptation de cet état de fait. Sont alors regroupés dans une large population les destinataires de ces dispositifs sociaux.

Si dans l'après-guerre, tous les laissés pour compte, les miséreux, ont pu bénéficier d'une assistance, les budgets alloués par l'État à ces dispositifs étaient très minimes. Financés jusque-là par des fonds privés et des œuvres caritatives, l'état reprend la main sur le dispositif dans les années 70 pour débloquer de nombreux crédits à l'Aide Sociale à l'Hébergement (ASH). Prenant ses responsabilités dans l'ampleur de ce phénomène, il déploie un large dispositif d'aide sociale qui s'illustre par la mise en place des Centres d'Hébergement et de Réadaptation Sociale (CHRS). Ces structures accueillent des personnes avec de graves difficultés économiques, de santé, ou encore d'insertion afin de leur permettre de retrouver une autonomie (Thalineau, 2002). L'action de ce dispositif est donc d'accueillir afin de rendre les personnes aptes à participer et à vivre dans la société. Ces centres s'ouvrent à une large partie de la population, aux individus en grandes difficultés sociales et également aux familles. C'est en 1974 que les dispositions législatives définissent les missions de ces centres<sup>11</sup> et mentionnent que « bénéficiant, sur leur demande, de l'aide sociale pour être accueillies dans les CHRS publics ou privés, les personnes et les familles dont les ressources sont insuffisantes pour vivre [...] et qui ont besoin d'un soutien matériel et psychologique et, le cas échéant, d'une action éducative temporaire ».

Damon (2007) montre bien le virage opéré par l'action publique dans les années 70 avec un fort déclin du nombre de décisions de justice envers les individus encore appelés juridiquement les « vagabonds » (délits de mendicité et de vagabondage) et symétriquement

---

<sup>11</sup> Article 185 du code de la famille et de l'aide sociale

cette nette augmentation des budgets alloués par l'État à l'Aide Sociale à l'Hébergement. On assiste à cette période à un véritable tournant dans la prise en charge de cette population, les mesures d'assistances étant préférées à la pression pénale et policière (Damon, 2002). Ces changements d'orientations des politiques sociales sont à mettre en lien avec les publications de travaux qui se montrent très critiques envers la prise en charge des indigents. En témoignent les premiers travaux de Castel (1976, 1981) sur les dérives des institutions psychiatriques et asilaires, ou encore celui de Verdès-Leroux (1978) qui fait référence au contrôle social de ces populations. Ces controverses concernant la prise en charge des sans-abri, l'accueil dégradant, voire délétère, qui leur est réservé, ont contribué à changer le regard porté sur cette population qui ne pouvait plus être ignorée et réprimée. L'écart diminue entre le citoyen lambda et le SDF, chacun prenant conscience que la perte de logement et la mise à la rue peuvent arriver à tout le monde. Le SDF n'est plus vu uniquement comme un déviant, mais comme une victime de la vie et de la société. Devenue intolérable, l'injustice de cette situation appelle une réponse médico-sociale et non plus pénale, le chômeur en fin de droit ne pouvant être tenu comme un oisif qui aurait délibérément préféré la mendicité au travail.

#### **1.1.1.7. Synthèse des évolutions**

La figure ci-dessous rend compte de l'évolution de la problématique des marginaux du Moyen Âge jusqu'aux années 1970. Au cours de l'histoire, on observe alors différentes dénominations de ces populations en marge. Aux évolutions des causes et du problème social suscité par ces populations marginales, différents traitements de ce phénomène correspondent.

Figure 1 : Évolution de la problématique des marginaux au cours de l'histoire

	Figure de la marginalité	Cause	Problème	Traitement
<b>Moyen Âge</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Malades, infirmes, pauvre, miséreux, etc.</li> <li>- (pas de distinction entre les pauvres)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La pauvreté est l'ordre normal</li> <li>- Mauvais pauvre : celui qui refuse sa condition de vie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagabondage, mendicité</li> <li>- Criminalité, dangerosité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Charité chrétienne</li> <li>- Répression des pauvres dans les villes</li> </ul>
<b>16-18<sup>ème</sup> siècle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagabond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le travail est contraint et réservé au pauvre</li> <li>- Mauvais pauvre: celui qui refuse le travail</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le vagabondage est la sources des maux de la société</li> <li>- Criminalité, dangerosité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistance catholique au bon pauvre</li> <li>- Travail forcé, enfermement</li> </ul>
<b>18-19<sup>ème</sup> siècle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagabond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberté du travail</li> <li>- Mauvais pauvre : automatiquement un oisif par choix</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagabondage et mendicité</li> <li>- Criminalité, dangerosité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistance gratuite pour les invalides (devoir de l'état)</li> <li>- Renforcement de la répression des vagabonds</li> </ul>
<b>Fin du 19<sup>ème</sup> siècle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sans-abri</li> <li>- Vagabond</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vagabond expliqué par la psychiatrie</li> <li>- Responsabilité de l'état ; paupérisation de la société</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Urbanisation : déplacement de la misère dans les villes</li> <li>- Dangerosité, criminalité</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Début de l'état providence</li> <li>- Diminution de la répression</li> <li>- Développement de centres d'accueil</li> </ul>
<b>Les 30 glorieuses</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clochard</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quasi plein emploi</li> <li>- Cause individuelle</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La misère n'inspire plus la crainte</li> <li>- Décès des clochards dans les rues pendant l'hiver</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Renforcement de l'état providence</li> <li>- Forte diminution de la répression</li> </ul>
<b>Les années 70</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- SDF (du vagabond aux personnes sans emploi)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Chômage de masse</li> <li>- Responsabilité collective</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Problème sociétal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fin de la répression des vagabonds</li> <li>- Véritable politique sociale</li> <li>- Nombreux centres d'accueil</li> </ul>

Pendant le Moyen Âge, et jusqu'au 18<sup>ème</sup> siècle, la pauvreté faisait partie du cours normal des choses. Les pauvres qui acceptaient leur situation pouvaient bénéficier de la charité chrétienne quand ceux qui se révoltaient étaient réprimés par l'État. Si pendant longtemps, les pauvres étaient indifférenciés, c'est à la fin du Moyen Âge qu'une dichotomie entre le bon et le mauvais pauvre apparaît. Le vagabond est alors identifié comme le mauvais pauvre et considéré comme la source des maux de la société. Caractérisé par son oisiveté et son absence d'affiliation à la société, il est sévèrement réprimé, enfermé et mis au travail forcé. Une véritable politique d'enfermement des vagabonds et des mendiants est mise en place par l'État afin d'endiguer la dangerosité et la criminalité considérées comme les conséquences de cette misère. À cette époque, la distinction entre le bon et le mauvais pauvre est confuse et arbitraire, et il faudra attendre que le travail soit libéré au 18<sup>ème</sup> siècle pour identifier clairement le vagabond. Devenu libre, celui qui refuse le travail est automatiquement un mauvais pauvre qui doit être puni.

L'urbanisation et la paupérisation croissantes de la société à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle font changer la perception de la pauvreté et de ses causes. La responsabilité devient collective et l'État s'investit dans l'assistance des pauvres pour se substituer progressivement à la prise en

charge religieuse. La distinction entre le bon et le mauvais pauvre apparaît de plus en plus floue et il ne devient plus tolérable de réprimer la personne se retrouvant dans un état de pauvreté. Les mesures de répression font alors place à celles d'assistance, et on voit se développer dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, et tout au long du 20<sup>ème</sup> siècle, une véritable politique d'aide sociale qui marque l'instauration de l'État Providence. La pauvreté n'étant plus associée à la dangerosité et à la criminalité, la dénomination de vagabond évolue vers celles de sans-abri, de clochard et enfin de SDF dans les années 1970. Cette dernière appellation renvoie à une vaste population d'exclus et de précaires qui n'inspire plus la crainte et la méfiance, mais au contraire une certaine compassion. Victimes des dysfonctionnements de la société, ces personnes doivent être aidées et non plus punies.

### **1.1.2. Des caractéristiques constantes de la prise en charge de la population SDF**

Damon (2003) rappelle à quel point la prise en charge actuelle des SDF, des pauvres et d'une manière plus générale des populations exclues de la société est empreinte de son histoire. Si elle a évolué au cours du temps et s'est modifiée en fonction des « métamorphoses de la question sociale » (Castel, 1995), les politiques, les représentations des marginaux et les pratiques passées n'ont pas disparu. Des critiques récurrentes concernant la prise en charge des grands exclus, des grands pauvres, ont été formulées, et ce, indépendamment des époques. Ces critiques sont axées d'une part sur l'inhumanité de la prise en charge et d'autre part sur son inefficacité. L'analyse de l'aspect historique de la prise en charge des marginaux fait émerger des caractéristiques constantes qui apportent un éclairage de taille à la récurrence des problématiques rencontrées dans les politiques d'aide sociale (Damon, 2003). Plus ou moins influentes et persistantes en fonction des époques, ces caractéristiques sont à considérer, tant dans l'appréhension des populations en marge, que dans la façon dont elles sont gérées.

Dans les développements qui vont suivre, le terme contemporain de SDF sera préféré pour désigner cette population à la marge. Cette appellation SDF renverra en fonction des époques à des dénominations plus anciennes que sont les clochards, les sans-abri, les grands pauvres ou encore les vagabonds.

### **1.1.2.1. La distinction du bon pauvre et du mauvais pauvre**

Une caractéristique constante des SDF et de ceux qui se sont toujours trouvés à la marge de la société est ce rapport normatif qui instaure une dualité dans la pauvreté (Damon, 2003). On constate qu'à travers le temps, persiste cette distinction entre le « bon pauvre » et le « mauvais pauvre », distinction ayant pu être déclinée en valide et invalide ou plus généralement en personne digne ou indigne de recevoir l'assistance ou la charité. Si actuellement, ces oppositions ne sont pas exprimées explicitement par les pouvoirs publics, elles se retrouvent dans la pratique des acteurs œuvrant auprès des SDF sous les termes d'« insérables » ou de « non insérables ». Cette dualité dans la façon de considérer la pauvreté est liée à une représentation sociale qui comprend une part plus ou moins latente et manifeste de rejet qui persiste individuellement et collectivement. Dualité historique, on la repère actuellement dans le fait que les travailleurs sociaux ont à décider d'attribuer ou non une aide ou une prestation sociale. Nos sociétés se trouvant dans l'incapacité de dispenser l'aide à tous, les acteurs des dispositifs d'aide sociale doivent opérer une séparation binaire au sein des populations exclues. Ce tri s'effectue en fonction de différentes catégories plus ou moins circonscrites et plus ou moins teintées d'appréciation subjective de la part de l'observateur. On peut repérer des éléments comme le genre, l'origine ethnique, l'âge, mais aussi d'autres critères laissant l'évaluateur en proie à ses représentations et sa subjectivité comme la motivation de la personne à s'en sortir ou encore son parcours individuel. Notons également que cette dualité dans les représentations se retrouve aussi au sein de la population exclue. Ainsi, il est fréquent de constater des comportements et des expressions marquant le rejet des grands clochards par les SDF, celui des Roms par les clochards, ou encore celui des toxicomanes par les Roms, etc.

### **1.1.2.2. Les oscillations entre l'assistance et la répression**

Une autre caractéristique constante dans la prise en charge des SDF fait référence à l'ambivalence que porte la société vis-à-vis de cette population (Damon, 2003). Cette ambivalence s'illustre par des actions publiques qui se révèlent tantôt sévères et répressives et tantôt clémentes et hospitalières. Ce rapport ambigu entretenu avec les exclus est relié aux représentations et aux sentiments que chacun possède sur cette population. Notre expérience individuelle et sociale, tout comme nos convictions morales et notre proximité avec la pauvreté et l'exclusion, influent sur les représentations et le rapport que nous entretenons avec ces

populations. Ainsi, certains donneront de l'argent à un mendiant qui fait preuve de politesse et dans le même temps rejeteront celui qui semble alcoolisé sous prétexte qu'il risque de dépenser tout l'argent offert dans l'alcool plutôt que dans la nourriture. A l'inverse, d'autres, considérant que l'alcool permet de tenir dans la vie à la rue, privilégieront le SDF alcoolique à celui qui, toujours présentable et installé au même coin de rue, est considéré comme un mendiant professionnel. Ces attitudes de rejet et d'hospitalité se retrouvent à différents niveaux (national, régional, départemental, etc.) dans les politiques et dispositifs mis en place.

On observe fréquemment des glissements de la répression vers la charité et inversement. Des institutions charitables se sont souvent transformées en structures d'enfermement comme le soulignent Castel (1995) et Foucault (1975). Wacquant (2004) note qu'encore de nos jours le milieu carcéral a une fonction de masque de la misère urbaine en écartant les intrus indésirables de la cité. On repère alors une criminalisation tant de la maladie mentale que de la condition SDF (Michaels, Zoloth, Alcabes, Braslow et Safyer, 1992), et de nombreux allers-retours de la personne entre le milieu carcéral et le milieu psychiatrique (Baillargeon, Binswanger, Penn, Williams et Murray, 2009). Un grand nombre d'institutions telles que les hôpitaux, les asiles et autres lieux d'accueil, dans une dynamique de contrôle de la déviance, permettent donc de surveiller et de maîtriser les mouvements de population (Foucault, 1975). La solidarité a toujours entretenu des liens étroits avec la sécurité, et la répression et l'assistance de l'action de l'État se posent encore en ces termes. Si les délits de mendicité et de vagabondage ont disparu des textes de loi, l'action coercitive de l'État prend des formes détournées comme l'illustrent certains arrêtés municipaux interdisant le regroupement dans les rues, la consommation d'alcool sur la voie publique, et plus localement la mise en place de bancs « anti-SDF » ne permettant pas de s'y allonger ou encore le déclenchement d'arrosoirs automatiques dans les parcs dérangeant le repos de celui qui n'a à sa disposition que l'espace public. Si les BAPSA qui permettaient le ramassage des SDF ont été remplacées par le SAMU social de Paris en 1993 (et sur l'ensemble du territoire français ensuite), la dualité entre répression et assistance se maintient en ces termes d'intervention et de liberté. Ces SAMU sociaux ont pour vocation première le transport des SDF vers les structures d'hébergement mises à disposition. La question de la liberté et de l'intervention se pose continuellement dans ces pratiques. Faut-il convaincre la personne d'accepter l'assistance qui lui est proposée, ou au contraire respecter son choix de rester dans la rue ? Intrinsèquement liées dans la prise en charge des SDF, la contrainte et la liberté doivent être considérées dans les politiques publiques tant leur poids est

important. A ne pas considérer l'ambivalence de l'action sociale, le risque est de conduire à des abus liberticides ou inversement à des défauts d'assistance pour préserver la liberté de chacun.

Notons que si des oscillations entre assistance et répression sont repérées, l'une n'est pas à séparer de l'autre, elles coexistent simultanément à différents degrés. Il est intéressant de relever l'aspect paradoxal de cette dichotomie entre l'assistance et la répression, entre la punition et la protection. Si l'action coercitive de l'État sert le contrôle des populations en marge en les repoussant ou encore en les enfermant, elle peut dans le même temps être détournée de son axe pour s'orienter vers la protection de la personne. En effet on constate après la Seconde guerre mondiale un fort écart entre le nombre de condamnations (tendant vers zéro) et le nombre d'infractions pour délit de vagabondage ou de mendicité (tendant vers 2000 par an). Ce passage par le tribunal permettait ainsi à un bon nombre de sans-abri, par leur statut de prévenu, de « passer l'hiver au chaud » ou encore d'être orientés vers une structure sociale plus adéquate. Cette façon de détourner la loi prenait valeur de protection pour la personne SDF pouvant même se rendre d'elle-même au commissariat pour passer la nuit en cellule. S'il est dignement difficile de regretter la disparition des délits de vagabondage et de mendicité en 1994, tant ils étaient rendus arbitraires, liberticides et répressifs, leurs aspects paradoxaux ont parfois permis une prise en charge assistantielle qui n'est plus possible aujourd'hui. Sans nier la complexité des causes sociales amenant à une sur-représentativité carcérale des SDF, certains tentent délibérément de se faire incarcérer le temps de l'hiver, afin de bénéficier d'un toit et de quatre murs. Le problème est que l'acte commis pour se faire incarcérer le temps de l'hiver, amène parfois ces personnes à séjourner en Maison d'Arrêt sur une durée beaucoup plus longue que souhaitée.

Il est donc intéressant, comme le propose Furtos (2008b), de mettre en perspective les aspects coercitifs des dispositifs sociaux et des aménagements urbains avec une volonté de la part de l'État de résoudre le problème de la visibilité des SDF. Il relie cette volonté de rendre invisible le phénomène SDF à l'effet que provoque la vue de cette misère sur la population. En effet, le SDF dérange, fait peur et nous confronte au fait de ne rien posséder ou presque, d'être « sans ». Il est un autre qui, malgré la grande distance vis-à-vis du mode de vie commun, est physiquement proche de chacun (Quesemand-Zucca, 2007). Il peut alors être pris comme le mauvais objet qu'il faut rejeter et d'autre fois comme un objet auquel il est possible de s'identifier. Quoi qu'il en soit, le SDF et ses ancêtres ont toujours été des indésirables à travers l'histoire (Rullac, 2008).

### **1.1.2.3. Le problème de l'harmonisation des dispositifs sur l'ensemble du territoire**

Une autre constante dans le traitement de la déviance et de la marginalité est la question territoriale (Damon, 2003). Historiquement présente, elle ressort de nos jours dans l'orientation de nos politiques publiques et dans les conflits territoriaux que soulève la prise en charge des SDF. Le mouvement des populations exclues a toujours existé. Le terme de vagabond illustre pleinement le caractère mouvant de cette population, celui de SDF quant à lui met l'accent sur l'absence de fixité, et enfin celui « d'itinérant », fréquemment employé dans les pays anglophones, en témoigne à son tour. Il est d'ailleurs intéressant de relever que les gares ferroviaires sont des lieux fortement investis par les SDF. S'ils y restent pour trouver un abri, ce lieu est aussi le point de jonction entre les différentes villes. Ils se rendront d'un lieu à un autre, là où on voudra bien d'eux, où une aide adéquate pourra leur être proposée. Ces mouvements dépendent pour une large part des politiques et des actions publiques mises en place sur les différents territoires, de sorte qu'une politique d'assistance et d'hospitalité attirera les populations démunies, tandis qu'une axée sur la répression aura un effet répulsif sur ces dernières.

Une première tentative historique d'équilibre territorial des vagabonds et des laissés pour compte fut le grand enfermement du début du 17<sup>ème</sup> siècle. S'en sont suivis un accroissement et un renforcement de l'État central dans lequel Paris, la capitale, usait de son influence pour généraliser et homogénéiser la prise en charge des vagabonds. Cet État central prit son plein essor au début du 19<sup>ème</sup> siècle avec notamment la confirmation des dépôts de mendicité par Napoléon 1<sup>er</sup> en 1808. A la frontière entre la prison et l'hospice, ces dépôts de mendicité ont permis la réclusion des mendiants et de toutes sortes de marginaux comme les vagabonds ou encore les prostituées. Pichon (2007) note qu'actuellement la domiciliation répond pour une grande part à la volonté de régulation de la population à travers le territoire. En effet, celle-ci est une condition nécessaire à faire valoir ses droits (RSA, allocations en tout genre, etc.). Ces populations mouvantes peuvent ainsi être fixées et répertoriées de manière à maîtriser et à réguler plus aisément les mesures d'assistance entre les différentes collectivités territoriales.

Cette centralisation de l'État au niveau de la capitale a traversé l'histoire depuis la création des dépôts de mendicité jusqu'au Samu social de Paris par Xavier Emmanuelli en 1993 sous l'autorité du maire Jacques Chirac. Cette centralisation de l'action publique par la capitale pointe le rôle central de l'état dans la gestion des populations en marge. Dans cette conception



où seule l'autorité centrale est en mesure de gérer l'ampleur de ces flux de populations marginales, les communautés et autres dispositifs indépendants sont relégués à une place de second plan. Actuellement, en France, les diverses collectivités locales sont en conflit entre elles et avec l'État, ce dernier tentant de réguler les flux de personnes SDF dans chaque territoire. Le dilemme concernant l'accueil ou non de certains SDF par les collectivités locales et territoriales se pose à la lumière d'une logique politique et économique. Cette logique est déterminante dans la prise en charge des SDF, chaque collectivité tentant de minimiser les coûts financiers qu'implique une telle prise en charge, tout en devant remplir la part légale des engagements fixés par l'État. Là encore, l'enjeu territorial est à l'honneur aux dépens des SDF déplacés de structure en structure, de dispositif en dispositif, au gré de l'action sociale proposée par les différentes collectivités. L'instabilité territoriale est d'autant plus prégnante que les moyens mis en œuvre divergent selon les régions (Briant et Donzeau, 2011). En fonction de leurs moyens financiers et humains, les collectivités pourront répondre à un nombre limité de demandes et prendre en charge une diversité plus ou moins restreinte de problématiques sous-jacentes. Beaucoup définiront des quotas leur permettant de gérer l'efficacité de leur prise en charge. Ainsi un nombre de places sera réservé à l'accueil en urgence, aux personnes en situation irrégulière, à celles présentant une pathologie mentale ou une addiction à une substance, à celles qui ont moins de 30 ans, etc. Les individus SDF écartés de ces dispositifs devront relever de la compétence d'autres collectivités et se déplacer à travers le territoire.

#### **1.1.2.4. La difficile coordination des intervenants**

Une dernière constante est la difficulté de coordonner les différents acteurs prenant en charge la population SDF. Ici, la répartition des rôles entre le public, le privé et le caritatif se pose comme une problématique de taille qui persiste au fil du temps (Damon, 2003). Les différents types de gérance des populations exclues ont conduit à des orientations et des interventions diverses dans lesquelles se sont succédées, parfois superposées de façon confuse, des structures relevant d'institutions différentes comme l'hôpital, la prison ou encore l'église. Actuellement, si l'orientation de l'État vis-à-vis des SDF tente de tendre vers la coordination des actions en vue de les réinsérer socialement, on constate encore une grande diversité des types de gouvernance des structures qui dépendent soit directement de l'État, soit d'associations caritatives, religieuses, bénéficiant ou non de financements publics. Si le constat consensuel des experts incite à la création d'un travail de réseau entre tous les acteurs impliqués (Cour des

comptes, 2007), ce dernier est en proie à de nombreux obstacles dus au cloisonnement, voire au clivage, des différentes institutions dépendantes de budgets et de politiques spécifiques. Si l'État peine dans la coordination de tous les acteurs, c'est que les intervenants sont nombreux et que leurs champs d'action touchent divers secteurs. En effet, cette problématique SDF nécessite la mise en relation de différents secteurs comme celui de l'emploi, du logement, eux-mêmes à cheval sur le secteur sanitaire et celui du médico-social. Le cloisonnement de ces secteurs rend difficile le travail de réseau. Chaque secteur identifiera chez la personne SDF des difficultés ne relevant pas de ses compétences. Ainsi, les médecins pourront voir une primauté des difficultés sociales chez leur patient quand le travailleur social justifiera l'impossibilité de sa prise en charge par les multiples troubles induits par la pathologie de la personne qu'il accompagne.

Cette complexité de coordination est aussi à relier aux représentations des bonnes conduites à tenir dans la prise en charge des SDF. Ainsi, les valeurs morales portées par les structures concernées justifient le fait que certaines préfèrent accueillir un maximum de personnes, quitte à le faire avec des moyens moindres, tandis que d'autres limitent le nombre de personnes prises en charge pour élever la qualité de la prestation proposée. Chaque structure s'oriente vers un accompagnement social, éducatif et parfois médical, qui lui est propre. Accentuant son intervention tantôt sur l'hébergement, tantôt sur l'insertion par l'emploi, tantôt sur le soin, ou tantôt encore sur des aspects plus primaires comme la nécessité de se nourrir, de se vêtir ou de se laver, chacune de ces structures se penche sur un aspect partiel de la problématique SDF. Cette prise en charge parcellaire de la population SDF est ici une limite de taille face à la complexité de cette problématique. Elle entraîne, ce que Damon et Firdion (1996) appellent l'effet « balle de ping-pong » de la population SDF qui est prise en charge partiellement par une multitude d'institutions régies à différents niveaux de l'État, sans qu'il y ait de véritables harmonisations entre les services. Dans ce contexte, la fragmentation de la prise en charge trouve ses limites au vu de la complexité du phénomène SDF.

### **1.1.3. Pour conclure**

Ce détour historique a permis d'identifier les évolutions des populations marginales et de leurs prises en charge depuis le Moyen Âge. Des vagabonds aux SDF, les problèmes posés par ces exclus ont engendré des actions diverses de la part de l'État. Des variables

caractéristiques de la prise en charge des populations en marge se sont dégagées et il apparaît nécessaire de considérer leur impact sur les politiques d'aide sociale mises en œuvre actuellement. Leurs stabilités à travers l'histoire en font des éléments d'analyse fondamentaux dans la compréhension des problématiques sous-jacentes à la prise en charge de la population SDF. L'État semble prendre conscience de l'importance de considérer certaines de ces variables dans la compréhension de ce phénomène social. En effet, la multiplication des enquêtes tant sociodémographiques, qu'épidémiologiques, illustre la volonté de mieux définir cette population et de cerner les difficultés qu'elle rencontre. Notons également cette volonté de travail en réseau de la part de l'action publique. Si ce travail en réseau n'est pas encore pleinement applicable dans ses aspects pratiques, les recommandations des différents rapports gouvernementaux (Conférence de consensus, 2007 ; Cour des comptes, 2011) en font un objectif principal. Cependant, sa mise en œuvre nécessite un aménagement des champs sociaux, médicaux et plus généralement de toutes les instances publiques. Elle implique de repenser les pratiques de chacun, ce qui n'est pas sans éveiller de nombreuses résistances chez les différents corps de métiers. Toutefois, deux caractéristiques constantes restent en toile de fond et ne semblent pas être considérées et intégrées dans la prise en charge actuelle des SDF. Il s'agit d'une part des distinctions entre les « bons » et les « mauvais » SDF et, d'autre part, des tensions entre l'assistance et l'hostilité, entre la répression et l'hospitalité de l'action sociale. L'absence de ces éléments dans l'analyse des politiques d'aides sociales peut être reliée à l'ambiguïté des représentations individuelles et collectives de la pauvreté et de l'exclusion, tout comme aux réactions émotionnelles et affectives qu'elles suscitent chez chacun et au sein de la société.

## **1.2. Dispositifs d'aide sociale : état des lieux européen et focalisation sur la France**

### **1.2.1. Pour introduire**

Loison (2006) note que l'exclusion, la misère, la population SDF ne sont pas un problème nouveau, mais bien un phénomène qui est de plus en plus visible dans nos sociétés. Contraints de vivre cachés dans des abris précaires, ces individus sont dans le même temps exposés au regard des autres dans l'espace public. Et c'est d'ailleurs entre visibilité et invisibilité que se sont constitués ce problème social (Pichon, 2000) et les différentes manières dont l'état a tenté de le traiter au cours de l'histoire. La prise en charge de la population SDF

est très dépendante de leur visibilité. Cette dernière est l'illustration des limites de la société qui est censée garantir à tous la bonne intégration et l'assurance d'une vie digne (Hassin, 1996). Ce défaut de citoyenneté et d'intégration sociale est mis en exergue par le monde médiatique qui décide ou non de leur donner une existence visible. C'est cette image véhiculée par les médias qui aura un impact, autant sur le citoyen que sur les politiques gouvernementales qui seront mises en place par l'état qui y est très sensible. Les reportages des médias qui diffusent les difficultés des SDF (Marpsat, 2008) créent ainsi une forte empathie durant l'hiver envers la population SDF. A cette empathie suscitée s'accompagnent de nombreux appels à la solidarité et des dispositifs hivernaux renforçant ceux de la veille sociale. A d'autres périodes de l'année, notamment l'été, des sentiments de peur ou, à moindre de degré, de dérangement resurgissent. Ces derniers incitent cette fois à de l'hostilité s'illustrant par la multiplication des arrêtés anti-mendicité ou encore des aménagements « anti-SDF » au sein des espaces publics.

Les associations ont de tout temps joué un rôle prépondérant tant dans la prise en charge des SDF que dans l'implication de l'état vis-à-vis de cette population. Elles n'ont eu de cesse de multiplier les rapports de recherche tendant à évaluer l'ampleur du phénomène SDF. Leur rôle d'expert est maintenant reconnu et repris par les médias et les autorités gouvernantes qui les consultent dans la gestion de cette problématique sociale. Certaines associations plus contestataires prennent une position de contre-pouvoir comme le DAL (Droit Au Logement) ou le CDSL (Comité Des Sans Logis) et pointent régulièrement les manquements dans l'application des multiples lois de lutte contre les exclusions. L'exclusion, et ses conséquences pour une partie de la population, fait son plein essor à la fin des années 1980 dans les débats sociopolitiques. Elle sera même un thème de campagne lors des élections présidentielles de 1995 avant d'être employée juridiquement dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Cette notion d'exclusion, jusqu'alors très peu employée en Europe se diffuse progressivement (Marpsat, 2008). La dénomination de SDF se propage de sorte qu'elle désigne maintenant tous les exclus au détriment des anciennes appellations de « clochard », « sans-abri », « miséreux », « vagabond ». La dégradation et la crise de l'emploi rendent l'exclusion non plus réservée à une minorité de personnes, mais possible à un pan bien plus important de la population, de sorte qu'on l'on parle alors de vulnérabilité de masse (Pichon, 2007). Les sentiments de la population générale vis-à-vis de la population SDF a profondément changé depuis ce nouvel ordre social où chacun ressent une insécurité sociale qui entraîne la crainte de pouvoir devenir SDF à un moment de sa vie.

## **1.2.2. Une problématique européenne**

### **1.2.2.1. L'état des lieux des dispositifs européens et plus particulièrement français**

A la demande du ministère du logement, Damon (2009) a réalisé une étude comparative des politiques menées en matière de lutte contre les exclusions au niveau européen. D'une manière générale, il note que la France, comparée à ses voisins européens, mène une politique d'aide aux personnes SDF plus centralisée au niveau national. Moins coercitif dans ses politiques, l'état français propose davantage de services et débloque des moyens financiers plus importants. Toutefois, une comparaison fine des dispositifs européens est très délicate et soulève de nombreuses questions méthodologiques qui nous imposent de prendre ces résultats, issus de ce type d'investigation, avec une grande précaution. Le peu d'enquêtes réalisées à grande échelle dans chacun des pays rend les données difficiles à traiter et à analyser. Damon (2009), s'étant livré à cet exercice, nous propose une synthèse des typologies et des stratégies mises en place dans les différents pays de l'Union européenne.

#### **1.2.2.1.1. Les pays d'Europe anglo-saxonne**

Les Anglo-saxons sont dans un régime libéral. Leur stratégie de lutte contre le sans-abrisme est financée par l'impôt. Les politiques et les actions déployées ciblent les populations les plus précaires dans une ambition d'éradication de ce phénomène. Les dispositifs coercitifs sont contrôlés et évalués au vu des objectifs fixés. La mise en place de cette stratégie de prise en charge des sans-abri par le « logement d'abord » va de pair avec la progressive disparition des dispositifs d'assistance (accueil de jour, lieu de restauration gratuit, etc.) proposant une aide éphémère aux individus vivant directement dans la rue. Cette stratégie questionne vis-à-vis des sans-abri étrangers, ces derniers n'ayant pas les mêmes droits notamment en ce qui concerne l'obtention de certaines allocations.

Au Royaume-Uni, la politique de prise en charge des populations SDF est décentralisée. Dans cette configuration, chaque état, chaque région et parfois même chaque ville est libre d'adopter une stratégie de lutte contre l'exclusion qui lui est propre. Sous la responsabilité des différents territoires, les actions menées sont évaluées et mises en perspective avec les objectifs initialement fixés. D'une manière générale, le Royaume-Uni se situe dans une politique du « logement d'abord », c'est-à-dire que le logement n'est pas considéré comme la finalité de

l'insertion, mais qu'il est au contraire un prérequis à la mise en œuvre de toute démarche d'insertion. La visée des politiques menées par le Royaume-Uni est l'éradication du phénomène sans-abri. Sur le plan financier, ses dépenses sont estimées à plus d'un milliard d'euros par an, investissement conséquent et comparable à celui de la France. Des actions coercitives sont alors développées afin de contraindre les sans-abri à quitter la rue pour intégrer un dispositif. En ce sens, diverses interdictions ciblant spécifiquement des « comportements asociaux », tels que la consommation d'alcool ou encore la manche, sont prononcées pour écarter la présence des sans-abri dans les lieux publics. Des équipes mobiles vont au-devant des SDF dans la rue afin de les persuader d'accepter les services qui leur sont proposés. Dans cette volonté de sortie de rue des SDF, les gouvernements ont supprimé les lieux d'accueil de jour proposant un repas chaud ou tout simplement un lieu où s'abriter, se reposer. Ces actions coercitives visant cette sortie de rue dans une perspective du « logement d'abord » trouvent une certaine cohérence et une continuité avec la politique du logement en œuvre. On constate ainsi que les logements sociaux consacrés prioritairement aux SDF sont réellement mis à leur disposition.

En Irlande, le gouvernement a mis en place une politique intégrée dans une ambition de mettre fin au phénomène sans-abri. Les programmes développés s'inscrivent pleinement dans le plan national de protection sociale vers le « logement d'abord ». Les secteurs public et associatif coopèrent à cette stratégie qui vise à ce que personne ne soit contraint de dormir dans la rue ou de s'ancrer durablement dans les structures d'hébergement d'urgence. L'idée générale est bien qu'aucun individu ne se retrouve sans-abri ou se maintienne dans cette situation faute de services qui lui seraient proposés. La stratégie de prise en charge cible donc la frange des populations précaires la plus démunie, les sans-abri à la rue ou ancrés depuis longtemps dans les hébergements d'urgence, et centre ses actions sur l'accompagnement de la personne vers le logement.

#### 1.2.2.1.2. Les pays d'Europe continentale

Les pays continentaux, ici la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas (la France fera l'objet d'un développement à part), sont fondés sur des régimes assurantiels qui fonctionnent grâce au travail des membres de la société. Dans cette conception originellement basée sur le « presque » plein emploi, l'assistance occupe normalement une place infime. Elle a pris toute son ampleur au cours des dernières décennies avec la crise de l'emploi qui s'est accompagnée

d'une augmentation du nombre de personnes précaires et en situation de SDF. Face à cette situation, les investissements et moyens financiers par ces différents pays sont variables. Ces pays sont confrontés à une difficulté de taille dans la mise en place de leur stratégie de lutte contre les exclusions. Il leur faut trouver le juste équilibre entre ce qui relève des régimes assurantiels (sécurité sociale, droits sociaux) et ce qui relève des politiques d'assistance gérées par d'autres moyens tels que les financements issus de l'impôt.

En Belgique, la stratégie de lutte contre les exclusions est décentralisée. A défaut d'une véritable politique intégrée sur le plan national, chaque région privilégie sa stratégie en menant des actions variées qui vont de l'assistance en urgence à l'insertion. Les Centres Publics d'Action Sociale (CPAS) sont les principaux interlocuteurs de la population SDF. Ils proposent un revenu d'intégration, une aide médicale, des services de soutien et permettent à la personne SDF de disposer d'une adresse de référence. A ces CPAS, s'ajoutent différentes associations caritatives et/ou religieuses apportant différents types d'aide (médicale, hébergement, etc.) et pouvant innover dans la mise en place de différents types de solidarités.

L'Allemagne dispose d'une politique de prise en charge de la population SDF décentralisée. On observe une mobilisation grandissante des associations vers un investissement plus important des moyens de lutte contre l'exclusion. La démographie allemande étant faible, les autorités gouvernementales ne considèrent pas le phénomène SDF dans une perspective explicative de crise du logement, mais plutôt comme une déviance individuelle qui ne nécessite pas le déploiement d'une politique publique structurée. Dans cette conception individuelle des causes responsables de la situation SDF, l'orientation des politiques publiques est répressive et les actions mises en place ont comme visées de décourager les personnes à rester dans l'espace public et de les dissuader à intégrer les structures d'accueil d'urgence mises à leur disposition.

Si aux Pays-Bas, les politiques de prise en charge des SDF sont très décentralisées, c'est l'état qui fixe les objectifs et les différentes dotations. L'investissement financier de l'état pour traiter cette problématique SDF est comparable à celui déployé par la France. Les politiques en place concernant l'emploi et le logement sont très coercitives, chaque individu étant dans l'obligation d'accepter la prise en charge et les services qui lui sont proposés. Qu'elles émanent des associations ou directement de l'état, les différentes évaluations tendent à observer l'efficacité des dispositifs dans la réduction du nombre de SDF.



### 1.2.2.1.3. Les pays d'Europe de l'Est

Les pays de l'Est n'ont pas de réelles stratégies de lutte contre le phénomène SDF, hormis en Hongrie et à un niveau moindre en Pologne, où on constate une progressive prise en considération de ce problème par l'état. Le manque d'investissement de ces états est à mettre en lien avec la forte précarité collective qu'ils connaissent et leur situation économique nettement plus dégradée que dans le reste de l'Europe. Dans ces pays, la problématique SDF est bien celle du sans-abrisme. Elle est à rapprocher de la question des Roms et des problèmes de migrations qui ne peuvent prendre qu'une tournure plus globale, celle d'une politique européenne de prise en charge des populations migrantes. Les structures qui proposent une aide à ces populations sont très peu développées et les conditions d'accueil sont mauvaises. Les actions menées sont coercitives, les populations visées étant placées dans le domaine de la criminalité. Les politiques se sont partiellement développées en raison de leur présence dans l'Union européenne qui ne peut tolérer que des personnes meurent chaque hiver sans que rien ne soit entrepris.

En Autriche, la problématique des SDF est une préoccupation nationale qui fait partie du plan national d'inclusion sociale. L'idée politique dominante est celle du « logement d'abord » tant elle est considérée dans sa valeur curative, et préventive en ce qui concerne les expulsions. Cependant, il n'y a pas de réelle stratégie nationale, les politiques étant très décentralisées et la prise en charge effective majoritairement assurée par des associations caritatives.

En Pologne, la situation SDF est intimement liée à la problématique de l'alcoolisme. Ce phénomène est particulièrement inquiétant l'hiver, période de l'année où les conditions de survie deviennent extrêmes. Si le budget alloué au traitement de cette problématique sociale est assez faible, l'état tente de mettre en place une stratégie nationale de prévention du phénomène SDF et de formation des travailleurs sociaux spécialisés dans la prise en charge de ces populations.

Que ce soit en Bulgarie ou en Roumanie, le phénomène des sans-abri prend une place mineure tant il se dissipe dans la pauvreté générale de ces pays. Confrontées à de multiples problèmes à traiter (enfants vivant dans les égouts ; prévalence élevée de maladies et des addictions ; ségrégation des Roms ; etc.), les autorités gouvernementales se retrouvent dépassées au point que la question du sans-abrisme n'est pas mise au rang de priorité. Dans ces



pays, il n'existe pas de stratégie en place que ce soit au niveau national que local. Les rares dispositifs existants sont associatifs et déployés ponctuellement pour faire face à l'urgence de certaines situations rencontrées notamment l'hiver pendant les périodes de grand froid. Avant d'être nationale, cette question de la prise en charge des SDF est européenne. Elle a conditionné l'entrée de la Bulgarie et de la Roumanie dans l'Union européenne et a nécessité la mise en place d'un minimum de protection sociale de leur part. Cependant, cette problématique est d'une grande complexité dans ces pays et doit être reliée aux questions migratoires et à l'importance des réseaux mafieux.

La République Tchèque et la Slovaquie n'ont pas non plus de stratégie nationale d'aide aux SDF. Principalement préoccupées par la gestion de l'espace public, les politiques sont municipales et orientées vers la répression de ces populations. Des arrêtés municipaux interdisent la manche et la consommation d'alcool dans les lieux publics. Des brigades de polices veillent à ce que les SDF ne s'installent pas dans les rues de la ville. La visée de ces actions coercitives est double, chasser cette population indésirable de la ville et dans le même temps dissuader ceux des autres villes d'y venir. Cette répression des SDF est politiquement motivée par un sentiment de crainte, celle du risque que se développe la criminalité, et celle d'un risque sanitaire où pourraient se propager certaines maladies. La présence de ces pays dans l'Union européenne et la mise en avant par différents observatoires de la situation d'extrême pauvreté d'une partie de leurs populations ont poussé ces pays à enclencher une réflexion et des actions en direction des SDF.

La Hongrie est également confrontée au problème SDF qui est largement relégué par les médias qui mettent en avant les conditions de vie désastreuses de cette population. Les autorités publiques tentent de réagir et de débloquer les moyens nécessaires par l'extension des dispositifs et la rénovation des structures existantes. La visée de leur action est la réintégration sociale. Dans une politique décentralisée, le pays a mis en place de nombreux programmes spécifiques s'étayant sur des enquêtes et des travaux de recherche afin de les inscrire dans une véritable stratégie d'insertion ayant comme finalité l'inclusion sociale.

#### 1.2.2.1.4. Les pays d'Europe du Sud

De tradition non interventionniste, les pays d'Europe du Sud ont longtemps laissé aux solidarités familiales et religieuses le soin de s'occuper de la misère. Cependant, on constate depuis ces dernières années l'extension de l'assistance par l'état des populations vulnérables. Si les investissements diffèrent entre les pays, le Portugal et l'Espagne mettent progressivement en place une stratégie politique de lutte contre le sans-abrisme dans une perspective d'instauration d'un État providence.

En Espagne, la prise en charge des populations exclues est encore largement assurée par l'Église. L'analyse des politiques entreprises par l'état nous fait identifier préférentiellement des stratégies de prise en charge régionale des sans-abri. A cette forte décentralisation, s'ajoute un haut niveau de coercition des actions entreprises. Ainsi, à Barcelone, il est interdit aussi bien de mendier que de dormir dans la rue. Massivement confrontée à l'immigration clandestine contre laquelle l'Espagne tente de lutter, la représentation criminelle qui lui est attribuée vient s'associer à la pauvreté.

En Italie, les politiques de prise en charge sont très décentralisées et ne s'inscrivent pas dans une stratégie nationale. En fonction des villes, on observera des politiques et des actions entreprises plus ou moins répressives, tolérantes et innovantes. Si l'aide et l'assistance aux populations SDF sont massivement dispensées par des institutions religieuses et des associations laïques, l'état prend sa part de responsabilité en allouant à ces dernières des financements issus des budgets du ministère des Affaires sociales. Le sans-abrisme étant intimement associé à la criminalité et à la clandestinité, on voit se mettre en place de nombreuses actions coercitives par l'état pour organiser l'expulsion des Roms et des clandestins.

Le Portugal est un pays qui connaît depuis longtemps de grands problèmes de pauvreté. Les bidonvilles sont répandus et nombreux sont les travailleurs qui vivent dans des conditions de vie très précaires. La question des travailleurs pauvres est au premier plan dans ce pays tant ils composent une part importante de la population SDF. Par ses activités bénévoles, le rôle de l'Église est crucial dans la prise en charge des sans-abri. Si pendant longtemps, les investissements de l'état pour traiter cette problématique étaient moindres, le Portugal met maintenant une réelle stratégie nationale de lutte contre l'exclusion et les discriminations. Dans

cette perspective, ce pays a intégré des éléments supports d'un droit au logement dans sa constitution.

#### 1.2.2.1.5. Les pays d'Europe du Nord

Les pays du nord de l'Europe sont dans une perspective de service public. De tradition libérale, leur régime d'État providence s'inscrit dans une logique du « donnant-donnant ». C'est-à-dire que si l'individu a des droits, il a aussi des devoirs, de sorte qu'il est demandé au bénéficiaire de l'aide sociale une contrepartie. S'appuyant sur des services sociaux locaux, les politiques déployées sont dans une ambition de logement d'abord, condition jugée préalable au traitement du problème SDF. Aux fortes ambitions affichées par ces États, émergent des moyens développés conséquents.

En Suède, une stratégie de lutte contre le sans-abrisme s'est développée depuis les années 90 dans une volonté d'organisation rationnelle des politiques de prise en charge. Une grande partie de la prise en charge est laissée aux associations qui ont vu leur dotation publique augmenter ces dernières années. Rapprochée à la problématique du logement et de la santé mentale, celle du sans-abrisme s'inscrit dans une stratégie de lutte contre les exclusions distincte et renseignée. L'objectif principal de ces politiques est de pouvoir assurer un logement pour tout le monde. Si l'accès à un logement n'est pas institué dans le droit juridique, les différentes collectivités, en revanche, sont dans l'obligation de fournir un hébergement d'urgence à la personne dans le besoin.

La Finlande fait figure d'exemple européen dans le traitement de l'exclusion en ayant diminué par deux le nombre de sans-abri depuis la fin des années 80. Ce pays a multiplié ses stratégies de lutte en les chiffrant et les évaluant dans un souci d'efficacité. S'il n'y a pas à proprement parler de droit au logement, il y a une obligation d'aider les individus en grande difficulté. L'aide aux sans-abri est individualisée et intensive et une priorité est accordée au relogement de cette population. Les logements sociaux sont attribués prioritairement aux SDF et des dispositifs sont déployés de manière à introduire ou maintenir une dynamique de logement durable. Des actions de prévention sont mises en place afin d'agir sur des situations à risque d'entraîner la mise à la rue de la personne telles que les sorties de prison ou encore les

procédures d'expulsion. Dans ce pays, la plupart des structures d'aide aux sans-abri sont publiques, les autres étant gérées par des associations subventionnées par l'état.

Le Danemark fait également figure de bon élève de l'Europe depuis longtemps dans le traitement du phénomène SDF. Dès les années 90, l'état a mis en place une stratégie d'ampleur permettant de coordonner l'état et les communes dans la prise en charge des sans-abri. Les municipalités ont à charge de coopérer avec les associations pour mener les politiques d'aide et de soutien aux SDF. Les politiques traitant des personnes sans papiers et de l'immigration sont bien distinctes de celles traitant des sans-abri. Le Danemark a également développé des dispositifs alternatifs comme les « *Freak Houses* » qui ne visent pas la réinsertion de la personne dans la société, mais qui tentent de rendre meilleure la qualité de vie des personnes SDF.

#### 1.2.2.1.6. La France

Pour conclure sur cette comparaison européenne des prises en charge des populations SDF, on voit que la France présente un niveau élevé de centralisation des politiques d'aide sociale qu'elle met en place. Elle développe des moyens conséquents pour lutter contre les exclusions et met à disposition une palette importante d'offres et de services aux populations précaires. Sur le plan national, si la prise en charge de ces populations suscite des débats, on ne peut pas parler de véritable controverse, les politiques de lutte contre les exclusions disposant d'un consensus élevé. Comparées aux autres pays européens, les actions déployées sont faiblement coercitives, les populations SDF n'étant pas apparentées à un haut niveau de criminalité. Si la France met de gros moyens en œuvre pour lutter contre les exclusions, la Cour des comptes (2007 et 2011) relève l'inefficacité des politiques publiques. Les résultats en termes d'efficacité des dispositifs français ne sont pas à la hauteur des investissements au vu de ceux mis en place par d'autres pays européens (Damon, 2009).

#### **1.2.2.2. La nécessité d'une stratégie européenne de prise en charge des SDF**

Depuis 2007, il y a une prise en considération nouvelle concernant la prise en charge des SDF qui prévoit la mise en œuvre d'une stratégie de refondation en 2009. Cette stratégie s'illustre par une augmentation des budgets alloués aux politiques traitant cette problématique

chez l'ensemble des pays européens (Cour des comptes, 2011). La Conférence européenne de consensus (2010) insiste sur la nécessité de mettre en place une stratégie de lutte européenne contre la pauvreté et l'exclusion qui soit capable de donner un cadre au développement des stratégies nationales et régionales des états de l'Union européenne.

Le droit au logement est un des principes organisateurs de l'aide aux sans-abri, mais il est plus ou moins opposable et effectif en fonction des pays de l'Union européenne. A l'origine considéré plus comme une déclaration de principes, ce droit au logement tend à devenir une obligation de résultats, du moins dans la mise en place des différents dispositifs, à défaut de l'être dans la réalité. Cependant, il semble important de noter que le droit au logement n'est qu'une composante de l'action publique en faveur des SDF et qu'elle ne peut être considérée comme une fin en soit, notamment pour la prise en charge des sans-abri. Ces derniers étant parfois extrêmement éloignés du logement, ce droit au logement paraît souvent inadapté à cette population qui peut refuser ce droit ou tout simplement ne pas être en mesure d'habiter un logement en autonomie. La perspective d'éliminer la visibilité de cette population dans l'espace public est d'autant plus compromise qu'un accès au logement ne met pas fin aux comportements d'errance, de manche, etc., au cours de la journée. Si ce droit au logement est d'une importance capitale, il est nécessaire de l'intégrer dans une stratégie plus globale pour traiter la complexité de ce phénomène SDF.

Les pays européens sont confrontés à une problématique commune, l'augmentation du nombre de travailleurs pauvres. A cela s'ajoute une extension de la problématique migratoire au sein de l'Europe avec une persistance du nombre de clandestins sur l'ensemble des territoires. En situation d'irrégularité ou non, aucune personne ne devrait être laissée sans ressource au sein de l'Union européenne. Face à l'extension de ce phénomène, il est impératif que celle-ci mène une politique cohérente afin que ces personnes ne se retrouvent pas sans logement et contraintes de fréquenter des lieux qui ne leur étaient pas destinés, à savoir ceux relevant du dispositif d'aide sociale pour les SDF (Conférence européenne de consensus, 2010).

La Conférence européenne de consensus (2010) rappelle que le sans-abrisme, dénommé comme l'absence de chez soi, est une situation injuste à laquelle il est impératif d'y remédier. Cette situation remet en cause les droits fondamentaux de l'homme et à ce titre, chaque État et l'Europe, doit trouver et mettre en place les mesures préventives et intervenir continuellement pour enrayer ce phénomène. Cette conférence met en avant la nécessité d'aller au-delà du principal accueil en hébergement d'urgence ou en asile de courte durée pour développer des

dispositifs favorisant le retour au logement durable, et non l'unique assistance. Il est ainsi préconisé de développer des politiques qui permettent d'augmenter tant l'accès au logement des personnes sans-abri que de prévenir la mise à la rue de la personne en proposant des dispositifs d'accompagnement adaptables en fonction de la particularité de chaque situation à risque ou avérée de perte de logement. A cette sortie de l'unique perspective de l'assistance, cette conférence de consensus propose de ne pas considérer la personne SDF comme un bénéficiaire passif de l'aide sociale, mais comme un sujet qui doit être acteur de sa réinsertion. L'idée est ici de mettre en avant les droits et l'autonomie de la personne pour qu'elle participe pleinement aux décisions qui concernent ses projets et sa vie.

### **1.2.3. La lutte contre les exclusions**

#### **1.2.3.1. L'aide à la population SDF**

##### 1.2.3.1.1. La protection sociale

###### *1.2.3.1.1.1. Les fondements de l'État Providence*

Le modèle de protection sociale français s'est inspiré de deux autres. Le premier est le système allemand de Bismarck fondé à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle qui garantissait aux salariés diverses sécurités en ce qui concerne la maladie, l'accident de travail ou encore la vieillesse. Basé sur un modèle assurantiel reposant sur le travail, ce système excluait une partie de la population qui ne cotisait pas pour cette sécurité. Le second est le modèle britannique de Beveridge<sup>12</sup>, en date de 1942, qui est davantage garant de la perspective de l'État providence et donc de l'intervention publique dans l'assurance et l'assistance de tous les citoyens. Ce mode de financement est assuré par l'impôt et relève par conséquent d'un principe de solidarité où les riches cotisent davantage que les pauvres. Ce sont les variations de budgets alloués par l'État à cette protection sociale qui ont favorisé le développement parallèle de soins privés. En ce qui concerne le modèle français de sécurité sociale, on observe qu'il se situe entre ces deux modèles précédemment décrits et repose sur le principe de solidarité nationale.

---

<sup>12</sup> Rapport remis au parlement britannique en novembre 1942 : Report to the Parliament on Social Insurance and Allied Services

Les premiers fondements effectifs de la protection sociale française remontent à la mise en place de la sécurité sociale en 1945<sup>13</sup> et sa généralisation à l'ensemble de la population en 1946<sup>14</sup> rendue applicable par le décret n°46-1378 du 8 juin 1946<sup>15</sup>. A l'époque de sa mise en place, la société n'envisageait pas les risques de l'exclusion sociale, elle était fondée sur la base de la protection des salariés face aux risques sociaux qu'ils pouvaient encourir comme la maladie, l'accident de travail ou encore l'invalidité. Dans le même temps a émergé une succession d'ordonnances et de décrets permettant d'établir un cadre législatif à cette sécurité sociale. On relève ainsi, à titre d'illustration, la mise en place du service national d'hygiène scolaire et universitaire<sup>16</sup>, l'extension des allocations familiales à l'ensemble, ou presque, de la population<sup>17</sup>, l'affiliation obligatoire aux assurances sociales pour les professions non agricoles<sup>18</sup>, la protection maternelle infantile<sup>19</sup>. S'en sont suivies, deux décennies plus tard, des ordonnances<sup>20, 21</sup> donnant davantage de teneur au cadre organisateur de la sécurité sociale. Michalot (2010) souligne ainsi que l'instauration de la sécurité sociale et les multiples allocations (vieillesse, handicapé, etc.) qui s'en sont suivies marquent le renforcement, voire le véritable début, de l'état providence, la responsabilité personnelle face aux difficultés de l'existence devenant collective. On notera que c'est durant cette période que l'état a développé tant l'aide sociale que la professionnalisation des travailleurs sociaux.

Le dispositif de protection sociale français tente depuis sa création de devenir universel. Cependant, Rainhorn et Gremy (1998) notent que la globalité de ce mode de protection sociale français fait défaut depuis son origine. Si elle n'a eu de cesse depuis sa création de tenter de couvrir l'ensemble du public, ça n'a été qu'au prix d'une succession importante de dispositifs qui, une fois accumulés, ont pu répondre aux multiples problématiques à la fois individuelles et sociales. Opérant toujours plus de différenciations entre les bénéficiaires et entre les problématiques rencontrées, ce modèle de protection sociale engendre sans cesse de nouveaux

---

<sup>13</sup> Ordonnance 45-10 du 4 octobre 1945 instituant la sécurité sociale

<sup>14</sup> Loi n°46-1146 du 22 mai 1946 portant généralisation de la sécurité sociale

<sup>15</sup> Décret n°46-1378 du 8 juin 1946 portant règlement d'administration publique pour l'application de l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la sécurité sociale

<sup>16</sup> Ordonnance n°45-2407 du 18 octobre 1945 protection de la santé des enfants d'âge scolaire, des élèves et du personnel des établissements d'enseignement et d'éducation de tous ordres

<sup>17</sup> Décret n°46-2880 du 10 décembre 1946 portant règlement général d'administration publique pour l'application de la loi du 22-08-1946 fixant le régime des prestations familiales

<sup>18</sup> Ordonnance N°45-2454 du 19 octobre fixant le régime des assurances sociales applicable aux assurés des professions non agricoles

<sup>19</sup> Ordonnance n°45-2720 du 2 novembre 1945 sur la protection maternelle et infantile

<sup>20</sup> Ordonnance n°67-706 du 21 août 1967 relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale

<sup>21</sup> Ordonnance n°67-828 du 23 septembre 1967 relative à l'assurance maladie-maternité et à l'assurance vieillesse des travailleurs non-salariés des professions non-agricoles

dispositifs. Cette succession de dispositifs permet ainsi de pallier les carences des précédents qui, protégeant une catégorie de personnes, en exclut une autre, et ainsi de suite. Ainsi la segmentation de ce modèle suppose, dans une optique de couvrir l'ensemble du public, de multiplier constamment les dispositifs de protection sociale. Les conséquences de ces successions d'aides sont la réunion des conditions nécessaires pour y accéder, ce qui génère par la même occasion de nouveaux exclus (exclus de ces dispositifs), et autant de hiérarchisations et d'inégalités.

Rainhorn et Gremy (1998) identifient trois grandes périodes rendant compte des évolutions de la protection sociale en France. La première période va de la création de la protection sociale en 1945 jusqu'aux années 70. Protégeant à son origine le travailleur, l'ambition était de pouvoir étendre cette protection du noyau central du salariat à l'ensemble de la population. A cette époque d'après-guerre, la France était proche du plein emploi, dans une croissance constante et était marquée par la stabilité de la famille. Dans cette configuration, le dispositif de protection sociale assurantiel trouvait son efficacité et ses incohérences étaient masquées, car mises au plan de conséquences résiduelles aisément palliées. La deuxième période identifiée est marquée par un contexte de crise financière et une précarisation des solidarités primaires. S'étalant des années 70 aux années 90, cette période a vu apparaître une instabilité salariale illustrée par le début du chômage de masse et une dislocation du modèle familial traditionnel entraînant une multiplicité de situations d'isolement familial et social. Ces mutations sociales ont mis en exergue les défauts et les incohérences du modèle de protection sociale jusqu'ici opérant. La gestion de cette nouvelle complexité a nécessité une harmonisation des dispositifs. C'est d'ailleurs l'objectif de la loi du 24 décembre 1974<sup>22</sup> que de tendre à la généralisation de la protection sociale à l'ensemble du public, y compris à ceux qui par leur situation sont sans affiliation salariale, en harmonisant les recettes et les coûts du dispositif afin de compenser les différences entre les actifs et les inactifs. L'évolution de la crise financière, de l'emploi et la progressive précarisation de la société ont rendu la rénovation de la protection sociale inachevée. La troisième période identifiée par Rainhorn et Gremy (1998) prend date dans les années 90. Face à la montée de la paupérisation de la société et de la précarité concernant tant l'emploi que le logement, les dispositifs se succèdent abondamment. L'orientation originellement assurantielle de la protection sociale s'infléchit quelque peu pour céder la place à de nombreux dispositifs prenant la forme d'allocation généralement accordée

---

<sup>22</sup> Loi n°74-1094 du 24 décembre 1974 relative à la protection sociale commune à tous les français et instituant une compensation entre régimes de base de sécurité sociale obligatoire



sous condition de telles ressources. De nouvelles formes d'assistance apparaissent, lesquelles exemptes de contribution en retour permettent d'assurer un minimum au bénéficiaire. A titre d'illustration, l'instauration du RMI en 1988<sup>23</sup> aurait pu signer un aboutissement de la conception providentielle de l'état en assurant à l'ensemble de la population un minima financier permettant de maintenir la dignité de l'existence autrement que par l'aptitude au travail.

#### *1.2.3.1.1.2. La contractualisation de l'aide*

Si la création du RMI en 1988 renvoyait dans un premier temps à la mise en place des droits au revenu minimum et de l'insertion sociale, Michalot (2010) relève qu'elle a signé dans un second temps la mise en œuvre d'un contrat d'insertion. Bien que l'exclu reste un citoyen ayant des droits sur le plan juridique et politique, les dispositifs d'insertion mis en place contrebalancent les droits à l'assistance par un devoir d'insertion (Defay-Goetz, 2004). Le sujet doit ainsi justifier ses demandes d'assistance, de prise en charge et montrer toute sa volonté et sa motivation à se réinsérer, à rechercher un emploi, etc. Devenue contractuelle, cette aide nécessite une contrepartie de la part du bénéficiaire. L'effet indirect de ce basculement touche les représentations collectives portant sur la pauvreté et l'exclusion. Contraint de s'engager dans un contrat d'insertion pour bénéficier de l'aide, il est renvoyé à la personne la responsabilité de sa situation. La paresse redevient la cause de la pauvreté, la réinsertion passant de ce fait par une mobilisation active de la personne. Cette mutation du droit à l'insertion en un devoir pour la personne est soulignée par de nombreux auteurs (Astier, 2007 ; Duvoux, 2009b et 2011). Le remplacement du RMI par le RSA<sup>24</sup> (Revenu de Solidarité Active) en 2008 souligne un peu plus encore cette part contractuelle entre le bénéficiaire de l'aide et le donateur. Les mesures développées pour lutter contre l'inactivité de la personne illustrent cette vision de la responsabilité individuelle dans les situations de pauvreté ou d'exclusion sociale. A ce profit de la responsabilité individuelle s'estompe la responsabilité collective et sociale dans la construction d'une catégorie d'inemployables subissant les inégalités (Ebersold, 2001). Cette contractualisation est maintenant sous-jacente à de plus en plus d'aides ou d'allocations (par exemple le contrat d'accueil et d'intégration pour les étrangers) de sorte qu'elle efface

---

<sup>23</sup> Loi n°88-1088 du 1 décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion

<sup>24</sup> Loi n°2008-1249 du 1 décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion

progressivement les causes structurelles de ces difficultés d'ordre social et la responsabilité collective dans l'exercice de la solidarité envers les plus vulnérables. La dette de la société et sa fonction de providence envers tous ses citoyens, et notamment les plus fragiles, se sont transformées en un devoir pour l'individu de tout mettre en œuvre pour réussir son insertion aux dépens du droit aux différentes aides sociales.

Cette vision de la responsabilité individuelle intégrée collectivement n'est pas sans être partagée au sein même des travailleurs sociaux qui prennent en charge ces populations. Levené (2006), dans son étude portant sur 534 professionnels de l'éducation spécialisée, met en avant que 90% de ces professionnels attribuent une cause individuelle à l'exclusion contre 10% qui mettent en cause un problème d'organisation sociale. Deux sortes de responsabilités individuelles sont identifiées, celle où la personne est directement responsable de son exclusion (pour cause de toxicomanie, de comportements déviants, d'un manque de formation, etc.) et celle où le sujet est victime de sa situation (présence d'un handicap, problèmes familiaux, etc.). Cette vision de la causalité de l'exclusion est à mettre en lien avec les pratiques individualisantes des professionnels intervenant auprès des populations exclues ou vulnérables. Responsable de sa situation, la personne prétendant à une aide ou à l'insertion doit se justifier. Astier (1996) montre à quel point l'individu voulant accéder à un dispositif d'insertion doit payer de sa personne. Il doit alors se raconter, évoquer les détails de sa vie, son état de santé, son parcours familial et professionnel pour justifier l'aide qui pourra lui être attribuée. Ces pratiques nous éloignent peu à peu de la notion de droit et d'égalité d'accès de tous les citoyens à leurs droits, y compris à celui de l'insertion. La contractualisation et l'individualisation de la prise en charge ne répondent pas pleinement aux principes du service public qui doit mettre à disposition ses actions de manière égale à l'ensemble du public et donc à tous les citoyens.

A cette responsabilité individuelle bafouant le caractère fondamental du droit, Pichon (2007) pointe à cela la nécessité d'être domicilié pour avoir accès aux droits (RSA, CMU, etc.). Cette domiciliation pour les personnes exclues telles que les SDF est finalement conditionnée par la prise en charge par le dispositif. Ce système contraint donc les SDF voulant faire valoir leur droit de se faire domicilier dans les CCAS (Centre Communal d'Action Sociale), centres d'hébergement ou autres lieux d'accueil proposant cette possibilité. Cette nécessaire domiciliation exclut des droits fondamentaux les SDF qui refusent tout encadrement et les nombreuses contraintes administratives que supposent ces dispositifs. La domiciliation apparaît

ainsi comme le fondement de la citoyenneté dans le sens où elle est déterminante dans l'accès aux droits de l'individu.

#### 1.2.3.1.2. Le cadre législatif, les moyens déployés et les difficultés rencontrées dans les politiques d'aides

##### *1.2.3.1.2.1. Le cadre législatif*

La loi de lutte contre les exclusions sociales de 1998<sup>25</sup> se situe dans la suite du rapport Wrésinski de 1987 qui a amené la précarité au cœur de la problématique d'exclusion. Cette loi fait de la lutte contre les exclusions sociales une priorité de l'état dans le domaine public. Son caractère impératif prend appui sur le principe rappelé de l'égalité de dignité de tout être humain. Cette loi garantit l'accès à tous les droits fondamentaux sur l'ensemble du territoire français dans de nombreux domaines (emploi, logement, santé, justice, etc.). Cette loi de lutte contre les exclusions sert également de rempart au nonaccès aux droits des personnes SDF (Cour des comptes, 2007). En effet, la situation d'exclusion des SDF et de rupture partielle ou totale avec leur environnement fait qu'ils ne sont plus en mesure de faire valoir leurs droits. Cette loi et celles qui ont suivi ont tenté d'enrayer ce problème en faisant d'une obligation pour toutes les administrations d'aider chaque personne à faire valoir ses droits et à avoir accès aux diverses ressources et services mis à sa disposition par l'état.

Le logement est un élément du droit fondamental instauré dès 1948 dans la Déclaration universelle des droits de l'homme<sup>26</sup>. Cependant, si ce droit au logement date de plus d'un demi-siècle, sa mise en place effective et sa teneur législative sont plus récentes et encore en développement de nos jours. Un rapide coup d'œil sur la succession des lois relatives au droit au logement ou à l'habitat sur les trente dernières années montre l'implication de l'état dans cette problématique sociale. On identifie ainsi la loi dite Quilliot de 1982<sup>27</sup> qui, en pionnière, marque le droit à l'habitat ; celle de 1990<sup>28</sup> qui institue le droit au logement comme un devoir de solidarité de la part de la nation tout entière ; celle de lutte contre les exclusions de 1998 ;

---

<sup>25</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

<sup>26</sup> Article 25 de la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948

<sup>27</sup> Loi n°82-526 du 22 juin 1982 dite Quilliot relative aux droits et obligations des locataires et des bailleurs

<sup>28</sup> Loi n°90-449 du 31 mai 1990 visant la mise en œuvre du droit au logement

puis la loi DALO de 2007<sup>29</sup> et la loi MOLLE de 2009<sup>30</sup> qui en plus d'instaurer un cadre légal à l'obligation de moyen de la part de l'état pour le logement de l'ensemble des citoyens, imposent une obligation de résultat. Si la succession de ces lois pour le logement de tous signe une implication de plus en plus marquée de la part de l'état, le problème demeure et l'efficacité apparaît relative tant elle est en opposition avec le droit à la propriété et les logiques de spéculations immobilières.

En 2005, l'état s'attelle à éradiquer les conditions de logement indignes en mettant en place l'ordonnance du 15 décembre 2005<sup>31</sup>. Celle-ci se situe dans la continuité des actions de lutte pour la dignité humaine en laissant le soin aux maires et aux collectivités locales d'assurer cette mission. Ses objectifs sont de faciliter les travaux de rénovation des logements insalubres et de permettre le relogement de ses occupants. Cette ordonnance précise également les responsabilités de l'état et des collectivités locales dans cette lutte contre l'habitat indigne tant dans les actions de rénovation ou de construction de logement digne que dans la gestion des prises en charge des situations d'urgence.

Le Plan d'Action Renforcé du dispositif d'hébergement et de logement des personnes Sans-Abri (PARSA), adopté en janvier 2007, marque un tournant dans la prise en charge des personnes SDF. Ce plan a pour vocation de sortir de la dynamique de l'urgence pour axer davantage son action sur l'insertion à long terme. Pour se faire, ce plan prévoit la création et la rénovation de 27 000 places d'hébergement permettant un accueil pérenne et adapté de la personne SDF à défaut de l'hébergement d'urgence (Girard, Estecahandy et Chauvin, 2010). Notons que jusqu'à cette date, les centres d'hébergement d'urgence ne permettaient qu'un accueil ponctuel sans accompagnement possible vers la réinsertion (Cour des comptes, 2011). Les objectifs de ce plan sont de transformer les places disponibles d'hébergement d'urgence en places en CHRS ; d'instaurer un nouveau type d'hébergement situé entre l'urgence et l'insertion, des centres de stabilisation de type « pensions de famille » (anciennement qualifié de « maison-relai ») ; et de donner une priorité aux personnes sortant de CHRS pour accéder aux différents logements tant du parc public que du parc privé conventionné à cet effet (Cour des comptes, 2011).

---

<sup>29</sup> Loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

<sup>30</sup> Loi n°2009-323 du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et la lutte contre l'exclusion

<sup>31</sup> Ordonnance n°2005-1566 du 15 décembre 2005 relative à la lutte contre l'habitat insalubre ou dangereux

La loi DALO, les décrets<sup>32, 33</sup> et circulaires<sup>34</sup> qui ont suivi, ont donné un cadre législatif qui a permis de renforcer le plan PARSA. Cette loi a vu le jour suite à l'importante mobilisation de l'association des « enfants de Don Quichotte » en faveur des sans-abri durant l'hiver 2006. Ce mouvement de manifestation a permis l'acquisition et l'instauration d'un cadre juridique au droit au logement garantissant à toute personne résidant sur le territoire français un logement décent ou la possibilité de s'y maintenir. La notion de durée limitée dans le temps des séjours dans les structures d'accueil en urgence est bannie, seule l'orientation vers une structure adaptée (un hébergement stable, de soin ou un logement) peut marquer la fin de l'accueil en urgence<sup>35</sup>, cette dernière devant être proposée le plus rapidement possible. Cette orientation est naturellement conditionnée par l'augmentation du nombre de places en CHRS et en structures de stabilisation (Cour des comptes, 2011). La loi MOLLE se situe dans le prolongement du plan PARSA et de la loi DALO. Elle réaffirme la stratégie de continuité de la prise en charge de la personne SDF et de l'inconditionnalité de l'hébergement. L'État, qui était depuis la loi DALO dans l'obligation de déployer les moyens nécessaires à la lutte contre les exclusions, se retrouve avec la loi MOLLE dans une obligation de résultats de ses politiques.

#### *1.2.3.1.2.2. Les moyens déployés*

Le chantier prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri se situe dans la continuité du plan PARSA, de la loi DALO et de la loi MOLLE. Ce chantier a pour objectif d'opérationnaliser les précédents plans et de répondre à la législature qui rend légale le droit au logement pour tous. Ainsi, en 2007 le nombre de places d'hébergement mis en chantier a atteint le nombre de 430 000, niveau historiquement le plus élevé depuis la création du dispositif d'aide sociale. Dans cette dynamique, s'est développé en 2008 un plan d'humanisation des centres d'hébergement visant à offrir davantage d'intimité, de sécurité et de dignité aux personnes accueillies. Ce chantier prioritaire a été initié suite au constat de l'incapacité de l'état à réguler les flux d'entrées dans les structures du dispositif et

---

<sup>32</sup> Décret n°2007-295 du 5 mars 2007 instituant le comité de suivi de la mise en œuvre du droit au logement opposable

<sup>33</sup> Décret n°2006-1677 du 28 novembre 2007 relatif à l'attribution des logements locatifs sociaux, au droit au logement opposable et modifiant le code de la construction de l'habitation

<sup>34</sup> Circulaire DGAS/1A/LCE n°2007-90 du 19 mars 2007 relative à la mise en œuvre d'un principe de continuité dans la prise en charge des personnes sans-abri

<sup>35</sup> Article 4 de la loi n°2007-290 du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale

de l'impasse concernant la garantie de sortie de rue vers un logement durable. Les principales directives de ce chantier prioritaire sont axées sur l'accès au logement et l'assurance d'un service public d'hébergement qui garantissent l'égalité d'accès aux droits, la continuité de la prise en charge autant que l'adaptation des services aux besoins des SDF. Les objectifs sont ainsi la réduction du nombre de SDF, une prise en charge davantage adaptée au public, un meilleur pilotage des dispositifs permettant d'optimiser et de rendre cohérents les moyens utilisés (Cour des comptes, 2011). Dans les faits, la Cour des comptes (2011) met en avant une augmentation de 62,2% du nombre de places d'hébergement entre 2003 et 2010. Cependant, on constate que si le nombre de places en CHRS et en stabilisation ont augmenté, celles d'hébergement d'urgence ont également augmenté, elles qui devaient initialement être transformées en places d'hébergement pérennes sur du long terme.

La circulaire du 9 décembre 2009<sup>36</sup> précise les modalités de mise en œuvre des Plans Départementaux d'Accueil, d'Hébergement et d'Insertion des personnes sans domicile (PDAHI). Gérés et pilotés par l'état, ces PDAHI permettent d'organiser la planification sur tout le territoire de l'offre de logement. Ces plans sont développés dans la perspective du « logement d'abord » et permettent d'une part d'améliorer l'adéquation entre l'offre proposée par les dispositifs et les besoins des SDF, et d'autre part d'inscrire la prise en charge de la personne dans la continuité. Ces PDAHI sont pilotés à trois niveaux. Au niveau national, la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DFCS) a pour mission le pilotage de ces plans et veille à leur bon déroulement. A un niveau régional, les services de la cohésion sociale et ceux de la Direction Régionale de l'Environnement, de l'Aménagement et du Logement (DREAL) sont chargés d'animer et d'accompagner cette démarche de planification. Le dernier niveau départemental est celui qui correspond à la mise en place opérationnelle de ces plans dans une collaboration entre les services de la cohésion sociale et ceux relatifs au logement. Le décret n°2010-255 du 11 mars 2010<sup>37</sup>, quant à lui, permet de faire appliquer la Loi MOLLE du 25 mars 2009 de mobilisation pour le logement et de lutte contre les exclusions. Ce décret oblige chaque commune, sous peine de sanction, à respecter le nombre de places d'hébergement ainsi déterminé et de veiller à ce qu'elles répondent bien aux critères établis par le dispositif. Ce décret prévoit la mise en place d'un dispositif de veille sociale composé : d'un service d'appels

---

<sup>36</sup> Circulaire DGAS/LCE 1A n°2009-351 du 9 décembre 2009 relative à la planification territoriale de l'offre d'accueil, d'hébergement et d'insertion des personnes sans domicile, en liaison avec la politique d'accès au logement

<sup>37</sup> Décret n°2010-255 du 11 mars 2010 relatif aux modalités de détermination du nombre de places d'hébergement à atteindre par les communes et au dispositif de veille sociale)

téléphoniques national pour les SDF (le 115) ; d'équipes mobiles allant vers les SDF directement dans la rue ; de services d'accueil et d'orientation.

Cette dynamique de réinsertion des SDF fondée sur la stratégie du retour au logement n'a eu de cesse d'être renforcée par des lois, des décrets et des circulaires veillant à ce que ces plans soient effectifs et opérationnels. En témoigne la circulaire n°5503/SG du 6 décembre 2010<sup>38</sup> qui redéfinit une fois de plus les priorités du chantier national pour l'hébergement en faisant de l'accès au logement la finalité de l'intervention publique. Si l'accumulation de ces lois et décrets signe toute la difficulté de traiter cette problématique SDF, elle réaffirme dans le même temps la responsabilité de l'état dans la résolution de ce problème social qui nécessite la bonne articulation de nombreux dispositifs appartenant à des actions politiques spécifiques. Ces nécessaires harmonisations et visions d'ensemble s'illustrent par la mise en place du décret n°2010-817 du 14 juillet 2010<sup>39</sup> qui confie à un délégué interministériel le soin de veiller à la bonne coordination des politiques gouvernementales autant que des différents services et organisations de l'état qui œuvrent en faveur de l'hébergement des personnes SDF.

#### *1.2.3.1.2.3. Les difficultés rencontrées*

La complexité de la problématique SDF impose à l'état de coordonner l'ensemble de ses actions dans un souci de cohérence et d'efficacité des politiques sociales mises en œuvre. Pour que ces actions soient menées à bien, elles doivent être articulées, harmonisées et partagées entre les différentes compétences tant au niveau des collectivités territoriales qu'au niveau régional et national. A cela s'ajoute la complexité inhérente à l'interdépendance de la politique d'aide sociale en faveur des SDF avec d'autres politiques publiques comme la santé, le logement, l'emploi, chacune devant s'harmoniser pour qu'une réelle politique de lutte contre les exclusions soit efficace. Si l'état est le garant de la solidarité nationale, il est confié aux collectivités territoriales la responsabilité des actions sociales découlant de ces droits communs.

La difficulté qui incombe à ces actions publiques et collectives est de pouvoir disposer d'un espace suffisant pour que puisse être apportée une réponse individuelle. En effet, si la

---

<sup>38</sup> Circulaire n°5503/SG du 6 décembre 2010 du premier ministre et ayant pour objet : « Chantier national prioritaire 2008-2012 pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées »

<sup>39</sup> Décret n°2010-817 du 14 juillet 2010 instituant un délégué interministériel pour l'hébergement et l'accès au logement des personnes sans-abri ou mal logées



problématique SDF nécessite une action publique généralisée sur l'ensemble du territoire, la prise en charge de cette population en situation d'exclusion ne peut être efficace qu'avec un accompagnement individualisé prenant en compte les difficultés propres à chaque individu. Et c'est bien là toute la difficulté du dispositif qui, malgré la succession des plans gouvernementaux, n'arrive pas à proposer d'offre adaptée à la population SDF. Si des places en « stabilisation » ont pu être créées, d'autres en CHRS multipliées, l'hétérogénéité de la population SDF et les nombreuses problématiques qu'elle présente rendent la prise en charge, par les dispositifs, souvent inadaptée.

La prise en charge des vagabonds, des miséreux, des pauvres est née de l'assistance religieuse et du principe de la charité chrétienne. Si maintenant, les politiques gouvernementales ordonnent les actions à réaliser dans le domaine de l'aide sociale, les associations jouent toujours un rôle majeur (en 1998, 93% des CHRS sont gérés par des associations). Elles bénéficient pour la plupart de financements publics et sont intégrées dans les dispositifs de veille sociale par la loi de lutte contre les exclusions de 1998. Leur proximité avec le terrain est un atout de taille tant dans la prise en charge que dans la multiplication des initiatives portant sur l'accueil de cette population. Ainsi, si les associations sont des partenaires indispensables à la prise en charge des SDF, elles doivent pouvoir lier l'originalité de leurs actions avec l'efficacité collective découlant de ces financements publics.

### **1.2.3.2. Les dispositifs d'aide sociale**

#### **1.2.3.2.1. La stratégie globale de ces dispositifs**

La stratégie de refondation du dispositif de veille sociale fait des SIAO (Services Intégrés d'Accueil et d'Orientation) sa pièce maîtresse. Les SIAO sont les pivots des dispositifs dans le sens où ils coordonnent l'ensemble de la prise en charge des SDF. Ils assurent la mise en réseau des départements, et veillent à la continuité de la prise en charge de l'accueil à l'insertion en passant par l'orientation de la personne dans chacun des dispositifs. Le rôle de plate-forme fait des SIAO des régulateurs garants de la fluidité entre les différents niveaux d'accueil et de prise en charge des dispositifs. En ce sens, ils retirent la responsabilité aux différents centres d'hébergement du choix des usagers qu'ils accueillent. Piloté par l'état, ce grand dispositif nécessite la mise en réseau de tous les acteurs et de tous les partenaires sociaux



(Loison, 2006). Cette coordination ajoutée à la mutualisation des moyens doit permettre d'apporter des réponses en termes d'accueil et d'orientation aux populations les plus vulnérables. Si de nombreux moyens ont été déployés par l'état concernant le nombre de places en hébergement, l'orientation et la coordination des différents dispositifs, la Cour des comptes (2011) relève encore de nombreuses carences et insuffisances à ces différents niveaux.

L'organisation du dispositif d'hébergement de la population SDF se décline en trois grands types de structures. Un premier volet est composé de structures d'hébergement d'urgence. En 2010, la Cour des comptes (2011) relève que ces actions composent 40,9% des places d'hébergement du dispositif de veille sociale (22,8% pour les centres d'hébergement d'urgence ; 18,1% pour les places d'hôtel). Un deuxième volet propre au dispositif d'insertion (structures de type CHRS) compose 47,7% des places d'hébergement en 2010. Le troisième type de structure représente 11,1% des places disponibles. Il s'agit des pensions de famille (encore appelé « maison relais » en 2010) qui accueillent leurs usagers dans une perspective de stabilisation.

#### 1.2.3.2.2. Le dispositif d'urgence

##### *1.2.3.2.2.1. L'aide en urgence*

Les premiers plans « précarité-pauvreté » de 1984 mis en place par l'état ont signé le besoin de traiter l'urgence sociale de certaines situations qui méritaient une prise en charge immédiate. Ces plans ont fait de l'aide en urgence une priorité de sorte que cet engouement pour l'accueil et l'assistance des populations précaires s'est accompagné d'une augmentation considérable des budgets alloués par l'état aux associations les prenant en charge. Chaque hiver, des plans « grand froid » sont déployés sur le territoire français afin d'augmenter les places d'accueil en hébergement d'urgence. Ces mesures sont décidées chaque année par la direction générale des affaires sociales et s'étendent sur la période du 01 novembre au 31 mars. Ce renforcement du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion concerne largement le côté « urgence », sa visée étant de limiter la mortalité et la morbidité des SDF à cette époque de l'année (Rouquette, Mandereau-Bruno, Baffert, Laaidi, Josseran et Isnard, 2011). Initialement destinées à abriter les SDF les plus marginaux refusant classiquement l'hébergement d'urgence, on constate que ces places supplémentaires pallient dans la réalité partiellement la pénurie de

places disponibles au sein du dispositif. Si un consensus apparaît au sein des travailleurs sociaux sur la nécessité d'effectuer auprès de la personne un accompagnement vers l'insertion se déroulant dans la durée, cette nécessité d'intervention dans l'urgence de certaines situations s'impose à eux (Michalot, 2010). Élargissant le champ d'action des travailleurs sociaux à l'insertion et à l'urgence, la loi de lutte contre les exclusions de 1998 a professionnalisé tous les acteurs du dispositif et notamment le secteur de l'urgence qui était jusque-là laissé en grande partie à l'activité bénévole.

Le 115 est un numéro vert qui permet de joindre le service d'accueil téléphonique pour l'hébergement d'urgence. Cette permanence fonctionne 24 heures sur 24 tous les jours de la semaine de manière à répondre aux situations d'urgence sociale. Ce dispositif a des ramifications dans tous les départements qui permettent de mobiliser les différentes équipes spécialisées dans l'information, l'orientation et l'hébergement de la personne SDF. Au dispositif du 115 est relié celui du SAMU social<sup>40</sup> qui a pour vocation d'aller à la rencontre des personnes les plus désocialisées dans la rue afin de leur venir en aide et de leur proposer une place d'hébergement dans une structure d'urgence.

La loi d'orientation de 1998 a permis la mise en place d'un dispositif favorisant la circulation des SDF d'un centre d'hébergement à un autre. Cette circulation constante des SDF d'une structure à une autre permet directement ou indirectement d'éviter l'ancrage des SDF dans un lieu de la ville et d'estomper la visibilité de ce problème (Brunneteaux, 2006). Le référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement et d'insertion stipule que « l'hébergement d'urgence répond à une nécessité de mise à l'abri immédiate, que celle-ci résulte d'une demande spontanée ou d'une proposition. Il se caractérise par une durée d'hébergement la plus courte possible, dès lors que le dispositif doit être en mesure d'offrir rapidement un mode de prise en charge adapté dans le cadre des prestations de l'hébergement d'insertion »<sup>41</sup>. Ce temps d'accueil permet donc de mettre à l'abri la personne et également d'évaluer sa situation (Loison, 2006). Durant cette prise en charge, la personne est aidée dans ses démarches afin qu'elle puisse accéder à ses droits et être orientée dans une structure d'insertion adaptée le plus rapidement possible.

---

<sup>40</sup> Xavier Emmanuelli, fondateur du Samu Social de Paris en 1993

<sup>41</sup> Circulaire n° DGCS/1A/2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion

Le dispositif de prise en charge des SDF a ainsi été pensé comme une succession d'étapes permettant une sortie de rue par le retour au logement de la personne. Le premier palier de ce dispositif a une fonction d'accueil, d'urgence et d'orientation vers des structures adaptées. Ce premier temps d'accueil est d'une durée la plus courte possible. C'est dans ce second pallié que l'accompagnement a pour fonction le retour au logement de la personne. Idéalement le dispositif de veille sociale a pour mission d'évaluer l'urgence de la personne en difficulté pour y apporter une réponse immédiate. Tenant à jour les disponibilités d'accueil de l'ensemble des structures du département, ce dispositif doit être en mesure d'orienter la personne en difficulté dans la structure qui lui est le plus adaptée.

#### *1.2.3.2.2.2. Les limites et les critiques du dispositif d'urgence*

Cette fin de 19<sup>ème</sup> siècle est marquée par l'augmentation de la précarité, d'une nouvelle forme extrême de pauvreté illustrée par la figure du SDF. L'état contraint de répondre à cette urgence sociale a favorisé et développé un large dispositif d'urgence. Cette prise en charge dans l'urgence illustre bien l'incapacité de la société à réinsérer ses exclus de sorte que les effets et les causes de ce phénomène en perpétuelle extension vont au-delà de cette population et se posent comme une problématique de premier ordre social (Rainhorn et Gremy, 1998). Damon et Firdion (1996) notent que dans des engagements tant légaux que moraux, les collectivités locales ont dû accueillir cette population tout en minimisant les coûts de fonctionnement. C'est dans cette optique que chaque collectivité locale met en place des critères indirects, et historiques (Sassier, 1990), permettant d'identifier qui sera le « bon » SDF à prendre en charge et qui sera celui qui dépendra d'une autre collectivité.

Cette condition de vie, devenue scandaleuse et mise en avant notamment par la publicité des associations caritatives, a invité à penser et développer de nouvelles manières d'appréhender ce trouble social touchant la dignité de la personne. Inspiré du modèle humanitaire, sont mis en place de nouveaux dispositifs destinés à venir en aide aux SDF se trouvant à distance des structures d'assistance classique (Pichon, 2005). Considérant le lien social comme pouvant être une ressource de l'action, des dispositifs de type SAMU Social, distribution de repas dans la rue, etc., sont créés pour aller à la rencontre des exclus. Toujours dans l'urgence, ces dispositifs marquent une innovation au simple accueil asilaire et tente par la rencontre directe avec la personne exclue de leur redonner corps dans la cité et donc en dehors

des murs des lieux institués de l'aide sociale. Cette approche s'inspire de l'étude critique des institutions totales de Foucault (1975) et de Goffman (1968) qui opèrent une dépersonnalisation de l'individu pris en charge. Rompant avec cette assistance asilaire, les visées de ces actions sont de reconnaître l'autre aidé dans sa dimension humaine et de considérer les souffrances là où elles se donnent à voir publiquement.

Si des dispositifs nouveaux tentent de respecter la dignité de la personne tout en répondant à l'urgence sociale de la prise en charge qu'imposent certaines situations, ils restent teintés du traitement de ce désordre social. Ce traitement n'en reste pas moins en filigrane celui de l'éradication de ce phénomène qui provoque ce désordre social. Ainsi, si l'aide procurée aux SDF au sein de la cité par les SAMU sociaux tente de respecter la dignité de la personne juridiquement énoncée dans la loi de lutte contre les exclusions de 1998, la dignité ne peut être réellement retrouvée tant l'aide apportée est éphémère. Les missions de ces dispositifs sont également de jalonner les rues de la ville afin d'acheminer les SDF vers des centres d'hébergement, la mission d'assistance étant toujours empreinte du contrôle social de cette population qui, exposée dans la cité, dérange l'ordre public.

#### 1.2.3.2.3. Le dispositif d'insertion

##### *1.2.3.2.3.1. L'insertion et l'intégration dans la société*

Durkheim (1893) définit l'intégration sociale comme le sentiment qu'ont les membres d'un groupe ou d'une société de participer à cette dernière, de partager des valeurs communes et d'être liés les uns aux autres. Si l'intégration renvoie à une propriété collective, l'insertion quant à elle se réfère à un niveau individuel de la personne prenant part à un modèle social intégré. A ce titre, Hassin (1996) insiste sur la sociabilité de l'individu et sa bonne autonomie au sein de la société. L'Index International et Dictionnaire de la Réadaptation et de l'Intégration Sociale <sup>42</sup> définit l'insertion comme l'action qui va permettre d'amener une personne de la marge vers une situation qui se caractérise par des bonnes relations entre l'individu et son environnement social. L'insertion est ainsi à considérer comme la conséquence de cette action qui peut être évaluée par la nature et la densité de ces relations. Il en est de même du dictionnaire

---

<sup>42</sup> Définition reprise par CNLE (2014). *Insertion sociale, intégration sociale*. Repéré à [<http://www.cnle.gouv.fr/Insertion-sociale-integration.html>]

suisse de la politique sociale qui considère l'insertion<sup>43</sup> comme l'ensemble des actions qui visent à enrayer les changements socio-économiques qui menacent l'intégration sociale. Mercier, Grawez et Binamé (2005) opposent les actions d'intégration et celles d'insertion. Les premières nécessitent de favoriser l'adaptation de la personne au milieu ordinaire pour qu'elle puisse être en phase avec les normes et les valeurs de la société. L'insertion à l'inverse nécessite d'adapter l'environnement aux caractéristiques de la personne. Ces auteurs (Mercier *et al.*, 2005) situent alors l'inclusion entre ces deux entités précédentes dans le sens où l'individu tente de s'adapter aux normes de la société, normes devant, elles-mêmes, être suffisamment malléables pour permettre de s'adapter aux différences.

L'insertion est donc à considérer à la fois comme un objectif à atteindre et comme un moyen d'y parvenir. Rappelons que l'insertion est le fruit des mécanismes d'intégration que l'individu adopte tout au long de son existence pour prendre part aux échanges sociaux et avoir une place dans la société. Dans nos sociétés, l'emploi est l'élément intégrateur par excellence dans lequel vont se cristalliser les actions d'insertion. Ces dernières visent finalement à ce que l'individu retrouve une place sur le marché de l'emploi (Hassin, 1996). Vue comme un moyen d'atteindre un objectif, l'insertion favorise l'intervention publique ou encore la mise en place de dispositifs permettant de pallier les défaillances de mécanismes d'intégration de certaines parties de la population. Ces actions d'insertion pourront concerner des populations spécifiques marquées par un défaut d'intégration, et renverront par exemple à des mesures d'aide au retour à l'emploi des chômeurs en fin de droit, etc. Il s'agit alors d'identifier les difficultés rencontrées par les personnes afin d'y apporter les réponses correspondantes (Hassin, 1996). A un niveau sociétal, les actions d'insertion doivent être couplées à la mise en place d'un espace et de conditions permettant d'accueillir ces personnes anciennement à la marge. Les dispositifs d'insertion récemment instaurés tels que le RSA sont considérés comme des espaces transitionnels, car limités dans le temps, ils sont une étape dans l'insertion de la personne. Par la mise en place de ces dispositifs, la volonté politique est de réduire les fractures sociales, voire de les éviter, par son action tampon. Les objectifs de ces actions sont de développer les habiletés et compétences sociales de la personne pour qu'elle puisse tisser des liens sociaux marquant son intégration dans la société.

---

<sup>43</sup> Simonet, J.C. (2002). Insertion. Dans le dictionnaire suisse de politique sociale. ARTIAS.

#### *1.2.3.2.3.2. Le dispositif d'insertion mis en place : les CHRS*

Historiquement, l'origine du CHRS remonte à la loi du 13 avril 1946<sup>44</sup> qui met fin aux maisons de tolérance pour instituer des centres permettant l'accueil et le reclassement des prostituées. Ces actions de réadaptation sociale se sont développées pour être destinées à une diversité de personnes plus importante ; en témoigne le décret n°76-526 du 15 juin 1976<sup>45</sup> qui identifie neuf catégories de personnes pouvant prétendre à un accueil en centre d'hébergement et de réadaptation sociale. L'action dispensée par ces structures repose sur une double logique : le retour à l'emploi et l'hébergement comme éléments indispensables à une réinsertion possible. Clément, Drulhe et Mantovani (2004) soulignent que c'est dans un contexte où coexistent une population SDF traditionnelle (proche des clochards) et une population SDF de nouveaux pauvres, de travailleurs précaires qu'une stratégie de réinsertion s'est développée dans les années 1990. Dans cette conception où une grande partie de la population SDF, voire son intégralité, n'est plus considérée comme irrécupérable, la seule action d'assistance trouve ses limites. Alliant assistance et intégration, l'insertion, en tant que moyen et objectif, s'est imposée comme la stratégie la plus à même de lutter contre les exclusions (Damon, 2002). L'action publique envers les SDF s'est développée dans une perspective d'intégration en considérant la situation SDF comme un état d'exclusion passager dans lequel l'individu exclu de la société est mis à l'écart pour un temps des groupes d'appartenance, du travail, d'un logement, etc. Cette situation étant considérée comme transitoire, la finalité de l'action publique devient la « sortie de la rue » qui s'illustre par le retour à l'emploi, au logement et tout ce qui permet de faire partie de la société. Dans cette perspective d'intégration, l'intervention porte sur un ensemble de composantes qui marquent l'exclusion sociale de la personne et c'est ainsi leur résorption qui signera la réussite de l'action entreprise. A une sortie de rue correspond ainsi une variété d'autres sorties, comme le chômage, la toxicomanie, l'alcoolisme, l'errance, etc. C'est bien ici la fonction que prend la prise en charge en CHRS.

La loi de lutte contre les exclusions de 1998 a modifié le nom et l'action des centres d'hébergement et de réadaptation sociale. Devenues des centres d'hébergement et de réinsertion sociale, ces structures ont des missions allant de l'urgence au suivi individualisé avec ou sans

---

<sup>44</sup> Loi n°46-685 du 13 avril 1946 dite Marthe Richard tendant à la fermeture des maisons de tolérance et au renforcement de la lutte contre le proxénétisme.

<sup>45</sup> Décret n°76-526 du 15 juin 1976 portant application des articles 185 et 185-3 du code de la famille et de l'aide sociale étendant l'aide sociale à de nouvelles catégories de bénéficiaires et relatif aux centres d'hébergement et de réadaptation.

hébergement. L'article 345-1 du code de l'action sociale et des familles<sup>46</sup> précise que peuvent être accueillies, sur leur demande, « les personnes qui connaissent de graves difficultés, notamment économiques, familiales, de logement, de santé ou d'insertion, en vue de les aider à accéder ou à recouvrer leur autonomie personnelle et sociale ». Ces CHRS proposent un accompagnement socio-éducatif de jour comme de nuit sur une durée de six mois renouvelables. Leur action vise le retour à l'emploi et au logement de la personne SDF (Loison, 2006). Ces structures permettent un accompagnement des SDF par des professionnels spécialisés en charge d'inculquer ce réapprentissage des cadres sociaux anciennement perdus suite à la situation SDF. Ces finalités d'intégration établies par les instances politiques ne laissent pas la place aux initiatives de la population SDF. Cette intervention a pour méthode de calquer des codes de bonne conduite préétablis. Il revient à l'ensemble de la population SDF de les accepter, voire de s'y soumettre, et ainsi de se comporter comme le veut la société (Michalot, 2010). Ces stratégies de sortie de rue ne laissent alors que peu de place à l'affirmation de soi de la personne et restreignent profondément ses capacités d'initiatives. Rappelons que dans une véritable visée d'insertion, la place laissée aux initiatives de la personne serait au premier plan. Bien entendu, dans les structures CHRS, une place est laissée au sujet pour qu'il puisse bénéficier d'une certaine marge de manœuvre et être à l'initiative de son projet d'insertion. Si dans ces structures, le sujet doit être à l'initiative de son projet, mener à bien ses démarches, il est cantonné à des cadres restreints tant dans ses activités, que dans les démarches qu'il devra entreprendre.

#### *1.2.3.2.3.3. Les limites et les critiques du dispositif d'insertion*

Si l'ensemble du public en état de précarité ou d'exclusion est censé pouvoir intégrer une structure CHRS, dans les faits, une forte sélection s'opère entre les individus qui prétendent y accéder. Cette sélection est d'autant plus importante que le nombre de places proposé par le dispositif de veille sociale est inférieur au nombre de demandes d'hébergement. Lallemand et Catahier (2004) notent que le principal critère d'admission insidieux est la possibilité de mettre en place un projet d'admission. La demande du sujet qui veut intégrer un CHRS est intimement liée à son désir. Et c'est ce dernier qui pour être satisfait doit pouvoir correspondre à celui du CHRS (Pichon, 1995). Pélège (2004) quant à lui identifie le critère de l'employabilité de

---

<sup>46</sup> Article L345-1 du code de l'action sociale et des familles.



l'individu en demande de réinsertion. Il note également un processus de sélection des personnes qui s'effectue au niveau organisationnel des CHRS qui, dans un souci d'équilibre de leurs publics accueillis, instaurent des quotas en fonction de différentes problématiques des individus (toxicomanie, trouble mental, situation irrégulière, etc.), en fonction de l'âge, ou encore de la nationalité. Pichon (2007) considère les CHRS comme le haut de gamme du dispositif prévu pour les SDF en proposant un suivi pédagogique et un hébergement étalés dans le temps (six mois renouvelables). L'intégration dans ces dispositifs suppose pour l'utilisateur un certain nombre de contraintes faisant office de sélection plus ou moins directe, comme le fait de laisser une certaine part de ses revenus à l'institution, d'élaborer un projet d'insertion et de mettre en place des conduites en phases avec le CHRS. On constate ainsi que ces actions d'insertion initialement destinées à l'ensemble de la population SDF ne sont pas offertes à tout le monde, la personne concernée devant montrer sa volonté de se réinsérer (Hassin, 1996). Construit sur des principes de réciprocité, la personne qui bénéficie des prestations proposées par le dispositif doit alors les payer par divers moyens illustrant bien souvent le vice de ces dispositifs tels que les travaux sous-payés, des pénalisations, etc.

#### 1.2.3.2.4. Le dispositif de stabilisation

Le concept de maison relais, maintenant dénommé « pension de famille », a été pensé en 1996 par un groupe de travail interministériel. Ce dispositif a été conçu de manière à proposer une solution intermédiaire pour lutter contre l'isolement des personnes en état d'exclusion en mettant à leur disposition un lieu offrant une convivialité et une certaine autonomie. Ce dispositif propose une alternative aux répétitions de prises en charge en hébergement d'urgence et aux échecs des dispositifs de réinsertion sociale. A cela s'ajoutent les objectifs de restauration de la citoyenneté et de réadaptation à la vie sociale. Ce type d'habitat communautaire de petite taille (classiquement de dix à trente places) a été positivement évalué et s'est progressivement développé (Girard *et al.*, 2010). Si les « pensions de famille » ont été dénommées « maison relais » de 2002 à 2009, elles ont toujours recouvert la même réalité.

Ce dispositif s'adresse à un public SDF spécifique, à des personnes chronicisées qui se sont ancrées dans le dispositif d'urgence et qui ne peuvent relever d'une structure d'insertion de type CHRS. Ces structures permettent l'encadrement de ces personnes qui, trop fragilisées,



n'ont plus, ou presque, de perspectives d'autonomie et d'insertion (Loison, 2006). Les personnes ciblées par ce dispositif sont ainsi des adultes isolés en situation d'exclusion lourde, disposants de peu de ressources et qui sont susceptibles de présenter une diversité de difficultés d'ordre social, psychologique ou encore psychiatrique compromettant l'accès à un logement ordinaire. Ces personnes ont généralement connu un long parcours dans la rue. Leur état avancé de désocialisation rend leur possibilité de vie en autonomie dans un logement individuel très diminuée, voire inexistante. Leur situation sociale, physique et psychologique rendant impossible la prévision à échéance d'un retour à un logement ordinaire, ces structures se situent dans une logique d'habitat durable sans limitation de durée, à l'inverse des structures classiques du dispositif d'aide sociale (Girard *et al.*, 2010). Cet accueil sur du long terme permet de disposer d'un temps favorable à un travail de réadaptation à la vie sociale et à tisser du lien social, culturel et affectif. Le caractère à la fois privé et collectif de ces structures permet de créer ou recréer des relations de vie quotidienne entre les résidents et les hôtes. Ces structures porteuses de sens ont vocation à favoriser une citoyenneté et l'intégration dans l'environnement social en insérant peu à peu la personne dans une vie de quartier ou de commune (Cour des comptes, 2007). Afin de développer cette possibilité d'habiter, les usagers payent une redevance qui prend valeur de loyer et dispose d'un logement privatif et d'un espace collectif et convivial favorisant la socialisation. Ces lieux sont généralement composés de 10 à 25 chambres, ou logements de types F1, qui sont régis par un couple d'hôtes ayant un rôle d'animation et de régulation de la vie quotidienne. Situer en centre-ville, ces structures permettent à ces personnes désocialisées de renouer des liens avec la cité en étant à proximité des commerces, en participant à la vie de quartier, etc. L'absence de limite de temps dans l'accueil de ces SDF très désocialisés est une alternative aux dispositifs existants dans le sens où il va au-delà de l'hébergement en proposant une formule de l'habité. De plus, il pallie la double exclusion dont sont victimes les SDF très désocialisés en s'adressant à ces doubles exclus : exclus (exclus du milieu ordinaire), et également exclus des exclus (exclus des dispositifs ordinaires).

#### 1.2.3.2.5. De l'urgence à l'insertion : un fort dualisme

Massivement étendues depuis les années 1980, les politiques d'insertion se sont institutionnalisées sur les versants de la lutte contre la pauvreté et le retour à l'emploi. Cependant, ces deux versants sont difficilement conciliables. Par de nombreux aspects, la lutte contre la pauvreté s'apparente aux mesures d'assistance et ne favorise pas l'insertion. En

maintenant par son action la personne bénéficiaire dans les systèmes de l'assistance, cette lutte contre la pauvreté a comme effet paradoxal d'entraver tant l'accès aux droits communs que la participation sociale de la personne et finalement sa bonne intégration à la société. L'urgence et l'insertion sont ainsi les deux versants du dispositif d'hébergement mis en œuvre pour assurer la prise en charge des SDF. Idéalement reliées, Girard *et al.* (2010) notent que les actions qui relèvent de l'urgence sont de plus en plus éloignées de celles relevant de l'insertion. En effet, après les premiers temps de l'accueil en urgence de la personne SDF, est censé venir le temps de l'insertion. Cette période s'apparente à un parcours du combattant dans lequel une succession de démarches sont nécessaires pour atteindre l'objectif final de sortie de rue. L'accompagnement de la personne en CHRS permet idéalement de répondre à cet objectif, mais la Cour des comptes (2007) révèle que la prise en charge proposée ne tient que partiellement ses promesses d'insertion. Si les conditions d'accueil en urgence permettent de gérer les situations de crise, elles rendent instable la situation de la personne SDF. L'instabilité permanente de cette situation d'urgence complique extrêmement les possibilités d'inscription de la personne SDF dans une dynamique d'insertion. On voit alors un écart se creuser entre les structures d'accueil en urgence et celles de réinsertion qui proposent un hébergement et un accompagnement de meilleure qualité et sur du plus long terme vers un logement adapté à l'individu.

Soulié (1997) met en avant le fort dualisme, voire le clivage, entre l'urgence et l'insertion, l'une pouvant être considérée comme relevant du secteur ouvert (l'urgence) et l'autre relevant du secteur fermé (l'insertion). Si les dernières mesures concernant la rénovation du dispositif et la création des SIAO ont pour vocation de faciliter le transit entre l'urgence et l'insertion, un réel écart entre ces deux entités est encore constaté. En effet, le réseau d'hébergement et d'aide aux SDF a été construit en « niveaux » comprenant chacun une mobilisation de l'appareil social plus ou moins conséquente qui varie en fonction de l'endroit où on se situe dans la hiérarchie du dispositif. Le secteur ouvert de l'urgence accueille sous peu de conditions la population SDF. Il s'agit généralement de la frange des SDF la plus démunie et l'aide procurée se limite bien souvent aux aspects les plus élémentaires que sont la nourriture et l'hébergement. Cet accueil de masse bénéficie de faibles moyens financiers et humains une fois leur coût rapporté au nombre de personnes pris en charge. A l'inverse, le secteur fermé développe des moyens plus conséquents pour la réinsertion des personnes prises en charge. Une sélection est opérée de manière à accueillir des individus jugés potentiellement « réinsérables » (Soulié, 1997). Le suivi est individualisé et se déroule dans la durée. Entre ces deux versants se

situent de nombreuses institutions ayant des conditions d'admission et des moyens humains, matériels et financiers plus ou moins importants. Il ressort des modalités de prise en charge de ces deux pôles, des difficultés pour la personne SDF à passer de l'un à l'autre de ces dispositifs pour tenter de se réinsérer, de sorte que l'on constate que ce sont les personnes SDF les plus démunies qui disposent de l'encadrement et des conditions d'accueil les plus précaires alors que ce sont bien elles qui ont besoin du plus grand suivi. La précarité des solutions proposées aux SDF les plus désocialisés nourrit le processus de précarisation lui-même. En effet, l'aide en urgence ne permet pas d'user de la temporalité nécessaire à la mise en place d'un travail de réinsertion qui permettrait aux SDF de s'extraire de leur situation sociale.

#### **1.2.4. Pour conclure**

La complexité de la problématique SDF impose à l'état de coordonner l'ensemble de ses actions dans un souci de cohérence et d'efficacité des politiques sociales mises en œuvre. La Cour des comptes (2007) relève que pour que ces actions soient menées à bien, elles doivent être partagées et harmonisées entre les compétences qui relèvent de différents niveaux, territorial, régional et national. La politique d'aide sociale en faveur des SDF étant interdépendante d'autres politiques publiques telles que la santé, le logement, l'emploi, l'harmonisation et le travail de réseau apparaissent nécessaires pour qu'une réelle politique de lutte contre les exclusions soit efficace.

S'il revient aux collectivités territoriales la responsabilité des actions sociales découlant des droits communs, c'est bien l'état qui reste le garant de cette solidarité nationale. La difficulté supplémentaire est de laisser à ces actions publiques et collectives une place suffisante pour que puisse être apportée une réponse individuelle. En effet, si la problématique SDF nécessite une action publique généralisée sur l'ensemble du territoire, la prise en charge de cette population en situation d'exclusion ne peut être efficace qu'avec un accompagnement individualisé prenant en compte les difficultés propres à chaque individu. Et c'est bien là toute la difficulté du dispositif qui malgré la succession des plans gouvernementaux n'arrive pas à proposer d'offre adaptée à la singularité des nombreuses problématiques que présentent les SDF. A cela s'ajoute le rôle encore majeur des associations dans le domaine de l'aide sociale. Depuis la loi de lutte contre les exclusions de 1998, elles bénéficient pour la plupart de financements publics et sont intégrées dans les dispositifs de veille sociale. Génératrices

d'initiatives et proches du terrain, les associations mènent des actions qui enrichissent les possibilités de prise en charge des SDF. Dépendant majoritairement de financements publics, il y a une obligation à ce que leurs actions soient en phase avec les politiques publiques en place.

Michalot (2010) nous rappelle que c'est dans les années 80 que le terme « d'action sociale » est remplacé par celui « d'intervention sociale ». Ce déplacement est dû à la professionnalisation des travailleurs sociaux de plus en plus qualifiés et spécialisés dans des domaines de l'aide sociale. Cette mutation est à considérer dans la décentralisation de la prise en charge des exclus autant que dans le développement de politiques gouvernementales transversales. A un accompagnement sur du long terme de la personne exclue vers son autonomisation est alors préférée une multitude d'actions spécifiques par des professionnels tantôt de l'insertion, tantôt de la santé, tantôt de la recherche d'emploi, etc. Les travailleurs sociaux ne sont plus ceux qui mènent une action sociale générale, mais bien tous ceux qui interviennent dans cette sphère de l'exclusion. La complexité de la problématique SDF nécessite ainsi une succession d'actions qui revient à considérer qu'à telle situation correspond telle réponse immédiate. Devenu l'objet principal de chaque intervenant, l'individu voit sa prise en charge parcellisée dans de nombreux domaines spécialisés.



## *Chapitre 2*

### *Les sans domiciles fixes (SDF)*

#### **2.1. La population SDF**

##### **2.1.1. Pour introduire**

Si les populations exclues ont toujours existé, le terme « SDF » ou « homeless » chez les anglophones s'est imposé dans nos sociétés modernes. Fruit de la précarité de nos modèles occidentaux, le phénomène SDF est en extension dans nos sociétés. Des études (Burt, 1991 ; Rossi, 1989) mettent en avant certains événements et changements politiques qui ont contribué à son accroissement. Elles identifient la désinstitutionnalisation des hôpitaux psychiatriques, la consommation de drogue, la précarité de l'emploi et le chômage de masse et de longue durée, les mutations de l'organisation familiale qui ont vu émerger les familles monoparentales, les mutations des prestations sociales, les difficultés de logement, etc. L'augmentation du chômage et de la pauvreté combinée à la diminution du nombre de logements sociaux ont leur large part de responsabilité dans l'accroissement du nombre de personnes SDF (Soulié, 1997). Maisondieu (1997a) considère quant à lui que cette population augmente par l'amplification des phénomènes d'exclusion de nos sociétés. Son raisonnement lui fait affirmer que sans exclusion, il n'y a pas d'exclu. Création artificielle de la société, il est difficile de considérer

les SDF comme membres d'une population à part entière. C'est-à-dire qu'avant d'être exclus, ils étaient pleinement inclus dans la société de sorte qu'ils ne bénéficiaient d'aucune mesure visant à maintenir leur inclusion, à la différence, par exemple, de ceux qui peuvent présenter un handicap. La situation SDF, si elle peut être durable, n'est pas une fin en soi et est à considérer sur une période donnée. Elle est caractérisée pour les SDF par l'absence de handicap (typique à cette situation) et par le fait d'être hors du système classique de logement et généralement hors du monde du travail.

## **2.1.2. Les définitions de la population SDF**

### **2.1.2.1. Des appellations multiples**

La définition de la population SDF n'est pas aisée. Si cette population est la « descendante » d'une longue lignée de personnes caractérisées comme sans aveu (mendiant, vagabond, clochard, fou, indigent, etc.), elle correspond maintenant à une réalité nouvelle qui est à mettre en rapport avec la norme du logement (Bresson-Bayer, 1994). Son expression, comme sa figuration de la réalité nouvelle, dictée notamment par les grandes institutions diffuseuses d'images, s'éloignent de celles de ses ancêtres. Si les termes de sans-abri ou de sans-logis sont encore employés de nos jours et servent de support à de nombreux jugements et caricatures (Dambuyant-Wargny, 2006), ils qualifient une sous-population faisant partie d'une entité plus importante en nombre, celle des SDF. Les sans-abri sont cette frange de la population SDF la plus désocialisée, celle qui ne dispose d'aucun abri pour se protéger la nuit, qui dort dans la rue ou encore dans des cages d'escaliers. Si son recensement est fastidieux tant cette population est volatile et référencée par aucune institution, leur nombre est estimé à environ 10 000 en janvier-février 2012 (Yaouancq, Lebrère, Marpsat, Régnier, Quaglia, 2013). Plus large, la population SDF intègre alors les sans-abri, mais aussi ses ancêtres les clochards, les vagabonds, et désigne maintenant tous ceux qui sont privés à un moment donné d'un logement. Cette population SDF, fruit de l'émergence de la précarité dans les années 70-80, réunit une multitude de sous-groupes plus ou moins exclus de la société (Dambuyant-Wargny, 2006). Elle agrège par conséquent une large population qui regroupe les clochards, les sans-logis, les sans-abri ou encore les travailleurs pauvres qui n'ont pas de logement (Mathieu, 2011).

Les SDF renvoient donc actuellement à cette population exclue qui n'a eu de cesse d'évoluer au cours de l'histoire et au fur et à mesure des changements sociaux opérés dans la société (Damon, 1998). A la fin du Moyen Âge, cette population était apparentée au vagabondage et définie par des caractéristiques d'indigence, d'oisiveté et de mobilité. Au début du 19<sup>ème</sup> siècle, ces gens sans ressource vivant dans la rue étaient considérés encore comme sans aveu tant ils étaient responsables de leur situation du fait de leur fainéantise. La montée en puissance de l'institution médicale au début du 20<sup>ème</sup> siècle a tendu à considérer cette population davantage par son caractère psychopathologique. Dans les années 50, l'absence d'activité et de revenu est mise au premier plan et on parlera alors de sans-logis ou encore de sans-abri. L'approche contemporaine qualifie cette population exclue comme étant victime de la société. Le caractère prédominant devenu l'absence de logement, la désignation SDF se popularise dans les années 70-80 (Defay-Goetz, 2004). Cette nouvelle catégorie SDF remplaçant celle du sans-abri ou du clochard marque une évolution sémantique qui modifie l'univers de référence dans lequel est situé le sans-abrisme (Loison, 2006). A l'instar des anciennes appellations, l'acronyme SDF symbolise à son tour les plus grandes formes de précarité et d'exclusion (Damon, 2000).

Declerck (2001) considère que la récurrence des carences langagières concernant la dénomination de cette population (clochard ? SDF ? errant ? etc.) illustre bien le flou concernant cette population et son caractère littéralement innommable. Ayant besoin d'une référence stable et clairement identifiable pour être en mesure de penser un objet, la population SDF échappe à une appréhension claire de la part des chercheurs et de ceux qui la prennent en charge. Mercuel (2012) considère quant à lui que ces multiples dénominations sont réductrices tant chaque situation apparaît singulière. A défaut d'entrer dans une dangereuse généralisation, il va jusqu'à préconiser d'appréhender ces situations au cas par cas. Ces imprécisions touchant les différents aspects de cette population (aspects sémantiques, qualitatifs et quantitatifs) imposent un effort de clarification. Préciser la définition de cette population est une condition qui s'avère nécessaire pour limiter tant les malentendus que le risque de généralisation abusive (Hassin, 1996). Un apport succinct des définitions sémantiques relatives aux différentes appellations qualifiant les populations marginales semble nécessaire à toute clarification. En premier lieu, les vagabonds sont ces personnes sans ressource, sans domicile, sans profession qui vagabondent intentionnellement. Le dénuement et l'errance sont ainsi reliés à cette appellation. Qualifiés de « sans aveu » par le Code pénal de 1802, ces vagabonds ne possèdent pas d'attache et n'ont de sentiment d'appartenance à aucun territoire. Ce terme n'est plus utilisé depuis



notamment la disparition du délit de vagabondage dans le Code pénal en 1994 (Mathieu, 2011). En deuxième lieu, nous pouvons identifier ces personnes que l'on nomme les sans-logis (terme utilisé par l'Abbé Pierre à l'hiver 1954), les personnes sans toit ou encore sans-abri (terme apparu pendant la Seconde Guerre mondiale). La sémantique de ces appellations renvoie à un état à un instant « t » et trouve ses limites. En effet, même dans des situations de grandes exclusions, de vie à la rue, ces personnes sont susceptibles de profiter d'un abri, que ce dernier soit précaire et provisoire comme l'accueil dans un asile de nuit ou dans un squat. Lorsque ces personnes trouvent refuge, elles ne peuvent dès lors plus être définies comme sans abri ou sans toit, même si cet état peut être durable et redondant. Comprendons alors que ces termes ne peuvent que difficilement définir une population. Le terme clochard quant à lui provient du verbe « clocher » qui signifie marcher en claudiquant. L'idée de marche est donc dominante même si ces personnes ont tendance à s'ancrer dans un espace restreint. Survivant grâce à la mendicité, ces personnes font figure d'irrécupérables. Cette désignation est encore utilisée aujourd'hui pour qualifier les personnes les plus désocialisées, celles que l'on considère comme n'étant plus réinsérables (Mathieu, 2011). Le terme d'errant a connu un regain d'utilisation depuis les années 90 notamment avec la description que fait Chobeaux (1996) de ces populations jeunes qui, souvent accompagnées de chiens, vivent en squat et se déplacent de festival en festival. Désignant dans un premier temps ces populations mobiles, ce terme a fini par représenter l'exclusion, l'errance et le processus d'exclusion (Mathieu, 2011). Cependant, on constate que ce processus d'errance n'est pas en mesure de rendre compte de la population SDF dans son ensemble. Ce terme désigne « au sens large la trajectoire chaotique et complexe au sein de laquelle les exclus circuleraient sans objectifs précis » (Zeneidi-Henry, 2002, p. 29). L'appellation la plus récente est celle de SDF. Elle s'est imposée dans les années 1980 pour désigner les individus touchés par la plus grande pauvreté. A la différence du clochard folklorique d'après-guerre, les personnes sans logement figurent les victimes des évolutions sociales et économiques. Moreau De Bellaing et Guillou (1995) notent que si le critère économique apparaît dominant pour désigner cette population, il n'est pas pour autant déterminant. La misère semble davantage la caractériser. Et cette misère qui touche en premier lieu le travail et le logement peut se cumuler avec d'autres formes de misère psychique, sociale, sexuelle, etc. Globalement, ce terme permet de définir les individus qui, ne disposant pas de lieu où loger, vont chercher à être hébergés dans différents endroits (Vinay *et al.*, 2011). Ces lieux peuvent être des centres d'hébergement, des abris inadaptés, la rue, ou encore des hébergements chez des amis ou dans la famille. Cette appellation SDF est susceptible alors de recouvrir une plus large gamme de personnes situées à la marge de la société. Elle présente les

limites d'intégrer une population ne relevant pas à proprement dit de cette précarité et de cette exclusion comme la population tzigane ou encore celle des forains. A cet égard, Hassin (1996) note que parler de Sans Domicile « Certain » permettrait de distinguer ces populations non sédentaires (précédemment évoquées, comme les forains) des vagabonds ou encore des clochards. Pour conclure sur ces développements, il apparaît que la description sémantique, qualitative et par conséquent quantitative se heurte à de nombreuses limites. Si celles-ci font et feront encore obstacle, certaines ont été franchies et d'autres pourront être dépassées, de sorte qu'en toute rationalité, il est important de continuer de tenter de caractériser le plus précisément cette population. C'est dans cette dynamique que de nombreuses études tentent d'identifier ces populations par leur mode de vie ou encore par des problématiques médicales ou psychiatriques qui leur sont liées avec toutefois la réserve nécessaire, et parfois manquante, pour ne pas les enfermer dans une catégorie trop restrictive et réductrice (Hassin, 1996).

### **2.1.2.2. Des nomenclatures différentes**

#### 2.1.2.2.1. La nomenclature française

Cette variable qui définit la population SDF est celle du statut précaire d'occupation d'un habitat, qui à la différence du simple abri ou d'un simple hébergement, inclut des personnes SDF qui n'auront peut-être jamais connu l'expérience de la vie dans la rue. La personne SDF est ainsi définie non pas vis-à-vis de critères ou de caractéristiques humains, mais dans la nomenclature des situations de logement composées de deux principaux critères (Brousse, 2006). Le premier critère est d'ordre morphologique et renvoie au type d'habitat, c'est-à-dire qu'on s'intéressera à la qualification du lieu tel un local ou encore un squat, dans lequel la personne a passé la nuit. Le deuxième critère est d'ordre juridique et correspond au statut d'occupation de ce dernier. On questionnera ainsi à quel titre, sous quel droit, la personne occupe tel lieu. A ces deux critères, le Conseil National de l'Information Statistique (CNIS) ajoute à cette nomenclature la dimension temporelle et notamment la durée pendant laquelle la personne occupe le lieu (Clanché, 1998).

Le problème qui se pose d'emblée dans l'appellation SDF est la dénomination négative du terme « sans ». Elle cantonne la personne à son statut SDF uniquement par l'exclusion du groupe qui possède un logement. Qualifiée uniquement par ce manque (VST, 2002), il a été

nécessaire pour identifier cette population de fournir une définition positive qui permette d'inclure par certains critères les personnes dans ce groupe. L'Insee a alors proposé dans ses enquêtes de retenir la définition suivante : « une personne est dite sans domicile si elle dort dans un lieu non prévu pour l'habitation ou si elle est prise en charge par un organisme fournissant un hébergement gratuit ou à faible participation » (Brousse, 2006, p.15). L'hébergement proposé par les organismes peut être de différents types (chambre individuelle ou collective, nuit d'hôtel, etc.) et d'une durée variable. Les lieux non prévus pour l'habitation sont multiples (cave, voiture, parking, bureau, cage d'escalier, etc.), une liste exhaustive ne pouvant être établie. Définir une période de référence est nécessaire pour permettre une définition opératoire de la situation SDF. Dans ses enquêtes, l'Insee a considéré qu'une personne était dite sans domicile si la veille, elle avait été prise en charge par un service d'hébergement ou si elle avait dormi dans un lieu non prévu par l'habitation. Ce choix de considérer la personne SDF à un instant « t » (la nuit de la veille) a été préféré à un temps plus long. Cette définition journalière permet d'éviter les phénomènes de rotation pouvant être observés par une analyse hebdomadaire ou mensuelle et donc d'écarter le risque de comptabiliser comme SDF plusieurs fois une même personne au cours d'une période donnée. Si cette classification présente des limites par rapport à ce que permettrait une étude longitudinale, elle présente des avantages opératoires tant il est compliqué de suivre dans le temps une population SDF qui par définition ne dispose pas d'un lieu fixe. Ce type d'enquête sur les SDF offre de bons indicateurs, mais ne peut donner un aperçu précis de cette population tant certaines de ces personnes restent inaccessibles, anonymes, voire invisibles aux yeux des institutions partenaires de ces enquêtes.

S'il n'existe pas de définition légale des SDF (Cour des comptes, 2011), celle proposée par l'Insee est la plus consensuelle et fait référence en France (Girard *et al.*, 2009). Cependant, il reste difficile de rendre compte d'une population qui se caractérise uniquement par ce critère du logement. Pour Mathieu (2011), bien que ce dernier critère rassemble une large partie des populations exclues et précaires, il ne permet pas d'inclure des personnes qui bien qu'ayant un logement personnel, sont ancrées dans la rue au quotidien, mendient et sont parfois très proches de la frange extrêmement désocialisée de la population SDF. Si pour Clanché (1998) le terme SDF ne peut désigner une population à proprement dit, mais bien une situation qui regroupe pour un temps certains individus, cette appellation SDF lui paraît assez juste. En effet, le domicile est une résidence légale et habituelle qui diffère nettement du simple abri. Cette nuance ajoutée à la notion de fixité permet d'aller au-delà de la rue et d'intégrer un ensemble

de situations d'hébergement (structure d'accueil, hôtel, etc.) et de non-hébergement (rue, abri de fortune, etc.) de la rue au domicile fixe.

#### 2.1.2.2.2. La nomenclature anglo-saxonne

La nomenclature anglo-saxonne définit les situations d'exclusion de logement dans une typologie à trois composantes : l'abri, le logement et le chez-soi (Conférence de consensus, 2007). Cette approche fondée sur ce triptyque permet de rendre compte du niveau de qualité du type d'hébergement (de l'abri précaire au logement personnel) mais également du degré et du mode d'appropriation de ce lieu.

Les Nord-Américains emploient le terme « *itinerant* » pour désigner le phénomène des « *homeless* » (Hwang, 2001). Ils distinguent deux types d'itinérance. L'une d'entre elles est « absolue » et renvoie aux personnes dormant dans la rue ou dans des lieux non prévus pour l'habitation. L'autre, considérée comme plus relative, intègre les personnes accueillies dans des centres d'hébergement ou vivant dans des abris précaires.

#### 2.1.2.2.3. La nomenclature européenne

Specht-Kittler (2002) considère que la mise en avant d'une nomenclature européenne sur le sans-abrisme est compliquée et controversée dans de nombreux pays. Il préconise d'apporter une définition large et suffisamment souple pour qu'elle puisse être adoptée par chaque pays. Il ajoute que des distinctions dans les définitions du sans-abri sont nécessaires afin de répondre au contexte légal qui a toute son importance pour le financement, en fonction de l'action d'intégration qui a toute son importance pour les dispositifs en place, ou encore en fonction du contexte de la recherche scientifique. L'idée générale d'une définition européenne du sans-abrisme n'est pas de rendre compte de l'extrême complexité de ce phénomène, mais bien de favoriser son caractère opérationnel. Specht-Kittler (2002) insiste sur la nécessité fondamentale de pouvoir rendre compte d'un continuum entre les différentes situations d'exclusion sociale.

La Cour des comptes (2011) relève qu'au niveau européen, la Fédération Européenne des Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri (FEANTSA) propose une typologie européenne des populations exclues du logement qu'elle nomme ETHOS (*European typology on homelessness and housing exclusion*) (Kenna, 2005). En fonction de la situation de vie, cette typologie se divise en quatre composantes qui rendent compte de différents degrés de précarisation ou d'exclusion liés au logement. On y retrouve en premier lieu les personnes « sans-abri » qui vivent dans la rue ou encore fréquentent les hébergements d'urgence. Un deuxième type fait référence aux personnes dites « sans logement ». Cette catégorie comprend les personnes en foyer d'hébergement de plus longue durée (foyer d'insertion ou logement provisoire), les femmes prises en charge dans des structures qui leur sont spécifiques, les personnes sortantes d'institutions pénales ou médicales et enfin celles qui bénéficient d'un accompagnement au logement. La troisième typologie renvoie aux personnes occupant un « logement précaire ». Elles peuvent être menacées d'expulsion, avoir un habitat ou un bail précaire, occuper un logement sans titre légal ou encore être sujettes à des violences domestiques. Enfin, la dernière composante inclut les individus occupant des « logements inadéquats ». On relève ainsi les personnes vivant dans des structures provisoires ou non conformes aux normes, celles qui occupent des logements insalubres, indignes ou encore en surpeuplement, et enfin celles qui vivent dans des squats ou des caravanes. Cette typologie présente l'avantage de situer la personne sur un continuum vis-à-vis de sa situation d'hébergement. Volontairement en décalage vis-à-vis des définitions nationales des pays européens, les catégories utilisées ont une vocation opérationnelle tant dans le recueil des données et leurs analyses que dans la possibilité de permettre un suivi des politiques mises en œuvre (Conférence européenne de consensus, 2010). Cependant, la multiplicité des situations découlant de cette typologie est sa faiblesse, de sorte que sa vocation opérationnelle est à relativiser eu égard aux difficultés de mise en œuvre à une échelle nationale ou internationale (Damon, 2009).

La conférence de consensus (2007) souligne quant à elle l'absence de « chez soi » comme le point clé de ces situations et ce, peu importe la terminaison et les critères utilisés pour définir ces populations. Octroyant à la fois des garanties sociales et personnelles, ce « chez soi », lorsqu'il fait défaut atteint les sphères personnelles et sociales et aggrave toute sorte de difficultés (de santé, d'emploi, de vie relationnelle, d'autonomie et de maîtrise de sa vie, etc.).

### **2.1.2.3. L'hétérogénéité de la population SDF**

Defay-Goetz (2004) relève que si la population SDF est un objet d'investigation pour de nombreux chercheurs en science sociale, elle est difficilement concevable comme un groupe social homogène et cohérent. Dénommée par la négative, cette population est incluse par défaut dans un groupe qui est artificiel, c'est à dire par l'exclusion du groupe de ceux qui ont un domicile. La Conférence de consensus (2007) rappelle que la population SDF, et ce, quel que soient les termes utilisés pour la désigner, est très hétérogène, difficilement délimitable tant ses contours sont variés, ce qui rend sa définition juridique délicate. Vexliard (1957), portant ses recherches sur la frange la plus désocialisée de cette population, les clochards, avait déjà souligné sa grande diversité dans cette période d'après-guerre. S'en sont suivies des évolutions de la société qui ont conduit à de nouvelles fractures sociales, familiales et relationnelles favorisant tant l'extension de cette population que son hétérogénéité (Pardo, 2011).

Soulié (1997) note que cette hétérogénéité va de pair avec la diversité des situations et des lieux fréquentés par cette population. Certains SDF sont dans des squats, des caravanes, des abris de fortune ou même dans la rue, tandis que d'autres se retrouvent dans différents lieux institutionnalisés. Ces institutions recouvrent des réalités d'hébergement et des conditions de vie bien différentes selon qu'il s'agisse de prisons, de centres hospitaliers généraux ou psychiatriques, de centres d'insertion ou encore d'hébergement en urgence. A la diversité de ces situations d'hébergement ou de non-hébergement se conjugue une multitude de causes responsables de la perte de logement éphémère ou permanente. Mettant en commun les nombreuses définitions relatives au sans-abrisme, la Conférence européenne de consensus (2010) souligne les caractères complexes et dynamiques du processus de sans-abrisme, complexité d'autant plus accrue que cette population présente des parcours et des trajectoires de vie bien différents. Certains sont sans-abri, migrants sans papiers, ou encore travailleurs précaires, et illustrent finalement un panel de situations de vie allant d'une frange de la population extrêmement désocialisée à une autre proche de l'insertion (Martin, 2011). A cela, Beck, Legleye et Spilka (2006), reprenant l'enquête de l'Insee (Brousse, De La Rochère et Masse, 2002), ajoutent que les réalités sociales divergent en fonction des caractéristiques sociodémographiques de cette population. Ainsi, le fait d'être un homme ou une femme, d'être accompagné ou non d'enfants, d'être étranger ou de nationalité française, recouvre des réalités quant à l'hébergement et la prise en charge par le dispositif d'aide sociale bien différentes.

La multiplication des investigations sur la population SDF a donc permis de mettre en avant autant la diversité des profils de ces personnes SDF que celle des situations et des réalités sociales qu'elles recouvrent (Damon, 2000 ; Firdion, 2005 ; Loison, 2006). L'enquête de l'Insee de 2001 et reproduite en 2012 a proposé des photographies de la population SDF à un moment « t » rendant compte de sa grande hétérogénéité. Ces photographies ont tendance à enfermer les SDF dans une situation qui apparaît statique, considération problématique alors même que l'on connaît le caractère mouvant et transitoire de la situation SDF et la contiguïté existante entre la situation de logement et celle de non-logement (De Peretti, 2006b). En effet, les SDF avant de retrouver une stabilité dans un logement personnel passent régulièrement par des alternances entre le non-logement, le mal-logement et le logement (De Peretti, 2008).

Damon et Firdion (1996) notent que ce groupe extrêmement composite se vit également comme hétérogène. Ses membres se refusent à l'assimilation réciproque de sorte que chacun se vit comme différent de l'autre généralement considéré comme tombé plus bas que lui. L'artificialité de ce groupe défini par cet unique critère de logement tend à uniformiser les membres qui le composent. Bien que la construction sociale et institutionnelle de cette population tende à dissimuler son extrême diversité par cette appellation SDF, elle crée dans le même temps des sous-catégories SDF en fonction de leur appartenance dans telle ou telle strate du dispositif d'aide sociale. Ainsi, à cette grande disparité des conditions d'hébergement et de non-hébergement de la population SDF, s'oppose une certaine homogénéité au sein des catégories de SDF opérée par le dispositif d'aide sociale qui répartit cette population en fonction de nombreux critères tels que l'âge, le revenu, le genre, la situation familiale, médicale, etc. (Soulié, 2000 ; De Peretti, 2008). Et c'est ainsi que Soulié (1997) considère cette population SDF non pas comme un groupe, mais comme un agrégat constitué de l'extérieur. Il est la résultante des diverses catégorisations et hiérarchisations opérées par les marchés du travail et du logement, mais aussi par celui du travail social.

#### **2.1.2.4. La nécessité pour l'action publique d'une définition précise de la population SDF**

La nécessité de clarifier la définition de la population SDF s'est imposée aux instances gouvernementales et à la communauté scientifique pour aborder les problématiques que soulèvent sa prise en charge et le manque de connaissances à son sujet. La Conférence de consensus (2007) souligne l'importance d'aller au-delà des représentations fatalistes et



misérabilistes de cette population, de sorte que la notion de « sans-abri » s'est rapidement avérée trop restrictive pour penser cette population et les difficultés qui y sont associées. La prise en charge de ces sujets par tel ou tel dispositif à un instant « t » s'accompagne d'une catégorisation artificielle qui ne permet pas d'appréhender la complexité et le caractère dynamique de ce phénomène SDF. A ce titre, la Conférence de consensus (2007) note l'action inadéquate des dispositifs qui proposent des prestations unidimensionnelles et statiques ne pouvant être adaptées aux bénéficiaires. Les différentes politiques relatives à la prise en charge des SDF s'établissent alors sur des fondements somme toute fragiles de sorte que leurs limites feront inmanquablement jour. En effet, les dispositifs souffrent du manque d'informations concernant tant l'entrée de la personne dans leur structure (cause de la demande d'hébergement, etc.) que sa sortie (nombre de personnes en mesure de trouver un logement, etc.). La Cour des comptes (2011) pointe également le problème qu'entraîne une définition par la négative de cette population, que ce soit sans domicile fixe ou encore sans abri. En effet, qualifier cette population par le manque ne permet pas dans la prise en charge de s'appuyer sur les ressources et les qualités qu'elle présente. La valence négative des termes employés pour définir ces populations (SDF, sans abri, etc.) autant que ce processus (désinsertion, désocialisation, etc.) nie toute positivité de la rue (Mathieu, 2011). En effet, au monde de la rue et de l'exclusion ne correspond pas que de la négativité, des normes et valeurs leur sont propres, des liens et des codes alternatifs s'y développent (Emmanuelli, 2003). Un troisième intérêt notable dans la clarification de la population SDF est de pouvoir la recenser avec plus de précision et de fiabilité. Il est en effet un enjeu de taille tant au niveau méthodologique que politique (Conférence de consensus, 2007). Ce n'est qu'en sachant qui sont ces personnes et combien d'entre elles composent cette population que les politiques pourront déployer un dispositif approprié à l'ampleur de ce phénomène.

Si les nombreuses situations sociales et profils SDF mis en avant illustrent la forte hétérogénéité de la population SDF, cette catégorisation, malgré les limites des considérations statiques qui en découlent, permet d'instituer des points de ressemblance au sein de ce groupe hétérogène (Damon, 2002). Ces catégories SDF mises en exergue en fonction de différents critères (âge, revenu, maladie, situation familiale, etc.) servent l'action publique et la mise en place des différents dispositifs (Rainhorn et Gremy, 1998). Le problème est que ces distinctions entre les SDF reposent souvent sur des définitions et des constats imprécis qui figent des sous-populations SDF et rendent les programmes de prise en charge inadaptés (Damon et Firdion, 1996).



### **2.1.3. Les informations sur la population SDF**

#### **2.1.3.1. D'un manque d'informations à la mise en place des enquêtes de l'Insee (2001 et 2012)**

Les anthropologues et les sociologues ont été les premiers à porter leur attention sur les populations en marge (Marpsat, 2008). Ils ont posé, et Vexliard (1956) en pionnier, les fondements sur lesquels aborder cette problématique. Parallèlement aux développements des concepts d'exclusion et de précarité dans les années 80, est apparue la nécessité de cumuler des informations et des connaissances sur la population SDF (De Peretti, 2008). Aux études relatives au recensement de la population SDF se sont ajoutées celles tentant de combler les carences relatives aux connaissances psychologiques, psychiatriques et encore sociodémographiques de cette dernière et d'apporter des éléments de compréhension aux processus d'entrée, de maintien et de sortie de la situation SDF. Farrington et Robinson (1999) relèvent l'attrait des chercheurs à partir des années 80 dans la multiplication massive des enquêtes d'ampleur, généralement menées via la passation de questionnaires permettant de recueillir et de collecter des éléments sociodémographiques (Rossi, Wright, Fisher et Willis, 1987) et d'autres relatifs à la survie dans la rue (Cohen, Teresi, Holmes et Roth, 1988). De Peretti (2008), reprenant les données relatives à une multitude d'éléments (parcours familial, personnel, parcours vis-à-vis du logement, santé, condition de vie, etc.) issue de l'étude de Calame et Benvéniste (1996), a apporté un éclairage visant à briser les stéréotypes et les idées reçues sur cette population. Bien que le nombre de travaux portant sur le sans-abrisme et le phénomène SDF soit conséquent, Kovess-Masféty (2001) note que cette multiplicité accompagnée de l'imprécision des définitions utilisées en fait un objet d'étude qui continue d'interroger le monde de la recherche. Le flou qui règne est à ce point persistant que les travaux ne parviennent toujours pas à répondre à cette question : qui sont les SDF ? (Mathieu, 2011). Les difficultés tant de recenser que d'identifier et de caractériser cette population demeurent (Damon, 2000 ; Firdion, 2005), de sorte que les SDF échappent encore à une appréhension claire.

Le manque de connaissances de la population SDF est un constat redondant depuis des années (Cour des comptes, 2007). Ce constat d'indétermination de cette population fait consensus au sein de la littérature internationale (Moore, Gerdtz et Manias, 2007). Si cette dernière tend à considérer davantage les SDF comme des personnes vivant dans la rue, des squats ou des abris de fortune, Chamberlain et Johnson (2001) dans leur étude descriptive

soulignent que la partie majoritaire de la population SDF est celle qui est prise en charge dans des structures d'hébergement, et non celle qui reste à la rue. Ces carences se font d'autant plus ressentir que les pays et leurs gouvernements ont besoin de connaître cette population pour pouvoir cibler une politique qui puisse être efficace et rigoureusement menée et mesurée (Cour des comptes, 2007). Si le travail d'enquêtes statistiques est un élément nécessaire pour cerner l'ampleur de ce phénomène, il repose sur des fondements qui sont ceux de la domiciliation et trouve naturellement ses limites auprès de la population SDF (Yaouancq et Duée, 2014a). Classiquement, les enquêtes d'envergures portant sur la population générale rendent leur échantillon représentatif en tirant au sort les individus en fonction du logement. Ce moyen d'obtenir une représentativité est bien entendu inopérant auprès de la population SDF (De Peretti, 2008). Son caractère mouvant la rend invisible aux statistiques publiques (Cour des comptes, 2011).

Bien sûr, nombreux sont les chercheurs, les associations caritatives ou d'État à avoir étudié cette population, mais les difficultés à définir des critères caractérisant ou non une personne SDF tendent à rendre la multitude des études et des enquêtes sur ce sujet peu fiables et par conséquent incomparables les unes avec les autres. Les populations ciblées ne sont pas les mêmes en fonction des pays ou tout simplement en fonction des études. Dans ce registre, l'enquête de l'Insee de 2001 se pose au niveau national français et européen comme la première grande enquête permettant une certaine fiabilité des résultats obtenus concernant la population SDF. Cette première enquête de grande envergure a porté sur les SDF qui sont usagers d'un service d'hébergement ou de distribution de repas dans les communes de plus de 20 000 habitants. Si les critères méthodologiques permettent d'extrapoler les résultats pour les rendre représentatifs d'une frange de cette population, ils ne peuvent l'être pour la population SDF générale, c'est-à-dire celle qui intègre également ceux qui sont éloignés du dispositif d'aide sociale. Cette enquête de l'Insee de 2001, reproduite en 2012, a permis d'apprécier de façon fiable le nombre de personnes SDF, leurs conditions d'hébergement, leurs caractéristiques sociodémographiques et certaines de leurs difficultés. La rigueur de leur cadre méthodologique a offert la possibilité de comparer ces deux enquêtes afin de percevoir les évolutions de la population SDF entre 2001 et 2012.

Sont incluses dans ces enquêtes de l'Insee les personnes adultes ayant eu recours la veille au soir à des services d'aide sociale implantés dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus. Les services d'aide sont de différentes sortes :

- les structures d'hébergement : de l'urgence à l'insertion en passant par les structures de stabilisation ;
- les lieux de distribution de repas que ce soit le matin, le midi ou le soir.

Ne sont pas inclus dans ces enquêtes de 2001 et 2012 :

- les SDF qui dorment dans des lieux non prévus pour l'habitation et qui ne fréquentent ni les lieux ouverts qui leur sont destinés ni les points de distribution de repas ;
- les SDF présents dans les villes ou communes ne possédant pas de structures à destination des SDF ;
- les SDF non francophones qui ne parlent ni n'écrivent et ne lisent aucune des langues prévues dans les questionnaires de l'enquête ;
- les SDF vivant dans les agglomérations de moins de 20 000 habitants ;
- et les personnes présentes dans les centres pour demandeur d'asile.

Notons que si les SDF non francophones ont été recensés dans l'enquête de 2001 et 2012, ils n'ont été enquêtés par questionnaire ou entretien que dans celle de 2012. Cette distinction rend bien entendu les comparaisons fines entre ces deux enquêtes restreintes aux seuls SDF francophones. Ces enquêtes de l'Insee nous serviront de référence en ce qui concerne les recensements de la population SDF française ainsi que ses caractéristiques sociodémographiques. Bien que présentes, les limites de ces études concernant la représentativité de la population SDF générale ne seront pas systématiquement rappelées au cours des prochains développements.

### **2.1.3.2. Le recensement de la population SDF**

#### **2.1.3.2.1. Combien sont-ils en France ?**

Depuis la mise en place par l'état du large dispositif d'aide sociale dans les années 1980, les estimations du nombre de personnes SDF en France se sont fortement multipliées. Mises en avant pendant un temps par les associations, ces estimations, faute de rigueur méthodologique, font preuve d'une grande variation et rendent les résultats inexploitable (Damon, 2000). Les biais méthodologiques sont de toutes sortes, certaines études confondent le nombre de prises en charge avec le nombre de bénéficiaires ou encore la personne qui est restée un an dans la rue

avec celle qui est SDF à un moment donné, parlent tantôt de sans-abri ou de clochards et tantôt de SDF ou d'errants. Cependant, bien que les estimations qui ressortent de ces enquêtes soient peu fiables et reconnues comme telles par les associations ou leur prestataire, elles sont largement utilisées et diffusées par les médias. Si ces chiffres n'offrent pas la possibilité de recenser cette population, ils permettent néanmoins de mettre en avant l'ampleur de ce phénomène et de bousculer le monde politique afin que soient développées des actions gouvernementales. Comprendons aussi qu'une association a tout intérêt de mettre en avant les difficultés qu'elle rencontre pour pouvoir bénéficier en retour d'aides supplémentaires et nécessaires pour gérer cette population. Le problème principal et consensuel (Mathieu, 2011) auquel se heurte toute tentative de recensement de cette population est son instabilité et les difficultés méthodologiques à délimiter les individus qui seront inclus ou non dans cette population. En effet, aux difficultés de qualifier avec précision cette population, s'ajoute celle d'accéder à cette frange de la population qui n'est pas prise en charge par les dispositifs ou qui ne fréquente pas les lieux institués de la survie (Girard *et al.* 2010). On pense alors aux difficultés de dénombrer avec précision les personnes dormant dans la rue, vivant dans des squats ou encore se faisant héberger chez leurs amis. Le flou concernant la circonférence de cette population rend donc l'analyse statistique complexe, voire inopérante (Specht-Killer, 2002). Cette complexité n'a pas empêché que se succèdent des enquêtes et des rapports mettant en avant des chiffres d'une extrême variance (Mathieu, 2011). Ainsi, en 1995, Moreau De Bellaing et Guillou avance à 400 000 le nombre de SDF en France, tandis qu'en 2001, l'Insee les estime à 86 000, quand la fondation Abbé Pierre en dénombre 600 000 en 2009 (Fondation Abbé Pierre, 2009). Damon (2000) note alors que le recensement de cette population varie de 100 000 à 800 000 en fonction des commanditaires des enquêtes. Ce flou concernant les caractéristiques de cette population autant que son recensement traduit en partie l'impuissance publique face à ce phénomène et met en avant la nécessité d'identifier des critères permettant de définir cette population, de la circonscrire et de la recenser. C'est seulement depuis la grande enquête de l'Insee en 2001 et reproduite en 2012 que le recensement de la population SDF est reconnu fiable. Ces enquêtes ont permis d'apporter des données sur lesquelles s'appuyer tant dans la mise en place d'actions sociales que dans la réalisation d'études à venir. Si un chiffre exact ne peut toujours pas être apporté, des tendances sérieuses et des profils particuliers ont pu voir le jour autant que des trajectoires et des expériences de vie spécifiques aux SDF.

Si les SDF représentent le degré extrême de l'exclusion sociale et du dénuement, l'Insee comptabilise 2,9 millions d'individus vivant dans de mauvaises conditions de logement comme

la privation de confort ou encore le surpeuplement. Ajoutés au nombre de SDF, on répertorie donc 3,2 millions de personnes présentant des conditions de logement insuffisantes en France dans les années 2005-2010 (Briant et Donzeau, 2011). Concernant la population spécifiquement SDF, la dernière grande enquête de l'Insee de 2012 (Yaouancq *et al.*, 2013) dénombre 81 000 personnes ayant eu recours à des services de l'aide sociale dans les agglomérations de plus de 20 000 habitants du 23 janvier au 3 mars 2012. Elles étaient accompagnées de 30 000 enfants. En parallèle, une enquête portant auprès de 80 agglomérations de 5 000 à 20 000 habitants a permis d'extrapoler les résultats et d'estimer leur nombre à 8 000 personnes SDF. En ajoutant les 22 500 personnes présentes dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile, le nombre total de SDF en France métropolitaine est estimé à 141 500. Ne sont pas comptabilisés dans ces chiffres les SDF vivant en squat, étant hébergés chez un tiers et plus généralement ne fréquentant aucun lieu institué de la vie SDF.

#### 2.1.3.2.2. L'évolution des chiffres de 2001 à 2012

L'Insee (enquête de 2001 et 2012) constate une augmentation de 50% du nombre de SDF en une dizaine d'années passant de 93 000 à 141 500. Si les améliorations méthodologiques propres à la seconde enquête de l'Insee sont responsables pour une part de cette augmentation, cette tendance est conforme à celle retrouvée par d'autres instituts tels que l'observatoire du 115 (Cour des comptes, 2011 ; Damon, 2014). En effet, Yaouancq *et al.* (2013) relèvent que l'enquête de l'Insee de 2012 inclut une plus large partie de la population SDF (notamment les SDF des petites communes et ceux accueillis par les structures pour demandeurs d'asile), de sorte qu'avec les mêmes critères que dans l'enquête de l'Insee de 2001, l'augmentation de la population SDF est finalement de 44%. Damon (2014) note la nécessité de relier ces augmentations de la population SDF avec la question des demandeurs d'asile et des personnes en situation d'irrégularité sur le territoire. Si cette problématique est à appréhender au niveau des politiques migratoires européennes, elle doit être à considérer avec d'autant plus de ferveur que l'Europe connaît un flux de migration et de réfugiés exacerbé par les conflits au Moyen-Orient. Les carences de places dans les structures réservées aux demandeurs d'asile conduisent à ce qu'un grand nombre d'entre eux se retournent vers les dispositifs destinés en premier lieu aux personnes SDF (Yaouancq *et al.*, 2013). Notons aussi que les SDF nés à l'étranger représentaient 38% de la population SDF en 2001, quand ils composent 53% de cette population en 2012.

#### 2.1.3.2.3. Les limites de ces enquêtes

Damon (2014) nous rappelle que si les enquêtes de l’Insee sur les sans domicile permettent de donner de bons indicateurs de l’ampleur de ce phénomène, notamment en ce qui concerne le logement des SDF, leurs droits sociaux ou encore leur parcours d’exclusion, elles sont à considérer avec précaution. En effet, bien que les auteurs mettent en avant les limites de leurs études, force est de constater que leurs conclusions sont souvent relayées approximativement, voire mal-relayées, ce qui favorise les risques de confusion. On notera ainsi que les chiffres avancés par l’Insee sont régulièrement repris par les médias ou les associations pour désigner le nombre de sans abri, de personne à la rue, alors qu’ils renvoient à une large population SDF allant des sans-abri (frange de la population SDF la plus désocialisée et la plus minoritaire) aux personnes usagers des structures d’insertion ou hébergées dans des logements financés par le dispositif de veille sociale (frange majoritaire). Aussi, les chiffres nationaux mis en avant doivent être territorialisés pour garder leur teneur. Ainsi, certaines problématiques comme celles des sans-abri concernent plus spécifiquement les grandes villes et nécessitent des actions par conséquent locales. Reléguées à l’échelle nationale, ces actions envers cette sous-population SDF ne peuvent plus être rendues opérantes.

### **2.1.3.3. La sociodémographie de la population SDF**

#### 2.1.3.3.1. Les caractéristiques sociodémographiques de la population SDF

Bien que les études mettant en avant les caractéristiques de la population SDF soient nombreuses (Fichter et Quadflieg, 2001 ; Guesdon et Roelandt, 1998 ; Herrman, Gorry Mc, Bennett, Van Riel et Singh, 1989 ; Teesson, Hodder et Buhrich, 2004), dans un souci de clarté, ne seront présentés que les chiffres de l’Insee. Nous ferons référence à d’autres études que lorsque leurs apports seront complémentaires et permettront de combler les manques des enquêtes de l’Insee.

#### *2.1.3.3.1.1. L'âge et la durée de la situation SDF*

L'enquête de l'Insee de 2012 (Youancq et Duée, 2014a) met en avant que la population SDF est plus jeune que la population générale. Ils sont 27% à être âgés de 18 à 29 ans et 50% de 30 à 49 ans, contre respectivement 20% et 33% dans la population générale. Une faible proportion de SDF a 50 ans ou plus (23%) alors que cette tranche d'âge représente 47% de la population générale. Cette faible proportion de SDF âgés de plus de 50 ans peut s'expliquer par son plus fort taux de mortalité ainsi que par la fin de leur situation SDF lorsqu'ils sont en âge d'aller dans une maison de retraite (De Peretti, 2008).

Laporte et Chauvin (2010) dans le rapport Samenta relèvent le temps de vie cumulé en tant que SDF depuis la première mise à la rue de la personne. Les personnes SDF âgées de 18 à 25 ans ont passé en moyenne 2,3 ans en situation de SDF, la tranche d'âge 26-30 ans a passé 5,4 ans, 6,4 ans pour celle des 41-49 ans et enfin 8,6 ans de vie SDF pour celles qui ont plus de 50 ans. De manière globale, cette situation SDF a été vécue en moyenne pendant 7 ans (erreur type = 0,5 ans) chez l'ensemble de la population SDF.

#### *2.1.3.3.1.2. Le genre*

En 2012, l'Insee estime que la population SDF est composée de 38% de femmes (Yaouancq et Duée, 2014a). Cette proportion est d'autant plus élevée chez les personnes d'origines étrangères. Elle s'élève à 40% contre 34% pour la population SDF née en France. L'Insee note une augmentation du nombre de femmes vis-à-vis de l'enquête de 2001 qui les estimait à 32%. Richer et Meryglod (2008) notent à leur tour cette proportion de femmes SDF qui tend à augmenter d'année en année au travers des enquêtes différenciant par le genre cette population SDF.

#### *2.1.3.3.1.3. La nationalité*

L'enquête de l'Insee de 2012 révèle la forte proportion d'étrangers dans la population SDF. En effet, ils sont 56% à être nés à l'étranger contre 14% dans la population générale et un tiers d'entre eux ne sont pas francophones. Les SDF étrangers sont pour une large majorité

(60%) d'origine africaine et notamment d'Afrique subsaharienne (35%) et du Maghreb (23%) (Yaouancq et Duée, 2014a). Cette population d'origine africaine est très largement francophone ce qui s'explique par l'ancienne colonisation française. Environ un tiers de cette population vient des pays de l'Europe de l'Est, notamment la Roumanie, la Bulgarie et la Pologne, et ne maîtrise souvent pas la langue française.

Les personnes SDF nées à l'étranger vivent préférentiellement dans les grandes agglomérations. L'Insee relève ainsi en 2012 que 55% d'entre eux vivent dans l'agglomération parisienne (contre 30% des SDF nés en France) et que de manière générale, ils ont 90% à vivre dans les agglomérations de plus de 200 000 habitants.

#### *2.1.3.3.1.4. La situation familiale*

Une grande majorité des SDF est célibataire et vit sans enfant (Yaouancq *et al.*, 2013). Ces profils sont surreprésentés par les hommes. Ils sont 9% à être en couple, 12% à vivre seuls accompagnés d'enfants et 17% à être en famille (couple et enfants). Les familles SDF sont plus fréquemment d'origine étrangère, à tel point que ce sont elles qui accompagnent les 23 700 enfants sur 30 700 enfants que comprend la population SDF.

#### *2.1.3.3.1.5. Les ressources financières*

Concernant les revenus de la population SDF, l'enquête de l'Insee de 2012 met en avant que 31% vivent avec moins de 300 euros par mois. Cette frange de la population SDF la plus pauvre comprend majoritairement les individus sans abri, ceux qui fréquentent les structures d'urgence ou encore ceux qui sont nés à l'étranger. Près de la moitié (47%) des SDF disposent de 300 à 900 euros par mois et les 22% restant ont plus de 900 euros de revenus (dont 4% qui ont plus de 1500 euros par mois). Yaouancq et Duée (2014b) notent que ces revenus sont ceux de leur emploi pour 25% des SDF, ceux du RSA pour 30% d'entre eux, ceux d'allocations chômage pour 8%, et ceux de l'allocation adulte handicapé pour 7% d'entre eux. A cela s'ajoutent parfois d'autres types de prestations sociales telles que les allocations familiales, le minimum vieillesse, etc.



#### *2.1.3.3.1.6. Les situations professionnelles*

La grande majorité de la population SDF (près de 75%) est sans activité professionnelle. Ces personnes sont pour la plupart des chômeurs (3/4), souvent de longue date, ou des inactifs pour cause de retraite, d'absence de papiers d'identité ou encore parce qu'ils sont en demande d'asile (Yaouancq et Duée, 2014a). On constate donc que parmi les 66 300 SDF francophones enquêtés dans l'étude de l'Insee de 2012, 24% déclarent avoir un emploi. C'est 3% de moins que dans l'enquête de 2001. Cependant, cette proportion, bien qu'inférieure à la population générale, apparaît élevée. En s'intéressant au taux d'activité (qui intègre le chômage), Yaouancq et Duée (2014b) constatent qu'il s'élève à 70% pour les SDF âgés de 25 à 54 ans, contre 90% en population générale. La proportion de SDF en activité est même supérieure à celle de population normale pour ce qui est des 18-24 ans. Cependant, il faut relever que ces emplois sont, bien souvent, précaires et à faible niveau de qualification. On peut également penser sans se risquer que cette proportion pourrait être vue à la baisse si l'on comptabilisait les sans-abri « invisibles » et les SDF non francophones qui n'ont pas pu faire partie de l'enquête.

Si on porte notre attention sur des comparaisons au sein même de la population SDF, on constate que le fait d'être en activité professionnelle ou non est intimement lié à la stabilité et aux conditions de vie procurées par l'hébergement. Les sans-abri ou les personnes SDF qui fréquentent les hébergements d'urgence ne sont que 13% à travailler, alors que la proportion monte à 25% pour ceux logés par une association et 21% pour ceux vivant à l'hôtel. La nationalité comme le genre apparaissent à leur tour comme des variables discriminantes vis-à-vis de l'emploi. Les SDF nés à l'étranger apparaissent alors dans une situation plus précaire que les SDF français. Et si les femmes disposent d'une plus grande stabilité dans leur type d'emploi, elles sont plus souvent embauchées sur des temps partiels.

Quoi qu'il en soit, les SDF en activité professionnelle ont un revenu qui reste faible, bien que légèrement supérieur aux SDF sans emploi. En effet, les emplois occupés par les SDF sont souvent à temps partiel et faiblement rémunérés. Quatre-vingt-seize pour cent de ceux qui déclarent travailler sont salariés et généralement ouvriers. Un quart des SDF est employé par une association ou par la structure d'hébergement elle-même. Dans la majorité des cas, ces emplois sont de courtes durées, en Contrat à Durée Déterminée ou en intérim, quand certains SDF déclarent travailler sans même disposer de contrat de travail. Dans leur recherche d'emploi, les SDF font très fréquemment appel à Pôle emploi ou à une association. Les

difficultés principalement exprimées dans leur recherche d'emploi sont liées à l'absence de transport, aux frais logistiques dus à la recherche en elle-même, au manque de vêtements convenables permettant de se présenter devant un employeur (Yaouancq et Duée, 2014b). Les problèmes de santé, les difficultés pour lire et écrire et le manque de formation et d'expérience sont aussi fréquemment exprimés par les SDF dans les difficultés qu'ils rencontrent à trouver un emploi.

#### *2.1.3.3.1.7. Les qualifications*

Dans son enquête de 2012, l'Insee met en lumière le peu de qualifications de la population SDF. Ils ne sont que 23% à avoir obtenu le bac ou un diplôme de l'enseignement supérieur, contre 52% dans la population générale. Bien que seuls les francophones fassent partie de ces statistiques, il est à relever que plus d'un tiers d'entre eux éprouvent des difficultés avec le calcul, l'écriture ou la lecture de la langue française (Yaouancq et Duée, 2014a).

#### *2.1.3.3.2. Les variations des caractéristiques sociodémographiques*

Si ces précédents développements nous renseignent sur les caractéristiques sociodémographiques de la population SDF, ces dernières varient fortement en fonction des études et du lieu de recueil des données. En ce sens, comprenons qu'à la forte hétérogénéité des situations et conditions de vie SDF s'associe une grande variation des caractéristiques sociodémographiques de cette population.

Ayant réalisé son étude au Canada, Hwang (2001) constate que les caractéristiques démographiques des SDF varient d'une ville à l'autre. Les familles occupent 42% des places mises à disposition par le dispositif d'hébergement dans la ville de Toronto quand elles représentent 35% dans la ville d'Ottawa. Dans leur étude, les hommes célibataires représentent la large frange de leur cohorte et constituent 75% des SDF chronicisés dans la rue, c'est-à-dire y vivant depuis plus d'un an. A Vancouver (Acorn, 1993), les femmes célibataires représentent un quart de la population SDF, tandis qu'elles n'en composent que 10% dans les villes de Calgary et d'Ottawa (Burt et Cohen, 1989). S'intéressant à la population SDF de Grande-Bretagne, Gill, Meltzer et Hinds (2003), quant à eux, relèvent des différences

sociodémographiques en fonction de différents lieux d'accueil tels que l'hôtel, les centres d'hébergement d'urgence, les accueils de jour, etc.

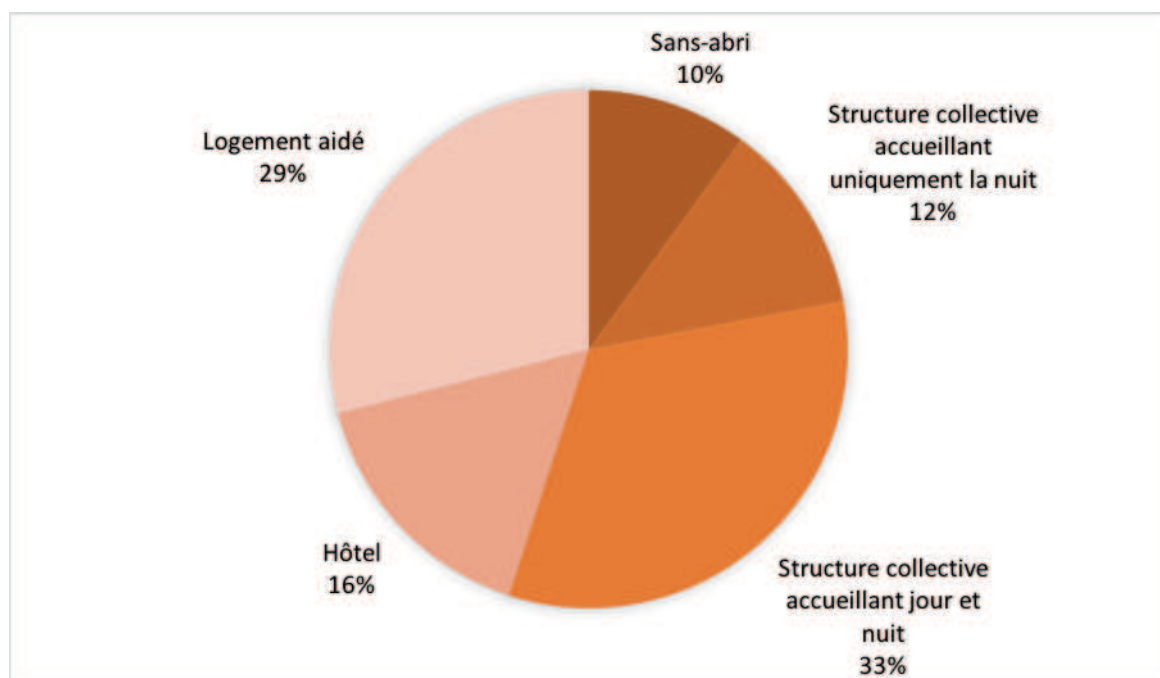
L'hétérogénéité avérée de cette population SDF pousse les chercheurs à opérer des critères permettant de rendre compte de différents profils SDF (Beck *et al.*, 2006). On peut donc noter que dans certaines études, par exemple celle de Aliaga, Brousse, Fournier et Plante (2003), les SDF sont différenciés en fonction de leur degré de prise en charge par le dispositif. Les SDF vivant dans la rue (souvent dénommés « sans-abri ») et les SDF fréquentant les hébergements d'urgence sont opposés à ceux qui bénéficient d'un mode d'hébergement plus stable qui leur permet de rester dans un logement durant la journée en plus de la nuit. De Peretti (2008) relève une variation des caractéristiques sociodémographiques en fonction du type de dispositif de prise en charge. On repère ainsi dans l'enquête de l'Insee de 2001, que les sans-abri sont des hommes pour 93% d'entre eux, qu'ils sont 88% à vivre seul et que 57% sont âgés de 30 à 49 ans. En ce qui concerne les SDF fréquentant les hébergements d'urgence, on constate que leurs caractéristiques sont assez semblables à celles des sans-abri, hormis le fait que cette population est un peu plus jeune et qu'elle est composée de plus d'étrangers. Les femmes, les enfants et les travailleurs sont quant à eux plus fréquemment rencontrés dans les structures d'insertion proposant un accueil sur une plus longue durée. Leur revenu moyen est plus élevé. La difficulté pour le dispositif de lier ses actions d'insertion avec une intégration « non autorisée » légalement rend compte de la plus faible proportion de personnes sans-papiers au sein des centres d'insertion. Les logements aidés accueillent une population plus jeune, davantage composée de femmes pouvant vivre en couple et/ou avec des enfants. Ce type de dispositif privilégie également la prise en charge de travailleurs, ce qui est à mettre en lien avec ce critère institutionnel de l'employabilité déjà souligné par Soulié en 2000. Concernant les chambres d'hôtel, la priorité est donnée aux femmes, aux jeunes ou aux adultes accompagnés d'enfants. Globalement, Yaouancq *et al.* (2013) repèrent que les conditions d'accueil et d'hébergement des femmes SDF sont plus stables et moins précaires (hôtel, logement aidé) que celles des hommes (davantage de centres d'hébergement collectif).

### 2.1.3.4. Les types d'hébergement versus les caractéristiques sociodémographiques

#### 2.1.3.4.1. La répartition des SDF et caractéristiques sociodémographiques en fonction de leur hébergement

Le graphique 1, ci-dessous, illustre la répartition des SDF en fonction de leur type d'hébergement en 2012. Issues de l'enquête de l'Insee de 2012, ces données ont été traitées et mises en avant par Yaouancq et Duée (2014a).

Figure 2 : Répartition des SDF en fonction des types d'hébergement en 2012



Les sans-abri représentent 10% de la population SDF selon l'enquête de l'Insee en 2012. Rappelons que cette frange de la population SDF rassemble les sans-abri qui ont fréquenté un service d'aide tel qu'un lieu de distribution de repas, ceux ne sollicitant aucun dispositif n'ont pas été comptabilisés. De Peretti (2008) relève que dans la première enquête de l'Insee en 2001, environ la moitié des sans-abri dort dans des lieux publics (parc, gare, rue, etc.) quand l'autre se réfugie dans des lieux privés telles que les cages d'escalier, les caves, etc. En 2012, Yaouancq et Duée (2014a) relèvent que les hommes sont plus fréquemment sans abri (15% des SDF

hommes contre 2% pour les femmes), à l'instar des personnes vivant seules (13%) ou encore des personnes nées à l'étranger (11% contre 8%). On retrouve cette population davantage dans les grandes agglomérations. On constate alors que les sans-abri sont majoritairement implantés dans l'agglomération parisienne (14%), ou les agglomérations de plus de 200 000 habitants (8%) quand ils ne représentent que 3% de la population SDF dans les agglomérations de moins de 200 000 habitants.

Les centres d'hébergement d'urgence sont des structures collectives dans lesquelles l'utilisateur est mis à la porte chaque matin sans jamais être certain de pouvoir y retrouver une place le soir venu. En 2012, ces structures accueillent 12% de la population SDF. Dans ces structures d'urgence, les hommes sont surreprésentés (17% contre 4% de femmes) à l'inverse de la population qui a des enfants (4%), que ces personnes soient seules ou en couple. Le pays de naissance de la personne et la taille de l'agglomération n'ont pas d'impact sur la fréquentation de ce type d'hébergement.

Les Centres d'hébergement collectif ouverts également durant la journée s'apparentent généralement aux structures dites d'insertion. Ces centres permettent à leurs usagers de bénéficier d'un lieu où se poser, où laisser leurs affaires, et d'un accompagnement dans la durée. Une faible contribution financière ou par le travail est généralement demandée en retour à la personne accueillie. En 2012, ce dispositif prend en charge la plus forte proportion de SDF (33%). Le genre de la personne SDF ne différencie pas ce type d'hébergement. Si on note que les SDF nés en France sont les plus nombreux (37% contre 29%), on constate que cette statistique n'est valable que pour les étrangers qui ne sont pas francophones, ces derniers ne représentant que 23% de la population SDF accueillie dans ce type de structure. Les SDF pris en charge sont prioritairement ceux vivant seuls et sans enfants. Ils sont davantage présents dans les petites agglomérations de moins de 200 000 habitants (38% de la population contre 29% pour la région parisienne).

L'hébergement à l'hôtel offre un certain confort à la personne. De Peretti (2008) relève que la partie financière livrée par cette population est la plus conséquente. Elle s'élève en moyenne à 145 euros par mois. Ce type d'hébergement concerne 16 % de la population SDF. En 2012, Yaouancq et Duée (2014a) constatent que cette solution d'hébergement est très largement consacrée aux personnes SDF nées à l'étranger (25% contre 5%), aux femmes (24% contre 12%) et aux personnes en couple avec enfants (45%). Ces places d'hébergement sont avant tout situées dans l'agglomération parisienne.

Les places d'hébergement en logement aidé ou financé par une association sont des studios ou des appartements pouvant être situés à l'intérieur même de la structure ou à l'extérieur, non loin de leur structure de rattachement dont ils dépendent. En comparaison avec les autres types d'hébergement du dispositif, ces structures proposent un accueil sans égal et permettent aux usagers de mener un mode de vie proche de la population générale. De Peretti (2008) met en avant une contrepartie financière moyenne de 110 euros pour la personne SDF. Ce type d'hébergement concerne, en 2012 (Yaouancq et Duée, 2014a), 29% de la population SDF. Ces places sont davantage occupées par les SDF nés en France (38% contre 23%), par les femmes (39% contre 23% pour les hommes). La situation familiale la plus faiblement représentée dans ce type de structure est le fait de vivre seul et sans enfants (21%) quand le fait d'être en couple ou d'avoir des enfants fait monter la proportion entre 40% et 48% selon les cas de figure. Ce type de structure est très peu implanté dans l'agglomération parisienne. Il ne représente que 15% de l'offre proposée à Paris quand il en compose entre 38% et 41% dans les autres agglomérations.

#### 2.1.3.4.2. L'analyse des types d'hébergement des SDF

Au vu de la répartition de la population SDF dans les structures d'hébergement du dispositif de veille sociale, on observe donc que 30% des SDF bénéficient d'un logement via une association et qu'un autre tiers est accueilli dans des structures collectives restant ouvertes durant la journée. Ainsi, il apparaît que 2/3 de la population SDF disposent d'une certaine stabilité dans l'hébergement. La situation des autres SDF est beaucoup plus précaire. Un petit quart des SDF (22%) sont sans abri ou usagers de structures d'hébergement d'urgence et sont alors contraints de vivre dans la rue si ce n'est la nuit, au moins durant la journée. Si les 16% restants sont hébergés à l'hôtel, le confort dont ils bénéficient est contrebalancé par le manque de stabilité, de suivi et de cadre propres à ce type de dispositif.

C'est dans l'agglomération parisienne que les conditions de vie SDF sont les plus dégradées comme en témoigne la plus forte proportion de personnes sans abri. C'est au sein de la capitale que les structures d'accueil mises à disposition des SDF sont les plus précaires. Le faible déploiement de logements aidés est à considérer par rapport aux prix de l'immobilier parisien. On constate aussi que le nombre de places d'hôtel est nettement plus conséquent, ces dernières étant plus faciles à mobiliser par le dispositif de veille sociale. Ceci explique

également la plus forte proportion de personnes nées à l'étranger bénéficiant des places d'hébergement à l'hôtel, ces derniers se concentrant fortement dans l'agglomération parisienne à l'inverse de la population SDF née en France.

Il apparaît que les conditions d'accueil des femmes ou des personnes accompagnées d'enfants sont les meilleures. En effet, l'hébergement des populations jugées les plus vulnérables est bien la priorité de l'action sociale en vigueur en France. Cependant, ces résultats sont à nuancer au regard du pays de naissance des populations concernées. En effet, l'analyse de ces chiffres met en avant une très grande disparité dans l'hébergement en fonction de l'origine de la famille. Lorsque 84% des familles d'origines françaises sont accueillies dans des logements financés par une association, seulement 29% des familles d'origine étrangère le sont. Ces écarts se réduisent dans les petites agglomérations de 20 000 à 200 000 habitants et se creusent dans les grandes agglomérations de plus de 200 000 habitants.

## **2.2. L'avancée dans l'exclusion**

### **2.2.1. Les modèles anglo-saxons**

#### **2.2.1.1. Pour introduire**

Les sociologues et plus généralement les chercheurs anglophones s'intéressant à la population SDF ont employé les métaphores de « *pathway* » (traduction française : « chemin » ou « sentier ») ou encore de « *career* » (traduction française : « carrière ») pour se référer à l'itinérance, terme employé dans les pays anglophones pour désigner le phénomène SDF, le sans-abrisme. La mise en avant de différents *pathways*, ou de différentes *careers*, rend compte du parcours des SDF et leur évolution le long de leur itinérance et même avant que celle-ci ne débute effectivement. Ces métaphores permettent donc de penser l'itinérance, la vie SDF, comme un processus par lequel des changements sont possibles. Si ces deux termes ont été développés pour penser l'itinérance comme un processus, certains auteurs (Chamberlain et Johnson, 2011 ; Clapham, 2003) préfèrent l'analogie des *pathways*, à celle des *careers*, tant cette première offre une sortie possible de l'itinérance en empruntant telle ou telle trajectoire, tel ou tel chemin.

### **2.2.1.2. Le modèle des *careers***

#### 2.2.1.2.1. L'intérêt de ce modèle

L'analogie des carrières permet de déterminer des étapes dans le processus SDF (Chamberlain et Mackenzie, 2006 ; Hutson et Liddiard, 1994 ; Mackenzie et Chamberlain, 2003). Considérer l'itinérance de cette façon permet d'apprécier les évolutions de l'individu au sein de sa carrière, d'identifier comment sortir de cette situation autant que la manière de s'y enfoncer (Chamberlain et Johnson, 2011 ; Chamberlain et Mackenzie, 2006). Cela permet également de cerner les étapes et les facteurs qui influencent le mouvement et les trajectoires de l'individu au sein de sa carrière. Ce terme implique l'idée d'une destination, d'un processus de devenir, celui de devenir expert dans cette carrière. Ce processus se compose de différentes étapes qui aboutissent en dernier lieu à ce qu'on pourrait représenter comme l'itinérance chronique dans laquelle la personne, après une longue période, va finir par s'adapter à sa condition de vie SDF. Identifier différentes étapes offre la possibilité de développer des points d'interventions spécifiques à effectuer aux différentes phases de la carrière SDF. Ce modèle permet donc la mise en place de mesures préventives par des actions précoces autant que des interventions de soutien sur du plus long terme.

#### 2.2.1.2.2. Les trois types de carrières de Chamberlain et Mackenzie

Dans leur étude sur les SDF d'Australie, Chamberlain et Mackenzie (2006) ont recueilli leurs données via différentes sources. Ces auteurs ont effectué en 2001 le deuxième recensement national de l'institut pour les SDF scolarisés (Chamberlain et Mackenzie, 2002). En plus de comptabiliser le nombre d'étudiants SDF, ils ont pu recueillir par les professionnels de cette structure 1 200 dossiers informant sur le parcours de vie de cette population (âge, situation familiale, etc.). A cette première population SDF, s'ajoutent 1 500 cas de personnes prises en charge par différents dispositifs d'aide au logement.

L'étude de cette cohorte de sujets a permis de mettre en avant trois types de carrières SDF. Dans chacune de ces carrières, Chamberlain et Mackenzie (2006) identifient les différentes phases menant l'individu d'avant sa mise à la rue jusqu'à la chronicisation dans sa situation SDF. Parallèlement à ces phases, ces auteurs ont mis en avant les transitions



biographiques accompagnant le passage d'une phase à une autre. Il est à noter que chaque individu se déplace à différentes vitesses le long de ces carrières.

#### 2.2.1.2.2.1. La carrière des jeunes SDF

Figure 3 : La carrière des jeunes SDF (Chamberlain et Mackenzie, 2006, p. 201)

<b>Phases de la carrière SDF</b>	Élève à risque	En dedans et en dehors de la maison (aller-retour)	SDF scolarisé	SDF sans emploi	SDF chronique
<b>Transitions biographiques</b>	Pause de principe	Rupture permanente	Décrochage scolaire	Passage à la chronicité	

Dans cette description de la « carrière des jeunes SDF », l'avancée dans l'itinérance se fait progressivement, au fur et à mesure d'une succession de ruptures (famille, emploi, logement) et de pertes de stabilité, jusqu'à une chronicisation dans la situation SDF. Chamberlain et Mackenzie (2006) identifient 5 phases dans la carrière des jeunes SDF. Chaque passage d'une phase à une autre est couplé d'une transition biographique. Dans les deux premières phases, la personne possède encore un domicile. Ses conditions de logement se dégradent et se précarisent au fur et à mesure de l'avancement dans cette carrière. C'est à partir de la phase 3 que la personne entre dans une situation SDF, cette phase étant marquée par la perte avérée du logement. Cette avancée dans la carrière est marquée par quatre transitions. A une première rupture provisoire s'en suivent une deuxième permanente, puis un décrochage scolaire et enfin une chronicisation de la situation. Si la description de cette carrière à un caractère général, comprenons que la part individuelle à toute son importance, notamment dans la vitesse à laquelle l'individu évoluera dans la carrière.

La phase « étudiant à risque » est la première de cette carrière. Ce sont les conseillers scolaires qui, après avoir recueilli certaines informations sur la vie de famille et la vie scolaire de l'individu, vont juger à risque une personne de devenir SDF. Ce terme « élève à risque » fait alors référence aux élèves qui ont de mauvais résultats scolaires et qui connaissent des

détériorations familiales. La notion de « à risque » est issue d'un cadre qui repose sur un modèle du déficit personnel tendant à individualiser les problèmes sociaux (Wyn et White, 1998). Dwyer et Wyn (2001) critiquent l'utilisation de cette étiquette « à risque » qui réduit au rang individuel un problème qui est complexe et multifactoriel. Dans la description de leur carrière jeune SDF, Chamberlain et Mackenzie (2006) réfutent le caractère stigmatisant de cette conception de la personne « à risque ». Ces auteurs comprennent cette notion du côté de la résilience, en mettant en avant des facteurs à la fois individuels et structurels, et finalement à la façon dont ces individus vont pouvoir faire face et agir sur leurs difficultés. La première expérience biographique majeure de cette population est de quitter provisoirement le foyer. Ce départ du domicile familial ne permet pas de résoudre les problèmes et marque l'entrée dans la deuxième phase. Ces jeunes, face à leurs difficultés, sont alors entraînés dans une spirale où ils vont dans un premier temps quitter leur foyer et y retourner épisodiquement, avant de rompre, dans un second temps, de façon permanente. Cette rupture permanente fait généralement suite à un événement important, au moins symboliquement, tel qu'une ultime dispute. Elle est une transition biographique qui marque l'entrée dans la situation SDF. Celle-ci finit par causer des difficultés scolaires qui aboutissent à un décrochage. N'ayant plus la stabilité offerte par le logement et le travail, ces jeunes qui sortent du circuit de l'école pour entrer dans celui du monde SDF vont intégrer par la même occasion une forme de culture SDF. Cette culture SDF n'est pas celle des valeurs partagées, mais bien celle des comportements, des routines et des orientations qui sont adoptés pour répondre au mieux à la situation SDF et à la condition de vie qu'elle entraîne (Snow et Anderson, 1993). L'immersion dans cette culture SDF est la transition qui indique l'acceptation de ce mode de vie. La chronicité de la situation SDF apparaît progressivement suite à une longue période d'itinérance où la personne va pleinement accepter sa condition SDF comme son mode de vie.

2.2.1.2.2.2. *La carrière sous-tendue par une crise financière*

Figure 4 : La carrière sous-tendue par une crise financière (Chamberlain et Mackenzie, 2006, p. 203)

<b>Phases de la carrière SDF</b>		Personne à risque	Problèmes sur du long terme	SDF chronique
<b>Transitions biographiques</b>	Accumulation de dettes	Perte du logement	Passage à la chronicité	

Pour de nombreuses personnes adultes et autrefois insérées, les difficultés financières telles que les nombreuses dettes ou le chômage sous-tendent la situation SDF. La pauvreté apparaît alors comme la principale source d'avancée dans cette carrière. Chamberlain et Mackenzie (2006) identifient trois transitions biographiques dans cette typologie de la carrière sous-tendue par une crise financière. Ces auteurs relèvent en premier lieu une accumulation progressive de dettes qui signale l'entrée du ménage comme à risque d'une possible expulsion. Suite à un licenciement ou une situation de chômage de longue durée, le ménage n'est plus en mesure de surmonter une crise financière inattendue ou encore une accumulation de dettes. La perte de logement apparaît comme l'événement marquant une rupture brutale. Si dans les premiers temps succédant la mise à la rue, ces individus s'accrochent à l'idée que leur situation est temporaire, les difficultés s'aggravent rapidement et de nouveaux problèmes, notamment pratiques, apparaissent dans la gestion de leur situation SDF. N'étant pas en mesure de s'extraire de leur situation, de retrouver un logement et un emploi, une transition s'opère vers la chronicisation. Ils vont alors s'adapter du mieux possible aux circonstances, jusqu'à faire de l'itinérance leur mode de vie.

### 2.2.1.2.2.3. La carrière sous-tendue par l'éclatement de la famille

Figure 5 : La carrière sous-tendue par l'éclatement de la famille (Chamberlain et Mackenzie, 2006, p. 205)

<b>Phases de la carrière</b>	Personne à risque (violence conjugale)	Quitte le domicile ponctuellement	Quitte le domicile de façon permanente	SDF chronique
<b>Transitions biographiques</b>	1ère tentative de séparation	Séparation permanente	Transition vers la chronicisation	

Cette troisième typologie de la carrière SDF s'axe sur une situation SDF sous-tendue par un éclatement de la famille, souvent en raison de violences domestiques. C'est généralement après un premier temps de rupture partielle que la rupture se confirme, entraînant un départ durable du domicile jusqu'à une chronicisation dans la situation SDF. La première phase identifiée par Chamberlain et Mackenzie (2006) correspond à une situation à risque d'itinérance dans laquelle un climat de conflits conjugaux, familiaux, commence à générer de la violence. Cachant dans les premiers temps cette violence et refusant de demander de l'aide à l'extérieur, la personne choisit la fuite. Tout comme dans la « carrière jeune SDF », à un premier temps de séparation ponctuelle et cyclique succède une rupture permanente qui marque la mise à la rue de la personne. De la planification plus ou moins organisée et assurée de la séparation permanente dépend généralement la chronicisation de la personne dans sa situation SDF. Quand certaines personnes, ayant maintenu leur emploi et mis des économies de côté, retrouveront un logement, d'autres ne disposant pas de ces ressources transiteront vers la chronicisation SDF.

### 2.2.1.2.3. Le cadre d'intervention découlant du modèle des *careers*

Ces typologies en termes de carrières mises en avant par Chamberlain et Mackenzie (2006) permettent de fournir un dispositif heuristique en mesure de capter les points d'interventions possibles sur le continuum des différentes carrières.

Pour la carrière « jeune SDF », il peut s'agir d'interventions précoces auprès des individus « à risque » en vue de limiter les conflits familiaux, de favoriser un dialogue visant la réconciliation du jeune avec ses parents avant que la rupture épisodique ne devienne permanente, ou encore de maintenir l'étudiant dans l'institution scolaire afin de l'accompagner vers une vie autonome.

Pour les individus à risque de devenir SDF pour des raisons financières, l'intervention précoce revient à leur fournir une assistance de sorte qu'ils gardent leur logement. En effet, il est plus facile et moins coûteux de fournir une aide financière à des personnes à risque de perdre leur logement tant l'ensemble des difficultés s'aggrave une fois le logement perdu. La brutalité de la rupture due à la perte du logement nécessite des interventions d'urgence et un soutien actif qui permettent de solliciter différents organismes susceptibles de leur fournir une aide financière, des conseils ou encore un logement dans le parc public.

L'intervention précoce auprès des personnes inscrites dans la carrière sous-tendue par l'éclatement familial est délicate. Aucune institution n'est véritablement en mesure d'identifier ces situations à risque tant les violences domestiques ont tendance à être cachées et mises sous silence jusqu'au jour où la personne quitte le domicile. Il s'agit alors de soutenir toute organisation en mesure de repérer ces violences domestiques, comme la police, un médecin généraliste ou encore un hôpital, afin de proposer une aide. Ces mesures d'aide favorisent une prise en charge conjugale afin de travailler directement sur le conflit, ou encore à mettre à l'abri la personne victime dans un autre logement lorsque la séparation s'avère nécessaire. En amont, et de façon préventive, il est important de développer des campagnes de sensibilisation visant à rendre inacceptables les violences domestiques et d'encourager les victimes à solliciter une aide.

Ces interventions précoces sur ces trois types de carrières sont d'autant plus nécessaires que la chronicité de la situation SDF complexifie grandement les difficultés de la personne et sa prise en charge. L'installation dans la situation SDF s'accompagne de conduites d'alcoolisation et de toxicomanie massives, de troubles psychiques, d'une extrême pauvreté, d'une marginalisation accentuée et d'une adaptation à ce mode de vie qui nécessitent alors un soutien et une prise en charge à la fois longue et intensive. Dès lors, la sortie de rue ne peut se faire qu'au prix d'un travail politique intersectoriel (social, sanitaire, logement) et du déploiement de nombreux moyens tant financiers qu'humains.

### 2.2.1.3. Le modèle des *pathways*

#### 2.2.1.3.1. L'intérêt du modèle

L'analogie du « chemin » SDF, à l'instar de celle de carrière, permet de penser l'itinérance comme un processus. Étudiée en premier lieu par Fitzpatrick (2000) et ensuite par d'autres auteurs (Anderson et Tulloch, 2000 ; Chamberlain et Johnson (2011) ; Chamberlain et MacKenzie (2006) ; Clapham, 2003 ; Crane, 1999 ; Fitzpatrick, 2000), cette approche des chemins SDF offre une critique du caractère statique de la situation SDF développée dans un certain nombre de recherches. En effet, l'analogie du chemin SDF met en avant que l'expérience de la rue, de la vie SDF, présente un caractère dynamique. L'étude de Fitzpatrick (2000) portant sur les jeunes SDF pose un cadre holistique en plaçant l'historique du logement des jeunes par rapport à la transition entre le milieu scolaire et celui de l'emploi, et en s'intéressant aux relations familiales des jeunes par rapport au fait de quitter le domicile parental. En réalisant des entretiens biographiques à deux moments (« t » et « t+1an »), Fitzpatrick (1997) a dégagé six types de chemins SDF. Anderson et Tulloch (2000) vont plus loin dans cette démarche en décrivant l'itinérance des SDF, l'expérience même de la vie SDF, tout comme la possibilité de sortir de cette situation. Ils ont identifié 22 chemins SDF en fonction de la période de vie à laquelle la personne entre dans l'itinérance (enfant, adulte, personne âgée, etc.). Sont inclus dans ces chemins SDF, les facteurs qui ont déclenché la situation SDF, les modes d'hébergement de la personne SDF, ainsi que ses interactions avec les interventions des politiques d'aide aux SDF.

Certains auteurs (Chamberlain et Johnson, 2011 ; Chamberlain et MacKenzie, 2006 ; Clapham, 2003) considèrent que cette approche des chemins SDF a ceci de plus, de porter un regard sur les évolutions tant de la situation matérielle et sociale de la personne SDF que sur son identité biographique. Elle permet aussi d'axer une réflexion sur les chemins qui mènent à la situation SDF, qui la renforcent autant que sur ceux qui peuvent favoriser une sortie de cette situation SDF. Cette approche met donc en avant la grande diversité des situations SDF et leur caractère dynamique, la personne SDF se déplaçant à la fois en dedans et en dehors de l'itinérance (Clapham, 2003). Si ces études font part d'une description à la fois individuelle et structurelle de l'itinérance, l'analyse complexe des liens entre ces deux versants reste en suspens.

### 2.2.1.3.2. Les chemins de Chamberlain et Johnson

Chamberlain et Johnson (2011) ont mené leur recherche à Melbourne en Australie et ont examiné les parcours de vie de 4291 personnes SDF par une étude de leur dossier. A cette analyse s'ajoutent 65 entretiens permettant d'illustrer les résultats. Leur cohorte de sujets est composée de 70% d'hommes, de 82% de célibataires et de 97% de chômeurs. Près de la moitié (48%) est âgée de 21 à 34 ans. La définition SDF retenue dans cette étude est celle de « l'itinérance culturelle » du bureau Australien des Statistiques. Cette définition inclut les personnes qui dorment dehors dans la rue, celles qui sont dans un centre d'hébergement d'urgence ou de plus longue durée et enfin celles qui sont hébergées de façon temporaire chez des amis. S'appuyant sur un large corpus de recherche (entre autres : Auerswald et Eyre, 2002 ; Chamberlain et Mackenzie, 2006), ces auteurs ont identifié et étudié cinq « chemins » typiques de l'itinérance. Bien que regroupant l'ensemble de la population SDF, ces cinq chemins ne sont pas équivalents en proportion. De plus, si chaque chemin se distingue des autres, certains se rapprochent et présentent des caractéristiques communes.

Le premier chemin identifié par Chamberlain et Johnson (2011) est dénommé « crise du logement ». Il regroupe 19% de la population SDF de leur échantillon. Les individus sur ce « chemin » ont connu une crise financière qui les a précipités dans leur situation SDF. Ces événements peuvent être reliés au chômage ou tout simplement à une impossibilité de payer le loyer. Quoi qu'il en soit, leur situation SDF découle de leur mauvaise situation financière. Le deuxième « chemin » est celui de « l'éclatement familial » et concerne 11% de leur population SDF. Il regroupe les personnes qui se sont retrouvées SDF à la suite d'une séparation conjugale, familiale, ou encore à la suite d'un départ contraint par des violences familiales, ces dernières concernant davantage les femmes et les enfants. Dans ces deux chemins, la « crise du logement » et « l'éclatement familial », la perte du logement signant la mise à la rue prend valeur de traumatisme. Véritable choc, ces individus sont confrontés à leur situation SDF, à celles des autres, et aux nombreuses représentations qui s'y associent. Ils ont une image stigmatisée de la population SDF, celle partagée au sein de la société, et refusent d'endosser cette étiquette. Même s'ils fréquentent les autres SDF dans les centres d'hébergement, ils ne veulent pas tisser des liens d'amitié avec eux. Ils tentent généralement de maintenir une apparence correcte et mettent en place de nombreuses stratégies leur permettant de se différencier des autres SDF.

Le troisième « chemin » est dénommé « abus de substance ». Il concerne 17% de la population de recherche menée par Chamberlain et Johnson (2011). Ici, la drogue se pose comme la problématique centrale tant elle va impacter les différents aspects de la vie de la personne. C'est cette toxicomanie qui va être responsable de nombreuses difficultés d'ordre financier, mais aussi relationnel et professionnel. Cet usage de drogue et tout ce que cela implique en termes d'effets, de recherche de produit, de coût ou encore de fréquentations, sont mis au premier plan dans l'impossibilité de ces personnes à garder leur emploi et leur logement. Le quatrième chemin est le plus important en termes de proportion puisqu'il rassemble 35% de la population SDF. Il est composé d'individus se retrouvant SDF à l'âge adulte lorsqu'ils ne sont plus pris en charge par le dispositif de l'aide sociale à l'enfance. Ils ont généralement vécu des expériences traumatisantes de maltraitances, de ruptures et de carences affectives dans leur enfance. Concernant le chemin SDF des individus qui consomment des substances psychoactives et celui de ceux qui sont devenus SDF à la fin de leur prise en charge par le dispositif d'aide sociale à l'enfance, on remarque que, contrairement aux autres chemins, ils vont davantage tisser des liens de différentes natures avec les autres SDF, de sorte qu'on pourrait parler de « sous-culture » (Chamberlain et Johnson, 2011). Les SDF sur le chemin de la toxicomanie sont souvent bien renseignés sur les dispositifs et apprennent rapidement à les utiliser au mieux. En effet, ils savent que beaucoup de médicaments et de drogues circulent au sein des différentes structures d'accueil. Ces personnes fréquentent souvent les squats afin de trouver un cadre plus propice pour se droguer. Notons que les personnes chronicisées depuis longtemps dans leur situation SDF sont une forte proportion à être toxicomane. Les personnes SDF anciennement prises en charge par l'aide sociale à l'enfance adoptent vite un sentiment d'appartenance au groupe SDF. Elles, qui n'ont jamais eu de liens sécurisés ni de véritable reconnaissance, vont trouver dans cette population SDF un sentiment de camaraderie et de partage d'expériences avec d'autres individus présentant des problématiques communes.

Le cinquième chemin compose 16% de la population SDF et fait référence aux individus présentant des problèmes de santé mentale. Les individus de ce groupe entrent en général assez tôt, avant 25 ans, dans ce chemin SDF. En effet, la source des différents types de soutien, que ce soit social, affectif ou encore financier, des personnes souffrant de maladie mentale provient généralement des parents. Et ce sont eux qui permettent bien souvent que la personne malade mentale se maintienne dans un logement (Hawkins et Abrams, 2007). La fin de la prise en charge parentale précipite généralement la mise à la rue de ces personnes. Elle peut prendre fin lorsque les parents n'y parviennent plus ou encore suite à leur décès. Dans ce dernier cas de



figure, la mise à la rue est plus tardive, la personne devenant SDF vers l'âge de 30-40 ans. Les personnes SDF présentant une maladie mentale connaissent souvent une itinérance sur du long terme, d'autant plus que leurs troubles psychiques apparaissent comme des facteurs qui aggravent leur situation. S'ils font partie intégrante de la population SDF et la fréquentent quotidiennement, ces individus sont souvent maltraités et agressés dans ce milieu qui leur est particulièrement hostile.

Ces chemins SDF identifiés dans l'étude de Chamberlain et Johnson (2011) apportent des outils permettant de penser ces situations et leurs évolutions possibles. Notons d'emblée que ces chemins ne sont pas à comprendre comme des modèles de causalité explicatifs de la mise à la rue de la personne. Bien qu'engagés dans ces chemins, les SDF n'en sont pas pour autant enfermés dedans, ils gardent leurs possibilités de choix et d'initiatives. La distinction de ces différents chemins permet quant à elle d'intégrer des facteurs culturels et structurels qui vont encadrer et délimiter les possibilités de chaque individu. En effet, en fonction des chemins empruntés par les SDF, nous pouvons noter à titre d'exemple que leurs rapports au groupe SDF seront différents, tout comme les stratégies mises en œuvre par ces personnes. Ces chemins permettent également de rendre compte, si ce n'est que partiellement, du processus d'itinérance, d'avant même la perte de logement de l'individu jusqu'à sa chronicisation SDF ou sa réinsertion.

#### 2.2.1.3.3. Le cadre d'intervention découlant du modèle des *pathways*

Clapham (2002) dans un souci de faciliter le lien entre les approches structurelles et individuelles de l'itinérance, précise le concept de « chemin » en y ajoutant le terme de « logement ». Dans cette approche des « chemins de logement », l'aspect fondamental est le constructivisme social basé sur le fait que la vie sociale repose sur les interactions des individus entre eux et avec leur environnement. La situation SDF est alors considérée comme un épisode dans le « chemin de logement » de la personne. Ce cadre permet de mettre en lumière les facteurs qui mènent à la situation SDF et l'influence des expériences vécues. Pour se faire, Clapham (2002 et 2003) suggère d'analyser les biographies des individus avec les interventions des politiques publiques. Le premier intérêt est de saisir le lien, pouvant être conflictuel, entre l'individuel et le structurel. C'est alors un trop grand décalage, une trop grande différence, entre le discours individuel et celui de la famille ou encore de la société, qui va pouvoir être source

de conflits. Un second intérêt est à saisir au niveau du traitement de la politique publique. King (1996) soutient que la politique publique peut être vue à deux niveaux, celui de l'action publique qui peut faire évoluer les comportements et celui du discours politique qui peut influencer la pensée générale. Ainsi, selon l'institution, la corporation, etc., la politique d'action envers les SDF diffère, de sorte que chaque type de service proposé aux SDF aura un discours particulier qui influencera le type de réaction de la personne SDF. Ce cadre que propose l'approche des « chemins de logement » qui comprend l'itinérance dans ses dimensions holistiques et dynamiques permet alors de considérer la part individuelle et structurelle dans son ensemble et de ne pas renforcer cette dichotomie.

De manière générale, l'approche de l'itinérance en termes de chemins permet de mettre en place une évaluation des politiques d'aide aux SDF, afin de déterminer la manière dont les chemins SDF peuvent être modifiés (Clapham, 2003). L'attention est portée sur le caractère holistique des difficultés rencontrées par les SDF, par les dispositifs et sur l'importance de penser la prise en charge et son efficacité sur du long terme. Chaque chemin est composé d'intersections qui permettent à la personne de prendre une nouvelle direction. Comprendre alors qu'avoir connaissance de ces intersections, de ces points clés, permet de cibler certaines problématiques, de mettre en place des dispositifs particuliers pour porter et soutenir la personne autant que pour déployer des actions préventives.

## **2.2.2. Les modèles français**

### **2.2.2.1. Le modèle de la désocialisation de Vexliard**

#### **2.2.2.1.1. Un modèle psychosociale précurseur**

Vexliard (1950, 1956, 1957) a été l'un des premiers chercheurs français en science sociale à s'intéresser à la population SDF, appelée à son époque les clochards. Il a tenté d'expliquer comment ces personnes en arrivent à cette situation et de rendre compte de ce qu'il nomme le processus de désocialisation. Les aspects sociologiques de ce phénomène sont examinés tout en y intégrant les aspects individuels relatifs à la psychologie de ces individus, à leur personnalité et à leur parcours de vie. Vexliard a mené ses recherches auprès de cette population dans différentes villes de France entre 1948 et 1953. Suivant différents petits groupes de clochards dans le temps, il a réalisé de nombreuses observations et mené des

entretiens lui permettant l'étude approfondie de 61 cas de personnes SDF. Son travail de recherche lui a permis de proposer d'une part, une typologie des SDF, et d'autre part, une description de ce qu'il nomme le processus de désocialisation.

Si Vexliard (1957) insiste sur l'hétérogénéité de la population SDF et le fait que cette dernière ne peut pas être caractérisée par un symptôme, un signe ou encore une caractéristique qui lui serait propre, il propose une typologie permettant d'avoir une vue d'ensemble de ce qui a mené ces individus à leur situation SDF. Cette typologie n'est pas à considérer comme une catégorisation qui enferme ou fige la personne, mais bien comme une tentative de distinguer différents éléments explicatifs de la situation SDF en fonction de leur prédominance chez ces individus. Bien que cette population soit hétérogène, présente des spécificités individuelles et des parcours atypiques, poussé par une ambition scientifique, Vexliard (1957) tente de faire émerger par la comparaison une « personnalité du clochard » qui rend compte d'un ensemble de traits, d'attributs et de valeurs qui sous-tendent certains comportements. Cette « personnalité du clochard » est la résultante d'interactions entre un parcours et individuel et une désocialisation.

#### 2.2.2.1.2. La mise en avant d'une typologie SDF

De ses recherches auprès des SDF (dénommés « clochards » à son époque), Vexliard (1957) met en avant une typologie de cette population.

Un premier type rassemble les individus dont les biographies sont prédominées par des pressions sociales. Des facteurs extérieurs, sociaux, sont alors davantage explicatifs de la situation SDF à l'inverse de caractéristiques individuelles qui se retrouvent en arrière-plan. Vexliard (1957) note que cette première catégorie rassemble la plus grande proportion de SDF. Ces individus ont alors eu une existence « normale » pendant longtemps et ont été amenés à leur situation SDF par des événements extérieurs, ces personnes évoluant dans des contextes sociaux plutôt défavorisés, ou encore à risque. Différentes sous-catégories sont alors identifiées. Une première correspond aux individus dont la situation SDF est à relier à leur activité professionnelle défavorable, une autre est à relier à des difficultés financières ou à des pressions économiques, une encore correspond à ceux qui souffrent d'atteintes somatiques (personnes âgées, infirmes, malades), une autre est sous-tendue par une décision judiciaire ou encore

faisant suite à une sortie d'incarcération, et une dernière rassemble les personnes SDF qui le sont par choix ou bien par contrainte politique.

Un deuxième type rassemble les personnes dont la situation semble essentiellement expliquée par des aspects individuels par rapport à d'autres qui seraient d'ordre social. Ici, la personnalité de ces individus est un caractère prédominant. Excluant la maladie mentale avérée, ces personnes sont plus considérées comme « limites », à la limite de la vie normale, bien que marginale. La personnalité mise au premier plan, ces individus sont alors caractérisés par leur instabilité ou leur paresse. La névrose d'échec, la paranoïa ou encore l'alcoolisme a ruiné leur vie sociale. Ces dispositions psychiques ne sont pas déterminantes de leur situation SDF, mais sont des fragilités pouvant les faire basculer à tout moment du côté de la marge.

Le troisième type intègre les SDF malades mentaux, ceux qui fréquentent les hôpitaux psychiatriques. Cette catégorie est à mettre en perspective avec le contexte historique. L'inutilité sociale de ces malades mentaux les a souvent mis à l'écart de la société et de nos préoccupations, de sorte qu'ils ont été contraints à l'errance. Ils ne fréquentent les asiles que quand ils s'avèrent dangereux pour l'ordre public. Vexliard (1957) note qu'il s'agit, à son époque, davantage de personnes schizophrènes ou encore de personnes présentant une déficience intellectuelle souvent associée à des problématiques d'alcoolisme.

#### 2.2.2.1.3. La description du processus de désocialisation

Vexliard (1950, 1957), en précurseur, a tenté d'expliquer la clochardisation en décrivant le « processus de désocialisation ». Il identifie quatre phases dans ce processus :

La phase « agressive » est la première phase du processus de désocialisation. Elle survient suite à la mise à la rue, véritable choc face auquel l'individu cherche un rapide rétablissement afin de retourner à une vie normale. Il s'agit alors d'une période d'activité dans laquelle l'individu va tenter de réagir face à la brutalité de cet événement vécu. Bien que sa situation se dégrade grandement, l'individu se sent encore proche de son ancienne vie et se révolte face à sa situation. Ce monde de la rue n'est pas le sien, il repousse la population SDF et ne se reconnaît ni dans la condition de vie que ça implique ni dans les dispositifs qui sont mis à sa disposition.

La phase « régressive » qui suit est celle de l'habituement de l'individu SDF. A force de temps passé à éprouver sa situation, à répéter les échecs, sa vision du monde change et le pessimisme et la perte de confiance dominant. Se sentant responsable de sa situation et de son impossibilité de rebondir, l'individu se déprécie et l'explique par son incapacité et par la fatalité. Cette période se caractérise par un repli de l'individu qui perd peu à peu ses biens et ses relations avec son ancien entourage. A ce cloisonnement social et ces multiples frustrations se couplent une progressive familiarisation avec son environnement et une accoutumance à sa nouvelle condition de vie SDF.

S'en suit la phase de « fixation » où le sujet s'ancre dans sa situation SDF, et tout ce qui la compose, sans rechercher d'alternatives. Cette dynamique est celle d'une résolution de conflit passant par la rupture effective de la personne avec sa vie passée et la socialisation avec les autres SDF. Fixée dans l'espace public, la personne adopte de nouveaux codes et un langage particulier. Elle commence à boire massivement de l'alcool et à mendier. La personne apprend à recevoir sans donner en échange, à supporter la restriction de l'ensemble de ses besoins. Si sa situation SDF n'est pas encore acceptée, sa situation et son univers antérieurs appartiennent bien à un passé qu'elle ne parvient plus à retrouver.

La phase de « résignation » est celle de l'abandon et de l'adaptation à la vie à la rue. Le conflit entre l'ancienne vie de la personne et sa situation SDF disparaît. Résigné à sa condition SDF, le sujet va jusqu'à rationaliser son existence en tentant de rendre cohérent son discours avec sa condition de vie. Il peut alors faire part de son contentement, de sa dignité et de sa fierté à refuser le travail. La personne SDF va vivre sa situation en développant et en revendiquant un sentiment d'indépendance et de liberté. L'exclusion imposée en premier lieu au sujet SDF va finir par être vécue comme un choix lui appartenant. Cette phase de résignation est l'ultime phase de la désocialisation. La personne alors qualifiée de clochard est dans un renoncement social, un abandon qui lui permet de s'épargner l'effort d'adaptation à la vie sociale.

#### **2.2.2.2. Le modèle de la carrière SDF de Damon**

Damon et Firdion (1996) et Damon (1998 et 2002) proposent une approche de la désocialisation par l'analogie d'une carrière SDF. Ce terme, emprunté à la sociologie du travail et à l'anthropologie sociale, permet de décrire les comportements et les activités des individus

dans leur situation SDF. Ces derniers sont considérés en lien avec les différentes positions qu'ils occupent durant leur carrière SDF, avec le franchissement des étapes et les bifurcations qu'ils opèrent au cours du temps. Penser cette situation SDF comme une carrière permet également de considérer l'impact de l'expérience acquise et de rendre compte des changements de « statuts » de la personne SDF tout en considérant les multiples réseaux qui l'entourent. La carrière SDF est donc intimement liée au système de prise en charge de cette population. Cette carrière se déroule en trois phases. Notons que les frontières entre ces phases sont fragiles, le passage de l'une à l'autre étant à comprendre comme une avancée dans un processus d'adaptation à l'espace public.

La première phase est celle de la fragilisation. La personne entre dans cette vie SDF à la suite d'une multitude de ruptures (logement, emploi, relations affectives, etc.). Ultime rupture faisant suite à une progressive « disqualification sociale » (Paugam, 1991), cette mise à la rue prend valeur de choc traumatique pour la personne. Si elle est encore socialisée, elle n'en est pas moins vulnérable. Cachant dans les premiers moments sa nouvelle situation sociale, elle fait encore état d'un passé proche et maintient ses projets d'avenir. Novice dans sa situation SDF, elle ne maîtrise ni son environnement ni les rouages des dispositifs pouvant lui venir en aide. La personne SDF va adopter des comportements qui lui sont honteux tels que l'exposition de sa misère, de son dénuement et la nécessaire sollicitation des différents réseaux d'assistance. Par crainte ou méfiance, la personne nouvellement SDF reste isolée et ne cherche ni à tisser des liens avec les autres SDF ni même à les rencontrer.

S'en suit la phase de routinisation. La personne, à force de temps passé dans sa situation SDF, va être contrainte de mettre en avant ses difficultés de façon régulière afin de bénéficier au mieux des aides qui peuvent lui être proposées par le dispositif d'aide sociale. La dureté de la vie dans la rue se fait sentir tant par la vision dégradée de son corps et de son apparence que par un mauvais état de santé générale. Dans cette phase, une majeure partie de la vie de la personne SDF tourne autour des différents dispositifs d'assistance marquant une véritable adaptation aux systèmes de prise en charge. Les différentes activités de survie vont organiser le quotidien. Ces comportements, devenus habituels et routiniers, vont progressivement être un obstacle à la mise en place d'une dynamique de réinsertion.

La dernière phase de cette carrière SDF est la sédentarisation. Elle correspond à l'adaptation de la personne à sa condition de vie SDF. La personne se sédentarise lentement dans un espace de plus en plus restreint, ses activités et ses comportements s'organisant en

fonction de ses seuls besoins. Le rapport au temps est bouleversé, seuls l'instant et l'immédiateté comptent, et ceci, au détriment des projets ou des souvenirs de sa vie passée. Cette phase est également celle de l'abandon, l'abandon de la vie et l'abandon de soi.

Dans une perspective proche de la carrière SDF développée par Damon, Pichon (1998) relève chez les individus SDF un apprentissage des techniques de survie, de sorte que la bricole, la débrouille, leur permet de surmonter les épreuves de la vie dans la rue. Et c'est à force de dépasser ces épreuves, de développer des compétences de survie que la personne progresse dans la carrière SDF. S'intégrant toujours un peu plus dans cet univers et au sein de ses pairs, la personne finit par assimiler les normes et les valeurs de la vie à la rue. Cependant, si ses compétences de survie se développent, elles s'accompagnent également d'une dégradation de soi pouvant aller jusqu'à sa disparition. Pichon (1995), dans sa description de la carrière de survie SDF, met en avant la progressive accumulation de comportements et de réseaux de survie nécessaires à la personne pour évoluer dans son nouvel environnement. L'adoption de ces réseaux et de ces comportements va être de véritables « prises identitaires » (Pichon, 1995, p. 118) lui permettant tant de surmonter sa situation que de s'en dégager, et qui marquera l'avancée de la personne dans cette carrière de survie SDF. La modification des comportements SDF est donc moins une résultante « normale » de la désocialisation, qu'une adoption de compétences de survie ayant un caractère adaptatif.

### **2.2.2.3. Le modèle de la clochardisation de Declerck**

#### **2.2.2.3.1. La description du modèle**

Declerck (2001) utilise le terme de clochardisation pour rendre compte du processus de désocialisation. Pour lui, cette clochardisation ne peut se réduire à une unique cause, elle est multifactorielle. Il considère la désocialisation comme l'ensemble des comportements et des aménagements psychiques qui permettent au sujet de se mettre à l'écart de tous les événements qui l'affectent dans le réel et ainsi de trouver un apaisement, voire une satisfaction, dans un aménagement du pire. La clochardisation serait donc la résultante de combinaisons entre des éléments sociaux, économiques et des mécanismes psychiques. Cependant, Declerck (2001) opère rapidement dans son travail un glissement conceptuel de la sociologie vers la psychanalyse pour rendre compte de la désocialisation. La désocialisation devient le syndrome,

la part psychopathologique de l'exclusion, et la clochardisation en est un des symptômes. Il décrit un tableau clinique de la désocialisation par des dysfonctionnements précoces, des nombreux traumatismes, l'alcoolisme ou encore la chosification du corps.

Gardella (2003), à propos de l'ouvrage de Declerck (2001), note à juste titre qu'à cette causalité multiple affichée par l'auteur, se cache une causalité de la clochardisation massivement individuelle, de sorte que seules certaines personnes seraient prédisposées à la clochardisation. Ces personnes auraient ainsi connu des carences précoces ayant entraîné la mise en place d'une structure psychique fragilisée. A cela s'ajoutent la succession des traumatismes psychiques, l'alcool-tabagisme, mais aussi les ruptures familiales, conjugales et professionnelles. Declerck (2001) considère alors qu'il n'est pas possible qu'une personne ayant atteint la plus grande phase de la clochardisation puisse avoir été un individu inséré socialement sur du long terme par le passé. La chronicité de cet état serait pour une part déterminée, mais surtout irréversible. Ce sont bien cette irréversibilité et ce déterminisme qui ne sont pas tenables dans la chronicisation de cet état SDF (Pardo, 2011). Conception d'autant moins défendable qu'il n'est plus possible de nier dans notre société contemporaine que les ruptures sociales et les conditions économiques ont fait émerger de nouvelles catégories de personnes en tout genre dans la situation SDF, qu'il s'agisse de travailleurs pauvres, d'immigrés, d'adolescents en errance ou encore de malades mentaux.

#### 2.2.2.3.2. La critique du modèle

Le problème principal qui se pose dans le travail de Declerck (2001) est la généralisation abusive qu'il fait du processus de clochardisation et des comportements qui y sont liés à l'ensemble de la population SDF. Il fixe l'image du clochard comme un individu délirant dont l'état ne fait que s'aggraver par l'action du dispositif d'assistance. Cette focalisation sur des critères psychiques prive l'auteur d'une considération adaptative de ces comportements vis-à-vis de différentes normes, de sorte qu'en pensant aller au-delà de l'approche sociologique, il finit par l'effacer tout bonnement en niant les interactions entre l'individu et le groupe. Il fait de la désocialisation, terme en partie sociologique, un état psychologique fixe et proche des grands états psychotiques. Si Declerck (2001) ne nous dit pas comment on en arrive à l'état de clochard, il suggère que les personnes qui le deviennent n'ont jamais vraiment été insérées.



L'entrée dans le processus de clochardisation devient alors la résultante de pathologies individuelles présentes bien avant la mise à la rue de la personne.

De plus, la démonstration du processus de clochardisation que Declerck (2001) opère dans son étude ne répond pas aux critères scientifiques de la recherche. Ses observations ne sont pas standardisées, le déroulement des entretiens n'est pas renseigné, la réflexivité critique de sa position et du lieu où il a recueilli ces paroles est absente et ses analyses sont statiques et décontextualisées. Si l'étude de Declerck (2001), fondée sur la richesse de sa pratique clinique, plus que sur un travail de recherche, peut bénéficier d'un caractère heuristique en ce qui concerne la frange pathologique de la population SDF clochardisée, elle ne peut être généralisée à l'ensemble de la population SDF ni même à la frange la plus désocialisée, en témoignent les différences dans la description des caractéristiques des clochards qu'en font Gaboriau (1993) ou Vexliard (1957). Statique et décontextualisée, l'analyse de Declerck (2001) va à l'inverse de celles de Damon et Firdion (1996), Damon (1998 et 2002), Vexliard (1950 et 1957) ou encore Gaboriau (1993). En effet, ces auteurs évitent le déterminisme et mettent en avant une vision de la désocialisation, vue comme processus, qui leur permettent de cadrer leur objet d'étude selon le contexte.

### **2.2.3. Les autres conceptions**

#### **2.2.3.1. L'articulation entre la précarité psychique et l'avancée dans l'exclusion**

C'est dans une perspective psychosociale, perspective qui s'intéresse à la fois au sujet en tant que tel ainsi qu'aux processus d'exclusion, que sont apparus les concepts de précarité puis de précarité psychique. Le concept de précarité, amené par Wrésinski (1987), est défini par la perte des « objets sociaux » que sont l'habitat, l'emploi, l'argent, ou encore les activités culturelles. Ces objets sociaux, lorsqu'ils sont encore présents, favorisent les relations entre les sujets et font lien avec la société. Furtos (2000b, 2008a) par la suite amène le concept de précarité psychique. Il s'appuie sur les travaux de Castel (1995) qui, dans une conception sociale, décrit un processus de désaffiliation sociale qui peu à peu ôte à la personne le sentiment d'être un citoyen reconnu. L'aboutissement de cette désaffiliation conduit à l'apparition de « l'individu négatif » qui, dépouillé du collectif, n'a plus de consistance. Furtos (2000b, 2008a) décrit alors quatre stades de la précarité psychique en réaction à la perte des objets sociaux. Ces

stades illustrent une précarité croissante allant de l'inclusion de la personne dans la société à sa désaffiliation. Le premier stade est celui de la précarité dite « normale » dans laquelle la perte est pensable. S'en suit la précarité « exacerbée » dans laquelle la vulnérabilité psychique liée à la perte est possible. Le sujet entre dans une zone de stress et présente des pré-pathologies telles que la dépression, une agressivité, des décompensations physiques ou psychiques. Dans le troisième stade de précarité, Furtos met en avant une vulnérabilité assistée avec une perte, cette fois effective, des objets sociaux. Le dernier stade est celui de « l'auto-exclusion » dans lequel tout est perdu, y compris le narcissisme, la possibilité de ressentir ou encore de souffrir. Pegon (2011), quant à lui, utilise le terme de précarisation. Cette précarisation renvoie à un processus gradué qui, d'une souffrance qui permet de vivre, va culminer vers une souffrance qui empêchera de vivre. Cette graduation évolue en fonction du degré de misère, à relier aux différentes propriétés sociales de l'individu, ainsi que du degré de marginalité et de mépris de l'individu.

#### **2.2.3.2. L'articulation entre les représentations de soi et l'avancée dans l'exclusion**

Au fil des processus de désocialisation ou de carrière SDF mis en avant par de nombreux auteurs correspondent des transformations dans les représentations de soi de la population SDF. Cette approche sous le prisme de l'identité, comprenant ses aménagements et ses transformations, permet une prise en compte contextualisée de l'avancée de la personne SDF dans l'exclusion. Elle permet de rendre compte des interactions entre l'individu et son environnement, d'apprécier le caractère dynamique de cette situation SDF autant que des jeux adaptatifs qui s'opèrent au fur et à mesure de l'avancée dans l'exclusion. Certains auteurs ont ainsi mis en avant des atteintes et des réaménagements identitaires tantôt calqués sur les phases ou étapes de la désocialisation tantôt rendant eux-mêmes compte d'une description typologique du niveau de désocialisation de la personne. Nous ne présenterons ici que succinctement quelques articulations possibles de la désocialisation sous le prisme des transformations identitaires.

Farrington et Robinson (1999) mettent en avant une typologie des stratégies identitaires utilisées par les SDF aux différents moments de leur avancée dans l'exclusion. Ces auteurs font dépendre cette avancée dans l'exclusion en fonction du temps de vie passé dans la situation SDF. Dans la première étape correspondant à l'année qui suit la mise à la rue, la personne fait

part d'une volonté de ne pas être SDF comme le reste de cette population. N'ayant adopté ni les comportements ni les conduites propres aux SDF, elle repense à son passé et se sent encore proche des personnes insérées. Dans la deuxième étape, entre un an et deux ans de vie SDF, elle dénie son appartenance au groupe SDF, en dépit de son mode de vie qui s'en rapproche. La troisième étape se situe entre deux et quatre ans de vie SDF. La personne développe alors une capacité à contrôler son style de vie. Elle fait part d'un sentiment d'appartenance à des sous-groupes SDF qui permet des comparaisons ascendantes et favorables par rapport à d'autres SDF. Par la mise en avant de caractéristiques positives, la personne préserve une bonne représentation d'elle-même. Après quatre années de vie SDF, les identifications aux autres membres SDF finissent par s'imposer et la personne développe une représentation de soi qui est SDF. Les qualités de cette population sont mises en avant et valorisées. En témoigne l'adoption d'attitudes d'entre-aides ou la conception de cette population SDF comme une grande famille où les membres sont reliés les uns aux autres par un parcours, des problématiques et des souffrances communes.

Lecomte, Lapointe, Ouellet, Caron, Laval et Stip (2006) mettent en avant la présence de la dimension identitaire et de ses transformations dans les modèles d'avancée dans l'exclusion. On relève alors que dans le modèle de Vexliard (1950, 1957), la première étape correspond à une rupture du lien social dans laquelle le sujet tente de maintenir les modalités de son existence. Dans la deuxième étape, le sujet prend conscience de sa situation SDF et ressent une dépréciation de soi. Dans la troisième étape, l'individu tente une résolution active du conflit qui le traverse en adoptant peu à peu les codes et les comportements SDF, pour finir dans l'ultime étape de cette désocialisation par rationaliser et valoriser tant sa condition que son identité SDF. Dans un autre registre, le modèle de Snow et Anderson (1988) met en avant que le sujet une fois dans sa situation SDF adopte un mode de vie de plus en plus marginal. Il va valoriser sa représentation de soi SDF, améliorant par conséquent son estime de soi, ce qui lui apportera une certaine consistance identitaire. Il en est de même des études des carrières SDF (Chamberlain et Mackenzie, 2006 ; Mackenzie et Chamberlain, 2003) qui mettent en avant le développement d'identité spécifique au fur et à mesure de l'avancée dans ces carrières. Ces représentations de soi se modifient jusqu'à ce que la personne adopte une identité SDF.

De manière générale, on repère dans ces travaux une transformation de l'identité et des représentations de soi en fonction de l'avancée dans la désocialisation. Au fur et à mesure que

se prolonge la situation SDF, les sujets adoptent progressivement une représentation de soi SDF.

#### **2.2.4. Pour conclure sur la désocialisation vue comme un processus**

Si la vision populaire, médiatique et parfois même politique tend à considérer la situation SDF comme un état statique et à décrire les personnes SDF en les inscrivant dans des catégories possédant des caractéristiques typiques, il n'en est pas de même pour une grande partie de la communauté scientifique. En effet, de nombreux auteurs et chercheurs de différents pays appréhendent la situation SDF comme un processus et non comme une ou des catégories qui seraient figées. Nous avons ainsi pu nous référer à Snow et Anderson (1993) pour les États-Unis, à Chamberlain et Mackenzy (2006) pour l'Australie, ou encore Vexliard (1950 et 1957) et Damon (1998 et 2002) pour la France.

La Conférence de consensus (2007) souligne à son tour que la situation des personnes SDF n'est pas cristallisée dans une catégorie. Les différentes études mettent en avant que cette situation SDF évolue au cours d'un processus progressif et aux dépens des événements et des interactions que ces individus ont avec leur entourage et leur environnement. Au cours du temps, cet environnement va impacter physiquement et psychologiquement la personne SDF de différentes façons et la contraindre à de nombreux remaniements psychiques. Leur condition de vie, leurs comportements et tout ce qui fonde leur identité vont évoluer en fonction de leur avancée dans l'exclusion, que cette dernière soit considérée en termes de désocialisation, de clochardisation, de « chemin » ou encore de « carrière ».

La plupart des chercheurs qui traitent de la problématique SDF et d'un processus de désocialisation développent l'idée d'un continuum, d'une sorte de ligne imaginaire qui part de l'individu normé et socialisé à l'individu isolé, marginalisé et représenté par la figure du SDF ou du clochard (Mathieu, 2011). Cette représentation tend à considérer la personne SDF placée à l'extrémité du continuum de désocialisation comme étant l'opposée de la personne insérée qui se situe de l'autre côté, autrement dit comme celle qui n'a plus rien. Selon cette conception, la désocialisation est le négatif de la socialisation, et elle aboutirait à la mort sociale de l'individu (Hassin, 1996). C'est ce pont que critique Damon (2002) qui ne considère pas la désocialisation comme une descente progressive vers une sorte de néant. En effet, certains SDF

se créent de nouveaux liens, trouvent une nouvelle place sociale et un nouveau statut dans ce monde SDF. Malgré la volonté affichée de nombreux auteurs de rompre avec cette conception par la négative de la population SDF, nous constatons au vu des descriptions précédentes que la majorité d'entre eux s'inspire, voire calque, leur modèle sur celui de Vexliard (1957). Il est donc difficile de s'extraire de cette conception mécanique de la désocialisation qui mène l'individu normal de sa condition de personne insérée à l'individu désinséré réduit à sa condition de SDF (Mathieu, 2011).

## **2.3. Situation et condition de vie SDF**

### **2.3.1. Le parcours de vie SDF : une accumulation de traumatismes**

Si tous les SDF n'ont pas systématiquement connu de traumatismes dans leur enfance, n'ont pas fait « carrière » dans la précarité et ne sont pas extrêmement désocialisés, tous ont connu des ruptures professionnelles et/ou affectives, et des précarisations brutales grandement déstabilisantes (Durif-Bruckert, 2008). La vie à la rue est une source de stress intense et chronique (Farrel, 2001). La confrontation aux humiliations, aux agressions et aux violences, mais aussi les sentiments de honte et d'injustice, vont affecter profondément la personne SDF. Face à ce stress, Schiltz, Ciccarello, Ricci-Boyer et Schiltz (2014) émettent l'hypothèse d'une adaptation de la personne se caractérisant par un retrait progressif de la vie psychique (pulsionnelle, affective et imaginaire) jusqu'à une sidération psychique et un état de résignation et de léthargie. Le traumatisme perturbe le sentiment identitaire à tel point que la personne n'a plus l'impression d'être la même suite au traumatisme (Schiltz et Houbre, 2005). Son rapport au temps est perturbé, la personne étant sidérée dans un présent dans lequel le passé comme le futur n'ont plus de sens. Ces réactions au stress, telles que les troubles de l'adaptation avec anxiété ou les troubles de stress post-traumatique, sont positivement corrélées avec une anxiété généralisée, une hypervigilance ou encore un vécu de persécution (Crocq, 1992 ; Ferreri, 1999).

L'accumulation de traumatismes de toutes natures, généralement vécus par les SDF avant même leur mise à la rue, a pour conséquence un passage à l'acte constant dans la vie de la personne SDF ; seule façon de pouvoir continuer à vivre. Ce passage à l'acte peut prendre la forme de délinquance, d'errance, de conduites alcooliques ou toxicomaniaques, ou encore de manifestations psychiatriques bruyantes. La situation SDF, avec les codes et les lois archaïques

qui lui sont spécifiques, impose à la personne une vie hors cadre où domine l'errance. Dans ce contexte de grande précarité, le temps ne se conçoit plus dans sa chronologie. Le passé et le futur se croisent, l'immédiateté répétitive est privilégiée. Si cette immédiateté perturbe le rapport au temps de la personne, elle a également des effets sur le langage et les échanges. La vie se limite ainsi restrictivement aux exigences de la survie. L'oubli total de la vie passée, tout comme l'absence de projection dans l'avenir, apparaissent comme les conséquences nécessaires à cette survie dans la rue. Ce retrait s'accompagne de celui de tout affect qui risquerait de déstabiliser la personne dans le combat que lui impose sa condition SDF. Ce renoncement à elle-même et à tout ce qui fonde son sentiment d'être entraîne le bénéfice de l'anesthésie psychique qui découle de sa progressive déchéance psychique. Cette configuration ne favorise bien évidemment ni l'élaboration psychique nécessaire au remaniement des traumatismes récents et anciens, ni la mise en place de tout autre projet d'insertion, qu'il soit d'ordre social ou thérapeutique.

### **2.3.2. La désorganisation psychique et le passage à l'acte dans l'espace public**

#### **2.3.2.1. La désorganisation psychique et les mécanismes de défense**

Tant sur le plan physique que symbolique, la rue est éprouvée comme un espace « en dehors » ; en dehors du monde normal. A ce titre, la mise à la rue est vécue comme un événement brutal qui s'impose soudainement et qui provoque une discontinuité dans la vie de la personne, à la fois sur des aspects identitaires et narcissiques (Fierdepied, Sturn, Taïb, Moro et Baubet, 2012). Méryglod (2007) relève que la discontinuité entre ces deux états, l'avant et l'après mise à la rue, se retrouve dans le discours des SDF. Qu'elle soit attendue ou inattendue, la perte de logement entraîne l'immersion violente de la personne dans sa situation SDF (Mercuel, 2012). Son caractère inévitable et l'absence d'échappatoire confrontent le sujet à l'expérience de la mort sociale. A ce titre, l'entrée dans la situation SDF apparaît traumatisante. A ce choc de la mise à la rue, s'ajoutent généralement de nombreux traumatismes liés à des événements familiaux, sociaux ou individuels (Martin, 2011). En proie à une désorganisation psychique, la personne SDF peut rester en état de sidération, l'exclusion sociale ne faisant alors pas sens, mais elle peut aussi mettre en place différents mécanismes de défense (Fierdepied *et al.*, 2012).

Différentes issues peuvent donc se présenter. Si la personne SDF garde son sentiment d'être changée, elle peut réinterpréter son vécu pour lui redonner sens. Dans un autre registre, Fierdepier *et al.* (2012) soulignent que la situation d'exclusion sociale de certains SDF leur permettrait de conserver un sentiment de toute-puissance face à la société, qui est alors considérée et vécue comme castratrice. Roussillon (2008b) rappelle que le fonctionnement psychique dit « normal » d'un individu repose en partie sur le principe de réalité. Dans celui-ci, l'espoir prend toute son importance, tant il est relié à la capacité à renoncer à la satisfaction immédiate. En effet, le renoncement induit une mise en attente des bénéfices ultérieurs qui seront d'autant plus satisfaisants par la suite. Chez les SDF, l'espoir a disparu et le renoncement est vécu comme une perte de satisfaction sans compensation possible. En situation d'impasse, les conflits ne valent plus la peine d'être affrontés. Aucune solution satisfaisante ne peut être trouvée, si ce n'est la fuite. L'évitement est ainsi un mécanisme de défense souvent utilisé par les SDF, à défaut d'une autre issue possible. Lorsque l'individu ne parvient plus à fuir, il peut « érotiser » l'impasse dans laquelle il se trouve (Roussillon, 2008b). Ici, il s'inflige ses difficultés et en fait une façon de vivre afin de ne pas se trouver sous l'emprise de l'autre. Ceci lui permet de transformer la souffrance en plaisir, de retourner le rapport entre le bien et le mal, entre le bon et le mauvais. Ces défenses, que Roussillon (2008b) caractérise de « paradoxales », rejoignent le syndrome d'auto-exclusion de Furtos (2008c) dans lequel le sujet va s'exclure lui-même activement pour ne pas subir son exclusion. Ils vont alors se couper de tout lien, de toute relation à l'autre, pour éviter de souffrir d'une éventuelle rupture. Ce retournement « actif/passif » est une défense paradoxale spécifiquement retrouvée dans les états de grande précarité (Furtos, 2008c).

Une autre défense n'est pas l'évitement réel du problème, mais une fuite interne, où le sujet va se fragmenter psychiquement pour se détacher de ce qui le fait souffrir (Roussillon, 2008b). Le clivage du Moi permet au sujet de se séparer d'une partie de son psychisme pour dénier un vécu et une réalité externe qui ne lui sont plus supportables. Ce mécanisme de défense permet alors à la personne de se protéger d'une partie de soi douloureuse et de faire disparaître sa souffrance. Mercuel (2012) repère quant à lui deux mécanismes de défense permettant à la personne de survivre. La paranoïa de survie dans laquelle la personne refuse l'aide et le contact avec les autres afin ne pas « tomber » une fois de plus dans le « piège », et la mythomanie de survie qui consiste à construire un récit de vie en mesure d'émouvoir la personne et de susciter la compassion.

Si ces mécanismes de défense permettent de solutionner transitoirement les impasses auxquelles les SDF sont confrontés, ils deviennent rapidement pathologiques par la récurrence, voire l'exclusivité, de leur utilisation. Véritables mécanismes de survie, ils rompent, lorsqu'ils sont trop présents, les liens entre les dimensions temporelles, les pensées, les actes, et favorisent cette survie au jour le jour, sans réflexivité possible. Ainsi, malgré leurs fonctions conservatrices pour la personne, ces défenses renforcent leur exclusion sociale (Furtos, 2008c).

### **2.3.2.2. Le passage à l'acte dans la rue**

Les déplacements, souvent impulsifs, caractérisent régulièrement l'errance de certains SDF. Ces comportements sont à la fois teintés de fuite et de recherche, sans qu'aucun but ni objet ne puisse y être assigné (Benslama, 2005). Ils errent de façon à ne jamais rencontrer ce qu'ils cherchent et sans savoir ce qu'ils fuient. Benslama (2005) note qu'en portant attention aux déplacements des SDF, on est saisi de l'association qu'ils font librement avec les espaces. Ceci est d'autant plus saisissant au vu de la pauvreté fantasmatique et verbale qu'on constate à leur contact tout comme à la fragmentation de leur histoire personnelle et la faiblesse de leur communication affective.

La vie dans la rue des personnes SDF les expose à de nombreux risques de violence, de délinquance, de drogues, etc. Cette condition de vie, et tous les dangers qui y sont reliés, peuvent apparenter l'évolution des errants au sein de cet environnement à la longue traversée d'une épreuve ordalique, dans laquelle les espaces décideraient des issues. Si certaines errances peuvent être qualifiées de « normales », dans le sens où elles s'apparenteraient au processus d'adolescence, d'autres sont « pathologiques », tant leur caractère est chronique et envahissant (Benslama, 2005). La dimension compulsive de l'errance offre une solution illusoire qui tente de combler les failles et les blessures psychiques laissées par les nombreux traumatismes et carences que ces sujets ont vécus depuis leur enfance. Mais cette compulsion de répétition dans l'espace de la rue appauvrit le fonctionnement psychique, à l'opposé de son ambition première de réparation. Cette compulsion de répétition caractéristique de l'errance est à mettre en lien avec « la pulsion de mort » développée par Freud (1920). Elle s'illustre dans l'errance SDF par des déplacements qui mettent en scène répétitivement un élément traumatique, sans jamais qu'il ne puisse se dire ou se penser (Soundaramourty, 2002). Cette errance apparaît donc comme une tentative constante et désespérée d'élaboration du traumatisme. La présence de la pulsion de



mort s'illustre également dans le caractère masochiste et destructeur de l'errance, qui peut conduire la personne jusqu'à sa clochardisation. A ces défauts d'élaboration psychique s'ajoutent ainsi des tentatives échouées et répétitives d'une résolution par le passage par l'agir plutôt que par la parole.

Clément *et al.* (2004) soulignent quant à eux que la littérature scientifique et l'opinion publique associent trop rapidement les SDF avec l'errance et que cette association mérite quelques interrogations. Ils émettent l'hypothèse que ces comportements d'errance sont pour une large proportion des SDF les conséquences de leur situation sociale, en ce sens qu'un grand nombre de SDF seraient prêts à cesser leurs déplacements dès lors qu'une solution de logement leur serait proposée.

### **2.3.2.3. Pour conclure**

Les dysfonctionnements précoces, l'accumulation de traumatismes psychiques et les conduites addictives à une substance psychotrope (alcool et/ou drogue) apparaissent comme des constantes chez les personnes SDF les plus désocialisées (Declerck, 2001). Que ce soit dans l'errance ou dans l'exposition d'elles-mêmes sur la scène publique, on voit que les personnes vivant dans la rue évacuent un trop-plein d'excitation brute et non fantasmée. L'impossible élaboration mentale conduit ces sujets à la décharge physique par le passage à l'acte dans la rue (Charreton, Mathieu et Pitici, 2012). Et c'est par l'exposition dans l'espace public que ces individus trouvent un écho, une figuration des souffrances qu'ils ne peuvent ni élaborer, ni même éprouver. Colin et Duez (2008) repèrent qu'à défaut d'élaboration possible de l'excitation, les SDF répètent, par le passage à l'acte dans la rue, leur problématique psychique et leur vécu traumatique. C'est bien la fonction que prennent leurs différents comportements comme la marche, une fonction de décharge pouvant prendre la forme d'un passage à l'acte constant dans l'espace de la rue. C'est face à ce constat de la primauté du passage à l'acte sur la mentalisation que Declerck (2001) considère que le comportement des SDF renseigne davantage sur le fonctionnement psychique de ces personnes que leurs discours.

### **2.3.3. Dans la rue**

#### **2.3.3.1. Des techniques de survie**

Le passage à la situation de SDF marque une franche rupture de la personne avec son ancien environnement. Qu'elle soit brutale ou plus diffuse, la distance avec son environnement autrefois familier finit par se creuser (Pichon, 2002). Autrefois concerné par le travail et la vie de famille, conjugale et professionnelle, la personne dans sa situation SDF voit ses conditions de vie complètement transformées (Martin, 2011). En quête constante de ressources pour trouver un abri, se nourrir ou encore se vêtir, son activité sociale devient celle de la survie. Elle est intense, demande des compétences et une certaine mobilité, mais reste une activité qui s'accompagne d'un vécu disqualifiant. La Conférence de consensus (2007) relève que les SDF entretiennent des rapports différents à la rue. Certains sont visibles et s'approprient l'espace public, quand d'autres se retirent et restent dans l'ombre. Certains recherchent la compagnie d'autres SDF, ce qui leur permet de supporter plus facilement la dureté de la vie dans la rue. La compagnie des autres SDF, le fait d'être en couple ou en bande est souvent un frein institutionnel contraignant. L'ambivalence entre le fait d'assumer sa vie SDF ou de la subir est aussi très présente au sein de cette population. On constate ainsi dans leurs discours une oscillation entre le fait de désirer être inséré comme tout le monde, et l'autojustification de leur situation pour se protéger de la violence des contraintes subies.

Les SDF font part de ce qu'ils nomment « la vie à la rue » ; véritable épreuve nécessitant le déploiement d'efforts constants pour résister et tenir dans cet environnement (Pichon, 2002). Ils vont devoir trouver de nouvelles ressources à mobiliser afin d'assurer leur survie. La rencontre choisie ou imposée avec les autres SDF et avec les acteurs du dispositif d'aide sociale fait partie de ce processus d'inscription de cette vie à la rue. Les nombreuses impasses que rencontrent les SDF dans leur parcours de survie leur procurent un profond dénuement. Les solutions à leur disposition sont restreintes et précaires et relèvent généralement du dispositif d'assistance. Si ces dernières résolvent partiellement l'impasse dans laquelle se trouvent ces individus, elles les inscrivent dans le même temps un peu plus dans la survie. Dans leur vie à la rue, les SDF développent des stratégies et des activités de bricole qui rendent la survie plus ou moins difficile (Conférence de consensus, 2007). Ils possèdent une lecture fine de la ville, savent où trouver tel type de ressources et acquièrent des compétences relationnelles spécifiques. La vie SDF possède ainsi ses normes, ses codes et de nombreuses techniques à acquérir et à développer pour évoluer au mieux dans cet univers, dans cette carrière SDF

(Pichon, 2007). C'est en ce sens que la situation et la condition SDF peuvent être considérées dans leur positivité et non pas uniquement par ses manques et ses carences (Mathieu, 2011).

### **2.3.3.2. Des conditions de vie complexes**

La vie des personnes SDF dans la rue, et notamment leur description, est un objet de recherche fécond dans le domaine des sciences sociales (Benoist, 2009 ; Gaboriau, Terolle, Amistani, Jouenne, Lebleu et Tessoinières, 2003 ; Hopper, 2003 ; Jamouille, 2000 ; Lovell, 1992). Girard *et al.* (2010) mettent en avant trois axes centraux de ces nombreuses études : une perturbation de la temporalité, une occupation conflictuelle de l'espace public et une insécurité chronique. Ce sont ces éléments que nous développons ci-dessous.

#### **2.3.3.2.1. Une perturbation temporelle**

Le temps, envahi par la lutte pour la survie, rend la projection dans l'avenir fortement limitée, voire inexistante (Conférence de consensus, 2007). Subissant la dureté de cette vie SDF, la gestion du quotidien dans l'immédiateté et la simplicité prévaut sur tous les autres types d'organisation s'élaborant sur du plus long terme (Gaboriau, 1993). Emmanuelli (2003) et Quesemand-Zucca (2007) soulignent l'insignifiance du temps qui cesse de s'inscrire dans la durée. En état d'extrême vigilance permanente, le temps perd sa valeur organisatrice et n'est plus un repère. Il ne se déroule plus, mais stagne dans un présent répétitif. Sa valeur structurante perdue, le temps doit être passé, tué. La consommation d'alcool peut avoir ici une fonction de régulation de cette temporalité perturbée. Cependant, cette gestion du quotidien, bien que limitée aux « besoins » de la survie, est extrêmement chronophage (Girard *et al.*, 2010). Prendre une douche ou un repas, trouver un lieu où dormir, nécessitent une ponctualité et un temps d'attente systématiques rendant difficile la mise en place de toute activité autre que celle de la survie. L'immédiateté caractéristique de la survie SDF est donc un obstacle de taille à l'accès aux droits élémentaires qui ne peuvent aboutir bien souvent que lorsque ces personnes sont accompagnées. Leur temporalité est donc en inadéquation avec celle de la population insérée et des administrations, qui nécessitent une projection sur plusieurs jours et un respect méticuleux des horaires. Il leur est par conséquent très difficile d'honorer un rendez-vous administratif et d'être studieux dans les démarches qu'ils ont à mettre en place.

### 2.3.3.2.2. Espace privé et espace public

La recherche d'espace privé est un élément fondamental de la vie des personnes qui résident à même l'espace public (Dambuyant-Wargny, 2004). Pichon (2002) considère que les espaces, entre le privé et le public, sont interstitiels et font office pour la personne SDF de véritables « niches de survie ». Celles-ci peuvent prendre différentes formes : des plus précaires, comme une cave ou un renforcement dans une rue, aux plus proches du domicile privé comme un squat aménagé. Leur fonction est d'offrir un sentiment de sécurité psychique à la personne autant que de lui apporter une certaine intimité et une certaine protection, que ce soit vis-à-vis d'une potentielle violence physique ou encore d'une mise à l'abri du regard de l'autre. Girard *et al.* (2010) relèvent que cette recherche, à négocier avec l'espace public, est par conséquent source de conflits (cf. les lois anti-mendicité, l'hostilité et la menace de tel espace public, etc.). Pour Dambuyant-Wargny (2006), différents critères distinguent et caractérisent les espaces privés des SDF. Le degré d'appropriation possible de l'espace en est un élément central et correspond aux différentes « pratiques d'appropriation » (Coutras, 1987) que l'individu peut mettre en œuvre pour y développer des attaches affectives avec les lieux qu'il fréquente. Ces pratiques rendent compte de ses investissements subjectifs. La visibilité de l'espace privé a également toute son importance. De cette visibilité dépend une part de ses investissements personnels. Il est à noter que l'exposition au public rend la personne plus vulnérable aux agressions ou encore aux vols. Le temps d'occupation de cet espace est aussi un critère à prendre en compte dans l'investissement que le sujet pourra en faire. Ces espaces privés prennent ainsi différentes formes. Ils peuvent être dissimulés, cachés ou au contraire exposés au regard des autres. La présence ou l'absence de ces lieux privés, leur nombre ou encore leur taille, dépendent de la volonté d'investissement des SDF, de leur degré de désocialisation et de leurs possibilités de déplacements (Dambuyant-Wargny, 2004). Ces espaces privés ont des conséquences sur les choix des SDF, ainsi que sur leur mode de vie. Certains refuseront par exemple d'aller en foyer pour ne pas risquer de perdre leur espace privé. Mercuel (2012) note à ce sujet que toute organisation, même minimale, que ces individus vont mettre en place pour se confectionner un abri, possède une symbolique privée et est investie psychologiquement comme un prolongement d'eux-mêmes. C'est ce qui leur permet un ancrage dans ce lieu.

Si les SDF ne possèdent à priori pas de lieu privé au sens matériel du terme, on voit qu'ils s'approprient certains espaces publics qui finissent par devenir intimes et habités (Charreton *et al.*, 2012). Le fait d'habiter l'espace public expose les SDF aux autres, et génère

potentiellement du lien social. Cette visibilité devient une composante de leur fonctionnement psychique, l'espace social servant de modalité d'expression de l'histoire et des problématiques personnelles des SDF. Colin et Duez (2008) relèvent alors qu'ils organisent les espaces publics comme une scène qui figure leur espace psychique interne. Dans cette organisation, les investissements qu'ils font des différents objets de la rue sont des traces des sujets eux-mêmes. La rue peut alors être considérée comme espace dans lequel la personne SDF va pouvoir déployer et mettre en scène ses problématiques qui seront vues, interprétées et même remaniées par les soins du public et donc des passants (Charreton *et al.*, 2012). Dans l'espace public, scène psychique et scène publique s'intriquent. Ainsi, on peut noter par exemple que le désinvestissement corporel des SDF, relevé par de certains auteurs (Declerck, 2001 ; Furtos, 2008b), est mis en scène de telle sorte que leur absence de souffrance induit la sidération de l'interlocuteur. Coupés d'eux-mêmes, ces individus peuvent obtenir un retour sur eux-mêmes par leur exposition sur la scène publique. Cependant Colin et Duez (2008) notent que le scénario qu'ils mettent en place n'est qu'une tentative d'édification de leur origine, et que la scène originaire mise en acte sur la scène sociale n'est pas organisatrice.

#### 2.3.3.2.3. L'instabilité et l'insécurité de l'environnement

La précarité et l'instabilité de la condition de vie SDF rendent délicate l'appréciation de la situation globale des SDF en ne s'intéressant à eux qu'à un moment donné (Clanché, 1998). Si certains aspects de la vie SDF apparaissent routiniers, elle est composée de séquences hétérogènes. Ils vivent des semaines avec ou sans RSA, font face à des changements climatiques conséquents, connaissent des moments de solidarité et de grande solitude. Gaboriau (1993) met en avant dans son étude l'alternance de bonnes et de mauvaises périodes, de moments heureux ou tristes que connaissent les SDF. Dans cette vie au jour le jour sans possibilité de projet sur du long ou moyen terme, ils se raccrochent à de petits plaisirs, des « petits luxes » (Gaboriau, 1993), qui égayent leur journée. Il peut s'agir de la période suivant l'obtention du RSA ou d'une « bonne » journée de manche, qui leur permettent de se faire plaisir, de faire « la fête » et d'oublier, pour un temps seulement, la dureté de leur vie et les soucis qui la composent.

Gaboriau (1993) observe que dans la vie SDF, les disputes et les bagarres entre SDF sont régulières. L'insécurité et les risques d'agression sont omniprésents, au point que la fuite

précipitée est un trait qui pourrait être caractéristique des personnes vivant dans la rue. Prenant de multiples formes, cette violence peut être physique. A ces violences physiques, s'ajoute une diversité d'autres formes de violence, comme celles engendrées par le regard de l'autre ou encore celles des humiliations telles que devoir constamment se justifier pour bénéficier de l'assistance (Girard *et al.*, 2010). Ainsi, que ce soit pour obtenir une simple assistance ou pour réaliser les nombreuses démarches permettant la réinsertion, Kovess-Masfety (2001) relève la lutte perpétuelle menée par les SDF, combat les épuisant rapidement.

### **2.3.3.3. Les fonctions de l'alcool**

La littérature sociologique met en avant des « normes » de consommation d'alcool présentes selon les catégories sociales. Au sein de la population SDF, et notamment dans la frange la plus désocialisée de cette dernière, l'alcool est omniprésent (Beck *et al.*, 2006). Gaboriau (1993) considère l'alcoolisation chez les SDF comme un modèle qui permet une expression de soi et une « jouissance » qui respectent les cadres sociaux existants. Nombreux sont les auteurs qui reconnaissent les vertus de l'alcool chez les SDF. Emmanuelli (2003) identifie alors les fonctions antalgiques et tranquillisantes de l'alcool, tout comme le fait que sa consommation fait perdre la lucidité face à la dure réalité de la situation SDF. Cette consommation permet à cette population de supporter la violence de leur condition de vie (Nouveau et Quezemand-Zucca, 2002 ; Qusemand-Zucca, 2007 ; Roquet, 2001). Son action désinhibitrice met à distance le sentiment de honte et facilite certaines activités de survie, comme la manche, à tel point que sa consommation est presque incontournable dans la vie SDF.

Gaboriau (1993) met en avant que la recherche d'ivresse, par la consommation aigüe d'alcool, est fréquente chez la personne SDF. Deux temps se distinguent alors chez cette dernière : celui ordinaire, où la personne est à jeun, et l'autre, correspondant aux moments d'ébriété. Dans ce second temps de l'ivresse alcoolique, la personne peut redonner un sens à sa vie qui est alors composée de joie et d'espoir. Cependant, cet espoir, suscité par l'ivresse, n'est qu'une illusion éphémère tant ces consommations excessives d'alcool apparaissent comme des obstacles à l'insertion de la personne, au retour à l'emploi et au logement. Provoquant l'oubli et le détachement, l'ivresse rend la vie de la personne SDF plus agréable et légère. Les effets psychotropes de cette substance et les distorsions perceptives qu'elle engendre chez la personne lui permettent d'atténuer la misère de son environnement et de sa situation. L'alcool permet de

justifier, de mettre un sens sur sa déchéance tant physique que psychique (Beck *et al.*, 2006 ; Maisondieu, 2001). Victime de son alcoolisme, la personne s'ôte le poids de la responsabilité de sa situation. La justification par l'alcool de ses échecs passés, présents et à venir (comme les prises en charge qui ne fonctionnent pas) panse partiellement ses blessures narcissiques. On retrouve cette même justification chez les travailleurs sociaux (Quesemand-Zucca, 2007). Telle une norme, l'alcoolisme fait voir à la hausse les compétences des SDF au point de considérer que s'ils arrêtaient de boire, ils pourraient se sortir de leur situation.

Maisondieu (2001) considère l'alcoolisation de la personne SDF comme liée à la précarité de sa situation. Cet enivrement permet au sujet de faire face à sa précarité fantasmatique. Son alcoolisation lui offre la possibilité, dans un jeu de simulation, de retrouver l'amour, d'apaiser ses craintes de la rencontre avec l'autre et de trouver une échappatoire à l'ennui et à la monotonie de son existence. C'est ainsi que Maisondieu (2001) considère ces individus comme des « buveurs sans soif ». D'autre part, la personne SDF s'alcoolise également pour faire face à sa précarité concrète et à son absence de place dans la société. L'alcool prend ainsi une fonction thérapeutique qui, si elle n'est qu'illusoire, sert bien à diminuer l'anxiété de la personne, la dépression et la souffrance engendrées par sa situation (Mercuel, 2012).

Pour de nombreux auteurs, l'alcool favorise la socialisation des personnes SDF (Beck *et al.*, 2006 ; Nouleau et Quesemand-Zucca, 2002 ; Roquet, 2001) et est teinté d'une fonction sociale (Mathieu, 2011 ; Mercuel, 2012). Refuser de boire, de « trinquer », est par exemple un acte auto-excluant. D'un point de vue ethnopsychologique, Gaboriau (1993) suggère quant à lui la présence d'une culture du vin chez les SDF ; culture que l'on pourrait extrapoler à celle de la canette de bière. Rempart contre l'isolement, la bouteille d'alcool est alors un véritable compagnon pour la personne SDF.

#### **2.3.3.4. Une recherche de stabilité**

##### **2.3.3.4.1. L'espace de la ville comme un organisateur des routines**

Dans leur situation, les SDF se créent des habitudes et des routines, ont un parcours particulier au sein de la ville et des points fixes qui leur permettent d'organiser leur quotidien (Colin et Duez, 2008 ; Gaboriau, 1993). Ils se lèvent à une heure particulière, se rendent à tel endroit pour bénéficier d'un déjeuner, vont faire la manche ensuite, prennent un temps où

s'isoler ou se regrouper et finissent par rejoindre le lieu où ils pourront dormir. Tous ces éléments composent une organisation régulière. C'est à ce titre que Gaboriau (1993) considère que les SDF n'erreraient pas sans but. Ils ont des parcours définis, une organisation temporelle et spatiale qui leur sont propres, ainsi que des habitudes et des conduites régulières qui ordonnent à minima leur existence. Que ce soient la consommation d'alcool, les horaires de l'assistance (repas, hébergement, lieu pour se laver, etc.), ou d'autres distractions, ces éléments sont des repères qui structurent le quotidien et ont valeur de normalité tant ils vont raccrocher les SDF à la population normale (Hassin, 1996 ; Gaboriau, 1993 ; Quesemand-Zucca, 2007). Ils essaient ainsi d'être « comme tout le monde ».

La recherche de ces éléments de stabilité permet à ces individus de ne pas se sentir étrangers à eux-mêmes et de maintenir un sentiment de soi (Colin et Duez, 2008). Ce fonctionnement psychique tend à retrouver un lien de familiarité avec ce qui a été perdu lors de la mise à la rue. C'est généralement par le mécanisme de la compulsion de répétition que la personne tente de provoquer ses retrouvailles avec l'autre sur un mode qui n'est pas menaçant pour le Moi. L'habitude est donc un moyen d'assurer une permanence des relations familiales dans son environnement SDF avec le bénéfice de ne pas avoir à y investir des quantités d'énergie psychique trop importantes.

#### 2.3.3.4.2. La mendicité

Chez les SDF, la mendicité est pensée comme une activité qui organise la journée, le temps et l'espace de la personne (Damon, 1998). Gaboriau (1993) avait déjà souligné cette analogie de la manche et du travail, de sorte que « faire la manche », c'est « aller au boulot ». Selon cette conception de la manche, cette activité structure et organise le quotidien de la personne SDF et lui apporte autant de repères constituant des valeurs ordinaires et socialement admises. A l'instar d'un travail, la mendicité nécessite des tactiques qui rendent cette activité plus ou moins rentable. Elle assure une part conséquente des revenus des SDF. Les personnes SDF mendient donc à des moments de la journée et à des lieux particuliers. Certains, se considérant comme des figures communes d'un quartier, mettent en avant les échanges relationnels, teintés de réciprocité, entre eux et les passants. Cette présence prend valeur de rôle social qui nécessite une rétribution de la part des passants (Gaboriau, 1993). Ils se présentent sous une apparence particulière, ont des répliques spécifiques pour interpeller le passant,



proposent des dessins, des cendriers, ou encore de la musique pour récolter leur argent. Gaboriau (1993) souligne la position dominante du donateur qui récompensera le mendiant faisant bonne figure et respectant les codes du « savoir-vivre ». Si l'image commune de la mendicité diffère et oscille entre la pitié et l'escroquerie du mendiant, Damon (1998) réaffirme l'idée de considérer la mendicité comme une adaptation contrainte de la personne à sa situation SDF, un dernier recours. Cependant, le fait de mendier n'est pas anodin. Il témoigne d'une avancée, voire d'un aboutissement, du processus de « désocialisation » (Vexliard, 1957) ou encore de « disqualification sociale » (Paugam, 1991). L'impact de cette activité pour la personne est conséquent, tant elle s'accompagne d'une humiliation et d'une atteinte à la dignité chez la personne qui doit exposer ses difficultés publiquement (Damon, 1998).

#### 2.3.3.4.3. La quête de repères

Dans leur situation SDF, ces personnes vont investir les différents objets qu'ils trouveront dans leur environnement. Ces objets de la rue sont multiples et peuvent renvoyer à un langage commun, à des activités telles que la manche ou la marche, à l'alcoolisation ou à la prise de drogue dans l'espace public, ou encore au fait de se rendre tous les soirs sur le parvis de la gare. Au même titre que les objets sociaux font lien avec la société (Wrésinski, 1987), les objets que les sujets SDF investissent dans leur environnement font lien avec la rue (Chevalier, Langlard, Le Maléfan et Bouteyre, 2017). Ces activités et conduites structurent leur quotidien et leur apportent autant de repères et d'éléments de stabilité. Cependant, ces derniers restent précaires tant ils ne permettent que de continuer à survivre dans leur environnement. Cet équilibre fragilement retrouvé dans leur condition de vie SDF a pour conséquence nécessaire une vie au jour le jour, sans projection dans l'avenir ni réflexivité sur leur passé ou sur leur vie présente. En ce sens, l'investissement des objets de la rue qui composent l'environnement des personnes SDF empêche le travail de pensée et favorise la mise en place d'une routine mortifère (Chevalier *et al.*, 2017). Ainsi, si l'investissement des objets de la rue permet aux personnes SDF de s'adapter à leur environnement, il vient dans le même temps renforcer leur exclusion en ce sens qu'il empêche l'accès au monde interne, à ce qui reste en souffrance, et au monde externe, celui de la société dont elles sont exclues. Cette survie quotidienne, bien que difficile, est une épreuve douloureuse qui se répète, mais que ces personnes SDF vont pouvoir investir comme une routine.

Ces habitudes et ces routines observées chez les SDF structurent leur quotidien. Investissant les activités et les lieux de la survie, ces personnes s'ancrent davantage dans leur situation. Ces repères retrouvés, aussi précaires soient-ils, les soutiennent de sorte qu'ils vont être des points de stabilité sur lesquels elles vont pouvoir s'appuyer pour tenir et trouver un équilibre dans leur situation SDF. Comprendons alors toute la violence que susciterait la mise en place d'une dynamique de réinsertion. En effet, cette dernière nécessite pour la personne de perdre tout ce qu'elle a pu mettre en place comme défenses psychiques et comme investissements, qui lui ont permis jusqu'alors de tenir et de survivre dans son environnement (Chevalier *et al.*, 2017 ; Quesemand-Zucca, 2007).

### **2.3.4. De l'anesthésie psychique à la mort sociale**

#### **2.3.4.1. L'anesthésie de la psyché et du corps**

La situation SDF met le corps de la personne à rude épreuve, en proie à une mise en danger et à une forte dégradation. Le « capital corporel » est parfois tout ce qui reste aux SDF, eux qui ne possèdent plus rien (Dambuyant, 2006). Fortement investi, le corps est leur seul lieu d'action tant leurs autres supports sont fragilisés ou ont disparu (Vinay, 2015). Ils sont dans un état de fatigue constante (Mathieu, 2011), présentent de nombreux problèmes de santé et portent sur eux les stigmates de leur parcours de vie. Parfois instrumentalisé, le corps du SDF peut servir de « monnaie » d'échange, notamment lorsqu'il s'agit d'interpeller le dispositif médical ou social (Durif-Bruckert, 2008). Le corps et son exhibition sont ici les moyens de témoigner de l'urgence dans laquelle ils se trouvent. Ce corps est le lieu de réception de la dureté de leur environnement, des agressions, ou encore des chutes suite à l'ivresse, de sorte qu'il vieillit extrêmement prématurément. Parfois leur dernier avoir, leur seule possession, le corps, qu'il soit investi ou désinvesti, témoigne généralement de l'intériorisation de leur état de marginalisation (Gaboriau, 1993). Cette dégradation corporelle est le signe d'un lâcher-prise dans une dynamique générale d'abandon de soi (Pardo, 2011). Dans cette perspective, Mathieu (2011) note la manière étrange qu'ont ces personnes de s'approprier leur corps. Il s'agit d'une détérioration durable dont les SDF semblent se désintéresser totalement. Dans cet aménagement, certains vont jusqu'à ne plus ressentir ni percevoir la douleur (Quesemand-Zucca, 2007). Le lien rompu entre la personne et le corps social est corrélé avec la distance qui sépare la personne de son propre corps. Ainsi, dans la survie, les personnes deviennent de plus

en plus résistantes à la douleur pour finir par la dénier. Gaboriau (1993) observe que c'est souvent lorsque la personne atteint un état physique extrêmement délabré, quand la douleur ne devient plus supportable, qu'elle se fait hospitaliser, pour se soigner dans le meilleur des cas, mais bien souvent pour y mourir.

Mathieu (2014) propose l'analogie de l'incurie constatée chez certains SDF avec le syndrome de Diogène qui se caractérise par la sémiologie suivante : la négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat, l'accumulation et l'entassement de divers objets, l'absence de honte s'accompagnant d'un déni de la situation et l'isolement social. Si ce défaut des règles d'hygiène corporelle (odeur, vêtements sales, urine, excréments) et le manque d'attention porté à l'apparence de certains SDF signent leur désinvestissement corporel, Mathieu (2014) y repère, à l'instar du syndrome de Diogène, un certain aménagement défensif. Il propose le terme de « manteau cloacal » pour caractériser l'incurie, la crasse et la mauvaise odeur de certains SDF. Ce manteau cloacal a fonction de prothèse du Moi qui, comme une seconde peau physique et psychique, permet une contenance et un certain sentiment de sécurité. Au service d'un système d'économie de la pensée, le manteau cloacal permet l'enfouissement de l'excitation interne de la personne. Ainsi, comme une écorce protectrice, il favorise l'anesthésie psychique et physique, et contient la détresse de manière à ce qu'elle ne submerge pas la personne.

Cette fonction d'enveloppe corporelle peut alors devenir la dernière réserve territoriale de la personne. Lorsqu'elle est encore investie par la personne, elle agit comme une bulle de protection qui la préserve de la violence et du mépris social tout en maintenant l'ouverture à l'extérieur et aux échanges sociaux. A ce titre, Pichon (2002) considère que cette enveloppe corporelle est parfois le dernier rempart de l'habiter chez la personne SDF. Mathieu (2014) émet également l'idée que la sphère sensorielle de ce manteau cloacal (odeur et visibilité) permet la délimitation d'un espace subjectif, un espace à soi, remplissant par conséquent certaines composantes de l'habitat. Bien qu'excluant encore davantage et protégeant la personne d'un potentiel lien social qui le ferait souffrir, ce manteau cloacal va œuvrer pour la communication avec autrui. En effet, chaque passant va être affecté au niveau sensoriel par la personne SDF, laquelle trouvera en retour une échoïstation en l'autre, à défaut de partage par le lien social (Mathieu, 2014).

#### **2.3.4.2. La disparition de la personne en tant que sujet**

La mise à la rue de la personne apparaît généralement comme une énième épreuve d'exclusion, un traumatisme supplémentaire qui sollicite une fois de plus l'expérience personnelle que ces sujets ont de leur proximité avec la mort (Mercuel, 2012). A force de puiser dans leurs ressources personnelles, leurs capacités à faire face s'en trouvent amoindries. La répétition des échecs et le temps qui passe dans cette situation SDF entraînent la désillusion : les espoirs d'une insertion possible s'estompent. Plus la désaffiliation est grandissante et plus l'exclusion sociale est prononcée, moins la personne SDF trouvera la réciprocité sociale lui permettant d'asseoir son identité. Absente des préoccupations des autres, elle risque de devenir absente d'elle-même (Quesemand-Zucca, 2007). Apportant certains bénéfices secondaires tels que l'absence de culpabilité ou encore de regrets de sa vie passée, la désaffiliation s'associe à une déshumanisation.

Dans sa situation SDF, la personne est confrontée à son anéantissement, au fait de n'être plus rien et de perdre jusqu'à sa propre identité (Sarrazin, 2002). Babin (2004) considère l'existence d'un modèle SDF qui serait voué à un destin violent, celui du meurtre psychique et de l'injonction à ne pas vivre. Cette fin est celle de la rue dont ces personnes ne pourront s'extraire. Cette mort psychique s'accompagne d'une mort sociale, n'ayant comme liens que leur pensée, leur mémoire, leur chien ou leur bouteille. Babin (2004) témoigne alors d'une humiliation chez les SDF qui serait mortifère, au point de faire perdre le sentiment de soi, l'amour propre de la personne. Infligée en premier lieu par le social, cette humiliation se prolonge par la personne propre, qui va elle-même continuer cette dynamique d'anéantissement. Réduites à la survie, ces personnes SDF s'enfoncent ainsi progressivement dans une mort à la fois psychique et sociale (Quesemand-Zucca et Douville, 2004).

Ces signes d'anesthésie psychique et de mort sociale peuvent être reliés à la « pathologie de la disparition » (Furtos, 2008c) dans laquelle la personne n'arrive plus à souffrir sa souffrance. La forme extrême de cette pathologie de la disparition est ce que Furtos (2008c) nomme le « syndrome d'auto-exclusion » dans lequel l'individu se retire de sa psyché, de son corps et de toutes les douleurs et souffrances tant morales que physiques qui en découlent. Si le sujet donne à voir qu'il a disparu, le postulat de la clinique est qu'il se situe forcément quelque part. Dans une perspective psychodynamique, Furtos (2008c) note à cet égard que la réapparition du sujet s'observe dans l'émergence d'une partie du soi qui était clivée par le sujet. Il constate en effet dans sa clinique des levées brutales du déni, de l'anesthésie psychique et

physique, de l'inhibition de la pensée, et plus généralement de tout ce qui était psychiquement congelé dans le Moi du sujet. Ce retour du sujet peut apparaître lors d'une alcoolisation massive, d'un élément qui le fait sortir de ses habitudes ou encore d'une relation de confiance retrouvée. Le paradoxe de ce retour du sujet disparu est que les défenses mises en place devenant inopérantes, la souffrance rejaillit. Face à cette souffrance, le sujet réactive ses comportements d'errance, rompt le lien qu'il a retissé. S'observent aussi des troubles du comportement, des violences et des passages à l'acte signes d'une impossible élaboration psychique de la personne.

#### **2.3.4.3. Un réaménagement psychique possible**

La condition de vie SDF génère une souffrance multifactorielle, des sentiments de dévalorisation et de honte (De Gaulejac et Taboada-Leonetti, 1994). La stigmatisation qui atteint les SDF dans leur altérité, leur dignité et leur estime de soi fait de la vie à la rue une véritable violence sociale (Martin, 2011). Ces atteintes sont à considérer dans la compréhension de leur mode de vie, de leurs difficultés et de leur façon d'appréhender l'environnement et leurs interactions sociales (Dambuyant, 2006). La violence de la situation d'exclusion et ses aspects destructurants contraignent la personne à de nombreux réaménagements psychiques lui permettant de se maintenir et de survivre dans sa situation. Il s'agit alors pour la personne de s'adapter à un environnement invivable qui attaque son corps et sa psyché, mais aussi ce qui fait son humanité, à savoir, son sentiment d'être (Chevalier *et al.*, 2017).

Fruit d'un massif désinvestissement de l'individu SDF, l'anesthésie psychique et physique le coupant de lui-même, de la société et de ses souffrances, a pu être mise en avant par de nombreux auteurs dans les ultimes stades, ou phases, des divers processus de désocialisation qu'ils ont décrits (Emmanuelli, 2009a ; Maisondieu, 1997a ; Furtos, 2008c ; Quesemand-Zucca, 2007). Cette dynamique est bien celle de la survie. Et si elle procure un apaisement qui ancre l'individu dans un aménagement du pire, elle contraint la personne qui tenterait de s'extraire de sa situation SDF à une épreuve nécessairement douloureuse (Sarrazin, 2002). Si l'anesthésie psychique présente chez les personnes en situation de grande exclusion sociale s'observe de façon consensuelle, Gaboriau (1993) nous rappelle qu'une vie intérieure est toujours présente, même chez les SDF que l'on peut qualifier de clochards. Ils ont, à l'instar de toute autre personne, de nombreux sentiments (énervement, impatience, rire, pleurs, amour, etc.) qui, s'ils s'alternent parfois très rapidement, n'en sont pas moins présents.

## **2.3.5. L'attachement et le lien social des SDF**

### **2.3.5.1. L'attachement des SDF**

L'attachement, et plus particulièrement les comportements d'attachement, ont une fonction d'adaptation. Ils offrent un cadre protecteur et par extension permettent la socialisation de la personne. Ce cadre protecteur est ce que Ainsworth, Blehar, Waters et Wall (1978) nomment la « base sécurisante ». La confiance de l'enfant en une figure d'attachement lui permet, en effet, d'investiguer son environnement et de s'y raccrocher lorsqu'il est dans la détresse. Ces comportements d'attachement sont conditionnés par les premières relations précoces de l'enfant et servent de modèles dans le rapport et l'attitude qu'aura l'individu, une fois devenu adulte, avec ses différents partenaires sociaux. Ainsworth *et al.* (1978) mettent en avant trois types d'attachement, un « sécure » et deux autres « insécures » qui peuvent être « évitant » ou « ambivalent ». L'attachement « sécure » s'illustre chez l'enfant par sa recherche de réconfort avec la figure d'attachement et par l'exploration de son environnement. A l'âge adulte, cet attachement sécure se caractérise par l'autonomie de la personne et sa possibilité d'avoir confiance en soi et en l'autre. Les enfants au style d'attachement « insécure évitant » ne développent pas de base de sécurité. Si la séparation avec la figure d'attachement produit une détresse, ils évitent ou sont indifférents lors des retrouvailles avec cette figure. Ils explorent leur environnement dans une sorte d'indépendance, à tel point que leur autonomie précoce apparaît comme une stratégie de survie. A l'âge adulte, ce style d'attachement se traduit par un détachement de la personne. La relation intime à l'autre est vécue comme menaçante et susceptible de réactiver des peurs archaïques. Si ces personnes peuvent développer une confiance en soi, ils n'en ont pas en l'autre. Le troisième type d'attachement est « insécure ambivalent ». Ici, l'enfant ne supporte pas la séparation, et ne peut être rassuré après avoir retrouvé sa figure d'attachement. L'anxiété et l'angoisse de séparation demeurant, ces enfants sont dans l'incapacité d'explorer leur environnement. A l'âge adulte, ces personnes ont une faible autonomie et sont en recherche constante de figures d'attachement (souvent amoureuses) couplées d'une grande crainte d'abandon. La dépendance à l'autre et le manque de confiance en soi caractérisent ces personnes au style d'attachement « insécure ambivalent ». Main et Solomon (1986) ont mis en avant un quatrième style d'attachement « insécure désorganisé ». L'enfant réagit de manière imprévisible, contradictoire et déroutante à la séparation d'avec la figure d'attachement. Ce style d'attachement désorganisé ne témoigne, à l'inverse des trois autres styles d'attachement, d'aucune stratégie d'adaptation à ses figures d'attachement.

L'adulte présente des attitudes incompréhensibles, contradictoires et désorganisées qui sont des facteurs de risques pour son développement harmonieux tant sur le plan personnel que social.

La multiplication des ruptures et des pertes vécues par les SDF a constitué un réel travail de deuil menant à désinvestir leurs objets tels que leur famille, leur logement ou encore leur emploi. Les conséquences de ces désinvestissements sont celles de l'isolement et de l'inexistence sociale de la personne. Le lien social devenu source de souffrance, la personne SDF va s'écarter des autres et se couper de ses anciens investissements (Vinay, 2015 ; Vinay *et al.*, 2011). Les personnes SDF n'ont généralement plus, ou presque, de soutien familial, amical et professionnel. Que ce soit brutalement ou de manière progressive, les SDF sont sortis de ces réseaux de soutien. Notons qu'à la perte d'emploi s'ajoute la perte des relations avec les collègues de travail. Dans les premiers temps précédant la mise à la rue, la famille aide généralement la personne. Cette aide se relaye ensuite auprès des amis avant une saturation qui conduit à la mise à la rue effective de la personne, laquelle finit par se retrouver seule dans ce monde SDF qui lui est inconnu (Mercuel, 2012). C'est au bout de quelques mois que le besoin de l'autre se fait sentir, de sorte que la personne SDF se mettra à la recherche de compagnons. Yaouancq et Duée (2014a) relèvent dans l'enquête de l'Insee de 2012 qu'un tiers des SDF maintiennent un contact mensuel avec leur famille et qu'ils sont deux tiers à maintenir un contact régulier avec leurs amis, contre respectivement 80% et 85% dans la population générale. Ces statistiques concernent l'ensemble de la population SDF, dont une grande partie est proche de l'insertion, comme les personnes en logement aidé. Et nous pouvons légitimement penser qu'elle est vue à la baisse en ce qui concerne la frange de la population SDF la plus désocialisée. Quoiqu'il en soit, on constate que si une partie de la population SDF n'est pas complètement isolée, cette situation est corrélée à une forte baisse des relations amicales et familiales, ce qui est à mettre en lien avec les carences précoces et les difficultés familiales vécues par les personnes SDF depuis leur enfance.

La désaffiliation des personnes SDF tend à considérer que la problématique au premier plan dans cette population est d'ordres identitaire et relationnel. Cette conception est étayée par différents travaux (Marcel et Mercuel, 1999 ; Mercuel, 2011) qui portent leur attention sur les atteintes du lien des personnes SDF ; liens perturbés depuis l'enfance et qui ont des répercussions dans les rapports humains à venir. Dans cette perspective, Vinay *et al.* (2011) s'appuient sur la théorie de l'attachement de Bowlby (1969, 1973, 1980) pour comprendre la perturbation du lien chez les SDF. Vinay *et al.* (2011) ont investigué les styles d'attachement



de 25 personnes SDF. Ils mettent en avant la prégnance des styles d'attachement « insécures » dans leur échantillon. Seuls 28% d'entre eux présentent une sécurité dans leur attachement contre 58 à 66% dans la population générale (Van Ijzendoorn et Kroonenberg, 1988). Par la théorie de l'attachement et les stratégies de relation aux autres, ces auteurs rendent compte de l'isolement social, de l'errance ou encore de la récurrence des passages à l'acte de la population SDF.

### **2.3.5.2. Le lien social des SDF**

Les SDF sont dans une rupture répétitive de leurs liens que ce soit au niveau familial, amical, ou encore avec des professionnels. Souvent extrêmement vulnérables avant même leur mise à la rue, les liens sociaux des SDF se délient d'autant plus par l'action du social (Benhaim, 2005). Si la situation d'exclusion sociale affecte particulièrement le lien social, il est réducteur (et c'est régulièrement le cas) d'assimiler cette situation avec une rupture du lien social qui serait totale (Furtos, 2006). La condition de vie SDF n'est pas dénuée de tout lien. Une distance et des modalités particulières dans la relation avec cette population permettent de renouer un lien pouvant être durable (Furtos, 2008a). De plus, la personne va être intégrée à de nouveaux réseaux et retisser de nouveaux liens avec différentes associations, avec des bénévoles, des travailleurs sociaux et d'autres personnes SDF. En témoignent ces personnes qui assistent, bien que cela soit parfois logistiquement difficile, à l'enterrement d'un autre SDF, d'autres, même si elles ont pu retrouver un logement, continueront à garder contact avec certains bénévoles et certaines associations.

Si les liens sociaux des SDF sont fortement perturbés, ils sont encore au moins partiellement présents (Dambuyant, 2006). Certains SDF vont être intégrés dans des réseaux de pairs qui permettront qu'ils se mettent en place des relations visant essentiellement à mieux supporter la pénibilité de leur situation. Ces réseaux sociaux sont généralement fondés sur des actes les plus basiques, Martin (2011) allant jusqu'à parler de socialisation archaïque dans la rue où la violence et les actes de délinquances sont omniprésents. Chobeaux (1996) et Douville (2012), eux aussi, mettent en avant la persistance des liens chez les SDF, aussi rudimentaires soient-ils. Mais si ces liens ne sont pas inexistants, ils ne sont pas pour autant fondés sur des relations sécurisantes tant ils sont éphémères, interchangeables et teintés de méfiance. Cependant, les SDF se considèrent les uns les autres comme des « gens de la rue », des



« compagnons de galère » et deviennent liés entre eux par cette misère commune. Leur parcours difficile, les nombreuses déceptions et carences que chacun a connus tout au long de sa vie font référence, dans leur discours, à des conduites de soutien et d'entre-aide (Chevalier *et al.*, 2017). Cela advient comme s'ils tentaient de trouver en l'autre personne SDF celle qui pourra combler son manque, eux qui ne peuvent plus compter sur la société. Bien que ne résolvant pas les problèmes des autres SDF, ils peuvent s'y intéresser et y trouver un écho pour leur donner une certaine consistance. Ainsi, contrairement à la société, ils ne laissent pas la personne sans regard porté sur elle et peuvent par la même occasion trouver en l'autre un reflet d'eux même. « Cette galère et ces difficultés qui les relient deviennent une expérience commune à partager représentant de réels enjeux narcissiques, qui leur permet d'entretenir un minimum de relations et de survivre au pire » (Chevalier *et al.*, 2017).

Si les SDF se regroupent fréquemment, ils ne forment certainement pas une unité immuable à travers le temps. Chacun gravite autour de ces groupes ou de ce qu'on pourrait nommer des « petits rassemblements » de personnes SDF plus ou moins autonomes, qui cherchent pour un temps à trouver un réseau de solidarité, de nouveaux « potes » avec qui parler ou simplement rester, « zoner » (Gaboriau, 1993). Ces personnes constituant ces petits groupes sont interchangeables, de passage, ou viennent de façon récurrente à certains moments de la journée. Quoi qu'il en soit, par ces regroupements au sein de la cité, ces personnes paraissent anonymes tant elles se dissimulent dans le groupe. Mathieu (2011) relève que si les SDF recherchent la compagnie de leurs pairs, cela ne se fait pas sans une certaine ambivalence et une certaine retenue. En effet, ayant souvent un lien carencé depuis de nombreuses années, ces personnes sont affectées dans leurs capacités à tel point que recréer un lien à l'autre procure une angoisse liée à la possibilité de le perdre. De plus, la fréquentation des autres SDF renvoie à chacun des images négatives de lui-même qui rendent les jeux d'inter-identifications difficiles.

Anderson (1923) notait déjà au début du siècle dernier que la personne SDF recherchait la compagnie de ses pairs, tout en soulignant la superficialité des groupes qu'ils composent et qui, malgré leur promiscuité, n'entraînent pas forcément de relations intimes ou familiales. Dans cette perspective, Prolongeau (1993) observe que les rapports entre SDF se réduisent à une expression primaire basée sur le vol, l'exploitation et la violence. Cependant, malgré l'anomie et la violence de ces relations, des liens de solidarité émergent, même si ces derniers restent furtifs et éphémères. La galère commune de leur vie peut être partagée, chacun pouvant

apporter ses petites techniques et bricoles permettant d'améliorer la survie dans leur situation SDF. Mathieu (2011) note que ces rassemblements permettent à chacun de se rattacher à un groupe, « les SDF qui boivent de l'alcool », ceux qui ont un chien, etc., et de développer un sentiment d'identité commune (Pichon, 2007). Cependant, malgré des rassemblements de SDF, des galères et difficultés partagées, des comportements et des lieux fréquentés communs, les SDF ne composent pas un groupe structuré. A ce titre, Mathieu (2011), à l'instar d'autres auteurs comme Pichon (2007) ou Prolongeau (1993), refuse de se référer à une sous-culture organisée pour parler de la population SDF dans le sens où elle ne possède pas de fonction structurante en mesure de permettre une cohésion interpersonnelle et des sentiments d'appartenance structurants.



## ***Chapitre 3***

### ***La santé mentale des SDF***

#### **3.1. Déterminants de la santé et déterminants de la précarité**

##### **3.1.1. D'une approche causale à une conception de la vulnérabilité**

###### **3.1.1.1. La causalité individuelle et la causalité structurelle**

Le phénomène SDF et plus particulièrement celui de sa causalité suscite de nombreuses discussions et de nombreux débats qui animent tant le monde politique que celui de la recherche scientifique (Clapham, 2003 ; Yaouancq et Duée, 2014a). Les arguments se regroupent autour de deux grands axes déterminés par les facteurs de causalité individuelle et les facteurs de causalité structurelle. Jacobs, Kemeny et Manzy (1999) mettent en avant les termes de construction minimaliste et de construction maximaliste pour rendre compte de cette dichotomie concernant les causes de la situation SDF. Le premier axe est orienté sur la personne et relie la situation SDF au parcours de vie de l'individu. La vie familiale actuelle et passée, les événements de vie perturbants ou traumatisants, autant que les différentes ruptures sont considérées comme étant à l'origine de l'absence de logement. Cette approche intègre

également les conceptions qui font de la vie à la rue une pathologie individuelle imputée à la personne SDF. La lecture psychiatrique entre pleinement dans cette approche en développant des modèles de l'inadaptation sociale des populations SDF (Gardella, 2003). Selon cette conception, la réponse politique apportée sera fonction du comportement méritant ou non de la personne en situation SDF (Clapham, 2003). La construction maximaliste, quant à elle, va considérer que la cause de la situation SDF est d'ordre structurel, due aux difficultés du marché de l'emploi et du logement, due aux politiques publiques. La privation de logement est la résultante de la combinaison entre la précarité de l'emploi et de la faiblesse de certains revenus avec un marché du logement en crise (Yaouancq et Duée, 2014a). On retrouve ici les lectures sociologiques du phénomène SDF, celles où ces personnes exclues se posent comme les victimes des mécanismes de la société. Limiter la causalité de cette situation aux mécanismes sociologiques assigne à la personne SDF un statut passif d'exclu. Dans cette conception, la réponse politique est de régler directement les dysfonctionnements présents sur les sphères de l'emploi et du logement.

Fitzpatrick, Kemp et Klinker (2000a), dans une revue des travaux britanniques menés entre 1990 et 2000 sur le phénomène SDF, soulignent la tendance du milieu scientifique à pointer l'aspect structurel comme la cause principale de la situation SDF. Bien entendu, le caractère simpliste de cette dichotomie impose à chacun de nuancer ses positions. En effet, aucune distinction nette vis-à-vis de cette dichotomie ne peut être établie tant les interactions entre ces deux éléments sont complexes, de sorte que se retrancher uniquement derrière l'un ou l'autre de ces deux versants apparaît réducteur. C'est pourquoi, l'Insee, dans son enquête de 2012, rend compte de l'origine de la situation SDF en reliant des caractéristiques individuelles avec des déterminants macroéconomiques (Yaouancq et Duée, 2014a).

La Conférence de consensus (2007) souligne que malgré les grandes diversités et complexités des causes responsables de la situation SDF, la mise à la rue des personnes est précédée d'une multitude de ruptures dont la dernière les a précipitées dans leur situation SDF. Elle souligne l'hétérogénéité de la population SDF autant que de leur trajectoire de vie. La mise à la rue de la personne est donc la conséquence d'une multitude de circonstances à la fois individuelles et sociales qui, par leur accumulation et leur combinaison, font que la personne se retrouve SDF à un moment « t » de sa vie. Les déterminants de tout ordre (psychiatrique, médical, sociodémographique, économique, etc.) sont donc à considérer non pas comme des

prédicteurs causals de la situation SDF, mais comme des déterminants qui font que leur présence autant que leur combinaison rendent plus ou moins à risque la situation SDF.

### **3.1.1.2. Les facteurs de risque et la vulnérabilité**

De nombreuses études mettent en avant une série de caractéristiques individuelles ou sociales considérées comme à risque d'entraîner, si ce n'est une situation SDF, au moins un état de précarité (Conférence de consensus, 2007). Nous avons regroupé ces facteurs de risque en quatre catégories que nous développons ci-dessous.

Un certain nombre de facteurs de risque à la situation SDF renvoie à des caractéristiques sociodémographiques (Richer et Meryglod, 2008). Menant leur étude aux Etats Unis, Susser, Moore et Link (1993) notent alors que le fait d'être un homme, d'avoir un niveau d'études peu élevé, d'être d'origine afro-américaine ou encore d'être âgé de moins de 60 ans sont des caractéristiques favorisant le déclenchement de la situation SDF. Ces résultats vont dans le sens des grandes enquêtes françaises (Insee, 2001 et 2012) qui relèvent des proportions plus élevées d'hommes, d'étrangers, ou encore de personnes aux faibles qualifications scolaires et professionnelles.

Un deuxième groupe de facteurs de risque est relatif au parcours de vie de la personne. Dans l'enquête de l'Insee (2012), Yaouancq et Duée (2014a) relèvent qu'une large partie de la population SDF a connu des événements douloureux dans leur environnement familial au cours de leur enfance. Plus de la moitié d'entre eux ont dû faire face au décès d'un parent, à un grave problème de santé ou encore à un handicap, ce qui représente une proportion trois fois plus importante que dans la population générale. Ils sont 40% à avoir vécu durant leur enfance des conflits parentaux ou une séparation, contre 14% dans la population générale. Quinze pourcents ont été placés dans une famille d'accueil ou dans une institution de l'aide sociale à l'enfance alors que cette proportion retombe à 2% pour le reste de la population. Leur vie a été jalonnée de graves problèmes de santé d'ordre physique ou psychiatrique (environ 20%), de problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogue dans leur environnement familial (23%) et de toutes sortes d'événements douloureux comme décrits précédemment. De nombreux auteurs mettent en avant les effets délétères des carences précoces vécues par la population SDF (Furtos, 2000b ; Schitz, Ciccarello, Ricci-Boyer et Schitz, 2014 ; Shelton, Taylor, Bonner et

Van Den Bree, 2009). Durant leur enfance, ces personnes ont souvent évolué dans un environnement familial instable (Schweitzer, Hier et Terry, 1994). Leur parcours de vie est jalonné de ruptures, de maltraitances et d'autres négligences affectives, morales ou physiques (Martijn et Sharpe, 2000). A ces négligences s'ajoutent de nombreuses situations où la personne encore enfant a dû faire face au décès ou au départ d'un membre de sa famille. Ces défaillances parentales et ces carences affectives font que beaucoup de SDF présentent des troubles de l'attachement (Vinay *et al.*, 2011). A la récurrence des mauvais traitements tant physiques que moraux subis par les sujets SDF depuis leur plus jeune âge, s'ajoutent des contextes de précarité familiale, d'alcoolisation des parents, et des manquements aussi bien au niveau du soutien que du cadre et des limites nécessaires au bon développement de l'enfant (Dambuyant-Wargny, 2006). La précocité des carences vécues par les SDF, les défaillances de leur environnement familial ou encore leur parcours institutionnel perturbent les processus de socialisation (Dubar, 1991) qui permettent l'acquisition d'un statut et de valeurs sociales autant qu'une bonne intégration au sein de la société. De nombreuses études mettent donc en avant que ces évènements et ces difficultés existentielles vécues accentuent la vulnérabilité de la personne, de sorte qu'ils amplifient le risque de devenir SDF.

Les consommations abusives de drogue ou d'alcool apparaissent comme d'autres facteurs de risque à la situation SDF (Caton *et al.*, 2005 ; Fitzpatrick *et al.*, 2000a ; Rew, Taylor-Seehafer, Thomas, et Yockey, 2001 ; Richer et Meryglod, 2008 ; Shelton *et al.*, 2009). Il en est de même du rôle déterminant de la psychopathologie et de la maladie mentale ou physique dans le déclenchement de la situation SDF (Caton *et al.*, 2005 ; Rew *et al.*, 2001 ; Richer et Meryglod, 2008). Ces accidents relatifs à la santé de l'individu fragilisent ses capacités d'adaptation sociale et le rendent plus vulnérable au basculement dans l'exclusion et la précarité (Conférence de consensus, 2007).

Les ruptures familiales-conjugales entraînent un état de vulnérabilité chez la personne et un risque conséquent d'exclusion (Clapham, 2003 ; Fitzpatrick *et al.*, 2000a). Il peut s'en suivre un appauvrissement, un isolement et une baisse de la sociabilité. Ces évènements perturbent des sécurités sociales comme l'emploi et la famille qui permettent une socialisation, une protection et du soutien. A ce titre, le manque de soutien social et la perte des différents réseaux sociaux (travail, famille, amis) apparaissent comme des facteurs de risque de la situation SDF (Bhui, Shanahan et Harding, 2006 ; Fitzpatrick *et al.* 2000a). Favorisant le repli sur soi, la personne aura des difficultés à solliciter tant son entourage que les dispositifs en

mesure de lui procurer une aide (Rainhorn et Gremy, 1998). A ces ruptures sociales et familiales, de nombreux auteurs (Conférence de consensus, 2007 ; Raleigh-Duroff, 2004) ; Rew *et al.*, 2001) pointent les accidents de la vie (vie familiale, conjugale, sociale et personnelle) et tout autre évènement à potentiel traumatique tels que les décès, les maltraitements d'ordre moral, physique ou encore sexuel, comme favorisant le risque de devenir SDF.

### **3.1.1.3. Pour conclure**

La mise en avant de ces déterminants questionne à nouveau le problème de la causalité dans la compréhension du phénomène SDF. Certains nourrissent l'approche individuelle de la compréhension du phénomène SDF quand d'autres donnent davantage de teneur à une approche axée sur le social.

D'un côté, on peut faire référence à un courant psychologique qui, à l'extrême, tend à considérer que le processus de clochardisation ne peut apparaître que chez des personnes qui ont un aménagement psychique spécifique depuis toujours (Declerck, 2001). Ces individus n'auraient alors jamais connu de fonctionnements relationnels et sociaux normaux, de sorte qu'un mouvement de désocialisation, d'abord latent, serait en place depuis leur enfance. Vinay *et al.* (2011) quant à eux, ont mis en avant dans leur étude le rôle de la problématique de l'attachement dans la situation SDF. Des types d'attachements insécures sont des facteurs qui favorisent la situation SDF et le maintien de la personne dans cette situation. L'approche psychologique de la question SDF a ainsi, par son épistémologie, parfois tendance à centrer son analyse sur l'individu coupé de son contexte. Dans cette orientation, les explications apportées par les tenants de ces approches réduiront les phénomènes SDF à des affections psychiques. En témoigne par exemple l'existence d'un masochisme moral (Freud, 1924) chez ces individus qui échoueraient socialement par un besoin d'autopunition. Ici l'automatisme de la répétition est plus fort que le principe de plaisir. D'autres auteurs pourront y voir une désorganisation des conduites, une inaptitude à établir des relations avec autrui ou encore une impossible stabilité affective menant au vagabondage ou à l'errance.

Au niveau structurel, les causes de la mise à la rue sont également multiples (Conférence de consensus, 2007). La perte du domicile peut être liée au marché du logement, aux politiques tout comme à des aspects législatifs. La question de l'emploi se doit d'être soulevée et mise en



lien avec les qualifications de la personne, la précarité de l'emploi ou encore les règles d'indemnisation du chômage. La mise à la rue de la personne interroge aussi les différentes sorties d'institution qui produisent des ruptures, telles que les sorties d'hôpital, de prison, des structures de l'aide sociale à l'enfance, etc.

Fitzpatrick *et al.* (2000a) notent que les recherches qui axent leurs investigations sur la part individuelle de l'itinérance identifient certaines caractéristiques permettant de mettre en avant des facteurs de risque qui précipitent la situation SDF, qui la maintiennent ou qui la renforcent. La difficulté à laquelle se confrontent ces études est de déterminer et de distinguer ce qui est la cause de la situation SDF et ce qui en est la conséquence. En effet, si certains facteurs apparaissent comme des prédictors de la situation SDF, ils sont généralement exacerbés par celle-ci. Ce sont tous ces risques à la fois individuels et sociaux qui vont se cumuler, se lier entre eux et se renforcer pour mener la personne vers la grande précarité (Mercuel, 2012). Dambuyant-Wargny (2006) conceptualise ce qui peut déclencher la « chute » dans la situation SDF en mettant en avant quatre types de dysfonctionnements. Les dysfonctionnements économiques (liés au travail), relationnels (liés à la vie sociale, conjugale, familiale), vis-à-vis du logement (perte de logement) et enfin ceux liés à la santé de personne. C'est généralement l'accumulation de ces dysfonctionnements qui va précipiter la situation SDF de la personne.

### **3.1.2. La santé et la précarité**

#### **3.1.2.1. Le caractère pluridimensionnel de la santé**

Dans son préambule de 1946<sup>47</sup>, l'OMS définit la santé comme un état de bien être à la fois physique, mental et social. Elle ne peut plus se réduire à l'absence de maladie ou d'infirmité comme il était d'usage de la définir avant la Seconde Guerre Mondiale. Allant au-delà du spectre physique, cette définition de la santé permet une ouverture aux dimensions mentales et sociales. Si la notion de bien être sollicite la part subjective de la personne, cette définition reste statique et ne permet pas de pas de considérer les déterminants de la santé tels que

---

<sup>47</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. *Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2*

l'environnement, les conditions de vie, les relations sociales, etc. La charte d'Ottawa prend en compte les limites de la précédente définition de la santé, notamment en ce qui concerne son caractère statique, pour en proposer une définition en 1986 qui repose sur un concept positif de la santé. La bonne santé est alors en lien avec le fait d'être en mesure de satisfaire tant ses besoins que ses ambitions et de pouvoir évoluer de façon adaptée dans son environnement (Kovess-Masféty, 2001). La santé n'est plus perçue comme le but de la vie mais comme une ressource de la vie quotidienne. Les ressources vont concerner les sphères sociales et personnelles et vont servir un état de bien être complet de l'individu. Dans cette perspective, un certain nombre de conditions sont nécessaires pour favoriser la santé. C'est ainsi que sont intégrés les différents déterminants de la santé tels que le logement, la stabilité de l'environnement, l'accès aux droits, un certain niveau de revenus ou encore les relations sociales. En ce sens, la problématique de la santé est indissociable de celle de la précarité. Cette dimension de la santé relative à la condition de vie de la personne est un des points centraux permettant d'étudier les liens entre santé et environnement (Rainhorn et Gremy, 1998).

Reprenant ces définitions de la santé, Durif-Bruckert (2008) les met en relief avec le socle qui fonde l'identité dans ses composantes à la fois sociales et individuelles. Dans cette perspective, la bonne santé nécessite pour la personne de disposer des conditions psychologiques et sociales permettant de bénéficier des standards et des objets partagés par l'ensemble de la société. La santé doit donc être appréhendée dans une conception complexe qui intègre le social et l'individuel ; l'intégration de la personne dans la communauté et sa participation étant des conditions à pouvoir exister, à s'accomplir en tant que sujet dans une société. Kovess-Masféty (2001) note que si des définitions de la santé mentale divergent, certains points font consensus sur la base du modèle bio-psycho-social. Ce modèle considère donc la santé mentale en fonction de trois dimensions. L'une de ces dimensions est biologique, la deuxième est psychologique et intègre les composantes affectives, cognitives et relationnelles, tandis que la troisième est d'ordre social et renvoie aux rapports qu'entretient l'individu avec son environnement et sa culture.

### **3.1.2.2. La mauvaise santé des précaires**

Le « *black report* », rapport gouvernemental, a vu le jour au Royaume Unis en 1980 (Black, Morris, Smith et Townsend, 1980). Opérant des catégorisations entre différentes classes

sociales, ces auteurs mettent en avant un taux de mortalité supérieur chez les travailleurs non-qualifiés par rapport aux autres classes sociales plus favorisées. Les causes de cette mortalité sont multiples et comprennent de plus grandes prévalences de maladies variées telles que les cancers et les maladies cardio-vasculaires. Ces mêmes constats se retrouvent lorsqu'ils opèrent des distinctions de statuts en fonction du logement ; ici une catégorisation entre les propriétaires, les locataires et ceux qui sont en logements sociaux. Ce rapport met donc en avant un gradient entre les personnes les plus aisées et celles qui sont les plus défavorisées, écart qui par ailleurs augmente au cours des années, où les personnes les plus défavorisées sont les plus à risque en ce qui concerne la santé. Reprenant les données du « *black report* », émerge le « *health divide report* » (Townsend, Davidson et Whitehead, 1988) qui met en avant les mêmes tendances mais de façon plus précises et plus significatives. Etendus aux chômeurs, les résultats mettent en évidence les dégradations de santé dues à l'absence d'emploi. Notons que ces mêmes travaux ont été reconduits en 1995 et montrent des tendances similaires (Benzeval, Judge et Whitehead, 1995). Ces recherches ont permis de déterminer un gradient de mortalité en fonction des statuts sociaux de la population. Bien sûr, ce statut social et la place du sujet dans la société sont liés à d'autres caractéristiques telles que l'image de soi, la satisfaction au travail, l'accomplissement de ses désirs, mais montre bien qu'ils sont des déterminants majeurs de la santé de l'individu.

Si la situation aux Etats Unis a de particulier que le taux de chômage est plus faible que dans les pays européens, l'absence de couverture sociale est un élément important de précarité. Une forte proportion de personnes vit sous le seuil de pauvreté (11% en 1998) (Rainhorn et Gremy, 1998). Dans ces conditions, une personne pauvre voit son accès aux dispositifs sociaux ou médicaux fortement diminué. Il s'en suit une dégradation de la personne à la fois sur le plan social et sanitaire. Cette forte précarité peut s'illustrer, à titre indicatif, par le fait que dans les années 1990, 7,4% de la population des Etats Unis ont connu une situation SDF au cours de leur vie (Link, Susser, Stueve, Phelan, Moore et Struening, 1994). Breakey (1997) met en avant dans son étude la surmorbidity des maladies et la plus grande fréquence de la souffrance, des consommations de produits toxiques et de conduites à risque chez les personnes aux conditions sociales défavorisées.

A l'instar des autres pays occidentaux, le Québec et plus largement le Canada, doit faire face à une augmentation de la précarité depuis les années 1980. Ici aussi, des études mettent en avant les liens étroits entre la santé et la précarité, et notamment la plus forte mortalité et le plus

grand risque de développer une maladie physique ou psychique dans les quartiers défavorisés (Colin et Moffet, 1995). Son système de protection sociale, assez semblable au notre, rend la comparaison avec la France intéressante.

Ce rapide détour par les pays qui disposent de données chiffrées sur la santé de leur population en fonction de leur niveau de pauvreté montre une même tendance qui est que plus la personne est pauvre, plus elle est en proie de développer une maladie et de mourir jeune. Ce constat donne d'autant plus de teneur à l'hypothèse que la précarité est un déterminant de taille de la santé de la population.

De manière globale, la situation de précarité a de nombreux effets délétères pour la santé de la personne. Les personnes SDF, qui sont dans un état de grande précarité, ont un taux de mortalité très élevé, 9 fois plus important que dans la population générale (Roy, Boivin, Haley et Lemire, 1998). Cette population souffre d'un éventail de problèmes médicaux très large (Acorn, 1993 ; Roy *et al.*, 1998). Les nombreuses atteintes somatiques et psychiques de la population SDF soulèvent une problématique de taille en santé publique (Dambuyant-Wargny, 2006 ; Hwang, 2001). Aux pathologies psychiatriques massivement rencontrées s'ajoutent de multiples autres formes d'atteintes. En premier lieu, notons les nombreuses affections médicales que présentent la population SDF, les plus répandues étant les maladies pulmonaires obstructives chroniques, l'arthrite et autres troubles musculo-squelettiques (Crowe et Hardill, 1993), et les problèmes de santé bucco-dentaire (Pizem, Massicotte, Vincent et Barolet, 1994). A cela s'ajoutent la récurrence des maladies de peau, la gale, les infections telles que la tuberculose ou le sida. Sont également très fréquentes les consommations de substances à risques (alcool, drogue, tabac) et un mode de vie qui favorise d'importantes carences de sommeil et alimentaires. Sur le plan physique et médical, ces différentes affections sont renforcées par la condition même de la situation SDF. L'état de précarité et tout ce qui l'accompagnent, à savoir la pauvreté, les problèmes d'accès aux soins et de non observance des traitements, les troubles cognitifs et la condition même de vie SDF, vont être des facteurs aggravant les problèmes de santé de la personne (Wood, 1992). Ces diverses affections sont d'ailleurs souvent minimisées par les personnes SDF qui les mettent au second plan ; ces dernières apparaissant mineures car camouflées par la dureté de leur condition de vie et de la souffrance morale qu'elle engendre. Les SDF se rendent généralement à l'hôpital en urgence, lorsque leur état de santé s'est dangereusement dégradé et que la souffrance devient insupportable. Ils rencontrent de nombreux obstacles dans leur accès aux soins. Soit ils ne

disposent pas d'assurance maladie (pour les pays ne proposant pas de couverture maladie universelle), soit ils n'en ont pas la preuve (Stark, 1992). L'absence des nombreux documents permettant d'accéder aux droits et de se faire soigner est récurrente chez les SDF, la conservation de ces documents étant difficile en vivant à la rue et la mise à jour de ces derniers étant loin d'être une priorité pour eux dans leur situation SDF. La condition de vie induit par la situation SDF complique en elle-même l'accès aux soins de la personne SDF (Plumb, 2000). En effet, elle est contrainte d'être dans une lutte de tous les moments pour trouver de la nourriture, des vêtements et un abri sûr. Ses problèmes de santé passent au second plan. S'en charger reviendrait à dépasser des difficultés supplémentaires notamment par la complexité des démarches de soin et par la fragmentation des différents dispositifs.

### **3.1.2.3. Les liens entre santé et précarité**

#### **3.1.2.3.1. Une vulnérabilité accrue chez les précaires**

Rainhorn et Gremy (1998) mettent en avant l'état de vulnérabilité durable que provoque la situation de précarité. Si la précarité est une situation délimitée dans le temps, situation à laquelle le sujet peut s'extraire, elle laisse des traces durables qui vont impacter la santé de l'individu. Ces auteurs comprennent la santé en termes de « capital », des corrélations pouvant alors être observées entre les différents événements de vie et la santé ultérieure de la personne. Ils rappellent que les composantes de la précarité sont la fragilité sociale et l'instabilité. Ces composantes doivent être considérées dans le temps, de sorte que c'est bien la durée de cet état de précarité qui conditionnera son impact sur la personne. Intimement liées aux dysfonctionnements de la société, ce sont les accumulations de ces instabilités et de ces insécurités qui, dans le temps, fragilisent à différents degrés la personne. A l'instar des enquêtes qui mettent en avant l'influence de la précarité sur la santé de la personne (Lazarus et Strohl, 1995 ; Robichaud, Guay, Colin et Pathier, 1994), celle de Joubert (2001) s'intéresse à ses impacts de façon plus générale sur les souffrances de la vie quotidienne de l'individu. Si les personnes en situation de précarité ne se considèrent généralement pas comme malades, elles font état d'un mal être et présentent de grosses difficultés à gérer les contraintes de leur quotidien. A cela s'ajoutent des dégradations de leurs relations sociales et familiales. Ces affections mettent à mal les cadres sociaux d'une vie qui serait pleinement assumée ainsi que

les bases, les repères fondamentaux et les ressources dont disposent l'individu précaire, de sorte que son image et l'estime qu'il a de lui s'en trouvent perturbées.

Joubert (2001) considère la précarisation comme un processus d'usure pouvant aller jusqu'à la rupture des supports, des ressources et des repères de l'individu en situation de précarité. Cette usure entraîne une dissolution des principes organisateurs de la vie de la personne qui va affecter de nombreuses composantes identitaires et épuiser la personne jusqu'à la mettre en difficulté dans les actes les plus élémentaires de la gestion de sa vie quotidienne. En situation de précarité avancée chez les SDF, ces personnes doivent supporter des conditions de vie difficiles alors que leurs ressources ont été épuisées et que ce qui pourrait servir de supports extérieurs venant de l'environnement sont eux-mêmes marqués par la précarité. Cette précarisation et l'usure des différents supports ont des conséquences néfastes pour la santé de l'individu concerné. Notons que les sphères sociales et relationnelles affectées par la situation de précarité favorisent les problèmes de santé mentale, notamment en ce qui concerne le soutien social (Briançon, Baumann, Féard, Blanchard, Mullot et Jolly, 1988 ; Gore, 1978).

#### 3.1.2.3.2. L'impact de la précarité sur la santé

Se multipliant au cours du 20<sup>ème</sup> siècle, les études qui portent sur les liens entre la précarité et la santé ont comme prémices celles qui ont questionné les impacts du chômage sur la personne. L'étude de Lazarsfeld, Jahoda et Zeisel (1932) apparaît comme pionnière dans ce domaine. S'intéressant aux effets du chômage chez les individus qui en sont touchés, ces auteurs ont mené leur étude au sein d'un village autrichien ayant connu une fermeture d'usine qui employait les membres de cette commune. Ils observent ainsi une paupérisation progressive, une perte des repères temporels, une résignation, de l'apathie et une augmentation du désespoir chez les chômeurs. Les nombreuses études qui ont suivi tendent à montrer l'impact néfaste du chômage sur le bien-être physique et psychologique de la personne (Hanish, 1999 ; McKee-Ryan, Song, Wanberg et Kinicki, 2005 ; Roques, 2004a et 2004b). En comparaison à la population salariée, les chômeurs ont un niveau plus élevé de détresse psychologique (Henwood et Miles, 1987) et un niveau plus élevé de dépression (Dooley, Catalano et Wilson, 1994). Maintenant reconnu comme une variable de la psychologie de la santé, le postulat, qui faisait du chômage une situation irréversiblement dégradante, a changé depuis les années 1980 (Cazals-Ferré et Llorca, 2004). De Gaulejac et Taboada-Leonetti (1994) émettent l'idée que la

personne, bien que subissant dans une certaine mesure la situation de chômage, reste active et acteur de sa vie et de ce qui lui arrive. Si la situation de chômage est considérée comme un évènement potentiellement source de stress, chaque individu y réagit différemment en fonction de ses stratégies de *coping*.

Les études mettant en avant l'impact de la précarité sur la santé de l'individu se sont multipliées (Joubert, 2001 ; Kovess-Masfety, 2001 ; La Rosa, 1998). Il est maintenant mis en avant de façon consensuelle que la situation de précarité vulnérabilise l'individu au niveau psychologique sur plusieurs plans (Cazals-Ferré et Llorca, 2004 ; Parquet, 2003). Au niveau affectif, on constate que la situation de précarité affecte le bien-être de la personne, sa santé mentale et son estime de soi. Sur le plan cognitif, on observe une atteinte des capacités mnésiques avec une diminution des projets et sur le plan comportemental, une augmentation des conduites addictives. La situation d'exclusion place l'individu dans une condition difficile tant du point de vue social et matériel que psychologique. L'impact de cette situation est néfaste sur bien des aspects de la santé de l'individu. L'augmentation de l'anxiété, de la dépression, et plus généralement, d'un ensemble large de la nosographie psychiatrique sont pour une part les conséquences de la situation de précarité. Bien que le lien causal puisse se poser entre l'état d'exclusion et la maladie mentale, les mécanismes restent complexes et les déterminants à la fois individuels et sociaux se conjuguent.

Dans un souci de synthèse, Kovess-Masféty (2001) propose un cadre conceptuel des différents déterminants agissant sur la santé mentale de la personne. Ce modèle regroupe différentes catégories de déterminants qui influent sur la santé mentale, certaines ayant une influence réciproque avec la précarité. Cette auteure identifie ainsi des caractéristiques individuelles (éducation, évènements et parcours de vie, personnalité, âge, genre, etc.), des caractéristiques liées à l'environnement de la personne (habitat, pauvreté, etc.), le contexte familial et social de l'individu (absence/présence de logement, qualité des liens sociaux, etc.) et enfin la catégorie sociale et socio professionnelle de l'individu, autant d'éléments qui déterminent un certain degré de précarité pour la personne. Ces caractéristiques influencent ou co-influencent plus ou moins directement la santé mentale de l'individu. On relève alors certaines habitudes de la vie et certains comportements comme l'alcoolisme, le tabagisme, et également la fréquence du recours aux soins de la personne comme déterminants de son état de santé.



La multiplication des études s'intéressant aux liens existants entre la précarité et la santé a donc permis de mettre en avant un certain nombre de facteurs qui déterminent l'état de santé de la personne. A ceux présentés précédemment, ajoutons le poids que prennent la maladie mentale, les abus de substances et la présence de comorbidités psychiatriques dans ce lien entre la précarité et la santé (Kovess-Masféty, 2001). Les caractères stressants, difficiles et/ou indésirables des événements de vie prennent également toute leur importance, de sorte qu'on les retrouve plus fréquemment chez les gens pauvres ou en état de précarité (Dohrenwend, 1973 ; Myers, Lindenthal et Pepper, 1974). Le soutien social est lui aussi intimement lié à la santé mentale de la personne (Kovess-Masféty, 2001). Toutefois, et comme pour bien d'autres déterminants, il est difficile de savoir si c'est le soutien social qui est protecteur ou si c'est la vulnérabilité de la personne qui introduira des difficultés dans la mobilisation du réseau social dans le but d'obtenir du soutien. La violence souvent présente dans les situations de précarité, et encore plus dans le milieu SDF, est aussi un déterminant de santé (Moore *et al.*, 2007). Le manque de sécurité et de sûreté des situations de précarité conduit à un avenir chaotique. Les violences, les vols, les attaques ou encore la vie en collectivité sont alors néfastes pour la santé de l'individu et favorisent les troubles anxieux et l'apparition de troubles de stress post-traumatiques. Les troubles cognitifs sont eux aussi un déterminant de taille (Moore *et al.* 2007) tant ils malmènent les capacités de la personne à percevoir, conceptualiser et résoudre des problèmes, autant qu'à prendre les bonnes décisions face aux questions complexes de la santé et de la vie quotidienne. Les difficultés souvent observées chez les SDF dans l'établissement de leurs objectifs, dans leur prise de décisions et dans l'organisation des priorités de leurs tâches, vont compliquer leur accès aux soins et leur inscription dans des dispositifs d'insertion sociale (Solliday-McRoy, Campbell, Melchert, Young et Cisler, 2004). Massivement retrouvées au sein des populations précaires (Moore *et al.*, 2007), les maladies chroniques sont considérées pour une large part comme les conséquences de leurs mauvaises conditions de vie en ce qui concerne tant l'alimentation, les conditions de logement, le sommeil, que le stress généré par leur mode de vie (Krieger et Higgins, 2002).

La multitude des études portant sur la santé des personnes précaires montre qu'elle subit l'impact de nombreux facteurs déterminants (Rainhorn et Gremy, 1998). Si la diversité des déterminants et les liens étroits qu'ils entretiennent entre eux rendent difficile l'analyse du poids de chacun sur la santé, la large catégorie des déterminants socio-économiques a un impact considérable sur la santé. A ces déterminants sociaux et économiques sont reliés différentes conduites et différents modes de vie, relatifs à l'environnement social, à la consommation de



substances psychoactives ou encore à l'alimentation, qui seront considérés comme des facteurs de risque pour la santé de la personne. A cela s'ajoute un grand nombre de facteurs difficilement spécifiés tels que le degré d'autonomie de la personne, la valorisation qu'elle ressent dans son travail ou encore l'estime de soi, autant d'éléments significativement liés à la potentielle dégradation de son état de santé. Une seconde grande entité impactant l'état de santé regroupe des déterminants individuels de différentes sortes (Rainhorn et Gremy, 1998). On relève ainsi les facteurs psychologiques ou individuels, tels que les événements vécus, en considérant leur caractère stressant et la façon dont la personne a pu y faire face au cours de sa vie, la qualité des réseaux de soutien et des liens sociaux dont bénéficie la personne, ou encore la satisfaction subjective de sa vie. Globalement, de l'histoire de la personne résulte des vulnérabilités individuelles qui détermineront dans une certaine mesure son état de santé et ses risques de décompensation (Rainhorn et Gremy, 1998 ; Schitz *et al.*, 2014).

#### 3.1.2.3.3. L'impact de la santé sur la précarité

Si nous avons vu que la situation de précarité est néfaste pour la personne au niveau de sa santé, les troubles psychiques sont également à considérer comme des facteurs favorisant l'exclusion. La surmorbidity des troubles psychiatriques observée au sein de la population SDF, à défaut d'étude longitudinale mettant en avant son caractère causal dans la mise à la rue de la personne, montre bien qu'elle est un facteur d'exclusion et de maintien dans la situation de grande précarité.

Les surmorbidity psychiatriques observées dans les études épidémiologiques montrent des prévalences de troubles psychiatriques ou de maladies chroniques qui oscillent entre 25% et 50% chez les SDF dans les pays du Royaume-Uni, des États-Unis et de l'Australie (Scott, 1993). La multiplicité des études épidémiologiques fait de la maladie mentale un facteur de risque de devenir SDF (Moore *et al.*, 2007). Il en est de même de la toxicomanie et de l'alcoolisme qui, s'ils se trouvent amplifiés par la situation de précarité, sont souvent des éléments déclencheurs de la mise à la rue de la personne SDF. Que ce soit la maladie mentale ou les troubles liés à l'usage d'une substance, ils ont un impact sur la précarité et ses déterminants. La maladie mentale isole la personne au niveau du réseau familial, amical et professionnel. Il en est de même de la toxicomanie qui intègre la personne dans des réseaux et des conduites potentiellement excluantes, comme le fait de se prostituer, de dealer, ou encore

de fréquenter d'autres toxicomanes afin de se procurer sa drogue. A cet isolement social accentué, s'ajoute la complexité des prises en charge sociales qui nécessitent de composer avec les difficultés que provoque la symptomatologie des pathologies rencontrées. Les troubles psychiatriques et les grandes entités psychopathologiques ont un caractère social invalidant que ce soit sur des aspects relationnels, économiques, sociaux et professionnels (Parquet, 2003). Les difficultés sociales peuvent en ce sens être considérées comme les symptômes de la maladie mentale. A la précarité exacerbée par un mauvais état de santé, s'accompagne l'insécurité physique accrue par la maladie mentale (Girard *et al.*, 2010). Maniglio (2009) met alors en avant dans son étude que la maladie mentale accentue le risque pour la personne SDF d'être victime d'une agression.

#### 3.1.2.3.4. Des renforcements mutuels

Joubert (2005) souligne que la précarisation et les différentes usures qui en découlent ont été identifiées à propos de nombreux aspects individuels tels que l'estime de soi, la dépression, les difficultés d'adaptation, les perturbations des relations sociales ou encore les conduites addictives (Kovess-Masféty, 2001 ; Toussignant et Harris, 2001). Si ces conséquences mises en avant sont d'ordre individuel, elles doivent être considérées dans un rapport complexe entre l'individu et le social. En effet, la destruction des ressources sociales est bien un processus collectif qui fragilise l'individu et le rend vulnérable. En ce sens, la vulnérabilité sort de la sphère uniquement individuelle de sorte qu'on ne peut plus imputer la responsabilité des difficultés uniquement à la personne tant elles doivent être considérées dans une logique de production sociale. La fragilité individuelle va donc exacerber les risques pour le sujet de présenter différentes formes de perturbations, voire de développer une pathologie mentale.

#### **3.1.2.4. L'importance de l'ajustement entre l'individu et l'environnement**

Précarité et santé sont difficilement dissociables. Mettre en avant des critères objectifs caractéristiques de la précarité ou de la santé s'avère délicat. En ce sens, la situation de précarité ne peut pas se réduire à d'unique critères socio-économiques. On se doit de prendre en compte la part subjective de l'individu dans sa situation de précarité pour comprendre ses conséquences

sur le plan de la santé (Fieulaine, Apostolidis et Olivetto, 2006). Par exemple le statut de la classe sociale dite défavorisée peut être un indicateur de précarité mais en fonction du sentiment d'appartenance de la personne à ce groupe social, l'influence de cet indicateur de précarité sur la santé de la personne sera variable. Aussi, il est nécessaire de prendre en compte le poids des variables psychologiques tant dans le rôle de protection que de vulnérabilité face aux situations de précarité. Il convient donc d'appréhender et d'analyser les stratégies d'ajustement et de *coping* des individus face à une situation de précarité pour en apprécier les potentielles conséquences néfastes sur le plan de la santé.

Les personnes en situation de précarité présentent un plus large éventail de facteurs de risques. Elles ont généralement vécu un grand nombre d'évènements fragilisants depuis leur enfance et sont confrontées à davantage d'évènements négatifs et stressants au quotidien. L'absence d'emploi souvent associée aux situations de précarité expose l'individu à un stress important telles que les difficultés financières, la dévalorisation, la perte d'estime de soi. Si ces éléments vont être à risque d'entraîner des problèmes de santé, ils n'entraînent pas systématiquement un effet directement causal. Il est donc important de ne pas considérer un facteur de risque comme impactant directement la santé de la personne. Ainsi, ce n'est pas parce que faire partie d'une classe sociale dite défavorisée est fortement corrélé avec la détresse psychique que le lien est direct. Il est alors nécessaire de considérer les variables d'ajustement de la personne face à une situation de stress. C'est ici que la vulnérabilité individuelle ou sociale qui, en restreignant les possibilités d'ajustement de la personne, risque de favoriser les effets délétères sur la santé des évènements stressants. On constate ainsi que les personnes précaires qui ont une biographie qualifiée de défavorable ont tendance à adopter des conduites et des stratégies d'ajustement inadaptées et dysfonctionnelles (Kovess-Masféty, 2001 ; Schitz *et al.*, 2014). Ces personnes précaires mettent alors généralement en place des mécanismes de défenses inefficaces ou inopérants face à une situation stressante. Le déni ou la résignation sont souvent préférés aux tentatives de maîtrise de la situation. Si l'utilisation de ces mécanismes est adéquate au vu de leur impossibilité de contrôler la situation stressante, ces individus courent le risque d'être entraînés dans un cercle vicieux et de se trouver débordés par tous les évènements stressants (Pearlin et Schooler, 1978).

Fieulaine *et al.* (2006) soulignent l'intérêt de la perspective temporelle dans l'ajustement de la personne confrontée à une situation déstabilisante. En situation de précarité, le rapport au temps de la personne va avoir toute son importance dans l'appréciation de son vécu et dans sa

manière de réagir face à son environnement (Singh-Manoux et Marmot, 2005). Lewin (1942) définit la perspective temporelle comme l'ensemble des points de vue de la personne à un moment donné tant sur son passé que sur son avenir. Elle aura son rôle dans les ajustements que la personne fera face aux conditions de son existence et aux événements qui se présenteront à elle au cours de sa vie. En ce sens, cette perspective temporelle conditionne dans une certaine mesure le rapport qu'entretiennent les SDF vis à vis de leur insertion ou de leur désinsertion sociale (Epel, Bandura et Zimbardo, 1999). La situation de précarité met l'individu dans un état d'incertitude quant à son avenir et rend ses possibilités d'anticipation diminuées (Billiard, Debordeaux et Lurol, 2000). Cette variable temporelle apparaît associée à la dépression, l'anxiété, et d'une façon plus globale, aux souffrances d'ordre psychologique (Zimbardo et Boyd, 1999). La perspective temporelle est donc un facteur pouvant prendre un rôle autant préventif que pivot dans la réduction des impacts de la situation de précarité sur la santé de la personne concernée.

Le concept de résilience rend compte des capacités de l'individu à faire face et à surmonter des événements déstructurants, stressants, tout en continuant son existence. Certains facteurs dits de « risque » ou de « protection » favorisent ou non les possibilités d'adaptation de la personne en proie à une situation perturbante (Guedeney, 1998 ; Ionescu et Jourdan-Ionescu, 2006). Ici aussi, la perspective temporelle prend toute son importance au vu du caractère pouvant être durable ou à l'inverse occasionnel de certains de ces facteurs (Bronfenbrenner, 1979 ; Garbarino, 1990). Un grand nombre d'études a permis d'identifier différents facteurs contribuant à la résilience de la personne (Ionescu, 2011 ; Luthar et Zigler, 1991 ; Manciaux, 1998 ; Rutter, 1987). Garnezy (1991) les regroupe en trois grandes catégories. Il distingue ceux relatifs à la sphère individuelle, ceux relatifs à la sphère familiale et ceux appartenant à la sphère extra-familiale. Bien entendu, il est important de garder à l'esprit que ces facteurs ne sont ni figés ni strictement déterminants d'une bonne résilience, tant ils sont en interaction complexe avec l'environnement. A ce titre, Vinay, Esparbès-Pistre et Tap (2000) considèrent que la gestion des ressources, la flexibilité adaptative de la personne autant que la transaction entre le sujet et l'environnement influencent les possibilités de l'individu à surmonter des situations et des événements perturbants.

### 3.1.3. Pour conclure

Les rapports entre la santé et la précarité sont complexes. Les interactions sont multiples et vont se mêler entre des caractéristiques à la fois d'ordre social et individuel, certaines étant plus objectivables que d'autres, comme le vécu de certains événements par l'individu, apparaissent davantage subjectives (Rainhorn et Gremy, 1998). Il est à noter que déjà très précocement, un environnement précaire dans le milieu familial de l'individu perturbe ses rapports au temps social, ainsi qu'aux normes et références de la société. Les précarités et les problèmes de santé futurs vont amplifier les difficultés passées de l'individu et rendre ses capacités à faire face aux exigences de la société encore plus difficiles. Ainsi, les différentes carences et précarités vécues durant l'enfance seront réactivées par les expériences éprouvées à l'âge adulte. Ces interactions sont à considérer dans le temps, tant certaines pourront avoir un impact dans l'après coup ou exposer l'individu à d'autres déterminants ou d'autres conduites à risque. Dans cette perspective, il semble préférable de situer l'action davantage sur la prévention que sur le renforcement des dispositifs traitant des conséquences de ces interactions entre la précarité et la santé. Il paraît donc nécessaire d'adapter les dispositifs de santé aux populations précaires et de mettre en place, au vu de la prégnance des déterminants de santé et de précarité, une véritable politique de réduction des risques ayant une visée de prévention.

Si nous avons vu que les personnes en état de précarité cumulent un nombre important de facteurs de risque qui vont favoriser leur vulnérabilité et la dégradation de leur état de santé, tous ces éléments sont à considérer dans un contexte évolutif. En effet, la paupérisation progressive de la société conduit à ce qu'une grande diversité de la population se retrouve touchée par la précarité ou susceptible de l'être un jour. Autrefois davantage structurelles, les inégalités sont maintenant plus dynamiques et changeantes au cours du temps, ce qui rend d'autant plus difficile la mise en place de dispositifs opérants (Rainhorn et Gremy, 1998).

Les notions de précarité et de santé entretiennent des liens étroits. Si l'une ne peut pas être considérée comme la cause directe de l'autre et inversement, précarité et santé se renforcent mutuellement. Ainsi, Kovess-Masféty (2001) relève que les souffrances des personnes en grande situation de précarité les conduisent à l'adoption de comportements pathogènes qui favorisent leur vulnérabilité et aggravent certaines maladies d'ordre physique ou psychique. Ayant un double statut de cause et de conséquence, l'étude des déterminants de santé et de précarité est un des moyens de lutter contre l'exclusion d'une part et de lutter contre les inégalités de santé d'autre part. A ce titre, favoriser l'accès aux soins des personnes les plus

précaires est un pivot de la lutte contre la précarité autant que le fait d'œuvrer contre l'exclusion permet de préserver la bonne santé des individus. Le Haut Comité de la Santé Publique soulignait dès 1994, la nécessité d'une réduction des inégalités sociales en matière de santé. Ce rapport, qui fait suite au rapport Wrésinski (1987) sur la précarité, met en avant un état de santé assez bon et en amélioration en France, mais signale de grandes faiblesses d'ordre structurel. En effet, l'impact des déterminants d'ordre social (statut social, précarité) ou comportemental (conduites et consommation de substances à risques) n'est pas pris en compte. Ainsi, les carences de moyens mis en place pour la lutte contre les exclusions sociales apparaissent comme des menaces de détériorations de l'état de santé des populations précaires de sorte que les inégalités de santé tendent à se creuser. Cependant, identifier les déterminants sociaux confronte à des difficultés méthodologiques tant ils sont complexes. A cette difficulté de trouver un indicateur synthétique et opérant, s'ajoute celle de l'analyse de son impact sur la santé. Les déterminants sociaux sont évolutifs dans le temps, ne serait-ce que par l'instabilité de l'emploi dans nos sociétés, et être en mesure de qualifier leurs impacts nécessite alors des études longitudinales coûteuses à mettre en œuvre.

L'étroitesse des liens entre la précarité et la santé mentale ajoutée à leurs renforcements mutuels rendent le tableau clinique et social extrêmement complexe. Diagnostiquer ce qui relève du social ou de la pathologie mentale s'avère alors compliqué (Moore *et al.*, 2007 ; Parquet, 2003). Cette complexité n'est pas sans se répercuter sur les difficultés de prise en charge de cette population, de sorte qu'on constate une fragmentation des dispositifs respectivement affiliés au social, au juridique ou encore au médical. Indépendamment, chaque dispositif se confronte aux limites dues à la complexité des problématiques des personnes précaires tant dans l'accompagnement que dans la réadaptation et le soin de cette population.

## **3.2. Maladie mentale et exclusion sociale**

### **3.2.1. L'épidémiologie psychiatrique chez les SDF**

#### **3.2.1.1. Des surmorbidités psychiatriques**

Bien que non exhaustives, les études rendant compte des prévalences épidémiologiques de la population générale et de la population SDF, auxquelles nous ferons référence ci-dessous,

ont été choisies pour leur rigueur scientifique (un tableau récapitulatif de ces études est en annexe). Si les nombreux biais inévitables à toute recherche, biais mis en avant plus tard dans nos développements, rendent la généralisation de ces résultats délicate, la taille de leur échantillon respectif donne de la solidité aux tendances mises en avant. Leur qualité méthodologique et la conformité de leur diagnostic à l'égard du DSM ou de l'ICD rendent leurs résultats comparables.

Les études d'épidémiologie psychiatrique présentées en population générale sont nombreuses, certaines font référence à la population française (Bellamy, Roelandt et Caria, 2005 ; Lépine, Gasquet, Kovess-Masféty, Arbabzadeh-Bouchez, Nègre-Pagès, Nachbaur et Gaudin, 2005 ; Roelandt, Caria et Mondière, 1998-2008) quand d'autres sont nord-américaines (Grant, Hasin, Stinson, Dawson, Chou, Ruan et Pickering, 2004 ; Regier *et al.*, 1988). Concernant les études mettant en avant les prévalences des troubles psychiatriques au sein de la population SDF, certaines ont été réalisées en France (Guesdon et Roelandt, 1998 ; Kovess-Masféty et Mangin-Lazarus, 1999 ; Laporte et Chauvin, 2010), aux Etats Unis (Koegel, Burnam et Farr, 1988), en Australie (Herrman *et al.*, 1989), en Espagne (Vasquez, Munoz et Sanz, 1997), en Allemagne (Fichter, Koniarczyk, Greifenhagen, Koegel, Quadflieg, Wittchen, et Wölz, 1996), quand celle de Fazel *et al.* (2008) fait référence à l'ensemble des pays occidentaux dans une méta-analyse regroupant 29 articles publiés entre 1979 et 2005. D'une manière générale, un consensus émerge en faveur d'une surmorbidity psychiatrique au sein de la population SDF, notamment en ce qui concerne les troubles psychotiques, les troubles thymiques, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et enfin les troubles liés à l'usage d'une substance.

En ce qui concerne les troubles psychotiques, les prévalences observées chez les SDF varient de 5,8% à 13,2% en fonction des études, quand elles sont mesurées à 2,8% dans la population générale. On constate alors que lorsque la schizophrénie est une maladie présente chez 1,3% de la population générale, la morbidité s'élève de 4,2% à 13,1% au sein de la population SDF. En ce qui concerne les troubles de l'humeur et la dépression majeure, les prévalences varient respectivement de 11% à 14% et de 6 à 8,3% en population générale, quand elles varient respectivement de 22,5% à 32,8% et 4,2% à 29% dans la population SDF. Les différences entre la population SDF et la population générale sont plus mitigées en ce qui concerne les troubles anxieux. Lorsque les prévalences varient entre 9,8% et 21,6% en population générale, elles s'établissent entre 12,3% et 15,9% chez les SDF en fonction des



études. Des surmortalités psychiatriques concernant les troubles de la personnalité sont retrouvées chez les populations SDF avec des prévalences observées entre 21,2% et 23,1%, prévalence chutant à 14,8% en population générale. Concernant les troubles liés à l'usage d'une substance, les surmortalités sont prégnantes chez les SDF, qu'il s'agisse de consommation d'alcool ou de drogue. Les troubles liés à l'abus de l'alcool sont davantage présents au sein de la population SDF (de 44% à 72,7%) que dans la population générale (de 4,3% à 13,3%), tendances que l'on retrouve pour les problèmes de dépendance à l'alcool (de 9,3% à 37,9% contre 0,3%). Il en est de même des troubles liés à l'usage de drogue, avec des prévalences retrouvées entre 10,3% et 30,8% chez les SDF, quand elles sont comprises entre 2,5% et 5,9% en population générale.

Les études épidémiologiques présentées ci-dessus rendent compte de prévalences plus élevées des troubles psychiatriques dans la population SDF que dans la population générale. Notons que ces surmortalités psychiatriques sont confortées par d'autres études (Combaluzier et Pédinielli, 2003 ; Fisher et Breakey, 1987 ; Richer et Meryglod, 2008) de sorte que la récurrence de ces constats tend à démontrer que l'état de santé est directement lié aux conditions de vie des personnes SDF (Pardo, 2011). A la mise en avant de ces surmortalités s'ajoutent de nombreuses comorbidités rendant la question psychiatrique d'autant plus complexe (Combaluzier et Pédinielli, 2003 ; Laporte et Chauvin, 2010 ; Moore *et al.*, 2007). La question du double (ou plus) diagnostic se pose fréquemment, de sorte qu'il est difficile de pouvoir cibler le problème principal (Drake, Osher et Wallach, 1991). Cette question est d'autant plus lancinante en ce qui concerne les troubles liés à l'usage d'une substance et les pathologies mentales tant la maladie mentale peut conduire à l'apparition de conduites toxicomaniaques, et inversement (Kessler, 2004).

### **3.2.1.2. L'alcool et l'exclusion sociale : des liens complexes**

La consommation d'alcool a été teintée de valeurs sociales différentes au cours de l'histoire (Maisondieu, 2001). Essentiellement masculine et stigmatisante pour la femme, la consommation d'alcool d'avant-guerre était liée à des conditions de vie et de travail difficiles. Le travailleur était celui qui avait l'image sociale du bon buveur, celui qui arrivait à lier le respect de soi-même-avec la consommation d'alcool, à l'inverse de l'ivrogne qui ne travaille pas. C'est suite à la seconde guerre mondiale que les effets néfastes de l'alcoolisation ont été



avérés sur la santé de l'individu et sur le travail, la ligne idéale de conduite devenant « santé et sobriété ». Dans nos sociétés modernes et depuis la libération de la femme, l'alcool est devenu un problème de santé publique touchant les hommes, les femmes, les jeunes, sans distinction de classes sociales. Outre les problèmes de dépendance, c'est maintenant la recherche de l'ivresse massive qui vient signer la nature toxicomaniaque de l'alcoolisation dans notre société actuelle (Maisondieu, 2001). Beck *et al.* (2006) rappellent la valeur sociale de l'alcool dans nos sociétés occidentales. A l'inverse de la drogue qui se consomme dans un cadre privé, la consommation d'alcool apparaît comme une activité publique (Ehrenberg, 1991). Favorisant la parole et signant la virilité, la consommation d'alcool est un facteur de sociabilité et d'intégration au groupe social (Castelain, 1994). Si chez les femmes, l'alcoolisation a longtemps été le signe de la débauche, elle est maintenant davantage synonyme d'émancipation et d'indépendance (Eriksen, 1999). Cependant, ces qualités sociales de l'alcool sont à nuancer et à contextualiser. Si dans certains milieux, l'alcool favorise la relation et la socialisation, dans des situations de précarité sociale, sa consommation est teintée de sentiments de honte pour le buveur (De Gaulejac, 1996).

Les études portant sur la consommation de substances psychoactives au sein de la population SDF sont nombreuses. On peut faire référence à l'étude de Koegel et Burman (1988) pour les Etats Unis, à celle de Fournier et Mercier (1996) pour le Canada, à celle de Fichter *et al.* (1996) pour l'Allemagne, à celles de l'Observatoire de Paris (1998), de Kovess-Masféty et Mangin-Lazarus (1999) ou encore de Combaluzier (2004) pour la France. Toutes ces études mettent en avant une surmorbidity des troubles liés à l'usage d'une substance au sein de la population SDF.

Bien que la surmorbidity des troubles liés à l'usage d'une substance psychoactive fasse consensus dans la littérature scientifique, Beck *et al.* (2006) notent une grande variance des prévalences d'alcoolisation chez les SDF en fonction des études. Cette variance s'explique en partie par le type de population SDF rencontré, par la méthodologie utilisée ainsi que par les indicateurs retenus. En effet, certaines études vont considérer et relever des consommations d'alcool ou de drogues faibles ou moyennes quand d'autres les excluront pour se centrer sur les consommations excessives et les intoxications. La frange de la population SDF étudiée a elle aussi un impact conséquent, les SDF les plus désocialisés étant ceux pour qui la prévalence est la plus élevée. Le type de structure dans laquelle est accueillie la personne SDF a également toute son importance dans l'analyse de ces résultats car certaines structures interdisent la

consommation d'alcool, la considère comme une conduite excluante, quand d'autres institutions la tolèrent. De même, Beck *et al.* (2006) notent que la distinction du genre fait varier ces statistiques, les hommes consommant davantage de substances psychoactives que les femmes. Beck *et al.* (2006) relèvent dans l'enquête de l'Insee de 2001 que la moitié des SDF consomme de l'alcool quotidiennement mais qu'une forte proportion de ceux qui en consomment ne le font qu'occasionnellement. Les conduites alcooliques ou toxicomaniaques sont difficilement comparables entre la population générale et la population SDF. Les méthodologies utilisées diffèrent et révèlent que les SDF ont une tendance à minimiser leur consommation d'alcool, ces derniers n'ayant pas les mêmes critères permettant de juger d'une consommation abusive, ou minimisant leur consommation pour mettre en avant une image sociale valorisée.

Au vu des grandes variances observées eu égard à la consommation d'alcool chez les SDF, Beck *et al.* (2006) tentent donc de nuancer les conclusions de ces études. Si une surmorbidity des troubles liés à l'usage de substances est bien réelle au sein de la population SDF, la consommation d'alcool est loin d'y être omniprésente. Cette problématique concerne davantage la frange de la population SDF la plus désocialisée. Malgré des variances dans les prévalences de consommation d'alcool chez les SDF, un consensus émerge sur les rapports étroits qu'entretiennent la précarité et l'alcoolisation (Maisondieu, 2001). Facteur de précarisation, l'alcoolisation est aggravée par la précarité. Il semble qu'au-delà d'un seuil avancé de précarisation et celui d'une consommation massive et chronique d'alcool, le renforcement de l'un sur l'autre est d'autant plus important et se majorent.

### **3.2.1.3. La grande variation des prévalences des troubles psychiatriques**

Bien que de nombreuses études mettent en avant une forte prévalence des troubles psychiatriques au sein de la population SDF, une grande variance s'observe dans ces résultats. Ducq, Gesdon et Roelandt (1997) relèvent au vu des études anglo-saxonnes des prévalences de maladie mentale variant de 15 à 75 % au sein de la population SDF. Cette forte variance illustre l'hétérogénéité de la population SDF. L'âge de la personne, la durée de la situation SDF, le type d'hébergement, le sexe ou encore la nationalité de l'individu apparaissent comme autant de variables qui, si elles ne sont pas contrôlées, font varier les prévalences des troubles psychiatriques observés (Richer et Meryglod, 2008). Les critères d'inclusion et de non-

inclusion des participants diffèrent ainsi en fonction des études, certains bénéficieront d'une rétribution financière quand d'autres participeront gratuitement, les populations sélectionnées pouvant être randomisées ou non, ces différents éléments ayant des impacts non négligeables sur les résultats émanant de ces études. La définition de la population SDF retenue prend donc toute son importance dans les études épidémiologiques, d'autant plus que la réalité sociale de la situation SDF varie fortement en fonction des pays et des dispositifs mis à sa disposition. Le fait que les SDF vivent dans la rue, dans un centre d'hébergement d'urgence ou au contraire dans un logement autonome géré par une association augmentera la variance des prévalences psychiatriques relevées. Il faut aussi ajouter à cela l'impact des modalités de diagnostic dans les proportions de troubles psychiatriques observés. Ainsi, le fait que l'outil de mesure soit standardisé ou non, qu'il soit administré ou non par un clinicien, a un effet de surestimation ou de sous-estimation des prévalences estimées chez les SDF (North, Pollio, Thompson, Ricci, Smith et Spitznagel, 1997). Aussi la période et l'époque auxquelles se déroulent ces études ont un impact sur les résultats mis en évidence. Dans cette perspective, North, Eyrich, Pollio et Spitznagel (2004) ont mené une étude longitudinale dans le Missouri en enquêtant à trois reprises (1980, 1990 et 2000) une population SDF avec une méthode systématisée de recherche. Ils mettent en avant l'évolution tant des caractéristiques sociodémographiques de la population SDF que de ses morbidités psychiatriques pour conclure que les populations SDF et leurs problématiques n'ont rien de statiques et qu'elles sont à considérer de manière évolutive au cours du temps. Ainsi, que ce soit au niveau des outils diagnostics utilisés ou des catégories de SDF recrutées pour ces enquêtes, l'analyse des comparaisons entre ces différentes études est difficile, les interprétations restant délicates et ne pouvant se faire qu'en termes de tendance (Laporte et Chauvin, 2010).

Les prévalences observées dans ces études rendent compte de l'importance de la problématique de la maladie mentale dans les situations de précarité. Cette morbidité psychiatrique chez les SDF pose des difficultés aux dispositifs sociaux existants qui se retrouvent fréquemment en échec (Orain et Chambaud, 2008). La complexité de la prise en charge de cette population et l'insuffisance de données scientifiques à ce sujet, ont poussé la France, et notamment la préfecture de Paris, à mettre en place une enquête sur la population SDF francilienne (Laporte et Chauvin, 2010). L'objectif de cette enquête nommée SAMENTA est d'identifier certaines caractéristiques de la population SDF et de mesurer les prévalences de leurs troubles psychiatriques afin de clarifier l'ampleur de ce problème et d'envisager les moyens nécessaires à mettre en œuvre pour assurer la politique de lutte contre les exclusions.

Au-delà de la surmorbidity psychiatrique retrouvée chez la population SDF, cette enquête a permis de mettre en avant des spécificités pathologiques en fonction des lieux fréquentés par les SDF. Ainsi, les schizophrénies et les troubles psychopathologiques aigus sont plus fréquents dans les centres d'hébergement d'urgence, les grandes dépressions sont plus souvent observées dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale, quand les crises d'angoisse et de panique demeurent plus fréquentes chez les SDF hébergés à hôtel. Bien que ne demandant qu'à être reproduit et investigué davantage en profondeur, ce type d'enquête mené par Laporte et Chauvin (2010) souligne la complexité et la multiplicité des problématiques présentées par la population SDF, chacune étant présente à différents degrés et nécessitant des interventions spécifiques et adaptées en fonction des différents dispositifs déployés sur le territoire.

### **3.2.2. Les liens étroits entre la maladie mentale et l'exclusion sociale**

#### **3.2.2.1. Une psychiatrisation inévitable ?**

La multiplication des études d'épidémiologie psychiatrique et certains de leurs usages donnent lieu à de fortes critiques concernant la psychiatrisation de l'exclusion sociale (Laporte et Chauvin, 2010). Cette dernière s'inscrit dans une critique plus large de la psychologisation des phénomènes sociaux. Afin d'éviter ces risques de psychiatrisation du social, il est nécessaire de considérer les résultats émanant de ces études épidémiologiques à leur juste mesure. Ces surmorbidity psychiatriques observées chez les SDF sont alors un constat qui doit amener les dispositifs à s'adapter aux problématiques présentées par cette population et tendre à favoriser les liens entre le secteur sanitaire et le secteur social. Une erreur serait de rendre les conclusions abusives en transformant les corrélations observées en une causalité psychiatrique de l'exclusion. Ceci reviendrait à une focalisation de l'analyse sur les aspects individuels au détriment des nombreux facteurs macrosociaux présents dans cette exclusion sociale. Rendre compte de l'expérience de la situation d'exclusion par le seul domaine psychiatrique serait d'autant plus dommageable qu'elle ferait courir le risque de pathologiser des comportements sociaux. Bien qu'une prudence s'impose quant aux limites des conclusions émanant de ces études épidémiologiques, il est nécessaire de continuer les investigations auprès de la population SDF dans le domaine de la santé mentale. Si forte soit cette corrélation entre morbidité psychiatrique et exclusion sociale, elle n'est ni une pleine causalité, ni une conséquence déterminante.

Benoist (2009), dans son ouvrage sur l'ethnocentrisme médical vis-à-vis des SDF, critique la volonté de mise en avant excessive des troubles psychiatriques chez les SDF autant dans les études que chez les commanditaires de ces enquêtes. Centrer de la sorte la problématique SDF sur l'aspect psychiatrique permet de relayer au second plan l'impact des déterminants sociaux et économiques, de la crise de l'emploi et du logement, du poids des politiques sociales et migratoires, autant que des mécanismes de désaffiliation et de stigmatisation à l'œuvre dans cette problématique d'exclusion. Les surmorbidity estimées des troubles psychiatriques et des troubles liés à l'usage de substances conduisent à un risque pour les dispositifs d'axer massivement, si ce n'est exclusivement, leur prise en charge sur ces problématiques. Le problème de ces études épidémiologiques est qu'elles identifient trop souvent les troubles psychiatriques à un moment « t », sans replacer le trouble ou la pathologie dans l'histoire de la maladie, l'anamnèse et le parcours de la personne, et sans analyser le degré « d'utilité » de ce trouble dans la vie de la personne SDF. Cette conception de l'exclusion sociale permet ainsi aux politiques de se déresponsabiliser de ce phénomène en ce qui concerne les causes structurelles en mettant au premier plan l'aspect psychiatrique. Cet ethnocentrisme médical se retrouve sur le travail de terrain où les professionnels vont centrer leur action sur les symptômes sans aller en profondeur. On peut noter à titre d'exemple cette lutte effrénée contre la consommation d'alcool des SDF, cette dernière entraînant régulièrement l'exclusion des SDF des dispositifs d'insertion.

Ces critiques sont loin d'être franco-françaises et se retrouvent également outre Atlantique. A ce titre, faisons référence à certains travaux (Hopper, 1988 ; Snow, Baker, Anderson et Martin, 1986 ; Snow, Baker et Anderson, 1988) qui tentent de s'extraire de cette vision psychiatrique du phénomène SDF. Ces auteurs ont œuvré à remettre en question cette typification du SDF comme un malade mental autant que des conséquences supposées de la maladie sur l'itinérance et le mode de vie des SDF. Ces recherches ont eu lieu dans un contexte américain de désinstitutionalisation des malades mentaux avec la multiplication des dispositifs de type communautaire (Lamb et Bucharach, 2001). L'émergence de la maladie mentale au sein de la population SDF a suscité la multiplication des études épidémiologiques pour expliquer ce phénomène. Koegel (1992), dans une critique de ces études, considère que ces résultats donnent une perception incomplète, si ce n'est déformée, de la population SDF, de ses difficultés et de ses comportements. Le manque de considération de l'impact de la situation SDF de la personne, de son contexte économique, ajoutés à l'absence d'aspect longitudinal entraînent de grosses lacunes qualitatives dans les descriptions qui émanent de ces études. Pour

Snow *et al.* (1986 et 1988), il existe une surestimation de la maladie mentale et des prévalences des troubles psychiatriques estimées au sein de la population SDF au dépend des difficultés majeures qui incombent au fait de vivre sans logement. Ils déplorent également que la maladie mentale ne soit pas mise en perspective avec l'histoire de la personne et son environnement actuel, ni considérée dans ses composantes adaptatives. Snow et Anderson (1993) préconisent ainsi de suivre les personnes SDF dans le temps plutôt que sur un moment « t » afin de pouvoir mettre un sens sur la maladie mentale observée en la replaçant dans la trajectoire de vie de la personne.

### **3.2.2.2. Cause ou conséquence ?**

Les liens entre l'exclusion et la maladie mentale nous renvoient vers une approche compréhensive de l'étiologie de ces deux entités. La question se pose de savoir si la situation SDF est la conséquence de dysfonctionnements sociaux ou si elle est d'ordre individuel et par extension d'un dysfonctionnement, voire d'une pathologie, de l'individu. Ces deux orientations ont été privilégiées à des degrés différents au cours de l'histoire. Si actuellement, la dimension sociale est mise de façon directe dans la production et la reproduction de cette misère sociale, l'aspect pathologique persiste. Rappelons qu'au 19<sup>ème</sup> siècle on parlait de « dromomanie des dégénérés », « d'automatisme mental » (Dubourdiu, 1896) pour désigner le syndrome dont souffraient les personnes en errance (avant d'être appelées SDF). Maintenant le milieu psychiatrique ne caractérise plus directement la personne SDF ou l'exclusion par un syndrome mais les liens restent encore étroits. Les prévalences mises en avant dans les nombreuses études épidémiologiques (Lazarus et Strohl, 1995 ; Kovess-Masféty, 2001 ; etc.) tendent à associer, si ce n'est pour l'ensemble de la population SDF, les personnes les plus désocialisées aux pathologies « lourdes » comme celles faisant références à la psychose. A un stade avancé de désocialisation, le flou de la causalité, de la responsabilité et du diagnostic demeure. Psychose, désocialisation et alcoolisme se confondent et s'entremêlent de sorte que la distinction entre le malade mental et l'exclu est confuse (Quesemand-Zucca, 2007). Passé un degré de désocialisation, cette confusion est d'autant plus importante. Pardo (2011) suggère que ces personnes finissent par devenir contraintes de lâcher prise tant vis-à-vis du social que de leur propre personne à tel point de recouvrir finalement les traits de la folie. Si la structure psychotique est souvent mise en avant chez les personnes très désocialisées, l'hypothèse des

structures états limites se pose au vu de la récurrence des profils abandonniques (Prolongeau, 1993) retrouvée au sein de cette population.

Si Declerck (2001) considère que les SDF les plus désocialisés, ceux que l'on qualifie de clochards, sont des « fous d'exclusion », folie qui n'est semblable à aucune autre entité psychiatrique, il note l'aspect fortement pathogène de l'exclusion. La fréquence à laquelle on retrouve certains symptômes et mécanismes psychiques lui font émettre l'hypothèse de l'existence d'un syndrome de désocialisation. Il repère auprès des SDF très désocialisés une récurrence de traits, signes de troubles de la socialisation, et ceci de longue date, comme des dysfonctionnements précoces et l'accumulation de traumatismes psychiques et physiques depuis l'enfance. La sémiologie et la nosologie de ce syndrome comprennent tous les comportements et mécanismes psychiques qui font que le sujet se détourne du réel, se coupe de tout lien libidinal avec une chosification du corps, avec des conduites d'alcool-tabagisme, pour chercher une satisfaction, un apaisement dans un aménagement du pire. En ce sens, Declerck (2001) considère la désocialisation comme le versant psychopathologique de l'exclusion. Elle serait le syndrome et la clochardisation en serait son symptôme. Si certains signes de cette pathologie se retrouvent chez l'ensemble des exclus, le tableau clinique complet est présent chez les clochards, ceux qui sont à l'extrémité de ce continuum de l'exclusion. Le risque de cette lecture psychopathologique est de confondre la maladie avec la symptomatologie de l'exclusion, de confondre l'exclu et le malade (Maisondieu, 1997b). Le fait de cibler et de désigner le porteur des symptômes comme le malade est une façon de nier une pathologie pouvant être collective. Autrement dit, la difficulté est de pouvoir reconnaître notre capacité à produire de la maladie là où il n'y en a peut-être pas, où ce n'est peut-être que du mal être chez une personne qui n'a pas sa place dans la société. Mercuel (2012) considère quant à lui qu'une vie marginalisée dans la rue ou les squats permet à de nombreux malades mentaux, notamment psychotiques, de trouver un équilibre qui leur fait défaut dans les différentes institutions. La symptomatologie du psychotique, son délire et ses fréquentes consommations de substances psychoactives ne dérangent plus l'ordre public et passent inaperçues dans le monde de l'exclusion. La vie à la rue de certains malades mentaux prend donc parfois valeur de quête identitaire. Ces individus peuvent ainsi trouver un moyen d'échapper à la réalité sociale, à leur entourage, leurs thérapeutes et peuvent se fondre dans la masse des SDF. Dès lors ils sont moins considérés malades ou toxicomanes que SDF ou errants, des étiquettes pouvant être plus faciles à porter.



A l'instar de Maisondieu (1997a) et de bien d'autres auteurs, Mercuel (2012) pose la question suivante : la rue rend-elle fou ? Lorsqu'on sait que certaines conditions de vie extrêmes provoquent des pathologies, comme la « psychose carcérale » (Wulfman, 1982) due à la privation et à l'isolement, on peut se demander si la condition de vie SDF ne provoque pas des pathologies spécifiques. Il est admis que la situation SDF aggrave les pathologies préexistantes, mais la question de savoir si elle en génère de nouvelles se pose légitimement. Il est fréquent de constater que des tableaux cliniques proches de la psychose sont réversibles sitôt le lien social restauré et la stabilité de l'hébergement retrouvés. Parallèlement aux troubles psychiatriques communément retrouvés en masse chez la population SDF, on repère de nombreuses manifestations de dépersonnalisation prolongées sans qu'elles soient sous-tendues par une pathologie psychiatrique avérée. Ces manifestations s'illustrent par de fortes perturbations et distorsions du temps, de l'espace, des distanciations voire des coupures de la personne avec sa psyché et son corps, des troubles de la communication et de la relation. Maisondieu (1997a) émet également une réserve quant à ce risque de construire une causalité qui ferait de l'exclusion une conséquence de problème de santé. Cette vision tendrait à négliger les effets pathogènes de l'exclusion en plaçant les exclus du côté du pathologique et en dédouanant la société et le social de ses nombreux effets délétères pour la personne. Il en est de même de cette logique présente au sein des institutions de penser que toute pathologie ou conduite alcoolique doivent être traitées pour que puisse être possible la réinsertion sociale. Cela revient à considérer la personne, ou ses conduites et pathologies, comme responsables de la situation d'exclusion, ce qui met la personne dans une obligation de se soigner pour s'insérer. Alors que bon nombre de pathologies et conduites addictives peuvent être considérées comme les conséquences plus ou moins directes de la situation d'exclusion sociale.

### **3.2.2.3. Les difficultés du diagnostic dans la clinique de la précarité**

Au-delà de ces questions de causalité, la clinique psychiatrique auprès des grands exclus est confrontée à des difficultés diagnostiques (Quesemand-Zucca, 2007). Si l'errance, fréquemment rencontrée auprès des SDF, peut être la conséquence de la désocialisation de la personne, elle peut également être le symptôme de la psychose, celui d'une lutte contre la désorganisation de la psyché. Il en est de même d'une forte proportion de psychotiques qui se cachent dans la rue, se fondent dans le milieu de la grande exclusion. Ces malades passent généralement inaperçus et sont considérés comme de « simples SDF ». Les conduites



toxicomaniaques accompagnant fréquemment les états schizophrènes amènent souvent à considérer que les délires et les autres symptomatologies psychotiques sont induits par les abus de substances. Les diagnostics de dépression majeure ou de mélancolies sont également problématiques auprès des SDF. Leurs symptomatologies, telles que le repli sur soi, le ralentissement psychomoteur et l'humeur dépressive sont difficiles à distinguer d'un point de vue différentiel d'un état avancé de désocialisation.

La question de la psychose et de son diagnostic se pose de façon complexe au sein des populations fortement désocialisées. Si les études épidémiologiques et les constats des praticiens mettent en avant une forte proportion de troubles psychotiques chez les SDF, la question se pose de savoir s'il s'agit de maladie mentale ou d'état grave de désocialisation. Furtos (2008c), dans la description qu'il fait du syndrome d'auto-exclusion, relève de nombreuses ressemblances avec notamment les signes dits déficitaires de la schizophrénie. En effet, le renoncement, le repli, le retrait, les comportements paradoxaux, l'émoussement affectif, l'incurie, le clivage ou encore le déni sont des signes et des mécanismes de défense souvent partagés dans les deux tableaux. De cette analogie, une question émerge : est-ce que le syndrome d'auto-exclusion est une forme de psychose ou à l'inverse, est-ce que l'auto-exclusion est un signe de l'état psychotique. S'il faudrait aller plus loin dans les investigations scientifiques pour s'autoriser une réponse, il n'en est pas moins que le rapport entre maladie mentale et exclusion est complexe et qu'il en est de même avec d'autres entités psychopathologiques telles que la toxicomanie, les troubles de l'humeur ou encore la paranoïa.

La position dominante de la recherche scientifique interrogeant les liens entre maladie mentale et exclusion considère que l'exclusion n'est pas pathognomonique d'une maladie psychiatrique et qu'elle se retrouve dans de nombreux tableaux nosographiques. La surmorbidity psychiatrique mise en avant dans la grande majorité des études épidémiologiques autant que dans les constats cliniques des professionnels du milieu médico-social questionne inévitablement le caractère pathogène de l'exclusion (Defay-Goetz, 2004). On retrouve donc au sein de la population SDF de nombreuses pathologies psychiatriques, de nombreux symptômes typiques tels que l'errance ou l'incurie et de manière générale une multitude de troubles polymorphes qui rendent complexes les tableaux cliniques (Furtos, 2000b). Cependant, il semble que l'étiopathogénie de l'exclusion doit être pensée et recherchée sur différents niveaux reliés de façon complexe entre eux. Il s'agirait donc de conséquences de l'accumulation

et de l'interaction de différents facteurs à analyser sur des plans à la fois sociaux, psychologiques, psychopathologiques, anthropologiques, économiques et politiques.

Si l'exclusion peut être considérée comme une situation pathogène ayant de nombreux impacts chez l'individu SDF, il faut distinguer les individus qui souffrent de leur situation de précarité et présentent un mal-être et du désespoir, de ceux qui présentent une problématique psychiatrique et relèvent par conséquent de la psychiatrie. Bien entendu, il ne s'agit pas de penser qu'une souffrance due à la situation d'exclusion est exempte de soins psychiques, bien au contraire les troubles psychiques sont réels et doivent être considérés et pris en charge par des professionnels du soin. Que la maladie psychiatrique soit avérée ou non, la subjectivité de la personne est gravement affectée par la situation d'exclusion (Kovess-Masféty, 2001). Maisondieu (1997a) considère que le caractère pathogène de l'exclusion sur la psyché de la personne impose à la psychiatrie de s'intéresser à l'exclusion. Toutefois, il est nécessaire de pouvoir distinguer dans les souffrances que présentent les SDF, ce qui peut être imputé au social, au psychologique ou au psychiatrique. La difficulté est alors de distinguer ce qui relève d'une souffrance liée au contexte de vie de celle qui renvoie à une pathologie préexistante à l'exclusion, d'autant plus que la symptomatologie psychiatrique va se trouver amplifiée par la situation d'exclusion sociale. Maisondieu (1997a) préconise de distinguer précisément les troubles relevant de la psychiatrie de ceux qui relèvent du social notamment pour ceux retrouvés en masse auprès des populations exclues tels que la dépression, l'anxiété ou encore les insomnies. Ainsi, il semble que le désespoir des SDF, si souvent qualifié de dépression par le milieu psychiatrique, soit contextuel et disparaisse dès lors que la personne cesse d'être accablée de malheurs à l'inverse d'une dépression psychiatrique qui relève davantage d'un traitement thérapeutique. C'est ainsi que Mercuel (2012) souligne l'importance de relever le caractère adaptatif et/ou réactionnel de certaines pathologies retrouvées dans le milieu de l'exclusion. A ces difficultés et risques de confusions diagnostiques, Maisondieu (1997b) considère que nous rendons malades beaucoup de personnes exclues à défaut d'identifier le mal-être et la souffrance symptomatiques de la personne qui n'a pas sa place dans la société.

### **3.3. De la psychiatrie à la santé mentale**

#### **3.3.1. La crise de la psychiatrie et l'essor de la santé mentale**

##### **3.3.1.1. La mission de service public de la psychiatrie en débat**

L'histoire de la psychiatrie nous montre qu'elle a toujours entretenu des liens étroits avec des problématiques, si ce n'est proprement sociales, au moins d'expression sociale (Arveiller et Mercuel, 2011). Teintés d'ambivalence, ces liens ont continuellement oscillé entre l'attrance et le rejet, qu'il s'agisse de la délinquance, de la toxicomanie, de la psychopathie, du vagabondage ou maintenant de l'exclusion sociale. Longtemps pointée du doigt comme l'instrument d'une société qui tente de maîtriser ce qui fait désordre social (Foucault, 1975), la psychiatrie, à cette même époque, a permis de redonner une humanité au fou (Swain, 1977). C'est en comprenant et en rendant soignable le fou que la psychiatrie lui a ôté son statut d'autre, d'étranger, et l'a réintégré dans la communauté humaine. Cet enfermement dans le milieu de la maladie mentale a paradoxalement permis de mettre fin à l'exclusion du fou en reconnaissant son altérité et sa ressemblance avec les autres. C'est face à cette inclusion historique des fous par la maladie mentale que Maisondieu (1997b) questionne notre possibilité de résister à la tentation de transformer les nouveaux exclus en malades.

D'abord rattaché à l'église au moyen âge, l'hôpital avait une mission de charité en accueillant les malades, les mourants et les personnes les plus démunies. Puis, la mission médicale de l'hôpital s'est progressivement substituée à celle de charité envers les plus pauvres. Bien qu'instaurant les fondements du service public hospitalier en stipulant que l'admission à l'hôpital est inconditionnelle pour toute personne malade, la loi du 7 août 1851<sup>48</sup> renforce la médicalisation de cette institution. L'excellence médicale de l'hôpital, illustrée par la création des Centres Hospitaliers Universitaires en 1958<sup>49</sup> qui marque la contraction entre le praticien et l'universitaire, commence à délaisser les pauvres. Il faut attendre la loi de 1991<sup>50</sup> pour rappeler que l'accès au soin est garanti à tous sans discrimination possible. Ce détour historique permet de voir l'évolution des missions de l'hôpital, qui dans un premier temps servait d'accueil aux plus démunis pour tendre de plus en plus vers la médicalisation et se détourner de ses missions

---

<sup>48</sup> Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices

<sup>49</sup> Ordonnance n°58-1373 du 30 décembre 1958 relative à la création de centres hospitaliers et universitaires, à la réforme de l'enseignement médical et au développement de la recherche médicale.

<sup>50</sup> Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

d'assistance publique envers les pauvres. Dès lors, le service hospitalier n'est public qu'en ce qui concerne la médicalisation du soin.

Martin (2005) note que le phénomène de précarisation est vaste, qu'il touche l'ensemble de la société et autant ses individus que ses institutions et dispositifs. Face à ce bouleversement, il apparaît comme une nécessité de repenser les dispositifs et notamment ceux de la psychiatrie et du social, afin de lutter pour le maintien du service public. En effet, ce dernier n'assure plus sa fonction publique dès lors qu'une frange de la population se voit écartée des soins et d'une partie de ses droits fondamentaux. Cette nécessité de prise en charge médicale et sociale des populations précaires se pose alors comme un véritable défi de santé publique (Pardo, 2011). Laval (2005) considère que la santé mentale est le fruit de notre changement de société et qu'elle est un outil conceptuel nécessaire à appréhender notre nouvelle réalité sociale. Sollicitée sur des fronts multiples tels que la politique, le sanitaire et le social, elle est un enjeu démocratique de taille. Se pose ainsi la question de son implication dans les politiques publiques à mettre en place. La circonférence de la santé mentale élargie par son inscription sur la scène sociale nécessite de revoir le dispositif du soin, et particulièrement l'institution psychiatrique qui n'est plus sa pièce pivot, lequel relevant d'un travail de réseaux mêlant une variété d'acteurs.

### **3.3.1.2. La psychiatrie à l'épreuve de l'évolution sociale**

#### 3.3.1.2.1. Entre résistances et innovations

Rhenter et Michel (2005) proposent de replacer la question politique dans l'histoire de la psychiatrie pour comprendre les conflits qui s'y jouent. Rappelons que les années 50-80 sont celles de la sectorisation de la psychiatrie, sectorisation s'officialisant en 1985<sup>51</sup>. Cette dernière correspond à une page importante de la psychiatrie puisqu'elle a marqué la désinstitutionnalisation et la sortie hors des murs de nombreux malades pour s'implanter au sein de la cité. L'idée était de se tourner vers la communauté afin de favoriser un accès aux soins psychiatriques pour tous. C'est durant cette période que s'est forgée une culture professionnelle qui a permis une transformation et une réappropriation tant des savoirs psychiatriques que des pratiques. C'est en s'imprégnant d'une vision à la fois politique et éthique que la culture psychiatrique a pris son essor dans l'après-guerre. L'arrivée au premier plan de la

---

<sup>51</sup> Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique

problématique de l'exclusion sociale dans les années 1990 est venue réinterroger le corps social et ses différentes composantes. Se trouvant soudainement dans l'impuissance tant dans ses connaissances que dans ses compétences face à cette souffrance issue du social, la psychiatrie s'est vu bouleversée (Arveiller et Mercuel, 2011 ; Mercuel, 2012). La souffrance et les pathologies de ces populations précaires ne répondant à aucun tableau nosographique défini, ont réinterrogé le cadre de la psychiatrie. A cela s'ajoutent les conséquences des soins psychiatriques toujours plus fréquemment délivrés en ambulatoire. Des inégalités territoriales se creusent et le travail en partenariat est rendu difficile, lui qui est nécessaire pour assurer une prise en charge cohérente de ces populations exclues. Inadaptés aux besoins de certaines populations en état de précarité, les secteurs de la psychiatrie ont, par leur fonctionnement fermé la porte à une partie de la population, de sorte qu'ils ne répondaient plus à leur fonction de service public. L'apparition de la santé mentale dans les années 1990 a remobilisé les anciens débats suscités par la sectorisation de la psychiatrie et a entraîné des résistances, parfois tenaces, chez de nombreux psychiatres ayant œuvré à rendre la psychiatrie publique par la sectorisation. Le conflit fait jour et convoque le passé flamboyant de la psychiatrie qui s'opposerait à un avenir considéré comme déprimant pour une part de la psychiatrie. C'est cette crise de la psychiatrie que la fédération française de la psychiatrie (2003) souligne, ce malaise des psychiatres où d'un côté certains se replient sur le prestige du passé, voulant garder intact ce qui a été construit, quand de l'autre côté certains prônent sa réactualisation en reprenant l'aspect politique de cette question.

#### 3.3.1.2.2. De la sectorisation au travail de réseau : une tentative de réponse aux nouvelles pathologies

Rhenter et Michel (2005) identifient dans ce débat sur la santé mentale deux positions qui s'opposent quant à l'émergence de nouvelles pathologies et au travail de réseau propre à la santé mentale. Lorsque certains psychiatres voient dans le travail de réseau une complémentarité des pratiques et des savoirs à construire, d'autres y voient une casse des secteurs de la psychiatrie nocive pour les patients et les praticiens. La sectorisation de la psychiatrie, à son apogée dans les années 70-80, s'est vue bousculée dans les années 90 par un décentrement de la psychiatrie rompant de plus en plus avec la logique d'institutionnalisation de la prise en charge. Ce passage à la santé mentale s'inscrit alors dans une logique de prise en charge davantage horizontale et pluridisciplinaire. Remettant en cause tant le savoir constitué

que la normativité de la psychiatrie, la santé mentale axe son accompagnement en privilégiant une logique basée sur le *care* plutôt que sur le *cure*. Si une partie du milieu psychiatrique considère cette mutation comme une attaque du secteur et plus largement de la psychiatrie qui perd sa spécialité et son savoir au dépend des aspects sociaux de la maladie mentale, les tenants de la santé mentale y voient une prolongation de l'esprit initial de service public. Si le domaine de compétence n'est plus exclusivement la psychiatrie, il est intégré dans un réseau plus vaste regroupant des diversités de pratiques au sein de la cité et sur les scènes du social pour toucher l'ensemble du public. Les actions sont alors portées sur des accompagnements visant le soin, le prendre soin, mais aussi la prévention et l'insertion sociale, autant de pratiques associant des savoirs institués et d'autres profanes.

Il en est de même de ces nouvelles pathologies pouvant être considérées tantôt comme un savoir et une pratique psychiatrique à élargir, tantôt comme une déviance illégitime de la psychiatrie vers le domaine de la sociologie. Interpellée par les pouvoirs publics et finalement par les populations en souffrance, la psychiatrie se doit de mettre un pied dans le champ du social. Les situations de détresse sociale et la souffrance psychique qui en découle, remettent en cause le savoir psychiatrique qui ne peut éthiquement rester à l'écart de ces problématiques. Le risque pour la psychiatrie est de se sentir déqualifiée en remettant en cause la solidité de ses descriptions nosographiques. En passant d'une définition psychiatrique du besoin de soin, à une dimension qui intègre le social, certains psychiatres redoutent de perdre leur identité en se retrouvant absorbés dans un champ qui n'est pas le leur, celui du social (Mercuel, 2012).

La reconnaissance de la souffrance psychique et le développement de la santé mentale suscitent des débats légitimes (Fassin, 2006), mais aussi des résistances. A ce titre, refuser la psychiatrisation du social en référence à la dérive de la santé mentale sous-tend d'autres enjeux. Le travail de réseau redéfinit la hiérarchie entre les partenaires ; la psychiatrie n'ayant plus l'exclusivité du savoir et de la prise en charge de ceux qui souffrent. La psychiatrie est affectée, par ailleurs, de carences disqualifiantes. Elle connaît peu les populations précaires, leurs problématiques et leurs souffrances, et considère dévalorisante la pratique en dehors des institutions psychiatriques et sur les scènes du social.

Malgré de fortes résistances, la santé mentale à caractère social est devenue le fer de lance d'une part de la psychiatrie qui dans une dynamique militante et politique a tenté d'opérer un virage de cette ancienne psychiatrie vers la santé mentale (Arveiller et Mercuel, 2012). Face à la mise en avant de la souffrance des personnes précaires (Lazarus et Strohl, 1995), le milieu

psychiatrique ne pouvait pas rester sans réponse face à cette question de santé publique. Il est donc apparu comme une nécessité d'articuler le social et le sanitaire afin de pouvoir prendre en charge toute personne en souffrance. C'est en ce sens que la santé mentale apparaît comme une avancée de taille de la psychiatrie publique.

### **3.3.1.3. Le passage à la santé mentale**

#### 3.3.1.3.1. Le paradigme de la santé mentale

Depuis sa création, la psychiatrie s'est toujours confrontée à de nombreuses limites et a su évoluer avec le temps. L'émergence progressive dans les années 1980-90 de la souffrance psychique et de la santé mentale, deux concepts solidaires bien que distincts, sont les symboles de ce dernier bouleversement de la psychiatrie (Ehrenberg, 2004b). Ces derniers ont élargi le domaine d'action de la psychiatrie et multiplié ses objets d'intervention. Il concerne maintenant un large champ d'application allant du « normal » au « pathologique », du développement personnel afin de permettre l'équilibre psychologique de la personne, aux entités psychiatriques les plus sévères telles que les syndromes psychotiques. Ce renversement de la psychiatrie est à comprendre au regard d'une nouvelle dynamique de santé publique (Ehrenberg, 2005a). Dès lors, il ne s'agit plus de cantonner la médecine et la psychiatrie aux soins proprement dits, mais de se situer dans une dynamique plus large de santé qui considère, autant dans sa compréhension que dans son action, l'environnement social et les conditions de vie de la personne. Parallèlement, l'essor du développement dit « personnel » dans les années 80 s'est vu emparer par les actions de santé qui se sont tournées vers le bien-être et le mieux être psychologique. L'importance de la qualité de vie a rendu la distinction entre la part curative et palliative du traitement médical de plus en plus floue, de sorte que l'axe chronicité, qualité de vie et bien-être, structure maintenant la santé mentale.

Ehrenberg (2004b) identifie trois critères permettant de définir la santé mentale. Le premier est un critère de valeur et revient à considérer avec autant d'importance et de gravité l'atteinte psychique et l'atteinte corporelle. Le deuxième critère est relatif à l'étendue de la santé mentale. Concernant maintenant une large variété d'acteurs, elle dépasse le milieu de la psychiatrie pour se retrouver dans chaque institution et dans les nombreux interstices. Un troisième critère est la considération de la forme sociale (délinquance, précarité, etc.) dans la



restauration de la santé mentale de la personne. D'une manière générale, la visée de la santé mentale est bien de déstigmatiser la maladie mentale, le patient n'étant plus considéré comme un malade, mais bien comme une personne en souffrance (Ehrenberg, 2004b). Tenant compte des aspects individuels et sociaux, elle permet l'élaboration de réponses adaptées aux souffrances exprimées par la population. La santé mentale permet donc une approche globale de la maladie mentale et des souffrances psychiques avec une réflexion sociologique intégrée qui permet de contextualiser leur émergence (Ehrenberg, 2004a).

Dans leur rapport intitulé « de la psychiatrie vers la santé mentale », Piel et Roelandt (2001) font part des orientations que doit prendre la psychiatrie pour s'intégrer pleinement dans le domaine de la santé mentale. Cette dernière s'inscrivant davantage dans une dimension du prendre soin nécessite alors à la psychiatrie et à toutes les autres composantes, d'œuvrer dans une pratique de réseau qui associe le milieu du sanitaire, du social et du politique pour mener des actions de prévention, de soin autant que d'insertion. D'une conception de la psychiatrie hospitalo-centrée de la maladie, et ce malgré la sectorisation, on passe alors à une conception plus globale qui appréhende la souffrance de la personne dans sa situation sociale. Ce passage marque l'extension du champ psychiatrique qui porte désormais son attention au-delà de l'unique maladie, pour s'intéresser à l'absence de maladie et à d'autres dimensions comme l'accomplissement de la personne (Vaillant, 2003), de sorte qu'il peut y avoir une souffrance sans qu'il y ait de pathologie initiale (Renault, 2006). Cette perspective permet ainsi d'aller au-delà du cadre restrictif des pratiques psychiatriques (soin spécialisé en milieu sanitaire) ou uniquement sociales, pour proposer une conception de la pathologie et de la souffrance qui intègre les dimensions médico-psychologiques et sociales (Ehrenberg, 2004a).

#### 3.3.1.3.2. Au-delà du normal et du pathologique

Si la santé mentale a élargi son champ d'action en proposant un nouveau paradigme de compréhension des syndromes et des souffrances présentées par la population, la psychopathologie et la maladie mentale y ont toute leur place. Ehrenberg (2005a) identifie quatre traits qui illustrent l'intégration de la maladie mentale dans le concept de santé mentale. Le premier est cette inversion du rapport souffrance/maladie mentale. La souffrance qui était secondaire, conséquence de la maladie, devient majeure. Pour illustrer ce propos, la psychose devient un élément de la souffrance alors que cette dernière était auparavant la conséquence



d'un syndrome psychotique. Dans la santé mentale, la souffrance, de toute nature qu'elle soit, est l'élément central du soin (Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, 2002). Cette primauté de la souffrance et de ses diverses causes et formes d'expressions rendent difficile la mise en place de politiques publiques d'ampleur. En effet, sans véritable critère permettant de hiérarchiser ces souffrances (celle d'une schizophrénie ou celle d'une dépression, etc.), une priorité ne peut être faite dans les actions publiques à développer. Dans cette conception de la santé mentale, la personne n'est plus cantonnée à son statut de malade mais dans celui plus global de personne en souffrance ou personne en difficulté. Selon cette conception, Jaeger (2012) souligne la grande diversité de profils cliniques rencontrés dans cette catégorie de personnes en souffrance. Le caractère polymorphe de ces profils rend compte de la complexité des difficultés et perturbations rencontrées par les personnes que ce soit sur le plan familial, social, économique, psychologique, psychiatrique ou encore médical. Une troisième caractéristique est ce renversement de la contrainte au consentement. Ici, le droit du patient est mis au premier plan, au-delà du droit social, médical ou psychiatrique qui pourrait contraindre la personne à quelques interventions. Considéré comme acteur, acteur autant de sa vie que de ses soins, l'individu est au centre des projets et les relations dissymétriques dont il était l'objet s'estompent. La dernière caractéristique est cette primauté de la référence au handicap au dépend de la distinction entre le normal et le pathologique. La chronicité de certains états, de certaines situations ou encore de certaines maladies ont réorienté la conception de la pathologie vers celle du handicap et abolit partiellement cette distinction entre le curatif et le palliatif. En effet, cette chronicité prend valeur de handicap en ce sens où l'individu voit ses possibilités d'adaptation aux « standards » de la vie quotidienne perturbées et nécessite par conséquent un accompagnement sur une durée indéterminée.

L'OMS, dans sa définition de la santé va au-delà de l'unique absence de maladie et situe la santé comme un état complet de bien-être à la fois physique et moral. La santé mentale sort d'une conception basée sur la lutte contre la maladie mentale, pour entrer dans une conception plus positive de promotion d'une bonne santé. Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique (2000) et les plans santé qui se sont succédés montrent bien les liens existants entre le projet de soin et le projet de vie de la personne, de sorte que les principes d'accomplissement de soi et de qualité de vie ont remplacé ceux de la guérison. Le caractère social, individuel et environnemental des déterminants de la santé impose une analyse globale qui rend fondamentale la question de l'adaptation de la personne à son environnement (Canguilhem, 1965). Floue et approximative, la notion de norme est dépendante de l'environnement et du

système de pensée propre à nos sociétés. A ce titre, le concept de santé mentale apparait par définition évolutif.

Auprès des populations en situation de grande précarité, la question de l'adaptation réinterroge le concept de santé en mettant à mal les frontières entre le normal et le pathologique. Dès lors, on peut se demander s'il est possible d'atteindre un état de bien-être complet dans un environnement caractérisé par la situation SDF. Dans ce cas de figure, les seuils diffèrent et un certain fonctionnement mental, physique et social signe un état de santé minimum, une adaptation à l'environnement sans pour autant correspondre à un état de bien-être. A la nécessité d'une définition positive de la santé mentale, Furtos (2005) rappelle le risque qu'entraînerait un retour à une définition négative dans laquelle l'absence de souffrance apparentée à l'absence de pathologie est signe de bonne santé mentale. Dans ce paradigme de la santé mentale prenant en compte l'aspect contextuel, être « suffisamment » en bonne santé revient à être en capacité de vivre en adéquation avec son environnement et de disposer d'une certaine capacité d'action sur ce dernier. Cette santé suffisamment bonne ne suppose en aucun cas une absence de souffrance, c'est même l'inverse, une bonne santé minimum implique d'être en mesure de souffrir et de se révolter. La souffrance psychique ne peut donc pas être considérée comme un trouble qu'il faut éliminer au nom de son caractère pathologique (Furtos, 2001). En effet, elle peut autant être « bien vécue », qu'empêcher de vivre ou même de souffrir et devenir source de pathologies sévères.

#### 3.3.1.3.3. La difficulté d'établir une grille d'analyse objectivable de la santé mentale

Le cadre psychopathologique de la psychiatrie se caractérisant par l'absence ou la présence de maladie mentale, la personne diagnostiquée se retrouve inscrite sur un discontinuum. Afin de sortir de cette dichotomie, la conception en santé mentale tente de penser la personne sur un continuum allant de la bonne à la mauvaise santé mentale. Pour se faire les enquêtes en santé mentale utilisent différents indicateurs permettant de porter un diagnostic. Si ces indicateurs disposent d'une certaine finesse dans leur mesure, Lazarus et Strohl (1995) constatent que ces résultats sont trop souvent considérés comme objectifs et valables dans tous contextes. En effet, lorsque l'influence du social n'est pas totalement négligée, elle se restreint à des variables statiques telles que la profession, la situation conjugale et familiale, etc. Laporte et Chauvin (2010) soulignent alors l'importance de ne pas considérer comme stables et

immuables des pathologies observées à un moment donné. Analyser dans une juste mesure, ces études en santé mentale ou celles épidémiologiques n'amèneraient pas à des risques de psychiatrisation du social. Il en est de même des critiques inverses qui craignent une sociologisation de la maladie mentale (Quesemand-Zucca, 2007) par la mise en avant d'un constructivisme social qui minimiserait le poids de la maladie mentale. Ces oppositions ne sont pas sans conséquence sur la prise en charge de ces personnes (Lazarus et Strohl, 1995) puisqu'elles vont déterminer différents types d'interventions. Soit on considère que les souffrances des sujets sont dues à un trouble psychiatrique et l'action portera sur l'accès de la personne à un dispositif de soin, soit on considère que la souffrance est liée à la situation sociale et on essaiera d'intervenir sur cette dernière.

Laporte et Chauvin (2010) considèrent que l'approche en santé mentale permet de faire la jonction entre les deux écueils de la psychiatrie et de la sociologie, non pas pour faire écho aux paradigmes classiques, mais bien pour rendre compte de l'expérience des premiers concernés, les personnes en souffrance. Pour illustrer ceci, Maisondieu (1997b) rappelle que la dépression, terme psychiatrique, qualifiant fréquemment les précaires, permet de détacher la tristesse de la personne des difficultés existentielles auxquelles elle est confrontée. Ici, le désespoir (appelé trop souvent dépression) du SDF s'estompe lorsqu'il cesse d'être accablé de malheurs, à la différence d'un trouble dépressif classique. Cette dépression, à l'instar d'autres troubles tels que l'anxiété ou l'insomnie ne relèvent pas forcément de la pathologie et peuvent être considérés comme « normaux » pour ces personnes qui manquent de tout, qui sont rejetées et qui se sentent indignes des autres. Comprendons qu'avec cette grille de lecture des troubles psychiatriques, les surmorbidity psychiatriques mises en avant sont, si ce n'est à nuancer, à considérer autrement. Si leurs signes correspondent aux classifications nosographiques, la prise en charge de ces troubles ne relève pas systématiquement d'une prise en charge psychiatrique ou médicamenteuse, mais nécessite une sortie de l'exclusion et de ce contexte de vie pathogène. Dans cette perspective, le mal-être de la personne exclue n'est pas systématiquement de la maladie, ce qui implique que la personne ne soit pas considérée comme malade mais comme une personne en souffrance.

Cette grille de lecture en santé mentale nécessite donc d'identifier des variables rendant compte à la fois des sentiments de l'individu, de ses comportements et des différents rapports qu'il entretient avec les autres et avec son environnement (Lazarus et Strohl, 1995). Il est alors pertinent de porter son attention sur des éléments tels que la honte, l'estime de soi, le

découragement, les investissements et les relations de l'individu en les mettant en perspective avec son entourage, son environnement et la sphère publique. Notons que si ces variables sont des indicateurs n'ayant pas la même valeur scientifique que ceux utilisés dans les enquêtes psychiatriques, ils s'inscrivent dans une approche nouvelle qui dépasse les clivages entre psychiatrie et sociologie et qui tente de questionner les liens entre la condition de vie et la santé mentale de la personne.

#### **3.3.1.4. Pour conclure**

Laval (2005) note que ce passage de la psychiatrie vers la santé mentale ne se fait pas sans difficulté. Descendante historique de la psychiatrie mais devenue ces dernières décennies une préoccupation sociale en extension, la santé mentale ne parvient que difficilement à exister en son nom propre. Son identité est d'autant plus malmenée qu'elle ne trouve pas toute sa légitimité scientifique, elle qui ne se base pas sur le strict aspect médical caractérisant notamment la psychiatrie. Se pose alors un enjeu de taille, celui de penser un nouveau rapport entre la science et le monde politique. Au carrefour épistémologique de différentes sciences, la santé mentale relie différents domaines comme la sociologie, la psychologie, la psychanalyse, la psychiatrie, qui ont chacun un cadre scientifique et une délimitation sociale et politique qui leur est propre. Si la santé mentale souffre encore d'un manque de conceptualisation, on cerne de mieux en mieux son domaine et les objets qu'elle concerne. Si elle ne dispose pas de noyau dur, ni de populations ou de pratiques qui lui sont propres, elle comprend, intègre et dépasse différentes entités telles que la folie, la maladie, la précarité ou encore le mal-être.

### **3.3.2. La souffrance psychique et la santé mentale**

#### **3.3.2.1. La souffrance psychique mise au premier plan**

##### **3.3.2.1.1. L'importance de son origine sociale**

Le rapport Lazarus et Strohl (1995) par son titre évocateur « une souffrance qu'on ne peut plus cacher » a mis en lumière une souffrance psychique issue du social. Furtos (2005) considère que ce rapport a permis si ce n'est de découvrir une souffrance déjà exprimée par les

individus concernés, au moins de la reconnaître. Si les individus en situation de précarité sont les premiers concernés par cette souffrance, elle n'est pas sans affecter ceux qui gravitent autour d'eux, de sorte qu'elle est souvent perçue par la plainte qui la transporte (Lae, 1996). L'émergence de cette souffrance est à situer au regard du changement des politiques sociales marqué notamment par l'instauration du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 (Renault, 2002). A l'inverse des anciennes mesures d'assistance ponctuelle, la mise en place du RMI a créé entre le travailleur social et le bénéficiaire, une relation personnalisée, un suivi dans le temps qui prend en compte le parcours biographique de la personne. Les situations d'impuissance dans les tentatives de soin comme d'insertion sociale ont signé l'expression de cette souffrance qui a ceci de particulier de toucher à la fois l'exclu et le professionnel. En ce sens, c'est bien par les pratiques du travail social et notamment par leurs échecs qu'a pu être rendue visible cette souffrance (Kessar, 2001). Reflétant et endossant une partie de la souffrance des populations précaires, ce sont bien les professionnels qui ont lancé ce signal d'alarme et fait du traitement de cette problématique une urgence sociale (Lazarus et Strohl, 1995).

Subjectivement ressentie par les personnes précaires, cette souffrance est à relier à la condition sociale et aux relations interpersonnelles. Dès lors, on comprend que la précarité ne peut se réduire à la pauvreté ou à une situation sociale défavorable et qu'il devient nécessaire pour les dispositifs sociaux de considérer la part subjective de cette souffrance (Lazarus et Strohl, 1995). Si cette notion de souffrance psychique d'origine sociale manque de consistance théorique, elle permet de décrire un vécu et une réalité quand les anciens savoirs ont cessé progressivement d'être opératoires. Rendant compte de la dégradation de l'état de santé de la personne au fur et à mesure de sa précarisation (Rainhorn et Gremy, 1998), la mise en avant de cette souffrance a permis d'interpeller directement le secteur de la psychiatrie afin qu'il puisse mener des actions auprès de cette population et des professionnels qui l'accompagne (Kessar, 2001).

#### 3.3.2.1.2. La difficulté de définir et de délimiter la souffrance psychique

La souffrance psychique est une notion qui fait débat au sein de la communauté scientifique tant elle est difficilement cernable, délimitable et définissable (Rainhorn et Gremy, 1998). Elle résiste à l'approche strictement psychopathologique qui la réduirait et l'isolerait des déterminants psycho-sociaux (Defay-Goetz, 2004). Cependant, cette notion de souffrance

psychique est largement constatée et partagée par l'ensemble des acteurs de terrain gravitant auprès de la population SDF. Elle permet aux aidants de mettre en mots ce qui leur échappe (Quesemand-Zucca, 2003) autant que de rendre compte de l'impact du processus de précarisation sur la santé de l'individu concerné.

Le caractère multidimensionnel de la souffrance psychique d'origine sociale rend sa définition et son identification complexes (Colin et Furtos, 2005). Si le terme souffrance semble faire consensus quant à sa pertinence, celui de « social » ou « d'origine sociale » pose des difficultés tant il renvoie à divers paradigmes explicatifs. Renault (2006) relève qu'une lecture médicale risquerait de mettre à l'écart les dimensions sociales de cette souffrance, celle politique risquerait quant à elle de la réduire à la seule pauvreté, celle sociologique la comprendrait comme une mort sociale par l'anomie, quand une lecture freudienne faisant référence au « malaise dans la culture » (Freud, 1929) renverrait cette souffrance à un affaiblissement des défenses. Le rapport Parquet (2003) tente de conceptualiser cette souffrance psychique en y incluant l'ensemble des dysfonctionnements psycho-affectifs dus aux difficultés existentielles. Cette conception met l'accent sur l'intérêt des mécanismes d'adaptation et de défense pouvant être mis à mal et dépassés dans des situations de précarité.

Vinot (2005) critique quant à lui cette conception de la souffrance psychique qui se base sur les dires des travailleurs sociaux et sur les manifestations de comportements sociaux, tout en faisant abstraction de la subjectivité et de la parole des sujets concernés. Cet auteur, orienté par la psychanalyse, considère que les carences structurales présentes dans l'analyse de cette souffrance ont conduit à un déplacement hasardeux vers le social. Il considère que cette centration sur les signes ne reflète que la surface, et que, par conséquent, l'environnement social ne rend pas compte de la causalité de ce symptôme.

Renault (2003) suggère d'appréhender la souffrance psychique par le biais du mépris social que subit la personne. Ce mépris social suppose une relation dans un rapport tel qu'il est renvoyé à la personne une image négative d'elle-même. Cette souffrance émerge donc lorsque ces relations dévalorisantes deviennent socialement instituées. Renault (2003) note qu'une des formes la plus répandue de cette souffrance psychique est la dépression. Cependant, cette dernière n'a pas à être comprise dans une conception freudienne relative à la perte d'objet, mais plutôt comme ce qu'Ehrenberg (1998) nomme la fatigue d'être soi qui émerge par la nécessité sociale imposant à chacun d'être soi, de se réaliser, d'être personnellement responsable de ses échecs comme de ses réussites. Colin et Furtos (2005) repèrent, quant à eux, certains invariants

dans l'expression de cette souffrance. Cette dernière s'exprime dans les lieux du travail social et s'adresse à des professionnels « non-psy », ce qui rend leur travail d'autant plus complexe et difficile. Favorisée par la précarité, cette souffrance psychique affecte tout ce qui constitue la vie quotidienne de la personne et prend des formes variées selon qu'elle touche des jeunes ou des personnes âgées, des grands précaires ou d'autres en voie de réinsertion, etc. Cette souffrance psychique ouvre ainsi un domaine qui est vaste. Elle se différencie et va au-delà de la maladie mentale, cette dernière faisant pleinement partie de son champ.

### 3.3.2.1.3. Une tentative de réponse : la description de la souffrance psychique (le rapport Parquet, 2003)

Parquet (2003) dans son rapport portant sur l'exclusion et la souffrance psychique a tenté de synthétiser cette dernière notion. Il rappelle qu'en se cantonnant à une approche sémiologique propre à la psychopathologie, la définition de la souffrance psychique ne peut être que floue et approximative. Ayant fait son essor dans les années 1990 et s'étant par la suite imposée dans la nosologie, cette souffrance peine encore à y trouver pleinement sa place. En effet, bien qu'elle rende compte de dysfonctionnements psycho-affectifs profonds elle n'est pas identifiée comme un trouble caractérisé. S'il est maintenant admis que la souffrance psychique a de nombreuses étiologies et qu'elle est un fait qu'on ne peut plus ignorer, elle reste un objet difficile à appréhender. Parquet (2003) dresse le tableau clinique de la souffrance psychique. Notons d'emblée qu'aucune des manifestations retrouvées dans ce tableau clinique n'est pathognomonique de cette souffrance psychique. C'est bien la coexistence de ces manifestations qui nourrit le tableau clinique de cette expression de la souffrance psychique. Un premier critère, et peut être le plus important, est l'invalidation sociale. Puis on relève des perturbations au niveau de la temporalité avec une vie dans l'instant présent, une impossibilité de se projeter dans l'avenir et à imaginer un changement. L'éventail des conduites adaptatives est également diminué, la personne se trouvant dans l'incapacité de mobiliser des liens sociaux et des compétences antérieurement acquises. Au niveau social et relationnel, on note un isolement et une solitude accentués, une perte du sentiment d'interdépendance et de confiance en l'autre, ainsi que des difficultés à nouer de nouvelles relations sociales. On constate également une baisse de l'élan vital, avec une baisse générale des capacités d'initiatives (à l'exception de ce qui entraîne des réponses immédiates), des troubles dépressifs, une faible estime de soi où l'individu ne se sent plus en mesure d'agir sur le cours de sa vie. Des conduites



d'évitement, de repli, de passivité ou encore des conduites addictives à des substances psychoactives sont fréquemment rencontrées dans les tableaux cliniques de la souffrance psychique. Une dernière série de manifestations de cette souffrance concerne le retrait de la personne vis à vis d'elle-même, retrait pouvant aller jusqu'au déni de sa propre souffrance. Dans l'incapacité de ressentir ses besoins tant sanitaires que sociaux, la personne n'exprimera pas de demande d'aide malgré une souffrance psychique bien effective.

### **3.3.2.2. Les liens entre la souffrance psychique et la santé mentale**

#### **3.3.2.2.1. La souffrance psychique : nécessité d'une approche en santé mentale**

La mise en avant de la souffrance psychique nécessite une implication du sanitaire dans les problématiques d'ordre social (Kessar, 2001). L'essor de la santé mentale dans les années 90 en mettant en lien le secteur du sanitaire avec celui du social a permis de disposer d'un langage qualifiant les enjeux que posent les problèmes sociaux (Fassin, 2006). Un schéma triangulaire se dessine avec la cause du problème, ses conséquences et les solutions proposées. Fassin (2006) relève que l'on est passé dans les années 1970 d'un schéma basé sur l'inadaptation causale ayant pour conséquence la pauvreté et entraînant une réponse en termes d'intégration, à un schéma dans les années 1990 rapporté à l'exclusion qui a pour effet l'essor d'une souffrance qui peut se traiter par des dispositifs d'écoute. Sa configuration sémantique et son cadre théorique ont hissé la santé mentale au premier plan. Sa valeur descriptive des désordres sociaux fait consensus à différents niveaux, du travailleur social aux plus hautes administrations, en témoigne la circulaire de 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale.

Si le terme de souffrance psychique issue du social n'apparaît que tardivement dans les années 1990, Renault (2002) relève son évidence épistémologique et le fait que cette souffrance est en d'autres termes un objet traditionnel de la sociologie (Hoggard, 1970). Sans pour autant avoir conceptualisé cette souffrance sociale, Bourdieu (1993) en situe ses marques dans une grande diversité de situations sociales. Pour l'auteur, ces souffrances découlent d'un ordre social qui bien qu'ayant endigué l'extrême misère, a permis la multiplication de ce qu'il nomme les « petites misères ». Dans cette configuration, chacun est susceptible d'exprimer une souffrance, autant la personne sans domicile que le travailleur social, le délinquant que le



policier. A l'instar de Paugam (1991) et de son concept de « disqualification sociale », Bourdieu (1993) tente dans une approche sociologique de comprendre cette souffrance vue comme un symptôme afin d'en identifier les causes. La mise en avant de son « malaise social » a une vocation de permettre à la personne d'amputer la responsabilité de sa souffrance pour s'en sentir alors disculpée. Cette nécessité de reconnaître l'exclusion, de mettre un sens et de désigner cette souffrance, offre la possibilité à la personne précaire de légitimer ses appels à l'aide, elle qui ne devient plus responsable de sa détresse (Maisondieu, 1997b).

Relevant du social avant d'être individuelle, l'approche en santé mentale s'avère pertinente pour traiter cette souffrance. Si le milieu sanitaire est convoqué tant cette souffrance est subjectivement ressentie, la transformation des conditions sociales fait partie des moyens d'intervention (Renault, 2002). Laval et Renault (2005) notent que cette souffrance prend différentes formes qui dépendent du rapport social et du contexte où elle s'exprime. Toute la difficulté est alors de comprendre et d'appréhender la manière dont un contexte social spécifique va pouvoir générer une souffrance chez un individu qui lui aussi possède ses spécificités. En ce sens, agir sur elle est une mission complexe et délicate et nécessite d'intervenir à la fois de manière préventive et curative sur nombreux déterminants d'ordre économiques, médicaux, psychiatrique, sociaux et encore environnementaux (Parquet, 2003). A cela s'ajoute la difficulté de pouvoir identifier l'effet de ces déterminants sur la personne sachant que de nombreux renforcements sont observés entre ces derniers. Ainsi la diversité tant dans la nature que dans les types d'actions à mener ne peuvent être mis en place que dans un travail de réseau au sein duquel chaque intervenant y trouvera sa place. C'est ce cadre que la santé mentale propose d'apporter.

#### 3.3.2.2.2. La souffrance psychique et la santé mentale : deux notions indissociables

Grippant les dispositifs sociaux, ces personnes en souffrance ne présentent pourtant pas de signes effectifs qui marqueraient leur inaptitude à leur réinsertion (Lazarus et Strohl, 1995). Isolés face à cette problématique, les travailleurs sociaux se sont tournés naturellement vers le secteur médical et notamment celui de la psychiatrie afin de pouvoir cerner cette souffrance ne relevant pas strictement du champ social. Cette souffrance psychique a eu pour conséquence une remise en cause du savoir psychiatrique. En effet, la nosographie psychiatrique telle qu'elle est définie classiquement n'est plus en mesure de rendre compte des souffrances observées pour

une partie de la population (Arveiller et Mercuel, 2012). Générant une déstructuration et une fragilité tant sur le plan individuel que social, l'exclusion sociale et ses conséquences en termes de souffrance psychique ont contribué à penser un nouveau savoir théorique et de nouvelles pratiques transversales en santé mentale. Comprises comme un couple solidaire, la santé mentale et la souffrance psychique permettent de donner corps et consistance aux tensions sociales propres à nos sociétés modernes régies par l'autonomie et aux actions que l'on peut mettre en place (Ehrenberg, 2005a). La socialisation est un critère de santé mentale et par analogie, la souffrance psychique propre à la désocialisation apparaît comme une problématique fondamentale de la santé mentale (Ehrenberg, 2005 a et b).

Furtos (2000b) rappelle que cette souffrance psychique a été le signal d'alarme qui a permis au secteur social d'interpeler celui de la psychiatrie. Ces deux secteurs pris isolément ne sont pas en mesure de prendre en charge cette souffrance. La nécessité pour le milieu psychiatrique de porter son attention sur les problèmes sociaux est qu'ils génèrent bien une réelle souffrance et que la loi de lutte contre les exclusions de 1998 a bien rappelé les missions de l'hôpital, son rôle social et sa fonction de service public. La mise en avant de cette souffrance exprimée par les précaires a alors contribué à donner une place au « normal » dans la santé mentale, de sorte qu'elle ne fait pas de ces personnes des malades (Fassin, 2006). Réponse parfois adaptée à un environnement, cette souffrance ne peut se contenter d'une intervention psychiatrique cloisonnée à sa seule nosographie, mais bien d'une prise en charge globale en santé mentale permettant de panser ces blessés de la vie (Piel et Roelandt, 2001).

En posant la question de savoir dans quelle mesure la psychiatrie a sa place dans la prise en charge de cette souffrance (Bodénez, 2004), cette dernière ravive un peu plus les conflits scindant la psychiatrie en deux. La psychiatrie se tiraille alors entre une part conservatrice incluant le courant psychanalytique et une part ouverte au social et en coordination avec les acteurs sociaux dans un travail commun (Chobeaux, 2009). Si la psychiatrie se trouve dans une position éthique qui ne peut que considérer cette souffrance psychique, toute la difficulté est de ne pas la « psychiatriser » en la cadrant par un syndrome, ou à l'inverse de la minimiser en considérant que si elle n'apparaît dans une classification nosographique, elle ne concerne pas la psychiatrie (Defay-Goetz, 2004). L'idée n'est donc pas d'apparenter la souffrance psychique à une maladie relevant de la psychiatrie, mais bien de considérer la situation d'exclusion comme pathogène. Sortant de la dualité entre la maladie mentale et la normalité, l'approche en santé mentale permet de considérer de nombreux tableaux cliniques rencontrés auprès des

populations en grande précarité (Kovess-Masféty, 2001). En ce sens, l'absence de signes psychiatriques criants des SDF qui peuvent ne présenter ni désarroi, ni anxiété, ni demande d'aide, ne reflète pas une absence de maladie mais témoigne bien d'une certaine défense et d'une véritable fragilité psychique.

Rappelons que l'état de santé est défini par l'OMS dans ses composante psychique, physique et aussi sociale. Dans cette conception, tout acte ou effort d'amélioration du bien-être de la personne sur ces plans précédents relève d'une action de santé. Ne reposant plus exclusivement sur le soin ou la prévention, le système de santé cède maintenant une large place au « prendre soin » et à l'amélioration du bien-être. Ceci passe donc par le soin médical et psychologique mais aussi par des actions visant l'insertion au sens large de la personne qui suppose une amélioration de ses conditions de vie, amélioration qui aura des effets directs sur la santé (Lazarus et Strohl, 1995). Cette souffrance générant une telle inadaptation de la personne aux différentes offres sociales et sanitaires, il devient indispensable de repenser les dispositifs existants, tant sociaux que psychiatriques, dans une conception de santé mentale afin qu'ils puissent adapter leurs offres de manière transversale à l'ensemble du public et à cette problématique de souffrance psychique.

### **3.3.3. Le changement de société : vers plus d'individualisme**

#### **3.3.3.1. Les mutations du social : l'autonomie au premier plan**

Ehrenberg (2004b) considère que la santé mentale et la souffrance psychique sont indissociables et font partie intégrante des changements de notre rapport au monde. L'autonomie n'est plus l'affaire de la politique mais devient une valeur essentielle de la vie sociale. Elle recouvre un double idéal qui correspond d'une part à la réalisation de soi et d'autre part à l'initiative individuelle, au fait de décider et d'agir par soi-même. Cette autonomie qui met les caractéristiques personnelles et individuelles à un niveau central devient une problématique de taille chez les personnes qui en sont dénuées, notamment la population SDF. Renault (2006) situe alors cette souffrance psychosociale dans les mutations de la société. En effet, les évolutions sociales sont de plus en plus rapides et il est laissé à l'individu la nécessité de s'y adapter. Dans cette instabilité, l'individu ne peut plus s'appuyer sur des repères collectifs. Devenues individuelles, les normes telles que la souplesse psychique, affective et cognitive

permettent alors aux individus les mieux dotés de s'assurer la responsabilité de leur existence. Dans cette configuration, les personnes plus fragiles ne pourront pas trouver les ressources nécessaires à assumer leur vie, et seront contraintes de se remettre en cause, de réinterroger leur avenir et d'endosser la responsabilité de leur inaptitude à trouver leur place dans la société.

C'est cette position de l'individualisme contemporain et de ses conséquences, en termes de fragilisations individuelles que Ehrenberg (1991, 1995, 1998) a développé et tenté de démontrer dans trois de ses ouvrages, véritable trilogie. Cet auteur met en avant dans son premier volet (Ehrenberg, 1991) l'augmentation des valeurs de la concurrence dans des domaines variés tels que l'économie, le sport et le monde professionnel. L'égalité supposée de nos sociétés fait que chacun peut entrer en compétition avec les autres et mener une course à la performance dans laquelle il est sommé de se dépasser. Ce culte de l'initiative personnelle et de la réussite sociale marque la généralisation de la norme d'autonomie propre à l'individualisme contemporain. S'imposant à tous, Ehrenberg (1995) note que cette norme d'autonomie n'est pas sans conséquence pour l'individu. Devenu seul responsable de ses réussites comme de ses échecs, l'individu ne peut plus s'en remettre aux inégalités sociales et doit porter seul le poids de son existence. Dans ce dernier volet nommé « la fatigue d'être soi », Ehrenberg (1998) relie cette souffrance à une nouvelle conception de la dépression qui n'est plus traduite par le conflit (avec le refoulement et les interdits) et la culpabilité, mais par la possibilité illimitée et l'immaitrisable. La dépression est maintenant caractérisée par l'inhibition, le manque d'énergie, de motivation et de projet. Elle devient la conséquence du manque de réalisation sociale de chacun, n'est plus une pathologie que l'on soigne mais une responsabilité qui s'assume.

La dynamique d'émancipation qui s'est progressivement imposée à chacun depuis les années 1980 a fait de la responsabilité personnelle et de l'autonomie des normes sociales (Ehrenberg, 2005a). Dubois (1994) relie cette valorisation sociale de l'attribution personnelle des trajectoires de vie à la norme d'internalité présente dans nos sociétés occidentales. Les tensions qui en découlent sont traduites par la santé mentale, en termes de souffrance psychique. Cette souffrance devient l'expression subjective de l'échec de l'individu et des inégalités sociales auxquelles il est soumis et désormais personnellement responsable (Laval et Renault, 2005). Dédouané de ses contraintes collectives, il est contraint d'évoluer dans un monde aux repères instables et incertains, de faire face à une déliaison sociale ayant pour conséquence l'installation d'une insécurité et d'une vulnérabilité individuelle de masse (Ehrenberg, 2005b).

Si l'état se doit d'assurer l'accès aux droits à chacun, les vulnérabilités que présentent les personnes précaires font qu'une inégalité se creuse dans la possibilité pour chacun d'être citoyen et de jouir de ses droits (Joubert, 2001). La précarité met donc à mal cet idéal de droit fondamental tant il est laissé à certains la nécessité de lutter individuellement pour retrouver leur condition de citoyen. En ce sens, Pegon (2011) pointe le passage de l'Etat Providence à celui de l'Etat Social Actif dans lequel l'individu doit s'activer pour saisir l'aide visant à s'autonomiser.

Duvoux (2009a) a quant à lui questionné cette norme d'autonomie sous-jacente au dispositif d'aide sociale en la mettant en perspective avec le statut d'assisté, assigné à l'individu usager de ces dispositifs. En effet, cet idéal social teinté d'autonomie auquel chacun doit pouvoir tendre pose une question de taille : les assistés peuvent-ils devenir autonomes ? On constate que les institutions de l'état social véhiculent cette norme d'autonomie en tentant de responsabiliser individuellement la personne pour sortir de son assistanat. Se généralise ainsi la mise en place de contreparties pour quiconque bénéficiera d'une assistance (Dufour, Boismenu et Noël, 2003). Le problème est que l'assistantat est par définition en opposition avec l'autonomie. La personne assistée, qui ne peut subsister à ses besoins notamment financiers, va être affectée par la confrontation avec cette norme d'autonomie. Etre contraint de s'y tenir sans pour autant pouvoir y accéder va créer un conflit pour l'individu qui va se trouver dévalorisé, culpabilisé et honteux de ne pouvoir assumer sa responsabilité.

Cette contrepartie demandée à celui qui reçoit une assistance s'est généralisée à une large proportion des dispositifs d'insertion. Rappelons que les fondements du RMI se posaient sur l'idée d'une dette de la société envers les individus victimes d'un système qui les met à l'écart sur le plan social et professionnel. Duvoux (2011) note le renversement de cette responsabilité d'abord sociétale vers la responsabilité personnelle de la situation de l'individu. Au fil des années, le RMI s'est contractualisé, une contrepartie de la part du bénéficiaire s'est imposée affirmant la présence de cette responsabilité individuelle. Le passage du RMI au RSA marque un peu plus ce renversement de la responsabilité individuelle dans les difficultés sociales que traversent les personnes. A cela s'ajoute le caractère paradoxal de l'expansion de cette norme d'autonomie des dispositifs qui par leur multiplication effective rendent les bénéficiaires de plus en plus dépendants à ces dispositifs d'aide sociale (Duvoux, 2009a,b). Maisondieu (1997a) note également ce paradoxe en soulignant que si l'exclu est exclu à cause de l'exclusion, les efforts qu'il doit lui-même réaliser pour se réinsérer lui font endosser une

large part de responsabilité personnelle. Astier (2007) et Duvoux (2009b) soulignent ainsi le revirement du dispositif d'aide sociale qui reposait autrefois sur une idéologie de justice sociale et de droits universaux pour maintenant se dédouaner et faire endosser à la personne concernée la responsabilité de sa situation et de son travail de réinsertion.

### **3.3.3.2. La norme d'internalité et la réussite sociale**

Pour s'épanouir dans notre société actuelle, chaque individu doit tendre vers son autonomie et endosser personnellement la responsabilité de la vie qu'il mène. Dressée au rang d'idéal, cette responsabilité individuelle peut être reliée à cette norme d'internalité mise en avant par de nombreux auteurs (Beauvois, 1995 ; Dubois, 1987, 1994 ; Gilibert, 1998). Cette dernière s'exerce très précocement dans le développement de l'enfant, dans les pratiques éducatives et scolaires, et qui se retrouve plus tard dans la formation professionnelle. Nisbett et Ross (1980) soulignaient dès 1980 la sensibilité à la culture, et notamment occidentale, de cette internalité. Cette dernière est à relier au concept d'attribution causale (Heider, 1958) qui permet à l'individu d'assurer un contrôle sur son environnement, de maîtriser la réalité en s'en forgeant une connaissance relativement stable et d'expliquer un événement en lui donnant un statut de causalité interne ou externe. Dans nos sociétés qui favorisent la responsabilité de l'individu dans ce qu'il fait autant que dans ce qu'il devient, chacun finit par obtenir ce qu'il mérite.

Les développements relatifs à l'attribution causale ont connu une large expansion dans le domaine de la psychologie sociale, celle-ci étant convoquée afin d'identifier la manière dont les personnes expliquent les éléments de leur vie et de leur quotidien. Répercutée sur le dispositif d'aide sociale, cette norme d'internalité qui valorise la responsabilité et l'autonomie de la personne en situation d'exclusion devient un facteur nécessaire à la réinsertion sociale (Astier, 2007 ; Duvoux, 2009b). Le fait d'être acteur de ses propres comportements et de ses propres renforcements est socialement valorisé (Beauvois et Dubois, 1988), au point qu'il devient un comportement normatif permettant d'obtenir l'approbation sociale (Jellison et Green, 1981).

C'est en raison de ces qualités attendues que de nombreux auteurs (Damon, 2002 ; Martin, 2011 ; Soulié, 1997) considèrent les dispositifs d'insertion comme excluants et inadaptés à une partie de la population SDF. Cette norme d'internalité imprégnant les dispositifs

se retrouve dans les pratiques des travailleurs sociaux. De plus les travailleurs sociaux en charge de « recruter » les personnes SDF en mesure d'entrer dans tel dispositif de réinsertion vont devoir appliquer des critères plus ou moins conscients d'employabilité (Soulié, 1997) afin de juger les SDF potentiellement en mesure de se réinsérer. Le sujet SDF doit ainsi raconter son histoire au travailleur social qui aura tendance à surévaluer les explications causales de type interne, au détriment des aspects situationnels. Certains auteurs (Beauvois, 1995 ; Levené, 2006 ; Michalot, 2010) témoignent alors de cette évaluation positive du travailleur social dès lors que l'individu mettra en avant une responsabilité personnelle quant à sa situation de précarité ou d'exclusion. Cette tendance renvoie à « l'erreur fondamentale d'attribution » mise en avant par Ross (1977), dans laquelle l'agent a tendance à expliquer les comportements d'autrui d'un point de vue interne parce qu'il se centre sur la personne qu'il observe, ne voyant par conséquent plus les éléments situationnels. Un travailleur social jugera donc négativement un SDF à l'attribution causale « externe », car tous deux n'auront pas le même jugement de causalité, d'autant plus que l'externalité est perçue négativement dans notre société qui valorise l'internalité, l'autonomie et la responsabilité de chaque personne.

Les nombreuses études sur le type de causalité attribué par l'individu sur un renforcement qu'il reçoit font apparaître l'idée d'une meilleure « réussite » chez ceux qui ont un contrôle interne. Ainsi, on observe des corrélations positives du contrôle interne avec la réussite scolaire (Findley et Cooper, 1983), avec la réussite professionnelle (Andrisani, 1978), avec les possibilités de recrutement (Beauvois, Bourgeade et Pansu, 1991) et encore dans les structures de l'aide sociale (Beauvois et Le Poulter, 1986). Pour expliquer cette réussite, certains auteurs comme Miller, Norman et Wright (1978) avancent l'idée d'une aptitude à contrôler leur environnement chez les internes. A l'inverse, la non-réalisation de ce contrôle renverrait à une « résignation acquise » chez les sujets externes (Seligman, 1975). Rabinowitz (1978) rend compte de la réussite sociale des internes en comparant le raisonnement causal en fonction des stratifications sociales, de sorte que les classes dominantes seraient plus internes que les classes minoritaires. Ce constat est partagé par Beauvois (1984).



### **3.3.3.3. Un nouveau malaise dans la civilisation**

Castel (1995) compare l'individualisme moderne de nos sociétés avec l'individualisme négatif qui était illustré par la figure du vagabond. En dehors du collectif, ce dernier demeurait sans aucune protection. L'individualisme actuel est donc considéré par Castel (1995) comme une métamorphose de l'individualisme négatif qui ne garantit plus la protection à l'ensemble des citoyens. Cette protection de l'état de plus en plus parcellaire ne peut qu'engendrer un défaut de cohésion sociale. Freud (1929) considérait à son époque que la civilisation était organisée par le refoulement et ainsi la répression nécessaire des pulsions. Le développement de nos sociétés ultra-libérales ont fait passer selon Melman (2002) nos sociétés d'une structure névrotique à une culture qui favorise la perversion, comme une ultime défense face à la psychose et la jouissance perpétuelle. Dans cette configuration, le lien social est perverti, les repères et limites sont de moins en moins consistants et contenant. Ehrenberg (2005b) évoque également ce nouveau malaise dans la civilisation par l'effacement des règles sociales. Cette disparition est un illogisme total dans la mesure où aucune société ne peut tenir et lier ses individus sans éléments, règles et fixités qui valent pour tous. La santé mentale et la souffrance psychique sont à considérer dans ce nouveau malaise dans le sens où la première apparaît comme une réponse à la seconde. Dans ce contexte où les idéaux sont l'autonomie et la réussite sociale, l'échec devient personnel et source de souffrance pour l'individu.

Laval et Renault (2005), faisant référence à la psychologie collective des foules de Freud (1921), considèrent dans la continuité de cette pensée que les différentes structures sociales ne sont pas sans effets sur la vie psychique des individus. Dans cette perspective, il est nécessaire de penser la subjectivité de l'individu et ses perturbations éventuelles en référence à un cadre collectif. Le travail de Freud (1921) a été de mettre en avant qu'il ne peut exister qu'une psychologie qui soit sociale, fondée sur le lien à l'autre. Et on ne peut s'empêcher de constater que les évolutions sociétales de ces dernières décennies ont laissé apparaître de nouvelles pathologies et souffrances qui, si elles peuvent prendre une expression individuelle, n'en sont pas moins à considérer collectivement. Cette souffrance des précaires mise en avant dans le rapport de Lazarus et Strohl (1995) est le fruit de ce nouveau malaise dans la civilisation. On constate que l'effort d'insertion demandé aux personnes précaires est nettement plus contraignant que celui des personnes les plus intégrées dans la société. En effet, les précaires vont rencontrer davantage de difficultés à accéder à leur droit, à gérer l'éducation de leur enfant, à trouver un emploi (et à s'y épanouir). A ces difficultés, s'ajoutent celles développées par les



dispositifs sociaux eux-mêmes qui imposent une complexité et une forte exigence administrative à ceux pour qui ils sont destinés. Ces éléments nous renvoient à une faille de taille de la société et de ce qu'elle est censée mettre en œuvre pour l'insertion de tous les citoyens. Si l'insertion ne semble plus être un droit fondamental pour la personne du fait de sa contractualisation, cette dernière apparaît désormais de moins en moins équitable, l'engagement n'étant plus réciproque. Le corps social ne parvenant plus à offrir une place d'insertion à la personne, il lui revient le devoir de répondre par elle-même à cette demande d'insertion de la part d'une société qui n'est plus en mesure de lui offrir. En effet, il ne suffit plus que la personne veuille travailler pour avoir un emploi, soit en mesure de gérer son quotidien pour avoir un logement, etc. L'ensemble de ces contraintes est de plus en plus pesant pour les populations précaires et renforcent davantage le malaise et cette souffrance constatée chez les personnes les plus démunies.

## *Chapitre 4*

### *Problématique*

#### **4.1. Ce que nous apprend la revue de la littérature**

Notre première interrogation était de comprendre les échecs de la prise en charge des SDF. Afin de cerner les questionnements qui en découlent, nous avons exploré l'état de la littérature scientifique qui traite de cette vaste problématique. De cette exploration, nous retenons six principaux aspects :

- 1) Le traitement du phénomène SDF : un problème sociétal d'ampleur
- 2) Qui sont les SDF ?
- 3) L'avancée dans l'exclusion
- 4) La condition de vie difficile des SDF
- 5) Les liens entre maladie mentale et exclusion sociale
- 6) La santé mentale et la souffrance psychique d'origine sociale

C'est en identifiant systématiquement les apports mais aussi les manques et les limites de la littérature scientifique sur ces six aspects que nous précisons peu à peu notre problématique et que nous cheminerons vers la mise en place de notre cadre de recherche.

#### **4.1.1. Le traitement du phénomène SDF : un problème sociétal d'ampleur**

##### *Les apports de la littérature*

Si les marginaux et les exclus ont toujours existé, leurs dénominations ont évolué avec les mutations de la société. Les représentations associées à ces populations marginales et la gêne sociale qu'elles suscitent ont entraîné des traitements différents de ce phénomène à travers l'histoire. Ainsi, des vagabonds à réprimer au Moyen Âge, on est passé aux sans-abri à assister à la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, pour être depuis les années 1970 dans une politique d'insertion des SDF. Si la charité chrétienne a longtemps assuré la prise en charge des pauvres et des exclus, l'État s'est progressivement substitué aux institutions religieuses pour mettre en place de véritables politiques d'aide sociale. Ces politiques reposent initialement sur un principe de solidarité nationale qui implique l'idée d'une responsabilité collective face aux risques que chacun peut rencontrer au cours de sa vie. De ce système providentiel conçu en 1945, on est passé dans les années 1990 à un système de plus en plus contractuel orienté vers le devoir d'insertion de l'individu (Defay-Goetz, 2004 ; Michalot, 2010). Auparavant endossée collectivement, c'est maintenant à l'individu de porter la responsabilité de son exclusion et de ses possibilités d'insertion. De nos jours, l'ampleur du phénomène SDF est telle, que sa prise en charge est un enjeu central en France et dans l'ensemble des pays occidentaux. Le manque de connaissances de la population SDF est alors mis en cause dans l'inefficacité des politiques d'aide sociale. Identifier avec précision les SDF et les problématiques qui leur sont reliées est alors une nécessité pour adapter et harmoniser la prise en charge.

##### *Les manques et limites de la littérature*

En pleine extension, le phénomène SDF est une problématique sociétale centrale pour l'ensemble des pays occidentaux, tant il met en exergue les limites de nos modèles sociaux. Bien que la nécessité de créer une dynamique européenne de lutte contre l'exclusion ne soit

plus à démontrer (Conférence européenne de consensus, 2010 ; Cour des comptes, 2011), il n'en est rien dans les faits, et Damon (2009) témoigne d'une grande diversité dans l'ampleur et la visée des moyens déployés par les différents pays européens. Si l'inefficacité des stratégies de lutte contre le phénomène SDF s'impose à tous, l'évaluation de ces stratégies, tout comme leur comparaison entre les différents pays, peine à se réaliser tant les enquêtes à grande ampleur souffrent de carences ou sont inexistantes. Dès lors, on ne peut que constater les limites du dispositif mis en place en France sans pour autant savoir comment l'améliorer et l'adapter à la population SDF.

#### **4.1.2. Qui sont les SDF ?**

##### *Les apports de la littérature*

Les associations ont longtemps eu le monopole de la description de la population SDF et de son recensement. Confondant généralement les mal-logés, les précaires et les SDF, les conclusions émanant de leurs rapports étaient extrêmement variables mais ont permis à l'État de considérer l'ampleur du problème. Il a fallu attendre la première grande enquête nationale de l'Insee en 2001 et reproduite en 2012 pour avoir une définition consensuelle des SDF et disposer de données fiables les concernant. Est considérée SDF, toute personne dormant dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, cave, squat, etc.) ou hébergée par le dispositif de veille sociale. En 2012, ils sont 141 500 SDF en France métropolitaine, population en augmentation de 50% par rapport à 2001. Bien que symbolisant l'extrême dénuement et la misère, on constate que deux tiers d'entre eux ont un hébergement stable, c'est à dire qu'ils vivent en logement aidé ou dans une structure d'hébergement restant ouverte durant la journée. Un petit quart des SDF est sans-abri ou fréquente l'hébergement d'urgence, quand les 16% restant sont accueillis à l'hôtel. Cette dénomination SDF agrège alors une vaste population composée d'individus allant d'une frange extrêmement désocialisée à une frange proche de l'insertion. Certains SDF souffrent de maladies mentales, n'ont pas de papiers d'identité, sont d'anciens détenus, sont toxicomanes et/ou alcooliques, sont ancrés dans leur situation durablement, quand d'autres le sont de façon passagère et n'ont jamais antérieurement connu l'expérience de la rue. Finalement, si la population SDF est une construction sociale d'apparence homogène, les études mettent en avant sa grande hétérogénéité.

### Les manques et limites de la littérature

Si la dénomination SDF s'est imposée en France depuis les années 1970, elle n'en demeure pas moins ambiguë, ce qui favorise l'usage d'anciennes appellations telles que sans-abri, clochards ou encore sans-logis. Ces difficultés à circonscrire avec précision cette population SDF s'illustrent dans la multitude d'études et d'enquêtes qui dressent des constats extrêmement variés concernant son recensement, sa description et les problématiques qu'elle présente. Si la rigueur méthodologique de l'enquête de l'Insee peut servir de support aux études à venir, les comparaisons entre les études existantes sont délicates, ce qui limite la compréhension de la problématique SDF aux aspects caractéristiques. Notons que ces enquêtes de grande ampleur n'offrent que des photographies de la population à un instant « t », de sorte que ses aspects dynamiques et ses évolutions sont difficilement cernables. Le milieu scientifique tend donc à identifier avec davantage de précision la population SDF et les problématiques qui lui sont rattachées, mais les incertitudes demeurent et les connaissances existantes apparaissent encore restreintes.

#### **4.1.3. L'avancée dans l'exclusion**

##### Les apports de la littérature

La situation SDF ne pouvant être considérée comme figée, de nombreux auteurs ont tenté de rendre compte de l'avancée dans l'exclusion de la personne depuis sa mise à la rue, et parfois même avant jusqu'à une étape extrême, symbolisée par l'état de clochard. Différentes conceptions ont été développées par les auteurs en termes de « carrière » (Chamberlain et Mackenzie, 2006 ; Damon, 1998, 2002), de « *pathways* » (Fitzpatrick, 2000), de « désocialisation » (Vexliard, 1950, 1957) ou encore de « clochardisation » (Declerck, 2001). Dès lors, des typologies et des catégorisations émergent selon que les SDF se situent à telle ou telle étape, phase, du processus décrit. Ces modèles soulignent le caractère dynamique de la situation SDF qui évolue progressivement en fonction des interactions entre la personne et son environnement.

### Les manques et limites de la littérature

Les études traitant de l'avancée dans l'exclusion cantonnent trop souvent ce processus à une pente linéaire aboutissant à une chronicisation de la personne dans sa situation SDF. Dès lors, la linéarité de ces modèles ne rend que partiellement compte de la réalité et de la diversité des conditions de vie SDF, et correspond aux situations minoritaires de ceux qui survivent au sein de la rue. Si ces modèles mettent en avant une descente progressive de la personne SDF vers un état d'extrême désocialisation, le mécanisme inverse de ce processus n'est ni décrit ni défini. Ceci restreint alors les applications de ces modèles avec les actions du dispositif de veille sociale qui pense la personne SDF depuis sa perte de logement vers sa réinsertion.

#### **4.1.4. La condition de vie difficile des SDF**

##### Les apports de la littérature

De nombreuses études décrivent la condition de vie SDF et tentent de mettre en avant la dynamique psychique des individus en proie à leur situation d'exclusion sociale. Davantage qualitatives, ces études témoignent du traumatisme des SDF, de leur désorganisation psychique et des défauts de mentalisation s'illustrant par de nombreux passages à l'acte dans la rue (Charreton *et al.*, 2012 ; Colin et Duez, 2008 ; Declerck, 2001). En rupture avec leur ancienne vie, les SDF voient leurs conditions de vie totalement transformées et mettent en place des activités de survie (errance, manche, alcoolisation, quête de ressources, etc.) nécessaires à évoluer dans leur environnement dur et hostile. Les perturbations, tant spatiales que temporelles, l'absence d'intimité et d'espaces privés, autant que l'instabilité de la condition de vie SDF, poussent la personne à rechercher de nouveaux repères à investir pour lui redonner un sentiment de familiarité et de stabilité (Chevalier *et al.*, 2017). Cette condition de vie s'accompagne d'un sentiment d'humiliation et de disqualification sociale qui finit par atteindre profondément la personne. L'impact de l'exclusion sociale peut être tel, qu'au bout d'un certain temps, la personne s'adapte à sa situation SDF, ne parvient plus à souffrir de sa souffrance (Furtos, 2008c), et présente une anesthésie à la fois physique et psychique (Mathieu, 2011 ; Quesemand-Zucca, 2007). L'isolement social dans lequel est plongé la personne SDF met à mal son lien social souvent fragilisé en amont par un grand nombre de ruptures familiales ou amicales, vécues depuis l'enfance. Si la personne peut rechercher la compagnie des autres SDF,

les relations ne sont généralement pas bâties sur la confiance et restent éphémères et interchangeables (Gaboriau, 1993 ; Prolongeau, 1993).

#### *Les manques et limites de la littérature*

Souvent réalisées par des cliniciens, ces études apportent des éléments de compréhension aux impacts de la situation SDF sur l'individu et mettent en avant l'épreuve psychique et physique que les SDF traversent dans leur parcours d'exclusion sociale. Fruits d'expériences cliniques et d'observations, ces analyses sont précieuses dans la compréhension du processus de désocialisation et des problématiques présentées par les SDF, mais manquent trop souvent de rigueur scientifique. Ces descriptions étant difficilement généralisables, il apparaît nécessaire de les mettre à l'épreuve d'un cadre expérimental. Il convient alors de pouvoir évaluer avec précision l'intensité des dysfonctionnements psychiques des SDF et de les nuancer au regard de l'hétérogénéité de cette population.

#### **4.1.5. Les liens entre maladie mentale et exclusion sociale**

##### *Les apports de la littérature*

La mauvaise santé des précaires n'est plus à démontrer tant les études s'intéressant aux liens entre santé et précarité se sont multipliées. Ces études ont permis d'identifier et de lister les déterminants de la précarité et de la santé (Kovess-Masféty, 2001 ; Rainhorn et Gremy, 1998). On sait maintenant que l'accumulation de facteurs de risque à la fois individuels et sociaux donne lieu à une vulnérabilité qui favorise la situation d'exclusion et à un mauvais état de santé (Conférence de consensus, 2007). Il en est de même de la multiplication des études épidémiologiques mettant en avant des surmorbidités psychiatriques au sein de la population SDF, notamment en ce qui concerne les troubles anxieux, dépressifs, psychotiques, de la personnalité, et ceux liés à l'usage d'une substance. La récurrence de ces constats nous amène à considérer les liens indéniables entre la santé et la précarité, entre la maladie mentale et l'exclusion sociale, sans pour autant être en mesure d'appréhender la qualité et la complexité de ces liens.

### Les manques et limites de la littérature

S'il est admis que les déterminants de santé et de précarité se combinent et se renforcent mutuellement, il est encore difficile de connaître l'intensité de ces liens et la manière dont ils impactent la personne. Dès lors, la question reste posée de savoir si la situation SDF est la conséquence d'un dysfonctionnement social ou d'une pathologie mentale, ou à l'inverse, si elle en est la cause. À défaut d'harmonisation et de travail de réseau suffisant, cette dichotomie causale ajoutée à la complexité du tableau clinique SDF, favorisent la fragmentation de la prise en charge. Il apparaît alors nécessaire de s'extraire des clivages entre les secteurs du sanitaire et du social, pour appréhender les SDF et leurs problématiques dans une approche transversale à la sociologie, à la psychologie, à la psychiatrie et même à la politique.

#### **4.1.6. La santé mentale et la souffrance psychique d'origine sociale**

##### Les apports de la littérature

La mise en avant par les cliniciens (travailleurs sociaux, psychologues, médecins, etc.) prenant en charge les SDF d'une souffrance psychique d'origine sociale (Lazarus et Strohl, 1995) a mis en lumière les limites de la psychiatrie. Ne correspondant pas à la nosographie psychiatrique classique, cette souffrance a eu besoin, pour être saisie, d'une approche permettant d'aller au-delà de la dualité réductrice de la psychopathologie trop souvent cantonnée au normal (absence de trouble) et au pathologique (présence de trouble) (Kovess-Masféty, 2001). Proposant une approche de l'individu dans son environnement, la santé mentale est une perspective en mesure de rendre compte des mutations du social et des nouvelles souffrances qui émergent dans nos sociétés modernes (Renault, 2006). Cette souffrance psychique constatée auprès des SDF en est une illustration bruyante. Proposant un langage commun à différentes approches théoriques, la santé mentale offre une grille de lecture des sentiments de l'individu, de ses expériences, de ses comportements et des différents rapports qu'entretient la personne avec les autres et avec son environnement (Laval, 2005).



Si cette souffrance psychique des SDF est constatée par les professionnels prenant en charge cette population, elle reste difficilement délimitable. Contextuelle et composée de nombreux signes cliniques paradoxaux, elle doit, pour être appréhendée finement, faire l'objet d'une analyse fine et complète de l'individu dans son environnement. Les tenants de cette santé mentale proposent une approche permettant d'aller au-delà des lectures strictement psychiatriques ou strictement sociologiques, pour rendre compte des dysfonctionnements psycho-affectifs et sociaux profonds rencontrés chez les SDF. Cependant, il apparaît que cette approche manque encore de teneur théorique et n'est pas objectivable, de sorte qu'elle ne répond pas aux critères scientifiques.

## **4.2. L'intérêt d'élaborer un cadre de recherche en santé mentale : l'axe central de l'identité**

### **4.2.1. Des limites et des manques dans la littérature scientifique : des pistes de recherche**

Initialement, notre première interrogation était de comprendre pourquoi, et surtout comment, certaines personnes SDF parviennent à se réinsérer quand d'autres se chronicisent dans leur situation SDF. Ce détour par l'état de la littérature scientifique a mis en avant que cette question, bien que souvent déclinée, a perduré tout au long de l'histoire. Aussi persistante soit-elle, aucune réponse ne peut être pleinement apportée à ce jour. Si les politiques d'aide sociale, et plus particulièrement le manque de moyens financiers et humains, peuvent être mises en cause dans l'échec de la prise en charge des SDF, cette dernière apparaît plus complexe.

L'état de la littérature scientifique portant sur cette problématique SDF fait part de sa richesse mais aussi de ses manques. Certains aspects demandent à être investigués davantage, ou doivent tout simplement être actualisés, tant cette problématique sociétale est en perpétuelle évolution. Cependant, les limites de nombreuses études ont aussi toute leur importance et leur pertinence, car elles nous renseignent sur les perspectives vers lesquelles s'orienter pour ne pas déboucher sur les mêmes impasses. Dès lors, il nous semble nécessaire de sortir de cette dichotomie si souvent stérile entre la part individuelle, psychologique, sanitaire et la part

structurelle, sociale et collective. C'est cette voie qu'ont choisie d'emprunter les auteurs s'inspirant des cliniques de la précarité. Dans une approche en santé mentale transversale aux secteurs social et sanitaire, ils ont pu identifier et mettre un sens sur une souffrance psychique issue du social. Bien que faisant écho aux cliniciens travaillant auprès des SDF, ce nouveau regard porté sur l'individu et ses souffrances au sein de son environnement manque encore de teneur théorique et n'est pas encore suffisamment opérationnel pour être scientifiquement valide. C'est en nous situant dans cette perspective que nous allons tenter d'élaborer une procédure permettant d'investiguer les souffrances, la dynamique, les stratégies de défense mais aussi les investissements des SDF en les contextualisant par rapport à leur environnement et notamment par rapport aux dispositifs sociaux qui les prennent en charge.

#### **4.2.2. L'identité : une notion transversale à l'individuel et au social**

Selon le dictionnaire Le Grand Robert, l'identité se caractérise de différentes manières. Elle peut renvoyer à la similitude en caractérisant ce qui est identique, à l'unicité en caractérisant ce qui est « un », mais aussi à ce qui est permanent caractérisant ce qui reste le même à travers le temps. Complexe et contradictoire, on repère que l'identité renvoie à des aspects paradoxaux tels que la similitude et la dissemblance, la singularité et l'altérité, ou encore l'individuel et le social. De Gaulejac (2006) constate que bien que fréquemment utilisée dans les sciences humaines et sociales, l'identité est rarement définie et ne dispose pas de solidité conceptuelle. Au point de jonction de différents domaines (psychologie, sociologie, anthropologie, etc.), l'identité reste à l'état de notion et est utilisée par de nombreux auteurs qui lui attribuent des caractéristiques spécifiques et des dénominations différentes. Quand certains parlent d'identité, d'autres font référence au Moi, au Soi, ou encore au Self dans les pays anglophones. Si les conceptions de l'identité divergent en fonction des auteurs, la plupart d'entre eux s'accordent pour considérer la part sociale et la part individuelle de l'identité, et l'importance de l'interaction entre ces deux composantes tant dans sa construction que dans son évolution (Taboada-Leonetti, 1990). C'est donc de la relation à autrui qu'est issue, que se développe et que se confirme l'identité (Lipiansky, 1992). On retrouve cette distinction entre l'individuel et le social dès la fin du 19<sup>ème</sup> siècle chez James (1880) qui considérait que l'identité était à la jonction entre la connaissance que la personne a d'elle par elle-même, mais aussi par autrui. Il en est de même de Mead (1934) pour qui l'identité s'appréhende dans l'analyse des relations entre l'individu, les autres et la société. Se polarisant davantage sur l'identité sociale,

Goffman (1975) met lui aussi en avant l'importance de l'interaction entre l'individu et son environnement. Dans cette conception, chaque individu endosse des rôles sociaux et se retrouve stigmatisé s'il ne répond pas aux attentes prescrites par la société. Erikson (1968), quant à lui, inspiré par la psychanalyse, a été au-delà de ce domaine théorique en apportant une dimension sociale à l'identité pour la caractériser par tout ce qu'un individu identifie comme sien et qui lui permet de s'affirmer et de se reconnaître. Il considère alors que l'identité renvoie au sentiment subjectif d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle. Ces sentiments résultent de mécanismes qui ont lieu au sein même de l'individu mais aussi au sein de sa communauté et de son environnement. En ce sens, l'identité ne se cantonne pas à ce qui est singulier et propre à la personne, mais découle également du social et notamment de l'inscription de la personne au sein de la famille, de différents groupes et de la société. En constante construction, l'identité évolue au dépend d'une intrication fine entre le psychologique et le social (Lipiansky, 2005).

Très présente, bien que restant floue dans beaucoup d'études, cette notion d'identité apparaît sous différents aspects en filigrane tout au long de la revue de la littérature portant sur la problématique SDF. Elle est présente dans les études traitant de l'exclusion sociale (Pichon, 1998), de la précarité (Vinay, 2015), de la désaffiliation (Castel, 1995), de la disqualification sociale (Paugam, 1991) ou encore de la désinsertion (De Gaulejac et Taboada, 1994). Concernant les effets de l'exclusion sociale sur la personne, l'identité peut être un angle d'approche pour ce qui renvoie au mépris, à l'humiliation, à la honte, à la stigmatisation, mais aussi aux situations de traumatisme. La situation SDF apparaît comme une véritable épreuve identitaire (Pichon, 1998) comme en témoignent les différentes études mettant en avant un processus de désocialisation (Vexliard, 1957), de carrière (Chamberlain et Mackenzie, 2006 ; Damon, 1998 et 2002), ou encore de clochardisation (Declerck, 2001). L'identité se modifie avec la situation d'exclusion (Parsell, 2011) et au fur et à mesure de l'avancée dans l'exclusion (Farrington et Robinson, 1999 ; Lecomte *et al.*, 2006). L'expérience de la situation SDF, les interactions sociales avec les autres SDF, mais aussi les stratégies que l'individu met en place pour évoluer dans son environnement, vont donc modifier l'identité (Snow et Anderson, 1988). Cette situation d'exclusion, de précarité, et ses conséquences en termes d'insécurité, d'instabilité et de perte de repères, impactent fortement les fondements de l'identité de la personne qui risque, à force de temps passé, de se chroniciser dans sa situation jusqu'à devenir cette identité SDF.

### 4.2.3. Les sentiments d'identité

Bien que ne disposant pas de cadre conceptuel bien défini, Roussillon (2008a) considère l'intérêt de ne pas négliger les cliniques de la « survivance psychique » et finalement les cliniques de la grande exclusion comme celles des SDF. Il apparaît alors que certains points fondamentaux sont nécessaires chez tout être humain, éléments de bases nommés « besoins du Moi » par Winnicott (1956) et définis par Roussillon (2008a) comme « tout ce qui est nécessaire au moi, à un moment donné, pour qu'il puisse faire son travail de métabolisation de ses expériences subjectives » (p. 52). Fondamentaux pour la vie psychique, ces éléments de bases le sont aussi pour l'identité de l'individu et ont été déclinés différemment selon les auteurs. Ainsi quand certains évoquent les « besoins du moi » (Winnicott, 1956 ; Roussillon, 2008a), d'autres font référence aux « besoins identitaires » (Lipiansky, 2005) ou encore à tout ce qui permet le « maintien de soi » (Pichon, 1995) de la personne.

Si on constate que les descriptions de ce qui compose l'identité sont variées et qu'en fonction de l'orientation théorique des auteurs, les aspects personnels ou sociaux, cognitifs ou affectifs, sont plus ou moins privilégiés, des constantes émergent. Nous en avons relevé cinq que nous nommons les « sentiments d'identité ». Intimement liées, et fruits de l'interaction entre l'individu et l'environnement, ces sentiments d'identité font référence à une dominante personnelle ou sociale. Trois d'entre eux renvoient à la part plus personnelle de l'identité (le sentiment de sécurité, le sentiment de permanence de soi, le sentiment de maîtrise) et deux autres à la part davantage sociale (le sentiment d'appartenance, le sentiment d'existence). Associé à l'identité, le terme de « sentiment » est apparu pertinent tant il intègre ce qui relève de l'impression et de l'affectif mais aussi du conscient et du cognitif. Les sentiments d'identité correspondent alors à l'appréciation subjective et aux possibilités d'éprouver et de ressentir les différents aspects qui fondent l'identité de la personne. Ils sont présentés ci-dessous :

- 1) **Le sentiment de sécurité** : L'environnement dans lequel évolue la personne a toute son importance et doit pouvoir répondre au sentiment de sécurité pour que ce dernier puisse servir de support et d'étayage au sentiment d'identité de la personne. Fondamental, ce sentiment de sécurité s'apparente au *holding* de Winnicott (1956) où le bébé a besoin d'être soutenu par les bras maternels, soutien que l'individu doit pouvoir retrouver dans le cadre sociétal à l'âge adulte. Ce besoin renvoie alors à la sensation de s'appuyer sur une stabilité du « sol » et de s'étayer sur un cadre qui puisse porter et contenir. En ce sens, l'individu tend à évoluer au sein d'un

environnement présentant suffisamment de normes, de lois fixes, de repères et finalement autant d'éléments faisant office de constantes (Roussillon, 2008a). C'est à ces conditions que la personne parvient à maintenir un sentiment d'identité et à réaliser un travail de métabolisation des expériences vécues.

- 2) ***Le sentiment de permanence de soi*** : Deschamps et Moliner (2008), dans une approche psychosociale, rendent compte de la composante personnelle de l'identité par la combinaison de traits singuliers qui amènent chaque individu à se sentir à la fois unique et différent des autres. Cette composante de l'identité peut s'appréhender par le sentiment qu'a l'individu de sa permanence de soi, autrement dit, de la conception stable et durable qu'il a de lui-même (Camilleri, 1990). Cette cohérence de l'image qu'a l'individu de lui-même au fil du temps est un élément vers lequel chacun tend (Martinot, 2008). Se modifiant tout au long de l'existence, l'identité résulte de remaniements constants et de tentatives d'intégration plus ou moins réussies des expériences vécues (Lipiansky, 2009). Réguliers, les mouvements identitaires se font au gré des crises et des ruptures (Erikson, 1968).
- 3) ***Le sentiment de maîtrise*** : Afin de pouvoir développer et maintenir un sentiment d'identité, l'individu doit pouvoir se percevoir comme autonome (Lipiansky, 2005). En ce sens, il doit se sentir à l'initiative de ses comportements et avoir le sentiment de maîtriser, dans une certaine mesure, sa vie et son environnement. A défaut de ce sentiment de maîtrise, la personne risque de ressentir une atteinte de son identité. En effet, lorsque la personne est soumise à de fortes contraintes venant de son environnement et qu'elle n'est plus en mesure d'être à l'initiative de ses comportements, elle a la sensation de ne plus maîtriser sa vie et peut ressentir une forme d'aliénation allant parfois jusqu'au sentiment de ne plus être elle-même.
- 4) ***Le sentiment d'existence*** : Renvoyant au fait de se sentir visible aux yeux des autres, le sentiment d'existence se fait ressentir notamment lorsqu'il fait défaut (Lipiansky, 2005). Ce sentiment d'existence est relié à des aspects à la fois intérieurs et extérieurs. Les aspects intérieurs font référence à notre vie interne, à nos représentations, à nos affects et finalement à tout ce que nous avons d'intime et que nous tentons de préserver de l'extérieur. Les aspects extérieurs renvoient à la représentation de notre apparence et à ce que l'on pense renvoyer comme image à l'autre. Ce sentiment d'existence est alors étayé par le regard de l'autre, ce dernier apportant à l'individu une représentation et une image de sa manière d'être et de lui-même (Martinot, 2008). Les personnes de notre entourage, celles avec qui nous

sommes en interaction, contribuent à la représentation que nous avons de nous-même par leur rôle de miroir social (Harter, 1986). En 1975, Winnicott mettait en avant le rôle de miroir de la mère qui permettait au bébé d'explorer le monde et de se sentir investi affectivement. L'importance de ce regard de la mère se transpose plus tard sur celui de l'autre. On est alors dépendant de l'autre et, en quelque sorte, aliéné par l'image qui nous est renvoyée. Teintée de projection, cette image, notamment lorsqu'elle est dévalorisante, peut être rejetée par l'individu, elle qui atteint le narcissisme et peut donner un sentiment d'inconsistance identitaire. Forcément réductrice, c'est à cette image que le sujet va devoir s'identifier, et il peut alors craindre de rester figé et réduit à cette image qui lui est renvoyée de lui-même.

- 5) ***Le sentiment d'appartenance*** : Le sentiment d'appartenance est lui aussi fondamental tant il sert de cadre de référence à la constitution de l'identité (Martinot, 2008). Caractéristiques de l'identité, les traits d'ordres sociaux font référence à la position de l'individu dans une structure sociale, à son appartenance à un groupe auquel il partage de nombreuses similitudes (Deschamps et Moliner, 2008). A ce sentiment d'appartenance résulte des processus cognitifs, sociocognitifs et affectifs (Tajfel, 1972). Les processus cognitifs permettent à l'individu de catégoriser l'environnement social en une dichotomie interne/externe, de sorte que l'individu se perçoit comme semblable aux membres de son groupe (le « nous »), et différent des membres des autres groupes (le « eux »). Des processus sociocognitifs sont alors à l'œuvre et favorisent les comparaisons sociales. Dans cette conception, plus la personne se sent ressemblant à un groupe et pense partager des points communs avec lui, plus elle pourra s'y identifier et se sentir différente des membres des autres groupes. A ces processus cognitifs et sociocognitifs, en sont associés d'autres, d'ordre affectifs qui, en termes de valorisation et dévalorisation, jouent sur le sentiment d'appartenance et les attitudes de rejet ou à l'inverse d'attraction. Le rapport qu'entretient l'individu avec son groupe d'appartenance et avec les autres groupes de non-appartenance est alors central (Deschamps, Morales, Paez et Worchel, 1999 ; Tajfel, 1978).

#### **4.2.4. L'impact de l'exclusion sur les sentiments d'identité**

Exclu du cadre sociétal, le sentiment de sécurité de base est entravé et l'individu doit mettre en place des stratégies psychiques lui permettant de continuer à vivre dans son environnement précaire. Cette souffrance d'origine sociale était déjà évoquée par Freud en 1929. Il la liait aux carences des dispositifs, tels que l'État ou la famille, en charge de réguler les relations humaines. Devenu SDF, la personne n'est plus qualifiée que par l'attribut négatif « sans ». Sans lien social, sans affiliation et sans domicile, les SDF sont en proie à une souffrance psychique qui provient du social (Furtos, 2007). L'instabilité, l'imprévisibilité et l'insécurité qui découlent de cette situation confrontent l'individu à un stress chronique. L'entrée dans la situation SDF entraîne une discontinuité identitaire, une rupture, de sorte qu'il y a un avant et un après « mise à la rue ». Menant auparavant une vie pouvant être qualifiée de « normale », la personne SDF a maintenant l'impression de n'être plus rien, son sentiment de permanence de soi est alors gravement affecté.

Sans logement personnel, la personne SDF est contrainte d'évoluer dans des sphères publiques, dans l'espace de la rue, et se retrouve exposée au regard de l'autre, à l'image qui lui est renvoyée et dans laquelle elle peut se percevoir. Si chacun existe en partie par le regard de l'autre, chez la personne SDF, c'est bien ce manque de considération de la part d'autrui qui met à mal son identité. Dans la représentation commune, les SDF sont ceux qui ont échoué, qui ne sont pas parvenus et ne parviennent toujours pas à gérer leur vie et qui, finalement, n'ont rien fait pour rester dans la norme. Sans utilité sociale, les SDF ont le sentiment que le monde tourne sans eux et se sentent inexistantes aux yeux des autres et de la société (Emmanuelli, 2009b). Rejetés et disqualifiés, ils ne sont plus considérés comme des semblables affiliés à la communauté humaine. N'étant plus dignes d'exister, les SDF perdent progressivement leur sentiment d'existence et la représentation qu'ils ont d'eux-mêmes s'amointrit et risque de disparaître.

L'appartenance à certaines catégories sociales favorise le rejet et le jugement négatif de l'autre, et ceci indépendamment des comportements et des conduites effectives de la personne (Malewska-Peyre, 1990). Si la société porte un même regard stéréotypé sur tous les SDF, qu'elle les assimile les uns aux autres sans distinction, les SDF mettent généralement une distance avec leur groupe d'appartenance. Rappelons que le groupe SDF est artificiel, que la personne y est incluse par son exclusion de la société. Et bien que pouvant être durable, cette situation est temporaire. On ne naît pas SDF, on le devient pour un temps suite à la mise à la



rue et on sort de ce groupe une fois un logement retrouvé. L'artificialité de ce groupe SDF fait qu'il n'a pas la valeur structurante d'autres groupes constitués, même lorsque ces derniers sont stigmatisés. Si des codes et des conduites, ceux de « la vie à la rue » peuvent être partagés, ce groupe ne reste qu'une construction administrative qui ne permet pas la pleine affiliation de la personne. Damon et Firdion (1996) rappellent que les SDF forment un groupe hétérogène qui se vit comme tel. Chacun de ses membres tient à se différencier des autres qu'il considère généralement comme étant tombés plus bas que lui.

La situation d'exclusion sociale entraîne un état de dépendance qui met à rude épreuve le sentiment de maîtrise de la personne SDF. L'état d'assistanat dans lequel est plongé l'individu et l'instrumentalisation des dispositifs d'aide sociale altèrent fortement les possibilités qu'ont les SDF de pouvoir maîtriser leur vie. S'étant généralement faits déborder par une multitude d'événements qui les ont conduits à perdre leur logement, les SDF subissent ensuite leur exclusion. Ils ne disposent plus des moyens leur permettant d'influer sur leur environnement et développent un sentiment d'impuissance dans leur situation SDF.

Caractérisés par un état de précarité, les SDF ne disposent plus des objets sociaux qui permettent le lien avec la société et favorisent les relations entre les personnes (Wrésinski, 1987). S'appuyant sur cette définition, Furtos (2008b) amène le concept de précarité psychique et distingue alors la précarité normale, de la précarité exacerbée source de souffrance. La précarité normale suppose un état de vulnérabilité structurante où la personne va chercher à s'appuyer sur le lien social. L'exclusion sociale dont les SDF font les objets fait évoluer cette précarité normale vers une précarité exacerbée qui se caractérise par une perte de confiance en soi, en l'autre et en l'avenir. N'étant plus en mesure de prendre appui sur le cadre sociétal et sur le lien social, la personne, plongée dans une instabilité et une insécurité, développe une souffrance psychique d'origine sociale. Sans repère ni reconnaissance, percevant la société et ce qui fait le lit de la socialisation comme hostile et menaçant, la personne SDF ne parvient plus à étayer son sentiment de sécurité interne. Voyant tout ce qui fonde son identité, malmené, les SDF peinent à assurer leur survie psychique dans leur situation d'exclusion sociale.



### 4.3. Problématique et questions de recherche

#### 4.3.1. La problématique

Afin d'endiguer le phénomène SDF, la France a mis en place un large dispositif de veille sociale qui doit mener l'ensemble de la population SDF depuis la perte du logement vers la réinsertion. Ce dispositif prend appui sur le cadre législatif issu de la loi de lutte contre les exclusions de 1998<sup>52</sup>. Une partie de ce dispositif relève de l'hébergement d'urgence et répond à la nécessité de traiter certaines situations qui imposent une assistance immédiate. A ces actions d'urgence, est associé le 115, numéro vert permettant d'obtenir à tout moment une réponse en termes d'information, d'orientation ou d'hébergement. Relié au SAMU Social, ce dispositif permet d'assurer l'aide en urgence sur l'ensemble des départements français. L'accueil en urgence ne pouvant être une fin en soi, il doit être le plus court possible et servir l'orientation vers une solution d'hébergement adaptée à la personne. Les Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale sont censés répondre à ces solutions d'hébergement et proposer une prise en charge dans le temps qui permette à la personne de se réinsérer par le retour à l'emploi et au logement (Loison, 2006). Idéalement reliées, on constate un fort dualisme entre les actions relevant de l'urgence et celles relevant de l'insertion (Cour des comptes, 2007 ; Girard *et al.*, 2010 ; Soulié, 1997), et l'inefficacité du dispositif apparaît dans ces différentes strates. Si l'insertion est un droit que chacun peut faire valoir, des critères insidieux s'opèrent dans les CHRS (Hassin, 1996 ; Lallemand et Cathier, 2004 ; Pelège, 2004) de sorte que seuls les SDF les plus compétents, les plus employables, parviennent à accéder à cette strate du dispositif quand les autres s'ancrent dans l'hébergement d'urgence ou dans la rue. Pour faire face à ces impasses et désengorger les centres d'hébergement d'urgence, des structures de stabilisation visant à prendre en charge les SDF chronicisés dans leur situation se sont multipliées.

Peu d'études traitent ces problématiques d'hébergement. Certaines pointent les carences du dispositif d'aide sociale (Damon, 2002 ; Martin, 2011 ; Soulié, 1997), notamment les conditions d'accueil déshumanisantes des CHU pour expliquer le refus d'hébergement d'urgence, et le manque de place, et de *turn-over*, dans les CHRS pour expliquer l'inaccessibilité de ces centres pour beaucoup de SDF. D'autres types d'études mettent en avant l'influence des troubles psychiatriques dans les difficultés de réinsertion sociale (Combaluzier

---

<sup>52</sup> Loi n°98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions

et Pédinielli, 2003) ou dans le refus d'hébergement d'urgence (Langlard et Bouteyre, 2013 ; Langlard, Bouteyre et Rezrazi, 2014 ; Noirot *et al.*, 2000).

Il s'agit dans cette thèse de traiter cette problématique SDF en lien avec le dispositif de prise en charge de cette population en nous situant dans une approche en santé mentale. La santé mentale renvoie à l'aptitude du psychisme à fonctionner de façon harmonieuse et à faire face avec souplesse aux situations difficiles, tout en étant capable de trouver son équilibre. L'investigation de variables typiques de santé mentale (dépression, anxiété, estime de soi, soutien social) mais aussi de l'identité rendra compte des souffrances de la personne dans son environnement, des défenses et stratégies mises en place qui lui permettent de vivre, voire de survivre, dans sa situation d'exclusion sociale. La question de l'adaptation entre l'individu et l'environnement sera soulevée de manière à contextualiser nos résultats. Cette approche en santé mentale permet alors de considérer les différents troubles psychiatriques, les mécanismes de défense, mais aussi des comportements parfois qualifiés de déviants, non plus dans une conception psychopathologique « classique » qui cloisonne ce qui relève du normal de ce qui relève du pathologique, mais de les contextualiser, de les situer par rapport à l'environnement de la personne SDF et immanquablement par rapport au dispositif de prise en charge. Porter l'investigation sur trois populations SDF se situant aux différents paliers du dispositif de veille sociale (dispositif d'urgence, d'insertion et de stabilisation), permettra, par la comparaison, de comprendre ce qui mène les SDF vers la réinsertion autant que ce qui entraîne la chronicisation dans leur situation SDF.

#### **4.3.2. Les questions de recherche**

Dans ce travail de thèse, nous avons dégagé six grandes questions de recherche que nous discuterons par la comparaison de trois groupes SDF se différenciant par son type de prise en charge (SDF usagers de l'hébergement d'urgence ; SDF inscrits en structure d'insertion ; SDF inscrits en structure de stabilisation).

- 1) Quels sont les points communs et les différences entre les trois groupes SDF en ce qui concerne :
  - la qualité de leur enfance ?
  - leur situation familiale ?

- leurs caractéristiques sociodémographiques ?
- 2) Quels sont les points communs et les différences entre les trois groupes SDF en ce qui concerne le versant personnel de l'identité, et plus particulièrement :
    - le sentiment de sécurité ?
    - le sentiment de permanence de soi ?
    - le sentiment de maîtrise ?
  - 3) Quels sont les points communs et les différences entre les trois groupes SDF en ce qui concerne le versant social de l'identité, et plus particulièrement :
    - le sentiment d'appartenance sociale ?
    - le sentiment d'existence ?
  - 4) Qu'en est-il du lien social des trois groupes SDF ?
  - 5) Comment comprendre la souffrance psychique des trois groupes SDF ?
  - 6) Comment modéliser la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale ?

**Seconde partie :**

**COMPTE-RENDU DE RECHERCHE**



## *Chapitre 5*

### *Méthodologie*

#### **5.1. Cadre expérimental**

##### **5.1.1. Pour introduire**

La problématique générale de cette thèse est de comprendre, au regard de la prise en charge des SDF par le dispositif en place, comment certaines personnes parviennent à entrer dans une dynamique d'insertion quand d'autres se chronicisent dans leur situation. C'est dans une approche en santé mentale que nous appréhenderons l'individu au sein de l'environnement dans lequel il évolue. Cette approche en santé mentale ne disposant pas de cadre expérimental défini, nous avons élaboré le nôtre. C'est alors par l'étude de trois populations SDF situées dans les différentes strates du dispositif de veille sociale (urgence ; insertion ; stabilisation) que nous traiterons notre problématique. Trois groupes représentatifs de ces populations SDF sont constitués : un groupe de 24 sujets SDF usagers d'un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU), un groupe de 25 sujets SDF inscrits en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS), un groupe de 25 sujets SDF accueillis dans une structure de stabilisation. Auprès de chaque sujet, le parcours de vie, le versant personnel et social de l'identité, le lien social et la

souffrance psychique sont investigués. C'est ainsi par l'étude comparative de ces trois groupes SDF sur ces précédents aspects que nous traiterons nos questions de recherches et que nous proposerons une modélisation de la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale en mesure d'éclairer notre problématique.

Les développements qui suivent servent l'explicitation de ce cadre expérimental. Dans un premier temps, les groupes SDF qui composent notre recherche sont décrits. S'en suit le rappel des différentes variables opérationnelles nous permettant de répondre aux questions de recherche. Pour chacune de ces variables, des outils permettent leur exploration. Par la suite, l'ensemble de ces outils est mis en avant. La procédure démonstrative est enfin abordée, notamment la manière dont nous traitons les données et menons les analyses pour répondre à nos questions de recherche et à notre problématique.

## **5.1.2. Les échantillons**

### **5.1.2.1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion**

Cette recherche est composée d'une cohorte de 74 participants répartis selon leur type de prise en charge par le dispositif de veille sociale. Trois groupes sont constitués, un premier comprend 24 participants fréquentant l'hébergement d'urgence, un deuxième est composé de 25 participants inscrits dans un dispositif de réinsertion sociale et un troisième est constitué de 25 participants pris en charge par un dispositif de stabilisation. Toutes ces personnes ont été rencontrées dans différentes structures de l'association X, association d'actions sociales, de la ville de Rouen, en France, de janvier à juillet 2014.

Les critères d'inclusion dans cette recherche sont d'être une personne adulte, de sexe masculin, et de fréquenter un de ces trois types de structure au moment de l'enquête. La prise en charge par ces organismes positionne d'emblée ces personnes dans une situation SDF. Notons que la mixité est rarement d'usage dans les structures d'accueil collectives et que les conditions d'hébergement diffèrent selon le genre de la personne. Le choix de s'intéresser à des hommes SDF répond alors à un souci d'homogénéisation de notre population d'étude. Les critères de non-inclusion sont l'absence de maîtrise de la langue française, une morbidité psychiatrique et/ou un état de désocialisation tels qu'ils ne permettraient pas la bonne tenue du protocole de recherche. Ces critères d'inclusion volontairement larges permettent de constituer

des groupes suffisamment représentatifs des types de populations SDF étudiés et de leur hétérogénéité.

Tous les participants sont rencontrés lors d'une unique entrevue. Mener le protocole de recherche à son terme en une seule rencontre est un choix nourri par la haute probabilité de ne pas être en mesure de revoir la personne SDF une seconde fois. Généralement, cette entrevue durait une heure à une heure et demi. Il a parfois été nécessaire de l'entrecouper de pauses lorsque le protocole s'avérait « trop lourd » pour le participant. En début de rencontre, un temps est systématiquement pris pour rappeler à la personne le but et le déroulement de la recherche, ainsi que pour la co-signature du formulaire de consentement libre et éclairé. En amont de cette recherche, il a été convenu qu'un retour sur cette thèse sera fait distinctement, d'une part, aux travailleurs sociaux de ces structures et, d'autre part, aux personnes SDF fréquentant ces lieux. Les modalités de ces retours seront discutées le moment venu avec la directrice de l'institution et les chefs de services des structures qui lui sont affiliés, afin d'adapter au mieux le retour à ces différents publics. Un exemplaire de la thèse sera confié à l'institution d'accueil de cette recherche.

### **5.1.2.2. Les trois groupes SDF**

#### 5.1.2.2.1. Le groupe usager d'un Centre d'Hébergement d'Urgence

##### *5.1.2.2.1.1. La description du groupe*

Ce groupe est composé de 24 participants usagers d'un Centre d'Hébergement d'Urgence (CHU). Ce dispositif vise la mise à l'abri pour la nuit de la personne qui est accueillie en chambre collective. L'admission dans ce type de structure est normalement inconditionnelle et immédiate. Elle fait suite à un appel de la personne au dispositif du 115. Idéalement, l'accueil s'effectue sur une durée la plus courte possible dès lors qu'il est proposé à la personne une solution d'hébergement adaptée à sa situation. Une aide dans les démarches administratives visant à favoriser l'accès aux droits est proposée par les animateurs. Bien que l'hébergement d'urgence soit une solution temporaire qui doit servir de tremplin vers un accueil plus adapté, de nombreuses personnes font des aller-retours entre la rue et l'hébergement d'urgence durant plusieurs semaines, plusieurs mois, parfois même plusieurs années. Ce centre d'hébergement d'urgence a une capacité d'accueil d'environ 100 personnes. S'adressant à des hommes seuls,



il propose un hébergement de 18h à 9h. Ce foyer est composé d'une salle de restauration, d'une cour extérieure, d'une salle de télévision, d'une infirmerie, d'une bibliothèque, de douches et sanitaires collectifs, de nombreuses chambres collectives et de différents bureaux destinés aux professionnels.

#### *5.1.2.2.1.2. Les modalités d'accès aux participants*

Dans un premier temps j'arrive à l'ouverture du foyer à 18h jusqu'à l'heure du dîner à 20h et j'investis les espaces collectifs tels que l'entrée du foyer, la cour intérieure et la salle de télévision. C'est alors le temps pour moi de proposer aux personnes avec qui je peux entrer en contact de participer à la recherche. Après avoir expliqué le thème de la recherche et m'être assuré que la personne accepte d'y participer, nous définissons ensemble la date et l'horaire de notre prochaine rencontre, préférentiellement le lendemain matin. Les entretiens de recherche se déroulent le matin pour des raisons de disponibilité des locaux, pour ne pas déranger le rythme de la personne au cours de la journée et pour que cette dernière ne soit pas trop alcoolisée et ainsi qu'elle soit dans les meilleures dispositions psychiques et physiques. Les entretiens se déroulent au sein de la structure, dans un bureau que les animateurs présents mettent à ma disposition.

Une des difficultés qui m'est apparue dans ce type de structure est la tension présente dans le foyer à l'heure de son ouverture. Ces personnes ont passé la journée dans la rue dans des conditions difficiles, elles sont fatiguées, parfois très alcoolisées et se regroupent en masse à l'ouverture de la structure. Elles sont toutes entassées dans la cour et les couloirs du foyer. Il y a beaucoup de bruit, certains hurlent, se disputent, se battent, titubent et tombent par terre. Beaucoup d'entre-elles ne savent pas si elles pourront être hébergées à nouveau le lendemain, sont énervées, stressées et inquiètes. Dans ces conditions, trouver le moment opportun pour leur proposer de participer à la recherche est difficile. Cela m'a demandé de la patience, de la finesse et du tact dans la manière d'amener ma proposition. Dans ces conditions, une personne peut effectivement refuser de participer, non pas parce qu'elle n'est pas intéressée, mais parce que les circonstances, à ce moment-là, font qu'elle répondra négativement.

## 5.1.2.2.2. Le groupe inscrit en Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale

### 5.1.2.2.2.1. *La description du groupe*

Ce groupe est composé de 25 participants rencontrés dans deux Centres d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) d'une capacité d'accueil 105 et 51 hommes seuls. Ces structures proposent un hébergement complet, de jour comme de nuit, en chambre individuelle, sur une durée déterminée de six mois pouvant être renouvelable. Les animateurs assurent un accompagnement socio-éducatif et un soutien à la personne dans les différentes démarches visant l'accès aux droits, aux soins et le retour au logement. Un suivi est assuré par les professionnels afin de favoriser l'insertion sociale et professionnelle, et des activités d'Adaptation à la Vie Active (AVA) peuvent être proposées aux usagers. Sélective, l'admission en CHRS est conditionnée par un engagement contractuel, liant la personne à la structure par un projet d'insertion devant aboutir. La personne prise en charge par ce type de dispositif s'acquitte d'une participation financière au *prorata* de ses ressources. Ces deux CHRS disposent d'un réfectoire, d'un espace collectif avec jeux (billard, baby-foot, etc.), d'une salle informatique, de chambres individuelles, de sanitaires, de bureaux pour les professionnels et d'une infirmerie.

### 5.1.2.2.2.2. *Les modalités d'accès aux participants*

Pour rappel, ce public a été rencontré dans deux CHRS. Dans un premier temps, j'ai effectué ma recherche dans le CHRS ayant la plus grande capacité d'accueil (105 personnes), Cependant, ayant des difficultés à trouver des participants, j'ai sollicité un deuxième CHRS qui m'a permis de rencontrer les 5 derniers participants. Au sein de la première structure, différentes modalités d'accès au public ont été définies. Tout d'abord, le chef de service a organisé un Conseil de Vie Sociale (CVS) afin que je puisse présenter ma recherche à l'ensemble du public accueilli. Ce fut un échec partiel. Très peu de personnes sont venues à la réunion. Dans cette structure, les participants à cette recherche ont pu être finalement rencontrés par l'intermédiaire des travailleurs sociaux. Je venais à l'heure du repas, le soir, et dinais avec les animateurs dans le réfectoire du foyer. C'est à ce moment qu'ils pouvaient me mettre en relation avec certaines personnes à qui j'ai pu présenter ma recherche et proposer d'y participer. Certains animateurs ont également pu proposer aux personnes qu'ils accompagnaient de

participer à ma recherche, modalité d'accès aux participants semblable dans le deuxième CHRS. Dans les deux structures, les entretiens et passations d'échelles ont eu lieu dans les bureaux des animateurs.

Les difficultés rencontrées dans ce premier CHRS concernaient l'accès au public. Dans cette structure, les personnes accueillies sont en autonomie partielle, elles quittent généralement le foyer durant la journée pour y rentrer le soir et y passer la nuit. Ces personnes sont très fuyantes, discrètes et tentent généralement de passer inaperçues au sein du foyer. Elles sont donc très peu nombreuses à investir les espaces collectifs, par ailleurs très vastes spatialement. Beaucoup ne sont finalement que de passage durant la journée et dans leur chambre le reste du temps. Si j'ai eu des difficultés à rencontrer cette population au sein du CHRS, les animateurs étaient dans cette même problématique. Ces derniers avaient du mal à tisser des liens avec les usagers autant qu'à mettre en place un accompagnement régulier avec les personnes dont ils étaient les référents.

#### 5.1.2.2.3. Le groupe accueilli dans une structure de stabilisation

##### 5.1.2.2.3.1. *La description du groupe*

Ce groupe est composé de 25 sujets SDF inscrits dans un dispositif de stabilisation. Ce dispositif est alternatif dans le sens où il ne vise pas la réinsertion de la personne mais sa stabilisation et sa réadaptation à la vie sociale. Si, à un niveau national, la stabilisation fait partie des missions de ce que l'on nomme les « pensions de famille », cette structure est unique et spécifique à la ville de Rouen. En effet, elle a été créée pour désengorger une partie de la population SDF très désocialisée qui restait ancrée dans le dispositif d'hébergement d'urgence et qui n'était pas en mesure de trouver sa place dans le dispositif classique d'insertion. En offrant des conditions d'existence dignes et humaines à des personnes extrêmement désocialisées, cette structure vise à amener ses usagers à rompre leur enfermement dans la grande précarité et la grande exclusion. A ce titre, le seuil d'admissibilité est volontairement le plus bas possible, et l'intégration dans cette structure s'effectue suite à l'orientation de la personne par les travailleurs sociaux. Afin d'assurer un accueil de la personne SDF à bas seuil d'admissibilité, la détention et la consommation d'alcool sont autorisées dans ce lieu, à la différence de la quasi-totalité des structures d'hébergement existantes en France.

Cette structure a une capacité d'accueil de 50 personnes. Elle est issue d'un partenariat entre l'association X et une association catholique qui est propriétaire des locaux. Si cette dernière gère l'aspect hôtelier de la structure à laquelle l'individu accueilli paye une redevance pour son séjour, l'association X gère l'aspect pédagogique, éducatif et social en accompagnant les usagers. La personne est accueillie dans une chambre individuelle qu'elle investit (décoration, télévision, radio, etc.) et dispose d'un lieu collectif au moment des repas, d'un jardin, d'un terrain de pétanque et encore d'un potager. La durée d'accueil n'est pas limitée dans le temps et s'étend généralement sur plusieurs années. Cette structure s'adresse aux personnes SDF extrêmement désocialisées, avec un long parcours de vie à la rue et ne désirant pas changer leur équilibre de vie dans lequel l'alcool a généralement pris une place considérable.

#### *5.1.2.2.3.2. Les modalités d'accès aux participants*

Après de cette population, les modalités d'accès ont été plus diverses que dans les autres structures. Dans un premier temps j'ai pu présenter ma recherche à un CVS réunissant l'ensemble de la structure, les travailleurs sociaux et les personnes accueillies. Ce temps m'a permis de me présenter, de préciser que j'allais être présent certains jours de la semaine pendant plusieurs mois. Suite à cette réunion, de nombreuses personnes sont venues me voir pour me dire qu'elles voulaient participer, ce qui m'a permis de planifier une série d'entretiens. Prévoir en avance les entretiens n'est pas un problème dans cette structure. Disposant d'une chambre personnelle, d'un cadre de vie correct, et ayant souvent une mobilité réduite, beaucoup de ces personnes restent dans l'enceinte du foyer ou dans le quartier alentour. J'informe systématiquement l'équipe socio-éducative des rendez-vous que je prends. Cette dernière, en charge du planning, est généralement en mesure de me dire si la personne sera susceptible d'être disponible à ce moment-là. En effet, ces personnes SDF présentent une forte perturbation temporelle. Par exemple, elles peuvent dire qu'elles seront présentes à l'heure du rendez-vous de 10h, quand les animateurs me conseilleront finalement de prévoir le rendez-vous à 11h sachant que la personne a l'habitude de partir du foyer à 9h pour acheter de l'alcool et revenir à 11h. Dans cette structure, les animateurs connaissent très bien les usagers, ils les accompagnent au quotidien et ont tissé un lien de confiance avec eux. Tout au long de ce recueil de données, les animateurs m'ont été d'un grand soutien. Si j'ai pu rencontrer directement une quinzaine de participants en investissant les espaces collectifs et le quartier qu'ils fréquentent,

j'avais difficilement accès à l'ensemble du public. Les animateurs ont alors servi d'intermédiaire auprès d'une dizaine de personnes auxquelles j'ai pu proposer de participer à cette recherche.

Le foyer comprend trois étages. Chacun d'entre eux est composé d'un long couloir distribuant les différentes chambres et débouchant sur le bureau d'un animateur. Les entretiens de recherche ont eu lieu dans ces bureaux, hormis quelques-uns qui se sont déroulés dans la chambre du participant lorsque celui-ci ne voulait pas la quitter. Les principales difficultés rencontrées auprès de ce public sont l'état avancé de désocialisation et l'alcoolisation qui, en plus d'être constante, est massive au point d'entraîner de nombreuses phases aiguës d'intoxication. Avant de démarrer chaque entretien, je devais m'assurer que la personne était en état de participer. Si la personne pouvait me dire qu'elle se sentait bien, j'ai été parfois contraint de proposer un autre rendez-vous en prétextant que nous serions dans de meilleures dispositions un autre jour. La durée des entretiens et des passations d'échelles a été la plus longue chez ce groupe de participants. Une à deux pauses étaient parfois nécessaires pour aller au bout du protocole. En effet, ces personnes présentent une grande fatigabilité, et il est nécessaire de prendre le temps d'expliquer plusieurs fois et d'illustrer chaque question abordée au cours de l'entretien. Après une durée variable, souvent autour de 30 minutes, la personne se déconcentre et c'est à ce moment là que je propose une pause de 15 minutes, le temps de boire un café, de fumer une cigarette et d'échanger de manière plus informelle, avant de reprendre l'entretien de recherche. Si la rencontre et la participation de ces personnes imposent au chercheur d'adapter sa démarche à leur rythme et à leur état, la stabilité et l'encadrement que propose cette structure est un atout.

### **5.1.3. Les outils**

#### **5.1.3.1. Rappel des variables et des outils correspondants**

La figure 6 suivante propose un rappel des variables à investiguer, ces dernières étant regroupées en fonction des aspects soulevés dans nos questions de recherche. A chacune de ces variables renvoie l'outil utilisé et ce qu'il permet d'explorer ou de mesurer.

Figure 6 : Résumé des variables, des outils et des aspects investigués

	V(n°)	Nom de la variable	Outils	Exploration/évaluation
Description générale	V(1)	Parcours de vie et caractéristiques sociodémographiques	Entretien semi-directif	- Qualité de l'enfance - Situation familiale - Caractéristiques sociodémographiques
Identité personnelle	V(2)	Sentiment de sécurité	Entretien semi-directif	- Satisfaction vis-à-vis de la prise en charge - Apports protecteurs et néfastes du dispositif
	V(3)	Sentiment de permanence de soi	Entretien semi-directif	- Sentiment de continuité identitaire - Projection dans l'avenir
	V(4)	Sentiment de maîtrise	IPAH-SDF	- Mesure le lieu de contrôle
Identité sociale	V(5)	Sentiment d'appartenance sociale	Entretien semi-directif	- Comparaisons sociales
	V(6)	Sentiment d'existence	Entretien semi-directif	- Sentiment de honte - Gêne occasionnée par le regard des autres
Lien social	V(7)	Lien social	QSSP-SDF	- Disponibilité et satisfaction du soutien social - Types de soutien social - Sources du soutien social
Souffrance psychique	V(8)	Anxiété	HADS	- Mesure l'anxiété
	V(9)	Dépression	HADS	- Mesure la dépression
	V(10)	Estime de soi	Echelle d'estime de soi de Rosenberg	- Mesure l'estime de soi

V = Variable

L'exploration par l'entretien de la qualité de l'enfance, de la situation familiale et des caractéristiques sociodémographiques renvoie à la variable 1 et permet de répondre à la question de recherche relative à la description générale de nos populations SDF. Les variables 2, 3 et 4 font référence au versant personnel de l'identité. L'exploration par l'entretien des éléments protecteurs et néfastes du dispositif de prise en charge pour l'individu renseignera sur le sentiment de sécurité quand l'exploration de la continuité identitaire et des projections dans l'avenir renverra au sentiment de permanence de soi. La mesure du lieu de contrôle par l'administration de l'échelle IPAH-SDF rendra compte de la variable 4 relative au sentiment de maîtrise de la personne. Pour ce qui est du versant social de l'identité, les évaluations en

entretien, d'une part, des comparaisons sociales et, d'autre part, du sentiment de honte et de la gêne occasionnée par le regard de l'autre, renverront aux variables 5 et 6 relatives au sentiment d'appartenance sociale et au sentiment d'existence. Le QSSP-SDF, par son caractère à la fois qualitatif et quantitatif, est un questionnaire qui permet d'explorer plusieurs aspects du soutien social et d'apprécier la variable 7 relative à l'état du lien social des SDF. Enfin, les variables 8, 9 et 10 d'anxiété, de dépression et d'estime de soi nous permettront de discuter la souffrance psychique des SDF. Leur évaluation se fera par l'administration de l'échelle HADS et de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg.

### **5.1.3.2. L'entretien semi-directif**

#### 5.1.3.2.1. La structuration de l'entretien

Nos précédentes recherches auprès de la population SDF (Chevalier *et al.*, 2017 ; Langlard et Bouteyre, 2013 ; Langlard, Bouteyre et Rezrazi, 2014) nous ont offert des perspectives dans la manière de structurer l'entretien et d'aborder les thématiques à investiguer. Dans ce travail de thèse, nous avons fait le choix d'utiliser l'entretien semi-directif pour investiguer certaines variables et répondre à nos questions de recherche. Cette technique d'entretien, comme le souligne Berthier (2016) ou encore Blanchet et Gotman (1992), combine une attitude non-directive favorisant l'exploration de la pensée du participant tout en orientant l'investigation pour recueillir des informations sur des éléments définis en amont. La structuration de l'entretien a été conçue de façon à privilégier l'auto-exploration, par le participant, des différents thèmes grâce aux questions et relances du chercheur. Si cette structuration permet une investigation systématisée, la grille d'entretien est suffisamment souple pour supporter des aller-retours entre les thèmes à aborder. Le chercheur peut alors s'appuyer sur le discours de la personne pour la réorienter, par des relances, dans le sens voulu de l'interaction. L'idée est bien de favoriser la bonne dynamique de l'entretien et la production d'un discours fluide et cohérent. Dans cette recherche, le chercheur prend des notes directement sur son guide d'entretien afin de s'assurer que l'ensemble des données soit bien recueilli auprès de tous les participants.

Cet entretien semi-directif est structuré par cinq thématiques permettant l'investigation respective de cinq variables. Une première thématique porte sur la description générale de la

personne et notamment son parcours de vie et ses caractéristiques sociodémographiques. Une deuxième porte sur les sentiments de continuité identitaire et les capacités de projection dans l'avenir. Une autre thématique s'intéresse aux comparaisons entre la population SDF et celle des personnes insérées. Une quatrième thématique questionne le sentiment de honte vis-vis de la situation SDF et de gêne occasionnée par le regard de l'autre. Enfin, la dernière thématique abordée fait référence à ce qui apparaît protecteur ou néfaste pour les SDF quant au dispositif qui les prend en charge. Ces cinq thématiques sont développées dans les parties qui suivent.

#### 5.1.3.2.2. Les caractéristiques sociodémographiques, la situation familiale et la qualité de l'enfance

Cette partie de l'entretien semi-directif nous permet d'investiguer notre variable 1 en recueillant des éléments significatifs du parcours de vie des SDF, depuis la petite enfance jusqu'à leur situation actuelle, ainsi que les caractéristiques sociodémographiques. Ce thème apparaît en introduction de l'entretien de recherche et il est dit systématiquement à la personne que ces questions ont vocation à mieux la connaître. Il lui est alors demandée d'y répondre très simplement. Différents éléments sont abordés dans cette thématique :

- L'âge, la nationalité, la situation professionnelle actuelle et passée.
- La situation conjugale, parentale et familiale. Les relations que la personne a maintenues ou rompues avec ses enfants, ses parents et sa fratrie sont questionnées.
- La qualité de l'enfance et de l'adolescence, ainsi que le climat familial (précarité, disputes, alcoolisme, violence, maltraitance, etc.)
- Le parcours scolaire, l'âge d'arrêt de la scolarité, les diplômes obtenus.
- Les événements de vie et caractéristiques marquants depuis l'enfance (décès, incarcération, rupture, maladie physique et/ou psychique, etc.)
- La consommation d'alcool et de substances psychoactives. Sur la base de la version abrégée de l'*Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT-C), sont questionnés la fréquence des consommations, le nombre d'unités d'alcool bu un jour typique et la fréquence des consommations excessives (plus de six unités d'alcool dans la journée) pour déceler des consommations à risques.
- La situation SDF : ses causes, le temps depuis la dernière perte de logement, mais aussi le temps cumulé vécu dans la situation SDF.



#### 5.1.3.2.3. Le sentiment de permanence de soi et la projection dans l'avenir

Cette partie de l'entretien s'intéressant au sentiment de permanence de soi et de projection dans l'avenir a été structurée de manière à investiguer la variable 3 relative au sentiment de permanence de soi. La méthode introspective est considérée comme la plus pertinente pour explorer cette composante de l'identité (Lipiansky, 2005), ici ce sont les pensées, les attitudes et tout ce qui fait que la personne a le sentiment de rester la même au fil du temps (Camilléri, 1990 ; Erikson, 1968 ; Martinot, 2008). Il est alors demandé à la personne d'évoquer ce qui a changé ou non dans sa vie par rapport à ce qu'elle était avant sa perte de logement. Au-delà des aspects matériels, l'attention est portée sur les aspects psychologiques relatifs à des changements tant dans la manière d'être que dans la façon de percevoir le monde. Ici, l'idée est bien de noter l'impact psychologique de la mise à la rue, cette dernière ayant pu être élaborée par la personne ou au contraire ayant pu être sidérante. Puis on s'intéresse aux capacités de projection dans l'avenir de la personne en lui demandant comment elle se voit et comment elle s'imagine être, dans quelques mois et quelques années. Le fait de demander systématiquement à la personne ce qui a changé par rapport au passé et ce qui pourrait changer dans l'avenir, nous informe sur la part qualitative de ces changements. Cette investigation renseigne sur le sentiment de permanence de soi des SDF afin d'identifier d'éventuelles discontinuités identitaires, signes du traumatisme de la situation SDF.

#### 5.1.3.2.4. Le sentiment de honte et la gêne occasionnée par le regard des autres

Les sentiments de honte vis-à-vis de la situation SDF et ceux de gêne pouvant être occasionnés par le regard des autres sont abordés au cours de l'entretien. Ces aspects renvoient à la variable 6 relative au sentiment d'existence. On demande alors à la personne d'identifier d'éventuelles situations qui lui procurent une gêne vis-à-vis du regard de l'autre. Il s'agit ensuite de comprendre pourquoi la personne se sent gênée ou non par ce regard et ce qu'elle peut faire pour pallier ou, à minima, gérer ce dérangement. De cette investigation émane un niveau de gêne du regard de l'autre co-évalué par le chercheur et le participant sur une échelle de Likert cotée de 1 (absence de gêne) à 9 (très forte présence de gêne).

On s'intéresse ensuite aux sentiments de honte et d'humiliation pouvant découler de la situation SDF, de l'exclusion ou encore de la prise en charge par le dispositif d'aide sociale.

Cette investigation du sentiment de honte passe par l'exploration de ce qui les fait souffrir, de ce qui les humilie ou encore de ce qui met à mal leur dignité. De ces atteintes se dessinent un niveau de honte co-évalué par le chercheur et le participant sur une échelle de Likert cotée de 1 (absence totale de honte) à 9 (très forte présence de honte).

#### 5.1.3.2.5. Les comparaisons sociales

Une autre partie de cet entretien est structurée de manière à investiguer, par le biais des comparaisons sociales, la variable 5 relative au sentiment d'appartenance. Ces comparaisons sociales portent sur le rapport que la personne entretient avec la population SDF d'une part et avec la population des personnes insérées d'autre part.

Pour ce qui est du positionnement vis à vis de la population SDF, il est demandé à la personne de nous renseigner sur la façon dont elle considère les autres SDF, dont elle les voit et dont elle peut les décrire. De cette description découle une co-évaluation (du participant et du chercheur) de l'image qu'elle a de la population SDF sur une échelle de Likert cotée de 1 (très mauvaise image) à 9 (très bonne image). Cette procédure se répète pour ce qui est de la vision et de l'image que la personne pense renvoyer à la population des personnes insérées.

Concernant la distance perçue avec la population SDF et avec celle des personnes insérées, il est systématiquement demandé à la personne d'identifier ce qui la relie et ce qui la sépare de ces deux populations. Cette mise en avant des points communs et des différences précède deux co-évaluations du degré de ressemblance vis-à-vis de ces populations sur une échelle de Likert cotée de 1 (très différent) à 9 (très ressemblant).

#### 5.1.3.2.6. Les apports protecteurs et néfastes du dispositif et le degré de satisfaction de la prise en charge

L'exploration par l'entretien de ce qui est, pour les SDF, protecteur ou à l'inverse à risque dans la prise en charge par le dispositif fait référence à la variable 2 relative au sentiment de sécurité. Il est dans un premier temps demandé à la personne de rapporter ce qui l'aide dans sa prise en charge, les éléments bénéfiques qu'elle trouve au sein du dispositif. Afin de recueillir

une liste plus complète d'informations, une relance permet de savoir ce qui manquerait à la personne si elle n'était pas prise en charge par ce dispositif. Dans un second temps, on s'intéresse aux manques, aux éléments néfastes de la prise en charge et à ce qui ne l'aide pas dans le dispositif. Là aussi, une relance porte sur ce qui serait mieux si elle n'était pas prise en charge dans cette structure. Il est à noter que les éléments recueillis ici sont ceux qui ont été évoqués spontanément suite à l'amorce de nos questions. Non-suggérés, leur présence leur donne une valeur particulière. Si les relances ont favorisé une certaine exhaustivité dans les réponses apportées, comprenons qu'un élément non-évoqué ne peut signifier son absence effective. Enfin, le degré de satisfaction de la personne vis-à-vis du dispositif qui le prend en charge est évalué par le chercheur et le participant sur une échelle de Likert cotée de 1 (très insatisfait) à 9 (très satisfait).

### **5.1.3.3. Les échelles et le questionnaire**

#### 5.1.3.3.1. L'anxiété et la dépression

##### *5.1.3.3.1.1. La description et l'intérêt de mesurer l'anxiété et de la dépression*

L'anxiété et la dépression, variables 8 et 9 de notre recherche, sont deux entités incontournables de la santé mentale. La situation d'exclusion sociale, la dureté de la condition de vie SDF, autant que les nombreuses ruptures vécues par cette population, sont sources de souffrance. L'anxiété et la dépression sont alors deux indicateurs psychopathologiques susceptibles de rendre compte de la souffrance psychique de la personne. Notons que si de nombreuses études mettent en avant la surmorbidity psychiatrique des troubles dépressifs et des troubles anxieux au sein de la population SDF (Fichter *et al.*, 1996 ; Guesdon et Roeland, 1998 ; ou encore Laporte et Chauvin, 2010), elles se limitent à des prévalences observées. Bien que faisant consensus, les critères du DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) et de l'ICD-10 (World Health Organization, 1993), imposent une analyse en termes d'absence ou de présence du trouble psychiatrique. L'approche en santé mentale se propose quant à elle de placer le trouble dans l'histoire de la personne, de le contextualiser et de le situer par rapport à l'environnement. L'absence de trouble ne signant pas l'absence de pathologie, et inversement, au vu de son caractère adaptatif, il nous semble dès lors nécessaire de pouvoir évaluer l'anxiété et la dépression sur un continuum pour rendre compte de leur intensité.

#### 5.1.3.3.1.2. L'échelle d'anxiété et de dépression (HADS – Zigmond et Snaith, 1983)

L'*Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) est une échelle mixte auto-administrable développée par Zigmond et Snaith (1983), et traduite en français par Lépine, Godchau, Brun et Lempérière (1985). Elle comprend quatorze items (sept items d'anxiété et sept items de dépression) permettant de détecter l'existence d'une symptomatologie dépressive et anxieuse, et d'en évaluer sa sévérité. Pour la sous-échelle de dépression, cinq items évaluent l'anhédonie, les deux autres portent sur le ralentissement psychomoteur et sur la dysphorie. Concernant la sous-échelle d'anxiété, les items proviennent du *Present State Examination* (Wing, Birley, Cooper, Graham et Isaacs, 1967) et de la *Clinical Anxiety Scale* (Snaith, Baugh, Clayden, Husain et Sipple, 1982).

A chaque item, la personne est invitée à identifier parmi quatre réponses proposées celle qui correspond le mieux à son état éprouvé au cours de la semaine passée. A chacune de ces réponses est attribuée un score permettant une évaluation des différents items sur une échelle de Likert cotée de 0 à 3. Ainsi pour ces deux dimensions, l'anxiété et la dépression, le score varie entre 0 et 21. Ces deux échelles disposent de seuils permettant de repérer différents états anxieux ou dépressifs dans un cadre de recherche (Snaith, 2003). Un score compris entre 0 et 7 permet d'identifier une absence d'état dépressif ou anxieux, un score compris entre 8 et 10 permet de parler d'état douteux, quand un score supérieur ou égal à 11 renseigne sur un état dépressif ou anxieux certain. Concernant la validité, cette échelle HAD présente un coefficient de fiabilité de 0,88 et une stabilité de 0,85. A noter que Bjelland, Dahl, Haug et Neckelmann (2002) ont réalisé une revue de littérature afin de mettre en avant et confirmer la validité et la pertinence de l'utilisation de cette échelle.

Utilisée au cours de nos précédentes recherches (Langlard et Bouteyre, 2013), cette échelle s'est avérée pertinente pour évaluer le niveau, à un moment donné, de la symptomatologie dépressive et anxieuse des personnes SDF. Permettant d'écarter l'influence des symptômes somatiques tels que la qualité de l'alimentation ou du sommeil, cette échelle présente également l'avantage d'être rapide de passation. Elle est ainsi adaptée aux personnes SDF pouvant présenter des difficultés à maintenir une attention soutenue dans la durée.

### 5.1.3.3.2. L'estime de soi

#### 5.1.3.3.2.1. *La description et l'intérêt de mesurer l'estime de soi*

Historiquement, on constate que le concept de soi a toujours suscité une grande attention de la part des chercheurs (Baldwin, 1897 ; Cooley, 1902 ; Harter, 1983, 1999 ; James, 1890 ; Mead, 1934 ; Rosenberg, 1965, 1979, 1986). Conséquence d'un vécu constitué d'une multitude d'événements et d'interactions sociales, l'estime de soi évolue tout au long de la vie. Caractérisée de façon générale par l'opinion ou encore la satisfaction que la personne a d'elle-même, sa définition diffère en fonction des auteurs. Rosenberg (1979) définit l'estime de soi comme le sentiment que le sujet a de sa propre valeur, de la considération et du respect qu'il éprouve à l'égard de lui-même. Coopersmith (1967), quant à lui, met en avant l'importance du sentiment de compétence, quand Beck (1967) pointe le rôle central de l'interprétation et de la perception subjective des événements vécus par la personne. Impliquée dans tous les aspects de la vie, l'estime de soi prend valeur de véritable ressource adaptative qui influera autant sur le plan social que comportemental de la personne.

L'estime de soi est un concept clé qui est associé à de nombreux facteurs dans les études empiriques réalisées en santé mentale (Bruchon-Schweitzer et Boujut, 2014 ; Harter, 1983, 1999 ; Rosenberg, 1965, 1986 ; Wylie, 1974). A une faible estime de soi est associée un niveau dépressif plus élevé dans les populations typiques adultes et adolescentes (Battle, Jarratt, Smith et Precht, 1988 ; Brage, Campbell-Grossman et Dunkel, 1995 ; Chabrol *et al.*, 2004 ; Dori, et Overholser, 1999 ; Rosenberg, 1965 ; Rosenberg et Simmons, 1972 ; Vallières et Vallerand, 1990), des états anxieux (Banos et Guillem, 2000 ; Battle *et al.*, 1988 ; Rosenberg, 1965 ; Rosenberg, Sinon, 1972), et des niveaux inférieurs de satisfaction de vie (Alaphilippe, 2008 ; Andrews, Withney, 1976 ; Campbell, 1981). Guillon et Crocq (2004) font part dans une revue de la littérature sur l'estime de soi des liens significatifs qu'elle entretient avec de nombreuses entités de la psychopathologie, et notamment de sa place centrale en tant que variable incontournable dans les approches en santé mentale.

#### 5.1.3.3.3.2. *L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (1965)*

L'échelle d'estime de soi de Rosenberg (Rosenberg, 1965 ; Traduction française : Vallières et Vallerand, 1990) permet de mesurer l'estime de soi globale de l'individu. Une

bonne estime de soi est un indicateur d'acceptation, de tolérance et de satisfaction personnelle à l'égard de soi, tout en excluant les sentiments de supériorité et de perfection (Rosenberg, 1965). De nature unidimensionnelle et de conception phénoménologique, cette échelle permet d'apprécier la perception globale que la personne a de sa propre valeur. Elle comprend 10 énoncés auxquels le participant est invité à donner son degré d'accord sur une échelle de Likert cotée de 1 (tout à fait en désaccord) en à 4 (tout à fait en accord). Plus le score est élevé, plus le niveau d'estime de soi de la personne est fort. Compris entre 10 et 40, le score, lorsqu'il est inférieur à 30 correspond à une estime de soi faible.

Rapide de passation, cette échelle présente l'avantage d'être sans rapport avec la famille et le travail, ce qui semble le plus adapté pour évaluer l'estime de soi des personnes SDF. Cette échelle possède de bonnes qualités métrologiques, un coefficient de fiabilité de 0,90 et une stabilité temporelle s'élevant, sur deux semaines, à 0,85 (Silbert et Tippett, 1965). Le coefficient de consistance interne varie de 0,70 à 0,90 en fonction des groupes de sujets pour l'étude de Vallières et Vallerand (1990), s'élève à 0,81 dans l'étude de Chabrol *et al.* (2004) et également à 0,81 dans l'étude transculturelle de Schmitt et Allik (2005) portant sur 53 pays.

#### 5.1.3.3.3. Le lieu de contrôle

##### 5.1.3.3.3.1. *La description et l'intérêt de mesurer le lieu de contrôle*

Les individus pensent généralement maîtriser dans une certaine mesure leur existence. Pour Lerner (1980), cette tentative de contrôle est reliée à leur volonté d'éliminer le hasard des causes possibles des événements vécus. Ce sentiment de contrôler ce qui nous arrive revient à penser que, par nos possibilités d'actions, nous pouvons atteindre nos objectifs et éviter les événements de vie indésirables (Rodin, 1986). En précurseurs, Heider (1944), Kelley (1967) ou encore Rotter (1966), en cherchant à comprendre comment les gens expliquent les événements qu'ils vivent, ont mis en avant une dichotomie causale interne-externe. Rotter (1966) développe alors le concept de *Locus Of Control* (LOC) afin d'illustrer le degré de causalité que la personne établit sur les renforcements qu'elle reçoit. De ces attributions causales se dégagent un LOC interne lorsque l'individu se perçoit comme étant à l'origine de ce qui lui arrive, et un LOC externe où il se sent tributaire des événements et sans possibilité d'influencer leur cours. Cette bi-dimensionnalité du LOC a été critiquée, certains auteurs pointant la part défensive de

l'attribution de causalité externe en cas d'échec (Furnham et Steele, 1993), ou à l'inverse l'effet de la désirabilité sociale (Beauvois, 1984), et plus généralement du contexte (Bruchon-Schweitzer, 2002), dans la causalité interne. Cette conception dichotomique interne-externe de Rotter (1966) a alors cédé sa place à des conceptions multidimensionnelles du LOC à 3 facteurs et parfois plus (Baken et Stephans, 2005 ; Barling, 1980 ; Finch, Spirito, Kendall et Mikulka, 1981 ; Kleiber, Veldman et Menaker, 1973). Aux vues des études actuelles, il apparaît que la structure multidimensionnelle à trois facteurs développée par Levenson (1972) soit la plus à même de conceptualiser le LOC. Trois dimensions sont mises en avant :

- L'internalité I fait référence à une croyance en l'origine interne des renforcements (aptitude, comportement, volonté, etc.).
- L'externalité P « personnage tout puissant » correspond à une croyance en des personnes investies de pouvoir. Ce type d'externalité, bien que non-maitrisable, induit des croyances et des attentes cohérentes entre elles et des événements prévisibles.
- L'externalité C « chance » renvoie à une croyance au hasard, au destin ou encore à la chance. Ce type d'externalité implique des croyances relatives à des issues aléatoires face à des événements imprévisibles. Cette dimension est la plus dysfonctionnelle et renvoie à des renforcements totalement incontrôlables et à un intense sentiment d'impuissance (Bruchon-Schweitzer, 2002).

L'influence du LOC sur la santé a été étudiée dans de nombreuses études (Hurrell et Murphy, 1991 ; Seaman, 1991). Quand l'internalité apparaît être un atout protecteur, l'externalité renvoie généralement à un handicap ou à un facteur de vulnérabilité (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Rodin et Salovey, 1989). Le rôle bénéfique du LOC interne est alors mis en avant dans le bien être (Bruchon-Schweitzer, 2002), la santé émotionnelle (Horner, 1998 ; Hurrell et Murphy, 1991) ou encore l'anxiété, ces individus au LOC interne étant plus à même de gérer leurs mouvements émotionnels (Dubois, 1987). A l'inverse, l'externalité amplifie les vulnérabilités et impacte négativement la détresse, l'anxiété, l'estime de soi (Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001), ou encore la dépression, notamment en ce qui concerne le LOC externe « P » (Ganellen et Blaney, 1984 ; Ribardier, Roustit et Varescon, 2014). Au-delà de la santé, il est aussi montré l'influence favorable du LOC interne sur la réussite scolaire et professionnelle des individus (Dubois, 1987). En effet, contrairement aux individus au LOC externe dominant qui ont tendance à renoncer en cas de difficultés (Bouvard, 1999), ceux au LOC interne dominant font preuve d'une plus grande persévérance dans la résolution de



problème, d'une plus forte résistance à la pression, et de meilleures capacités d'adaptation sociale (Brosschot, Gebhardt, et Godaert, 1994 ; Dubois, 1987). Cependant, il nous faut préciser que si l'effet fonctionnel du contrôle interne est bien établi dans la littérature et fréquemment associé aux composantes de la bonne santé mentale (Bruchon-Schweitzer, 2002), il dépend du contexte et ne se vérifie que si la personne dispose des possibilités nécessaires à pouvoir contrôler la situation. Ainsi, le LOC interne est bénéfique lorsque la situation est surmontable et il devient inadapté lorsque la personne ne peut rien faire pour améliorer son état.

#### *5.1.3.3.2. L'échelle de lieu de contrôle (version adaptée de l'IPAH – Jutras, 1987)*

La mesure du lieu de contrôle permettra l'investigation de notre variable 4 relative au sentiment de maîtrise de la personne. Pour que l'évaluation du LOC soit fiable et sensible, il est nécessaire que l'instrument de mesure utilisé tienne compte de la population étudiée et de l'environnement dans lequel elle évolue. Dans cette perspective, de nombreux chercheurs ont adapté des échelles de LOC spécifiques à un domaine particulier en tenant compte du contexte relatif à leur objet d'étude (Alaphilippe et Chasseigne, 1993 ; Paquet, 2008 ; Paquet, Berjot et Gillet, 2009). Aucune échelle existante dans la littérature scientifique n'étant en mesure de rendre compte du LOC de la population SDF, nous avons sélectionné celle qui nous semblait la plus pertinente pour ensuite l'adapter à notre objet d'étude. Il s'agit de l'IPAH (Jutras, 1987) qui est l'adaptation franco-canadienne de l'échelle de lieu de contrôle tridimensionnel de Levenson (1972). Elle permet d'évaluer trois dimensions du LOC : le lieu de contrôle interne (LOC-I) et deux lieux de contrôle externe, « Autre » (LOC-A) et « Chance » (LOC-C). Cette échelle de Levenson (1972) a l'avantage de proposer des réponses nuancées (échelles d'intervalles) et des formulations directes (les items concernent le sujet et les gens en général). De plus, elle présente une structure tridimensionnelle stable et des relations non-significatives avec la désirabilité sociale (Levenson, 1981). L'utilisation de cette échelle a pu être adaptée à de nombreux contextes (emprisonnement, sport, activités cognitives, cancer, douleur, diabète, etc.) et systématiquement une structure factorielle stable a été retrouvée (Bruchon-Schweitzer, 2002). Plusieurs études (Jutras, 1987 ; Loas, Dardennes, Dhee-Perot, Leclerc et Fremaux, 1994 ; Rossier, Rigozzi et Berthoud, 2002) ont permis de vérifier la validation de cette échelle traduite en français en ce qui concerne la consistance interne des trois dimensions (interne varie de 0,56 à 0,58 ; externe « autres » varie de 0,65 à 0,71 ; externe « chance » varie de 0,59 à 0,70). La fidélité test-retest n'a pas été vérifiée dans les études de l'échelle française, mais elle varie sur



une semaine de 0,64 (échelle interne) à 0,78 (échelle externe « chance ») dans l'étude de Levenson (1974).

L'IPAH-SDF est la version que nous avons adaptée à la population SDF. Apparaissant trop lourde et redondante dans sa version originale, cette échelle a été allégée. Des huit situations initiales sur lesquelles l'individu doit se positionner pour chaque dimension du LOC, six ont été maintenues. La situation faisant référence à l'estime que les autres ont pour la personne et celle exposant la responsabilité de la personne dans un accident d'automobile ont été retirées. En effet, l'estime de soi est une variable déjà investiguée dans notre recherche et quant à la conduite automobile, cela ne concerne pas une grande partie de la population SDF. Afin d'évaluer au mieux le lieu de contrôle des SDF, le contenu de certains items a été modifié de façon à ce que les participants puissent se représenter la situation qui leur est proposée. Par exemple, la responsabilité que la personne établit vis-à-vis de la conduite d'une situation étant considérée comme trop éloignée de la vie SDF, l'évaluation du LOC de la personne concernant l'obtention d'une bonne place dans un foyer a été préférée. Initialement, la dimension du LOC « externe autre » renvoie généralement au milieu professionnel, notamment à des supérieurs hiérarchiques. Les SDF étant éloignés de l'emploi, nous avons préféré faire correspondre cette dimension du LOC aux personnes ou organismes en lien direct avec les SDF, tels que le dispositif d'aide social, les éducateurs ou encore l'assistant social. Aussi, les SDF pouvant se trouver en difficulté pour comprendre le sens des questions, nous avons changé la syntaxe de certaines phrases afin qu'elles puissent être comprises aisément par tous et sans contre-sens possible. Notons par exemple que les formulations de phrases comportant une double négative potentiellement source de confusion, voire d'incompréhension, ont été modifiées. Lors de la phase d'expérimentation, les difficultés des SDF à situer leur degré d'accord à chaque proposition sur une échelle de Likert cotée de 1 à 6, nous ont conduit à diminuer cette échelle de 1 (tout à fait en désaccord) à 4 (tout à fait d'accord).

L'IPAH-SDF comprend ainsi 18 items mesurés sur une échelle de Lickert allant de 1 à 4 : 1 (tout à fait en désaccord) ; 2 (plutôt en désaccord) ; 3 (plutôt d'accord) ; 4 (tout à fait d'accord). Pour chacune des trois dimensions du lieu de contrôle, 6 situations sont exposées et concernent :

- l'obtention d'une bonne place dans un foyer (items 3, 9, 15) ;
- la réalisation de ses projets (items 4, 11, 17) ;
- la manifestation d'événements divers (items 2, 7, 13) ;

- la défense de ses intérêts (items 5, 10, 14) ;
- l'obtention d'une chose désirée (items 6, 12, 16) ;
- le contrôle global de sa vie (items 1, 8, 18).

Le score de chacune des dimensions du LOC est compris entre 6 et 24. Le score du LOC « interne » correspond à l'addition des items 3, 4, 14, 15, 16 et 18, celui du LOC « externe autre » à l'addition des items 2, 8, 10, 12, 15, 17, et celui du LOC « externe chance » à l'addition des items 1, 5, 6, 7, 9, 11. Si cette échelle adaptée nécessitera d'être validée scientifiquement dans l'après coup, son appui sur l'IPAH et les modifications qualitatives permettent de rendre compte du lieu de contrôle des SDF sur des événements que tous sont susceptibles de vivre dans leur situation d'exclusion. Bien que l'absence de standard de cette échelle adaptée ne permette pas des comparaisons en termes de scores avec d'autres études évaluant le LOC, des comparaisons fines pourront être effectuées entre les différents groupes de cette étude.

#### 5.1.3.3.4. Le soutien social

##### *5.1.3.3.4.2. La description et l'intérêt de mesurer le soutien social*

En plein essor depuis les travaux précurseurs de Caplan (1976), les études sur le soutien social se sont multipliées dans les domaines de la psychologie. Bien que la valeur heuristique de la notion de soutien social soit largement démontrée dans la littérature, sa conceptualisation peine à advenir (Hupcey, 1998). Sujette à de nombreux désaccords (Ducharme, Stevens et Rowat, 1994 ; Sarason, Shearin, Pierce, et Sarason, 1987 ; Winemiller, Mitchell, Sutliff et Cline, 1993), sa définition se réduit bien souvent à une liste de caractéristiques (Vaux, 1992). Ce manque de consistance théorique entraîne des difficultés à opérationnaliser le soutien social de sorte qu'on voit se développer une diversité d'instruments évaluant une multitude d'aspects spécifiques du soutien social (Heitzmann et Kaplan, 1988 ; Winemilleur *et al.*, 1993). Cependant, différents auteurs semblent s'accorder sur son caractère tridimensionnel. Barrera (1981) distingue alors l'intégration sociale, le soutien reçu et la perception du soutien. Pour Vaux, Phillips, Hollu, Thomson, Williams et Stewart (1986), il se compose du réseau de soutien, des comportements de soutien et de son appréciation. Pierce, Sarasan et Sarasan (1996) quant à eux identifient le réseau de soutien, les relations de soutien et enfin la perception de ce

soutien. Si les conceptions du soutien social divergent quelque peu selon les auteurs, trois dimensions principales peuvent donc être isolées.

- Une première dimension générale est le réseau de soutien. Correspondant à l'aspect structural du soutien (Hupcey, 1998 ; Thoits, 1995), il renvoie au degré d'intégration ou d'isolement social de l'individu (Barrera, 1986). Il s'agit alors d'identifier le nombre de relations sociales, leur fréquence et leur intensité. Considéré comme un sous-ensemble de réseaux sociaux (Vaux, 1988, 1992), on s'intéressera aux ressources que peut apporter ce réseau en questionnant autant sa grandeur et le nombre de liens sociaux, que les types et la qualité des relations que la personne entretient avec son réseau social (Streeter et Franklin, 1992).
- La deuxième dimension renvoie à l'aspect fonctionnel du soutien social (Barrera, 1981). Souvent qualifiée de soutien social reçu, cette dimension est définie par l'ensemble des comportements de soutien qui apporte une aide à la personne (Barrera, 1986), et correspond finalement à l'aide effective reçue. House (1981) identifie quatre types de soutien. Le soutien émotionnel consiste à réconforter une personne qui fait face à un événement difficile en lui exprimant les affects positifs que l'on ressent à son égard. Le soutien d'estime renvoie quant à lui aux comportements de réassurance visant à restituer la confiance d'une personne en ses capacités, ses compétences et sa valeur. Le soutien informatif est relatif aux conseils, suggestions et autres propositions apportés à la personne pour l'aider dans sa résolution de problème. Enfin, le soutien instrumental correspond à l'aide effective (argent, prêt, service) apportée à un individu pour combler un besoin matériel ou logistique dans un moment délicat.
- Souvent qualifiée de soutien social perçu, cette troisième dimension renvoie à l'aspect qualitatif et à la satisfaction perçue par la personne du soutien social qu'elle est susceptible de recevoir (Gentry et Kobasa, 1984). Faisant référence à l'évaluation du soutien que l'individu estime avoir reçu par autrui (Barrera, 1986 ; Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Streeter et Franklin, 1992), cette satisfaction est l'indicateur le plus pertinent pour évaluer l'adéquation et la contingence du soutien apporté vis à vis des attentes et des besoins de l'individu qui le reçoit (Barrera, 1986 ; Streeter et Franklin, 1992). Le soutien social perçu correspond donc à l'appréciation subjective de l'aide apportée par l'entourage d'une personne (Procidano et Heller, 1983). Cette appréciation se divise en deux composantes. La première est la disponibilité du soutien, c'est à dire le fait de percevoir certaines personnes comme susceptibles d'apporter une aide. La seconde

composante est relative à la satisfaction, à la perception par l'individu de la qualité de ses relations interpersonnelles (Gentry et Kobasa, 1984).

Les effets favorables du soutien social sur la santé mentale ne sont plus à démontrer. Il apparaît en revanche que les indicateurs subjectifs et perceptifs, comme la satisfaction, et l'adéquation du soutien sont plus prédictifs que les indicateurs structuraux tels que le réseau social (Furukawa, Sarason et Sarason, 1998 ; Gentry et Kobasa, 1984 ; Turner et Marino, 1994), bien qu'un minimum de soutien effectif soit une condition nécessaire pour en être satisfait (Bruchon-Schweitzer, Rascle, Gélie, Fortier Sifakis et Constant, 2003). En ce sens, Linehan et Shearin (1988) mettent en avant la corrélation entre un faible soutien social et l'augmentation de troubles psychiques, corrélation d'autant plus importante lorsque le prédicateur est le soutien social perçu. Le soutien social est une véritable ressource pouvant être mobilisée par la personne pour s'ajuster aux difficultés rencontrées. Perçu comme satisfaisant, le soutien social favorise la mise en place de diverses stratégies de coping centrées sur la résolution de problème (Bruchon-Schweitzer *et al.*, 2003) au détriment de stratégies plus passives centrées sur l'émotion. Le soutien social est alors considéré comme un facteur déterminant de la santé physique et mentale de la personne (Berkmann, Glass, Brissette, et Seeman, 2000 ; Cattell, 2001 ; Lin, Ye et Ensel, 1999 ; Thoits, 1995), tendances que l'on retrouve dans les études traitant de ses effets au sein de la population SDF (Irwing, LaGory, Ritchey et Fitzpatrick, 2008 ; Lagory, Ritchey et Fitzpatrick, 1991 ; Mitchell et Lagory (2002).

#### *5.1.3.3.4.2. Le questionnaire de soutien social perçu (version adaptée du QSSP – Bruchon-Schweitzer et Quintard, 2001)*

La situation SDF questionne le soutien social, et notamment ses carences, par le simple fait que la personne n'a pu compter sur l'aide de son entourage pour pallier sa perte de logement. Cette situation SDF découlant souvent d'une histoire familiale chaotique et d'une rupture professionnelle, il apparaît nécessaire de ne pas se borner à l'analyse des seuls réseaux de soutien classiques (famille, amis, collègue) dans l'évaluation du soutien social des SDF. C'est d'ailleurs ce manquement au sein de la communauté scientifique qui conduit à considérer le réseau de soutien des SDF comme nul et plus généralement le soutien social comme faible. Et si les SDF maintiennent des affiliations importantes (Lagory *et al.* 1991), il nous faut maintenant être en mesure d'explorer d'autres sources de soutien, des réseaux alternatifs tels

que les travailleurs sociaux, les autres SDF ou encore les bénévoles d'associations. C'est à cette condition que nous pourrions juger non pas de la seule étendue du soutien social, mais surtout de sa qualité perçue.

Afin d'évaluer le soutien social des SDF dans sa complexité, nous avons adapté le Questionnaire de Soutien Social Perçu (QSSP) de Bruchon-Schweitzer et Quintard (2001) à la population SDF. Le QSSP s'inspire du *Social Support Questionnaire* (Sarason, Levine, Basham et Sarason, 1983 ; traduction française : Rasclé, Aguerre, Bruchon-Schweitzer, Nuissier, Cousson-Gélie, Gilliard et Quintard, 1997). Le QSSP-SDF (version que nous avons adaptée à la population SDF) permet d'évaluer les trois aspects du soutien social : structural (disponibilité et réseaux sociaux), fonctionnel (type de soutien apporté) et perçu (qualité et satisfaction). Quatre questions permettent d'évaluer les quatre types de soutien social (émotionnel, estime, instrumental et informatif). Par exemple, pour ce qui est du soutien émotionnel, on demande à la personne : « est ce qu'il y a dans votre entourage des personnes qui peuvent, lorsque vous en avez besoin vous réconforter et vous écouter ? ». La personne doit alors lister et décrire les personnes susceptibles de lui apporter cette aide. Ceci permet de renseigner sur la disponibilité du soutien social en comptabilisant le nombre de personnes apportant un soutien, mais aussi sur les sources de ce dernier en identifiant précisément quelles sont les personnes qui apportent cette aide. C'est sur les sources du soutien que le QSSP a été adapté à population SDF. Initialement, le questionnaire permet de distinguer 4 sources de soutien que sont la famille, les amis, les collègues et les professionnels de santé. Dans l'adaptation de ce questionnaire, nous avons ajouté une cinquième source de soutien, celle relative aux autres personnes SDF ou aux usagers de leur structure d'accueil. La source du soutien faisant référence aux professionnels de santé a été étendue aux travailleurs sociaux et aux bénévoles gravitant autour de la population SDF. Afin d'évaluer la qualité perçue de ce soutien, il est par la suite demandé à la personne d'évaluer sa satisfaction sur une échelle de Likert coté de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait). Cette même démarche est réitérée pour tous les types de soutien (émotionnel, estime, informatif, instrumental).

On obtient finalement deux scores généraux de soutien social, l'un renvoyant à la disponibilité (le nombre de personnes susceptible d'apporter le soutien) et l'autre portant sur sa satisfaction perçue (sa qualité). A ces scores généraux correspondent des sous-scores permettant de mener des analyses plus fines en fonction des types de soutien recherchés ou en fonction des sources de soutien sollicitées. Cependant, c'est en combinant les sources du soutien

avec les types de soutien recherchés que peuvent être menées des analyses contextuelles et cohérentes de la disponibilité du soutien social et de sa qualité perçue. Ces analyses nous permettront de questionner notre variable 7 relative à l'état du lien social des SDF.

#### **5.1.4. La procédure démonstrative**

Ce travail de recherche a pour objectif de rendre compte de la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale afin d'identifier pourquoi, mais surtout, comment une frange de la population SDF parvient à entrer dans une dynamique d'insertion quand une autre se chronicise dans sa situation SDF.

La stratégie de recherche choisie est l'étude comparative de trois groupes SDF se situant aux différentes strates du dispositif. Un groupe de 24 SDF usagers des CHU représente la frange de la population SDF la plus instable sur le plan de l'hébergement. Un autre groupe de 25 SDF inscrits en CHRS représente la frange de la population SDF en voie d'insertion. Enfin, un groupe de 25 SDF vivant en structure de stabilisation représente la population SDF chronicisée dans sa situation. Cette catégorisation des SDF en fonction de leur type de prise en charge permet par la comparaison de faire émerger des points communs et des différences qui sont autant d'éléments explicatifs de ce qui entrave ou favorise l'insertion de la personne SDF ou, à l'inverse, sa chronicisation.

Afin de rendre possible la comparaison entre les groupes et répondre à nos questions de recherche, il a fallu identifier les variables à investiguer et les rendre opérationnelles. Le choix, l'adaptation mais aussi la construction des outils a été une étape capitale. Ces outils ont été pensés de manière à mener une exploration systématisée des variables auprès de tous les participants afin de recueillir des données standardisées pouvant faire l'objet de codage et d'analyses statistiques. Le nombre de 25 sujets composant chacun de nos groupes est le juste milieu trouvé entre la réalité de notre terrain de recherche, notamment la difficulté de recruter les participants, et le nombre de sujets permettant d'avoir un échantillon suffisamment représentatif de la population étudiée. La taille de cet effectif est également un minimum pour mener un traitement statistique. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Les statistiques descriptives ont permis de mettre en avant les répartitions en termes de nombres, de fréquences/pourcentages, de moyennes et

d'écart-types. Après avoir testé l'hypothèse de normalité de nos variables, nous avons adapté nos analyses statistiques à la répartition de nos données. L'analyse de variance a été effectuée à l'aide de l'ANOVA à un facteur pour les données paramétriques et par le test de Kruskal-Wallis pour les données non-paramétriques. Concernant l'analyse de nos variables nominales à plusieurs modalités, des tris croisés ont été effectués et leurs mises en relation ont été étudiées à l'aide du Khi-deux.

C'est donc par la comparaison de nos trois groupes SDF (urgence, insertion, stabilisation) sur chacune des variables investiguées que nous répondrons à nos questions de recherche, à savoir ce qui relie ou différencie ces populations SDF concernant :

- leur parcours de vie (question de recherche n°1) ;
- leur identité personnelle et sociale (question de recherche n°2 et n°3) ;
- leur lien social (question de recherche n°4) ;
- leur souffrance psychique (question de recherche n°5).

Ces variables, mises en perspectives les unes avec les autres, permettront de modéliser la prise en charge des SDF par le dispositif dans une approche en santé mentale (question de recherche n°6).

## **5.2. Le déroulement de la recherche**

La recherche impose au chercheur une réflexion sur son positionnement et sur le cadre à poser pour investiguer son objet d'étude. La posture que l'on prend n'est ni figée, ni définie à l'avance et dépend de nombreux éléments tels que notre personnalité, notre apparence, notre âge, notre genre, le fait d'être plus ou moins à l'aise avec notre objet d'étude, avec le public rencontré. Il est alors nécessaire de mettre en place un cadre solide, mais suffisamment souple et malléable, pour nous adapter, nous même en tant que chercheur ainsi que notre protocole, aux personnes que l'on rencontre autant qu'aux structures qui nous accueillent.

### **5.2.1. La construction du protocole**

Le temps qui précède le travail de terrain auprès de la population d'étude est la construction du protocole de recherche. Si les variables investiguées dans cette recherche découlent de l'état de la littérature et ont été définies et sélectionnées de manière à traiter notre problématique, les outils rendant compte de ces variables nécessitent quant à eux un travail de réflexion et d'ajustement afin qu'ils soient adaptés à la population de recherche.

L'aspect temporel est un élément indispensable à prendre en compte dans la construction du protocole (Blanchet et Gotman, 1992). L'expérience de nos précédentes recherches (Langlard et Bouteyre, 2013) auprès des SDF nous conforte dans la nécessité de mener notre protocole à son terme lors d'une unique rencontre avec le participant. En effet, l'instabilité dans laquelle la personne SDF est plongée, et plus particulièrement lorsqu'elle est dans le dispositif d'hébergement d'urgence, fait qu'on ne peut être assuré de revoir le participant une seconde fois. La durée de la rencontre est un critère important et nous avons été vigilants à ce qu'elle ne dépasse pas 1h30. Ceci afin que la personne puisse maintenir de bonnes dispositions psychiques et cognitives tout au long de l'entretien. Dès lors, comprenons que la conception de l'entretien et le choix des outils (échelles et questionnaires) sont intimement liés aux limites temporelles précédemment soulignées. Des priorités ont donc été accordées dans le choix d'investiguer ou non telle variable, dans la manière de le faire autant que dans le degré de profondeur de cette investigation. La structuration de l'entretien semi-directif et le choix d'échelles et de questionnaires rapides de passation ont été opérés afin de répondre à cette exigence temporelle.

Le guide d'entretien a été structuré de manière à recueillir des données systématisées auprès de tous les participants à cette recherche. Si les entretiens sont enregistrés à l'aide d'un dictaphone, des notes sont également prises par le chercheur au cours de l'entretien. En plus d'offrir un gain de temps lors du traitement des données, cette prise de notes permet de s'assurer tout au long de l'entretien que l'ensemble des variables a bien été investigué et facilite la reprise, en fin d'entretien, d'éléments qui n'auraient pas été développés ou assez approfondis. La structuration de l'entretien a été conçue de façon à obtenir un discours libre du participant mais suffisamment directif pour le maintenir ou le réorienter dans les thématiques à aborder. Ainsi, des allers-retours ont pu être possibles entre les différentes thématiques de manière à favoriser la parole du participant tout en la contenant de manière à éviter des débordements trop



importants dans le discours. Le temps imparti à l'entretien de recherche étant cadré et limité, il est capital de diriger le discours de la personne vers les thématiques servant les variables que nous investiguons. De nombreuses personnes SDF font régulièrement part de discours logorrhéiques à propos d'anecdotes, qui bien que pouvant être intéressantes, ne rentrent pas dans le cadre de l'entretien de recherche. Il revient alors au chercheur de cadrer et recadrer régulièrement l'entretien de manière à ne pas se retrouver débordé par le participant.

L'ordre des thèmes abordés a été pensé en fonction des types de discours classiques (Blanchet et Gotman, 1992) observés au cours des entretiens. Généralement de surface en début d'entretien, les réponses sont banales et spontanées. Ce premier temps d'entretien est alors celui où nous recueillons les caractéristiques sociodémographiques de la personne et des éléments relatifs à leur parcours de vie nous permettant d'établir le profil général de la personne. Puis la personne va sortir de la zone de surface au cours de l'entretien pour entrer dans l'intime et dévoiler davantage ses affects et ses sentiments jusqu'à entrer dans la zone de projection. C'est durant cette phase de l'entretien que sont abordées les thématiques les plus intimes, où sont questionnés les ressentis tels que les sentiments de honte, les éléments relatifs à l'identité ou encore au vécu de leur condition SDF. En fin d'entretien, le discours est orienté sur des éléments plus légers, notamment ceux relatifs à la vision du dispositif d'aide sociale.

Les échelles et les questionnaires sont administrés à la suite de l'entretien, lorsqu'une relation de confiance a pu être confortée. Il est nécessaire que ce cadre soit sécurisant et étayant pour permettre la passation de ces outils dans de bonnes conditions. En effet, ces échelles évaluant la dépression, l'anxiété, l'estime de soi font émerger des affects qu'il est nécessaire de pouvoir contenir. C'est pour ces raisons et pour étayer au mieux le participant, que nous avons choisi d'administrer nous-même ces outils aux participants, outils pouvant être auto-administrables. Cette administration par le chercheur a ceci de plus de s'assurer que la personne comprenne bien les items de ces échelles et exprime la réponse la plus proche de ce qu'elle ressent. Laisser les participants seuls face aux échelles risquerait de mettre en échec de nombreuses personnes qui présentent des difficultés de compréhension, qui sont analphabètes ou illettrés.

Après ces premiers temps d'élaboration et de construction du protocole, s'en est suivie une phase de « pré-expérimentation » (Bernaud, 2007) auprès de quatre personnes SDF. Ces personnes ont été rencontrées dans un Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues (CAARUD). Si cette structure de jour a pour vocation

d'accueillir et d'accompagner un public toxicomane, une large frange de ce public est dans un état de grande précarité et en situation SDF. Après avoir explicité les objectifs de ce travail de thèse, il a d'abord été demandé aux participants de passer le protocole complet, l'entretien et l'administration des échelles, et dans un second temps d'avoir un retour de leur part sur le déroulement de cette rencontre. Ce retour s'est fait sous la forme d'une discussion portant sur leurs ressentis, ce qu'ils ont apprécié ou pas, et sur ce qu'ils peuvent proposer pour améliorer le protocole. La grille d'entretien ayant été élaborée à la suite de mes précédentes expériences de recherche auprès des personnes SDF, ces participants à la pré-expérimentation ont tous trouvé que ce moment était agréable. Ils ont pu dire que ça leur avait fait du bien de parler de leur situation, d'éléments intimes de leur histoire, et qu'ils n'avaient pas vu le temps passer, une heure d'entretien leur en paraissant 20 minutes. En effet, bien que la structuration de l'entretien guide le discours recueilli, elle permet aussi une offre de parole libre au participant, dans un cadre contenant. Les difficultés sont apparues particulièrement sur l'échelle évaluant le lieu de contrôle. Si certains contenus avaient été déjà modifiés en amont pour qu'ils puissent faire écho à la population SDF, les participants ont trouvé unanimement que cette échelle était trop longue, redondante et fastidieuse. Ils ont mis en avant leur difficulté à se situer sur une échelle de Likert côté de 1 à 6. Diminuer l'échelle de 1 à 4 a été jugé préférable tout comme le fait de formuler systématiquement les réponses possibles à chaque item. De plus, réaliser la correspondance entre le chiffre et le degré d'accord à l'énoncé proposé s'est avérée difficile pour le participant. Nous avons donc décidé de demander systématiquement au participant s'il était « tout à fait en accord », « plutôt en accord », etc, le travail de cotation étant laissé au chercheur. Les formulations de phrases comportant des doubles négatives ont été difficilement comprises et il a été préféré des formulations de petites tailles, simples et claires, permettant d'éviter tout contre sens. Cette phase de pré-expérimentation a donc permis un réajustement du protocole afin qu'il puisse être adapté au mieux à la population SDF. Elle a également été un temps me permettant de me familiariser avec le protocole, le guide d'entretien, et de disposer de repères temporels sur la durée moyenne de la rencontre.

Suite cette pré-expérimentation auprès de la population SDF, les modifications des échelles et questionnaires ont été à nouveau soumises à un groupe d'experts en séminaire de recherche en psychologie pour être discutées. Le consensus de deux experts professeurs de psychopathologie et des doctorants présents au séminaire ont alors permis une validation d'apparence ainsi qu'une validation de contenu des échelles et des questionnaires (Laveault et Grégoire, 2014). Ce travail méthodologique, depuis l'élaboration du protocole jusqu'à sa

validation par des pairs experts, en passant par une phase de pré-expérimentation, a permis l'opérationnalisation de ce protocole de recherche auprès de la population SDF.

### **5.2.2. L'adaptation du cadre de recherche aux structures d'accueil**

Instaurer au préalable une relation de confiance avec les structures d'accueil et les professionnels qui y travaillent est essentiel pour mener à bien son travail de recherche. Une première rencontre avec la directrice du pôle accueil-hébergement-insertion de l'association X regroupant les différents centres d'hébergement a permis en amont de poser le cadre de cette recherche de doctorat. Cette rencontre fut l'occasion d'explicitier ce projet de thèse et de faire émerger les bénéfices communs découlant de cette collaboration entre l'université et cette association, tant sur la portée scientifique de cette recherche que sur l'amélioration des dispositifs de prise en charge de la population SDF. Cette directrice m'a alors ouvert les portes de son association et m'a mis en lien avec les différents chefs de service en leur demandant de me réserver le meilleur accueil. Certains chefs de service m'ayant déjà soutenu dans mon travail de recherche par le passé, la collaboration et la relation de confiance se sont réinstaurées rapidement. M'entretenant avec chacun d'entre eux, nous avons pu définir un plan d'action permettant que chaque professionnel puisse être informé des objectifs de ma recherche. Il a été également convenu de discuter avec eux des modalités de rencontre avec les participants dans un souci d'efficacité et afin de bouleverser le moins possible le fonctionnement de l'institution. C'est donc dans ces premiers temps de concertation, sous forme de réunions formelles et informelles, que nous avons établi avec les différentes équipes professionnelles un cadre d'action général. Ce dernier faisait référence à ma présence tels jours de la semaine, sur tel créneau horaire, au fait que tel animateur pourra servir d'intermédiaire auprès de certains SDF, etc. Cette collaboration avec les équipes est indispensable pour pouvoir être soutenu dans notre démarche de recherche. Pour qu'une collaboration soit possible, il faut pouvoir s'adapter aux structures d'accueil et disposer d'un cadre de recherche suffisamment malléable pour pouvoir supporter les résistances, permettre les négociations, les discussions et finalement les aménagements dans notre démarche de recherche. La souplesse de ce cadre n'est pas en opposition avec sa solidité et l'intransigeance de certaines de ses composantes. Il s'agit ici du caractère confidentiel des entretiens, c'est à dire que ce qu'il se dit durant ces rencontres reste uniquement entre le chercheur et le participant. A cela s'ajoute le fait de disposer d'une salle

ou un bureau fermé permettant d'assurer un niveau de confidentialité et d'intimité minimale, ou encore du fait de ne pas faire le travail d'un animateur au sein de la structure afin de pouvoir maintenir mon positionnement de chercheur et être bien identifié comme tel par les SDF. Si ces derniers éléments ne pouvaient être négociés, ils ont été expliqués jusqu'à ce qu'ils rencontrent l'adhésion des équipes. J'ai ensuite tenu à ce que ce cadre soit tenu tout au long de mon travail de terrain. Une fois l'assurance d'être soutenu par les équipes, j'ai pu commencer mon recueil de données au sein de la population SDF. Référents directs dans chacun des centres d'hébergement, les chefs de service étaient mes interlocuteurs privilégiés. Durant les six mois de terrain, ils m'ont soutenu personnellement, ont facilité ma démarche, la mise en place de mon cadre de recherche, de ma posture et de mon positionnement vis à vis de la population SDF et des travailleurs sociaux.

### **5.2.3. L'adaptation du cadre de recherche à la population étudiée**

Si l'adaptation de notre protocole est un caractère fondamentale, l'adaptation du cadre de recherche à la population SDF ne peut être négligée. L'adaptation du cadre temporel en est un des aspects. Ne disposant plus des codes de la population insérée, définir un rendez-vous avec une personne SDF une semaine en avance, ou plus, est voué à l'échec. Ce paramètre m'a alors contraint de proposer préférentiellement des rendez-vous le jour même pour le lendemain. Lorsque pour des raisons logistiques, des entretiens ont été planifiés avec un délai de plusieurs jours (jamais plus d'une semaine), je revenais la veille au foyer pour rappeler notre rendez-vous à la personne. Un petit papier sur lequel était inscrit mon nom, l'heure et la date du rendez-vous était systématiquement donné au participant. Je veillais à ce que ce papier soit rangé soigneusement dans leur portefeuille ou leur poche, car les pertes de mémoire sont fréquentes au sein de cette population. En fonction des jours, des événements et des humeurs, ces personnes peuvent entrer dans des états d'ébriété aigus provoquant des amnésies. Profiter de l'ouverture du foyer en fin de journée pour proposer des rendez-vous est une nécessité mais confronte à la rencontre de personnes très alcoolisées ou droguées. Si ces personnes sont à même de participer à un entretien le matin lorsque leur état est stable, il est très compliqué d'être assuré que la personne une fois à jeun se rappellera du rendez-vous et aura toujours envie de participer. Ces difficultés à planifier les rencontres contraignent le chercheur à une totale disponibilité, une présence quotidienne dans les différentes structures. Ainsi, j'allais régulièrement dans les foyers le samedi soir pour mener des entretiens le dimanche, jour où les

SDF sont plus disponibles car aucune démarche sociale et administrative ne peut se réaliser le week-end. A cela s'ajoutent les nombreux rendez-vous manqués, une fois sur deux en moyenne. Différentes raisons peuvent être repérées. Soit la personne a d'autres choses à faire (aller voir des SDF dans la rue, faire des démarches, honorer un autre rendez-vous, acheter de l'alcool, etc.), soit elle a oublié et a quitté la structure, soit elle n'est pas en état physique et/ou mental pour participer à la recherche. La récurrence de ces manquements et l'expérience de ma recherche passée m'ont conduit à proposer systématiquement un nouveau rendez-vous en m'assurant que la personne souhaitait toujours participer à la recherche. Bien que je précisais toujours à la personne qu'elle n'avait pas honoré son rendez-vous, je ne demandais jamais de justification et c'est au bout du troisième manquement que je ne proposais plus de rendez-vous. Si auprès de cette population, un ou deux désistements peuvent être considérés comme des oublis plus ou moins volontaires, une crainte passagère ou une baisse de motivation, j'ai considéré qu'un troisième désistement pouvait être entendu comme un refus de participer à la recherche malgré parfois la bonne volonté affichée par la personne.

Les SDF participant à cette recherche font partie, pour une large part, de la frange la plus désocialisée de la population SDF. Beaucoup d'entre eux sont alcooliques et/ou toxicomanes. Pour ces raisons, j'ai fait en sorte de mener les entretiens le matin, avant que la personne soit trop alcoolisée ou droguée pour participer à la recherche. J'ai également été vigilant à ce que la personne puisse prendre un temps avant l'entretien pour boire la quantité d'alcool nécessaire à être dans de bonnes dispositions psychiques et physiques. Cette prise en compte de la problématique d'alcoolisme a été négociée au sein de chaque centre d'hébergement. Un accord a donc été conclu auprès des structures, notamment le centre d'hébergement d'urgence, pour autoriser la personne à sortir de la structure pour boire de l'alcool et y revenir ensuite pour participer à la recherche. Il faut savoir que dans les structures d'hébergement d'urgence, la personne doit quitter le foyer le matin et ne peut plus y retourner une fois sortie. J'ai également tenu à avoir à disposition dans les bureaux qui m'étaient cédés, de l'alcool (canettes de bière ou bouteille de vin) pour être en mesure de pallier les effets du manque lorsque les symptômes de sevrage devenaient trop aigus. En effet, beaucoup n'ont pas conscience du risque lié à un sevrage brutal, ces personnes n'y ayant jamais été confrontées. Ainsi, certaines ont souhaité participer à la recherche en étant complètement à jeun et se sont trouvées surprises par des symptômes de sevrage alcoolique au cours de notre rencontre. Lorsque ces situations se sont présentées, j'ai alors laissé boire l'alcool que la personne avait dans son sac ou proposé de l'alcool à celles qui n'en avaient pas. Cette illustration met en avant

l'importance de pouvoir poser et maîtriser un cadre de recherche qui, certes, peut paraître en décalage avec les codes universitaires classiques, mais qui permettent des aménagements et une adaptation à la réalité du terrain et à la population de recherche.

#### **5.2.4. La posture du chercheur**

##### **5.2.4.1. L'immersion dans le terrain de recherche : une nécessaire relation de confiance à créer**

Il est important d'être identifié comme chercheur par les personnes SDF et de créer une relation de confiance avec elles. Pour cela, un travail d'immersion dans les différentes structures et finalement dans le milieu de vie des SDF doit être fait. J'ai donc tenu tout au long de mon recueil de données, et d'autant plus dans les premières semaines, à être présent auprès de cette population aux heures des repas, à l'ouverture des foyers le soir, dans les différents espaces collectifs, mais également dans la rue et les quartiers qu'ils fréquentent. C'est à force de temps passé à être présent à leur côté et à discuter de manière informelle parfois autour d'un café ou d'une cigarette, que j'ai pu être identifié comme chercheur et leur proposer de participer à ma recherche. Au centre d'hébergement d'urgence, j'arrivais trente minutes avant l'ouverture du foyer pour être auprès des SDF en restant tantôt assis sur le trottoir, tantôt debout à tourner en rond, parfois sous la pluie et dans le froid. Si des discussions peuvent s'engager parfois, à d'autres moments nous sommes tous à attendre en silence que la structure ouvre ses portes. On peut alors observer d'un œil parfois étrange, effrayé ou encore attristé certains SDF gravement psychotiques en plein délire, ou d'autres complètement ivres rampant sur le trottoir ou tambourinant à la porte en hurlant pour que le centre ouvre ses portes. Si cette immersion m'a permis d'initier de nombreuses discussions avec les SDF, ça a été également l'occasion pour moi de partager dans une certaine mesure leur quotidien, comme le fait de zoner, de rester debout ou assis sur un banc à ne rien dire et ne rien faire. Afin de tenir mon positionnement de chercheur, j'ai jugé nécessaire de préserver ces moments et de rester auprès de SDF, en leur compagnie et de ne pas me situer, voire me réfugier, du côté des travailleurs sociaux qui, eux, étaient en action.

J'ai donc tenté d'investir sur toute la durée de mon terrain de recherche, les différents interstices (salle de télévision, cour intérieur, entrée des foyers, etc.) mais aussi la cité, véritable

lieu de vie des personnes SDF. Mes allers et retours entre les différents centres d'accueil m'ont fait circuler quotidiennement dans les rue et les quartiers de la ville fréquentés par les personnes SDF. Les jours, les semaines et les mois passant, je me faisais reconnaître de plus en plus par cette population, multipliant alors les échanges et les discussions informelles. Gardant ma posture de chercheur, j'ai ainsi pu proposer à de nombreuses personnes de participer à ma recherche. Les SDF ayant participé à la recherche que je croisais par la suite dans la rue aimait souvent me présenter à leurs compagnons de rue, certains pouvant dire « on se connaît bien avec Gaétan, je lui ai donné un coup de main pour ses études, c'est normal ». Une autre personne a pu me remercier très sincèrement parce qu'un jour, moi et mes amis étions assis à ses côtés pour discuter alors qu'elle était toute seule à la terrasse d'un café. Se servir de ces lieux et moments interstitiels facilite l'échange et la relation dans un environnement plus apaisé que dans le foyer où la personne est en proie à subir un stress et une tension plus importants. Loin d'être figée, j'ai cherché à ce que ma posture de chercheur puisse favoriser auprès de la population SDF une relation de confiance et un lien social. J'ai ainsi tenu, comme l'illustre l'anecdote suivante, à me rendre accessible, à m'autoriser des discussions courantes et à ne pas me situer dans une réserve qui pourrait être celle d'un chercheur en psychologie. Un matin, je croise quatre personnes SDF dans un quartier proche du centre d'hébergement d'urgence. Je connaissais deux de ces personnes. Une discussion s'entame et dure dans le temps. La pluie commençant à tomber, je propose de leur offrir un café dans un bar afin de nous mettre à l'abri. Trois d'entre eux commandent une bière et avec le quatrième nous prenons un café. Les discussions dérivent sur des anecdotes de flipper, de babyfoot et de billard et l'un d'eux propose de payer une partie de billard. Nous jouons tous ensemble, discutons, rions et investissons pleinement le bar. A ce moment, j'ai constaté que ces personnes étaient sorties de leur statut de SDF, étaient clients d'un bar, parlaient forts, étaient à l'aise, montraient leurs talents au billard, alors qu'elles pouvaient baisser les yeux, se renfermer et s'isoler une fois retournées dans la rue. J'ai payé l'addition au serveur et nous nous sommes quittés après qu'ils m'aient chaleureusement remercié.

Au bout de plusieurs semaines de terrain, j'ai été repéré et identifié comme le chercheur dans les différents foyers. Les gens venaient me saluer en m'appelant par mon prénom. Certaines personnes se bouscuaient pour discuter avec moi de différentes choses, de la météo, de la politique, de football, etc. Certaines blagues étaient redondantes, ils m'appelaient Gaétan Rousselle, faisant référence au chanteur-compositeur, et me demandaient si j'allais refaire un album. Si ma présence favorisait un regroupement autour de ma personne et le lien entre les



SDF qui pouvaient alors discuter entre eux, dans bon nombre de cas, ces échanges étaient sélectifs et dirigés uniquement sur ma personne. Loin de permettre systématiquement le lien entre les membres d'un groupe, je devais régulièrement tenir plusieurs conversations différentes, chacun n'écoulant pas les autres et me parlant au même moment que je conversais avec une autre personne. De nombreuses personnes me proposaient des cigarettes, voire insistaient pour m'en offrir, me proposaient des feuilles à rouler, me tendaient leur briquet pour allumer ma cigarette, me préparaient un café quand j'arrivais dans le foyer, etc. Si bien entendu j'ai donné un nombre incalculable de cigarettes à toutes ces personnes, ces gestes de sympathie, qu'elles ne faisaient pas aux autres, étaient peut-être une façon de me rendre, à moi, ce chercheur, l'attention que j'avais porté sur leur personne.

La fin de mon recueil de données a marqué une séparation avec ces personnes, signant par la même occasion qu'un lien s'était constitué. Durant les deux dernières semaines de mon travail de terrain, de nombreuses personnes sont venues me dire au revoir, m'ont questionné sur ce que j'allais faire par la suite et m'ont exprimé le fait qu'elles seraient contentes que je revienne les voir. L'un d'eux, se faisant le porte-parole des SDF de la structure, m'a informé qu'ils allaient faire une « pétition » pour servir ma thèse. Son idée était d'écrire un texte expliquant que j'avais toujours été bien avec eux (les SDF), que nous avions de bonnes relations et que cette « pétition » sera un bon appui pour l'obtention de mon diplôme. Une autre personne ayant sa chambre dans le centre de stabilisation m'a dit de ne pas hésiter à frapper à sa porte pour lui dire bonjour quand je reviendrais dans la structure. Un autre après m'avoir demandé si j'habitais à Rouen m'a dit qu'il me payerait un verre dans un bar s'il me croisait en ville. Une autre personne m'a offert un bracelet « imitation Lacoste » avec mon prénom inscrit dessus. Il m'a dit qu'il avait été sur le marché pour m'offrir ceci sachant que ça allait me plaire car il savait que j'aimais la marque Lacoste (j'avais des chaussures Lacoste) et que je portais un bracelet. Ces comportements, ces marques d'attention et les nombreuses personnes qui sont venues me voir pour me saluer une dernière fois, me souhaiter de bonnes vacances et une bonne continuation dans mes études, montrent bien qu'un lien s'était créé tout au long de ce travail de recherche sur le terrain.

Ce temps d'immersion au sein des structures d'accueil et plus généralement au sein de l'environnement des SDF a donc permis que je me fasse connaître et identifier en tant que chercheur. Une relation de confiance progressivement et solidement instaurée, j'ai pu proposer à de nombreuses personnes de participer à ma recherche. Le bouche à oreille entre SDF a aussi



été d'une grande utilité, les participants disant aux autres SDF que c'était un moment agréable, l'occasion de parler librement, d'être écouté et de m'aider dans mes études.

#### **5.2.4.2. Être identifié comme chercheur**

Ma posture de chercheur a servi mon immersion au sein de la population SDF. J'ai alors œuvré à tenir une juste distance me permettant d'être identifié comme chercheur et non comme un travailleur social ou encore comme une personne SDF. En effet, hormis dans le dispositif de stabilisation qui accueille des personnes chronicisées dans leur situation, et par conséquent d'un âge avancé, j'étais parfois confondu de par mon apparence avec la population SDF. Dès que la conversation s'engageait, je me présentais et expliquais les raisons de ma présence auprès de ce public. J'ai alors tenu à me rendre accessible en adaptant, dans une certaine mesure, mon langage et mon apparence à cette population qui ne dispose pas des codes sociaux propres au milieu universitaire. Ce positionnement de chercheur est passé par une écoute bienveillante, entendant ce que disait la personne, sans juger ni critiquer notamment lorsque cette dernière était vindicative par rapport au système social, à la structure d'accueil, aux travailleurs sociaux ou encore vis à vis des autres SDF. J'ai alors cherché à maintenir cette neutralité sans fermer la porte aux échanges, sans juger ni même donner des conseils. En effet, beaucoup sont revendicatifs et peuvent demander à ce qu'on les aide dans leurs démarches ou encore auprès des travailleurs sociaux. J'ai donc systématiquement rappelé mon cadre pour maintenir mon positionnement de chercheur.

Cette position d'investigateur, de chercheur qui s'immerge dans le milieu SDF, dans les foyers, dans la rue pour interviewer des personnes SDF a pu faire écho symboliquement au métier de policier. En effet, de par leur situation et leur histoire, ces personnes ont eu plus souvent affaire à la police qu'à des chercheurs en psychologie. L'un d'eux me dit : « c'est quand même vachement cadré votre métier, on signe un document, vous enregistrez avec un dictaphone et tout, c'est un peu comme un interrogatoire de police ». Quand j'arrivais dans un foyer certains criaient d'un ton amusé : « 22 22 voilà les flics ! ». Si ces dires son teintés d'humour et sont exprimés par des personnes avec qui j'avais tissé un lien de confiance et qui avaient bien saisi ma démarche de recherche, ça illustre bien l'image que je peux renvoyer et la méfiance que peut susciter ma présence auprès de cette population. Cette immersion a pu également renvoyer un sentiment de « voyeurisme », le chercheur pouvant être vu comme celui

qui observe la misère sans jamais la vivre. Une personne m'a alors dit que je ne pouvais pas comprendre leur situation parce que je rentrais chez moi le soir, que je ne savais pas ce que c'était de devoir dormir dans les foyers et vivre dans la rue toute la journée. Si dans ces situations j'ai rappelé que j'étais ici pour entendre ce qu'ils ont à dire de leur condition de vie, il me revenait également le devoir de respecter ces paroles et de maintenir ma posture de chercheur. Un autre a pu me dire : « ça paye bien de travailler avec les SDF. Tu peux acheter une belle montre, des belles lunettes de soleil, des chaussures Lacoste. Moi je suis habillé comme un clochard ». Même si ceci était dit sur le ton de l'humour, il y a parfois ce sentiment que le chercheur ou les travailleurs sociaux profitent de leur situation – voire de leur argent car ces personnes sont susceptibles de fournir une participation financière aux centres d'accueil – pour gagner leur vie.

Cette posture de chercheur m'a également permis de me distinguer des travailleurs sociaux. Auprès de la population SDF, notamment la frange la plus désocialisée, toute personne gravitant autour d'eux et n'étant pas SDF, est de manière générale un travailleur social. J'ai donc tenu à ne pas faire le travail d'un animateur et de ne pas régler les problèmes de chambre ou encore aider dans les démarches administratives par exemple. J'ai tenu également à faire du lien avec les équipes, les professionnels, à leur réexpliquer ma démarche de recherche afin de pouvoir faire alliance avec eux. En effet, ils sont d'une grande aide et sont régulièrement les intermédiaires dans ma rencontre avec les SDF. Etre soutenu par les travailleurs sociaux et être identifié comme tel par les SDF est une condition préalable à l'instauration d'une relation de confiance avec cette population. Les travailleurs sociaux sont aussi ceux qui me mettent à disposition leurs bureaux, qui m'ouvrent leurs portes, qui me renseignent sur la présence ou non de tel SDF dans la structure, etc. J'ai donc œuvré tout au long de mon travail de terrain à maintenir cette alliance avec les professionnels en devant parfois reposer mon cadre lorsque c'était nécessaire. En effet, certains ont pu me demander précisément ce que j'abordais en entretien, voulaient savoir quel était mon diagnostic, quel était le profil ou les difficultés de telle personne qui avait participé à ma recherche. La tentation ou le risque lorsque l'on est chercheur, et à priori spécialiste de notre objet d'étude, est d'être dans la position de celui qui détient le savoir. J'ai donc tenu ma place de chercheur qui est sur le terrain pour apprendre, découvrir, investiguer et j'ai tenté de maintenir une réflexivité et une distance vis à vis de mes pré-supposés. A l'inverse, j'ai été vigilant à ne pas endosser cette étiquette de chercheur en psychologie emmuré dans son silence qui aurait pu mettre à mal la collaboration avec les équipes. En gardant

une certaine réserve, je me suis autorisé à donner mon avis sur certaines situations que rencontraient ces professionnels et également à entendre leurs souffrances.

Tout au long de cette immersion au sein des structures d'accueil, j'ai tenu à vouvoyer et à appeler par le nom de famille chaque personne SDF. Ceci m'a permis de me situer à une place « autre » qui n'était ni celle des SDF ni celle des travailleurs sociaux, qui toutes deux ont tendance à se tutoyer et s'appeler par le prénom. Ce vouvoiement permet de redonner un statut « normal » à ces individus, à leur redonner une filiation par leur nom de famille, c'est à dire qu'ils ne sont plus uniquement « Dédé », le SDF. Dès lors, par mon positionnement, ils ne sont plus ces SDF que l'on tutoie, même s'ils peuvent entrer dans le foyer en titubant ou en rampant par terre, mais bien des personnes expertes qui peuvent collaborer à ma recherche. Ici aussi mon cadre de chercheur a dû être solide et suffisamment souple pour s'adapter à certaines personnes qui pouvaient par exemple insister pour que je les appelle par leur prénom.

#### **5.2.4.3. Le participant : expert et partenaire**

Participer à une recherche universitaire est valorisant pour la personne SDF. Placés en position d'expert, le participant est celui qui détient le savoir, qui va renseigner et transmettre au chercheur. Cette relation de collaborateur est donc gratifiante, et j'ai alors remarqué que beaucoup de personnes soignaient leur apparence au moment de se présenter pour l'entretien, prenaient une douche, parfois se rasaient et tentaient de mettre des habits propres. Certains sortaient un bel agenda pour inscrire soigneusement la date de notre rendez-vous et rangeaient avec précaution le formulaire de consentement dans leur pochette comprenant généralement les papiers relatifs à leur démarches administrative (RSA, carte vitale, etc.) ou le gardaient bien plié dans leur portefeuille. Cela montre bien l'investissement de cette recherche par les participants. Se sentant acteurs, ils considèrent que cette thèse leur appartient en partie et souhaitent avoir un retour de ma part une fois le travail fini. Leur participation est très importante, très valorisante à leurs yeux et ils me le rappellent souvent, ainsi qu'aux autres SDF et aux professionnels. On peut penser que c'est une façon d'exprimer qu'ils ne sont pas uniquement ces personnes SDF passives qui bénéficient de la solidarité, mais qu'eux aussi peuvent être dans une position de donateur. Ils se renarçissent en précisant qu'ils m'ont aidé et que finalement, c'est normal d'aider les gens. Une personne m'a dit avant l'entretien : « je suis venu exprès pour toi alors que je buvais des bières avec les autres. Je leur ai dit que j'avais

des choses importantes à faire, que je devais faire un entretien ». Une autre me dit : « nous on est grillé, notre vie est foutue, mais toi non, donc si on peut t'aider, on le fait ». Cela montre bien la valorisation pour eux de cette recherche mais aussi l'importance de pouvoir aider l'autre.

Ma posture de chercheur fait que je ne suis pas dans l'instrumentalisation et que je ne place pas la personne dans une position d'assistée. N'étant ni dans le conseil, ni dans l'apitoiement ou le jugement de leur situation, je reste présent à leur côté et me situe dans une place où j'essaie de comprendre leur situation. Loin de leur offrir manifestement ou directement une aide, c'est au contraire le chercheur qui sollicite une aide leur part. Cette occasion qui leur est proposée de rendre service sans rien recevoir en retour est un élément important chez ces personnes qui, par le situation SDF, reçoivent l'aide sans pouvoir boucler la chaîne du don et donner à leur tour. Bien entendu, on peut penser que la personne retire quelques bénéfices secondaires. La participation à cette recherche permet une offre de parole, une certaine liberté, dans un cadre qui assure la bienveillance et la confidentialité. J'ai alors souvent constaté qu'ils étaient satisfaits et soulagés après l'entretien – disant que « ca fait du bien de pouvoir parler » – sans avoir d'autres retours apparents de ma part qu'un « merci » pour la participation.

### **5.3. Qualité éthique et scientifique de la recherche**

#### **5.3.1. La qualité scientifique de la recherche**

La qualité scientifique de cette recherche est assurée en premier lieu par un suivi rigoureux de la professeure Evelyne Bouteyre lors de séminaires de thèse mensuels, mais aussi par des contacts téléphoniques et des échanges de mails réguliers. A Rouen, l'encadrement est assuré par le professeur Pascal Le Maléfan. A ce suivi s'ajoute ma participation aux séminaires organisés par le laboratoire PsyNCA et ceux de son équipe TIF à l'université de Rouen. Parallèlement, un travail de collaboration est en place avec un statisticien de l'université de Rouen. Ces encadrements permettent d'assurer toute la rigueur scientifique nécessaire à cette recherche, qu'ils s'agissent de l'élaboration de la problématique, de la construction du protocole, de l'analyse des résultats, que des conclusions qui émanent de ce travail de thèse.

L'élaboration et la mise en place de notre cadre expérimental ont nécessité un travail sur nos instruments de mesure afin de les rendre adaptés à notre objet d'étude. Si le fait de modifier les questionnaires et les échelles peut mettre à mal leurs caractéristiques psychométriques, leur validité n'a de sens qu'auprès des populations sur lesquelles ils ont été testés. Généralement construites et validées auprès de populations étudiantes ayant un certain niveau social et intellectuel, ces échelles perdent leur validité psychométrique lorsqu'elles sont administrées à des publics trop éloignés socialement ou culturellement. Adapter ces échelles à la population ciblée est alors une nécessité scientifique (Ionescu, 2015). Si les caractéristiques de sensibilité et de fidélité feront l'objet d'une validation ultérieure, notre analyse qualitative a permis de mener une validation de contenu de sorte que les items proposés mesurent bien les dimensions psychologiques que nous cherchons à évaluer. Les mesures issues des entretiens ne disposent pas de standards validés scientifiquement. Cependant, le fait que le même chercheur réalise l'évaluation selon les mêmes modalités auprès de tous les participants offre une certaine fiabilité des mesures réalisées. De plus, l'enregistrement audio des rencontres permet le réajustement de certaines mesures en cas d'hésitations lors de l'évaluation au moment de l'entretien de recherche. Si l'adaptation de nos instruments de mesure fera l'objet d'une étude de validation *a posteriori* auprès de groupes contrôles, ces limites méthodologiques n'entachent pas l'étude comparative au sein de notre population SDF ayant passée de manière systématique l'ensemble du protocole de recherche.

Si auprès de la population SDF, toute situation ne peut se comprendre qu'au cas par cas, l'étude comparative permet de se dégager un peu du sujet pour isoler des comportements, des conduites et diverses variables pouvant être rendues objectivables. C'est par la suite que ces variables pourront être confrontées à des situations singulières. L'étude comparative répond à un effort d'objectivation, sans avoir la prétention de comprendre la personne et la situation globale dans toute sa complexité (Perron, 1995). Dans cette recherche, le choix des variables a été rigoureusement établi de sorte à pouvoir rendre compte de cette approche en santé mentale de la population SDF, en lien avec les dispositifs de veille sociale. C'est donc par la complémentarité de l'analyse des données recueillies lors des entretiens avec celles issues des échelles et questionnaires que nous répondrons à nos questions de recherche et traiterons notre problématique.

### 5.3.2. La qualité éthique de la recherche

Il est à noter que ce travail de thèse a été soumis au comité éthique de l'université d'Aix-Marseille qui a émis un avis favorable le 10 juin 2015. Dans cette recherche, toutes les données issues des entretiens, des passations d'échelles et de questionnaires ont été retranscrites anonymement de manière à être analysées qualitativement et également codées afin d'être traitées statistiquement à l'aide du logiciel SPSS. Différents types d'analyses statistiques sont effectués tels que des statistiques descriptives, des tris croisés, des corrélations et des analyses de variances. Toutes ces données sont conservées dans un ordinateur personnel sécurisé par un mot de passe. Les enregistrements audio seront détruits une fois la thèse soutenue.

La qualité éthique et déontologique de la recherche en psychologie, et plus généralement en sciences humaines, est intrinsèquement liée à l'analyse du risque et du bénéfice découlant de la participation de la personne à une telle recherche. Ici, le participant n'est soumis à aucun protocole pouvant influencer directement ou indirectement son intégrité physique. Concernant l'aspect psychologique, le potentiel impact négatif de cette recherche est à nuancer eu égard au cadre posé par le chercheur. En effet, le chercheur est le garant du fait que tout sujet choisisse librement et de façon éclairée de participer ou non à cette recherche. Ce cadre de recherche tient aussi à la posture du chercheur qui respecte les défenses du sujet, sa personne et sa dignité. Notons à l'instar de Chakraoui et Bénony (2003, p 94) que « l'attitude éthique est déjà contenue dans l'attitude du psychologue qui est en grande partie basée sur le principe de respect de la personne, principe premier du Code de déontologie des psychologues ». De plus, un temps est systématiquement pris à la suite de l'entretien, de manière à évaluer l'état psychologique dans lequel se trouve le participant suite à cette rencontre. Le chercheur est alors vigilant à ne pas laisser la personne dans une quelconque détresse. Dans cette éventualité, j'ai veillé à soutenir le participant et à prévenir les professionnels de la structure afin qu'il puisse être encadré. Si le participant ne reçoit aucune compensation financière, il en tire d'autres bénéfices comme le fait de pouvoir parler librement et d'être écouté sans jugement dans un cadre contenant. Notons également que cette possibilité qui leur est proposée de pouvoir aider le domaine de la recherche, et encore plus particulièrement le chercheur, est narcissisant pour ces personnes qui par leur situation sociale sont disqualifiées et reçoivent généralement l'aide sans avoir la possibilité de rendre à leur tour. A cela s'ajoute l'aspect valorisant d'être mis en position d'expert et de collaborateur à une recherche universitaire.

En amont de l'entretien, le chercheur explique oralement au participant et s'assure que ce dernier ait bien compris les points suivants :

- la raison de l'entrevue ;
- la thématique et les principaux objectifs de la recherche ;
- le fait que les données recueillies seront utilisées dans la constitution d'une thèse de doctorat en psychologie ;
- que son anonymat sera respecté ;
- le déroulement de l'enquête (entretien enregistré et passation d'échelles et de questionnaires) ;
- qu'il peut se retirer à tout moment de l'enquête, s'il le souhaite.

Ces explicitations, suivies de la lecture orale du formulaire de consentement, permettent au chercheur de s'assurer que le participant accepte bien librement et de façon éclairée de participer à cette recherche. Lorsque c'est chose faite, ce formulaire de consentement est cosigné en deux exemplaires, l'un étant remis au participant, l'autre étant gardé par le chercheur.

## *Chapitre 6*

### *Présentation des résultats*

L'objectif de cette recherche est de rendre compte de l'impact de l'exclusion sur la santé mentale de la personne afin de comprendre autant la chronicisation des SDF dans leur situation que leur entrée dans une dynamique d'insertion. Différentes questions de recherche ont été posées et sont traitées par l'étude comparative de trois groupes SDF se différenciant par leur type d'hébergement. La présentation des résultats est structurée de manière à suivre l'ordre de nos questions de recherche et à être en cohérence avec la discussion à venir. Cinq parties sont distinguées et mettent en avant, pour les trois groupes SDF, les résultats relatifs :

- 1) A la description générale, notamment :
  - Les caractéristiques sociodémographiques
  - La situation familiale et conjugale
  - La qualité de l'enfance
- 2) Au versant personnel de l'identité, notamment :
  - La satisfaction de la prise en charge, les apports bénéfiques et néfastes des structures d'accueil
  - Le sentiment de continuité identitaire et les capacités de projection dans l'avenir
  - Le lieu de contrôle
- 3) Au versant social de l'identité, notamment :



- Les comparaisons sociales
  - Les sentiments de honte et de gêne occasionnée par le regard des autres
- 4) Au soutien social
- 5) A la souffrance psychique
- L'estime de soi
  - L'anxiété et la dépression

Pour chacun de ces résultats, il est rappelé systématiquement et brièvement les outils utilisés ainsi que la façon dont les données recueillies sont traitées, organisées et analysées. Afin de faciliter la compréhension, les tableaux mis en avant sont volontairement synthétiques. Les valeurs exactes de la significativité des tests statistiques utilisées ainsi que les données descriptives telles que les écarts-types pourront être observées en annexes. Notons enfin que, le cas échéant, le nombre de personnes non-comptabilisé dans les résultats, car n'étant pas en mesure de répondre aux questions, est inscrit entre parenthèse dans les différents tableaux.

## **6.1. Résultats relatifs à la description générale des trois groupes SDF**

### **6.1.1. Les caractéristiques sociodémographiques**

Le tableau 1, qui suit, fait part des caractéristiques sociodémographiques des trois groupes SDF. Pour chacun de ces groupes SDF, on observe la moyenne de leur âge, du temps de vie cumulé dans leur situation SDF et de l'âge auquel ils ont mis fin à leur scolarité. D'autre part, on repère pour ces trois groupes SDF, les fréquences (en pourcentage) des personnes de nationalité française, de celles ayant obtenu un diplôme supérieur ou équivalent au baccalauréat général mais aussi leur situation vis-à-vis de l'emploi. Ce dernier aspect est divisé en trois composantes : les SDF qui sont sans activité, ceux qui ont un emploi ou une activité d'Adaptation à la Vie Active (AVA) et enfin ceux qui sont à la retraite. Sont également présentés dans ce tableau le pourcentage de SDF ayant été incarcéré au moins une fois au cours de leur vie et le pourcentage de ceux qui ont un usage à risque d'alcool et/ou de drogue (y compris le cannabis). Le cas échéant, le nombre de SDF non-comptabilisé dans l'analyse de ces résultats, faute d'avoir pu répondre aux questions posées, est inscrit entre parenthèse. Les comparaisons de moyenne entre les groupes SDF ont été réalisées à l'aide du test de

Kruskal- Wallis, quand l'analyse du Khi-deux a permis la comparaison de fréquences entre les groupes SDF.

Tableau 1 : Caractéristiques sociodémographiques, consommation de substance et incarcération des trois groupes SDF

	CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Age</b>	35 ans	45 ans	56 ans	**	46 ans
<b>Temps de vie SDF cumulé</b>	3,7 ans	5,5 ans	14,5 ans	**	8 ans
<b>Nationalité française</b>	84%	83%	100%	NS	89%
<b>Age arrêt scolarité</b>	17,8 ans	16,9 ans	14,6 ans	**	16,5 ans
Abs réponse	(1)		(2)		
<b>Diplôme (bac ou sup)</b>	16%	8%	4%	NS	10%
Abs réponse			(1)		
<b>Emploi</b>					
Sans activité	64%	100%	96%		87%
Emploi, AVA	36%	0%	0%	**	12%
Retraité	0%	0%	4%		1%
<b>Incarcération</b> (au moins une fois dans la vie)	24%	33%	20%	NS	26%
<b>Usage à risque d'alcool et/ou de drogue</b>	37%	62%	79%	*	60%
Abs réponse		(1)	(1)		

Test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de moyennes

Test du Khi-deux pour les comparaisons de fréquences

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (non significatif)

(x) : nombre de SDF n'ayant pas été comptabilisé

On observe dans le tableau 1 que l'âge moyen des participants à cette recherche est de 46 ans et se différencie significativement entre les trois groupes SDF. Les SDF inscrits en dispositif d'insertion sont les plus jeunes (35 ans), quand ceux accueillis en structure de stabilisation sont les plus âgés (56 ans). Les SDF en hébergement d'urgence ont un âge moyen de 45 ans. Le temps de vie cumulé de l'ensemble de la population SDF dans sa situation SDF est en moyenne de 8 ans. Des différences significatives s'observent entre les groupes. Les personnes accueillies en structure de stabilisation sont celles qui ont vécu le plus longtemps dans leur situation SDF (14,5 ans) et celles prises en charge par le dispositif d'insertion ont le parcours SDF le plus court (3,7 ans). Les personnes fréquentant l'hébergement d'urgence ont connu au cours de leur vie cette situation SDF durant 5,5 ans. La quasi-totalité (89%) de notre

population SDF est de nationalité française, cette variable ne différenciant pas les SDF en fonction de leur type de prise en charge.

Les faits de délinquance sont nombreux au sein de notre population SDF, de sorte que tous groupes confondus, 26% ont été incarcérés au moins une fois au cours de leur vie. Les raisons évoquées sont massivement relatives à des condamnations pour vol, pour trafic de stupéfiants ou encore pour des faits de violence sur autrui. Les consommations à risque de substances psychoactives sont également très présentes et concernent 60% de notre population SDF. Dans un souci de clarté, nous avons regroupé dans une même catégorie toutes les personnes ayant une consommation d'alcool et/ou de drogue à risque. Ce regroupement est aussi motivé par le fait que bien souvent ces personnes sont poly-consommatrices, et qu'au-delà de la dépendance à ces substances, c'est leurs effets psychotropes qui sont recherchés. Si l'AUDIT-C permet d'identifier un usage à risque à partir d'une consommation quotidienne de quatre unités d'alcool, les SDF de cette recherche présentent, pour la plupart d'entre eux, une consommation bien plus excessive. Des différences significatives s'observent entre les groupes. C'est dans le groupe accueilli en structure de stabilisation qu'est retrouvé le plus fort pourcentage (79%) de personnes ayant une consommation à risque et dans le groupe inscrit en CHRS que cette proportion est la plus faible (37%). Les personnes en hébergement d'urgence sont en moyenne 62% à présenter un usage à risque d'alcool et/ou de drogue.

Le parcours scolaire des SDF a été difficile pour l'ensemble de ces groupes. L'âge moyen d'arrêt des études est de 16,5 ans et seuls 10% des SDF ont obtenu un diplôme supérieur ou égal au baccalauréat général. Egalement en échec vis-à-vis de l'emploi, 87% d'entre eux sont sans emploi. Ici, une différence significative s'observe et on constate que 36% des SDF inscrits en CHRS ont une activité professionnelle quand cette proportion est nulle chez les deux autres groupes. Notons que ces emplois sont très largement précaires et concernent les domaines intérimaires ou les activités d'Adaptation à la Vie Active (AVA) proposées par les CHRS et rémunérées deux euros de l'heure.

### **6.1.2. La situation familiale et conjugale**

Le tableau 2 illustre la situation conjugale et familiale des trois groupes SDF. On y observe la fréquence des personnes célibataires ou se disant seules. Concernant la situation vis-

à-vis de leurs enfants, il est décrit, d'une part le pourcentage de ceux qui ont des enfants et, d'autre part, le pourcentage de ceux qui n'entretiennent plus aucune relation avec eux. Ces mêmes observations sont déclinées en ce qui concerne leur fratrie et leur parent. Ce choix de ne retenir que les SDF faisant part d'une rupture totale avec une partie de leur famille (enfants, fratrie, parent) s'est fait dans un souci de clarté et de lisibilité. En effet, bien que l'ensemble de cette population connaisse des ruptures familiales, une partie des SDF a conservé des relations avec certains membres de leur famille. Il nous a donc semblé important de pouvoir distinguer les SDF ayant maintenu un lien, même partiel, avec l'ensemble ou une partie de leur entourage familial, de ceux qui sont dans une rupture totale. Le nombre de SDF n'ayant pas été comptabilisé dans ces résultats est inscrit entre parenthèses dans ce tableau. L'analyse des fréquences observées chez les trois groupes SDF est réalisée avec le test du Khi-deux.

Tableau 2 : Situation conjugale et familiale des trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Situation conjugale</b>	Célibataire	88%	100%	100%	*	96%
<b>Vis à vis des enfants</b>	Ont des enfants	28%	54%	52%	NS	45%
	Absence totale de relation	43%	85%	92%	*	79%
<b>Vis à vis de la fratrie</b>	Ont une fratrie	96%	96%	88%	NS	93%
	Absence totale de relation	67%	83%	86%	NS	78%
<b>Vis à vis des parents</b>	Parents vivants	80%	67%	64%	NS	68%
	Absence totale de relation	75%	94%	73%	NS	80%
	Abs réponse			(1)		

Test du Khi-deux

Significativité : \* (P<0,05) ; NS (non significatif)

(x) : nombre de SDF n'ayant pas été comptabilisé

Au vu de ces résultats, on constate que les SDF sont presque exclusivement des individus célibataires ou se déclarant seuls (96%). Une différence significative s'observe dans le fait que 12% des SDF inscrits en CHRS se disent en couple (88% sont célibataires) quand ce n'est le cas chez aucun des deux autres groupes. Les relations avec les différents membres de leur famille sont inexistantes pour une large part de la population SDF. Ainsi, de manière générale, ils sont 79% à ne plus être en relation avec aucun de leurs enfants pour ceux qui en ont, et que cette proportion est similaire en ce qui concerne l'absence totale de contact avec leur

fratrie (78%) et avec leurs parents (89%). Une différence significative s'observe entre les groupes dans les rapports qu'ils entretiennent avec leurs enfants. Quand les SDF en hébergement d'urgence et en structure de stabilisation sont respectivement 85% et 92% à ne plus être en relation avec leurs enfants, cette proportion chute à 43% chez les SDF inscrits en structure d'insertion.

### **6.1.3. La qualité de l'enfance**

Le tableau 3 est relatif à la qualité de l'enfance des trois groupes SDF. On repère dans un premier temps la qualité perçue par les SDF de leur enfance et de leur adolescence, qualité répartie en trois modalités. On identifie alors le pourcentage de personnes qui font part d'une enfance malheureuse, mitigée (ni particulièrement heureuse ou malheureuse), ou encore heureuse. Puis, on observe le pourcentage de personnes évoquant des carences dans leur enfance, ces dernières pouvant prendre la forme de maltraitances, ou de négligences, à la fois affectives et/ou physiques. Sont enfin mis en avant, différents bouleversements de la configuration familiale durant l'enfance et l'adolescence des SDF. On repère, dans un premier temps, le pourcentage de SDF ayant été placés temporairement, ou durablement, dans une institution ou une famille d'accueil. Dans un deuxième temps, on repère la proportion de SDF ayant connu cette situation de placement et/ou l'abandon d'un parent durant l'enfance ou l'adolescence. Et dans un troisième temps, est regroupée la proportion de SDF ayant connu une des configurations familiales précédentes (placement et/ou abandon d'un parent) avec celle des SDF faisant part du décès d'un parent ou d'une situation de séparation parentale durant leur enfance. Ces précédentes configurations familiales ne s'excluant pas systématiquement les unes des autres – par exemple, une situation de placement dans l'enfance n'empêche pas une séparation parentale – nous avons fait le choix de mettre en avant d'abord l'unique situation de placement durant l'enfance pour illustrer dans un dernier temps la présence d'au moins une des configurations familiales décrites. Cette présentation répond à un souci de clarté et permet d'avoir une vision globale des difficultés familiales vécues dans l'enfance des SDF. Les participants n'étant pas en mesure d'évoquer leur vie passée et les éléments relatifs à leur enfance ne font partie de ces résultats. Leur nombre est présenté entre parenthèses dans tableau ci-dessous. Concernant l'analyse statistique, le test du Khi-deux permet la comparaison entre les trois groupes SDF des fréquences observées.

Tableau 3 : Qualité de l'enfance des trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Qualité de l'enfance</b>	- Malheureuse	79%	79%	74%	NS	78%
	- Moyenne	0%	4%	16%		6%
	- Heureuse	21%	17%	10%		16%
	Abs réponse		(1)		(6)	
<b>Carences précoces</b>	- Evocation de carences précoces	79%	79%	83%	NS	80%
	Abs réponse		(1)		(7)	
<b>Configuration familiale durant l'enfance</b>	- Placement extérieur	38%	30%	24%	NS	31%
	- Placement extérieur et/ou abandon d'un parent	54%	48%	45%	NS	49%
	- Placement extérieur, abandon, décès d'un parent et/ou séparation parentale	75%	65%	45%	NS	62%
	Abs réponse		(1)	(1)	(5)	

Test du Khi-deux

NS (non significatif)

(x) : nombre de SDF n'ayant pas été comptabilisé

Ce tableau 3 met en avant les nombreuses difficultés qui ont jalonné l'enfance et l'adolescence d'une grande proportion des SDF. Fortement présentes au sein de notre population SDF, aucune de ces difficultés ne différencie significativement les groupes. De manière générale, on constate que 78% des SDF font part d'une enfance malheureuse et que 80% mettent en avant des carences telles que des faits de maltraitances ou de négligences affectives et/ou physiques. Ces carences font référence à un climat de violence familiale, de toxicomanie ou d'alcoolisme parental, d'humiliation, d'absence de cadre, de séparation d'avec la famille, de forte pauvreté familiale ou encore de maltraitances physiques ou morales, la liste n'étant pas exhaustive. Concernant la configuration familiale des SDF durant leur enfance, 31% d'entre eux font part d'un placement extérieur temporaire ou durable. Si l'on considère cette situation de placement et/ou l'abandon d'un parent durant l'enfance, cette proportion s'élève à 49%. Enfin, 62% des SDF évoquent au moins une des configurations familiales suivantes durant leur enfance : placement extérieur, abandon d'un parent, séparation parentale ou décès d'un parent. Si ces résultats ne différencient pas significativement les groupes SDF, ils montrent la forte présence des perturbations de la configuration familiale des SDF durant leur enfance et leur adolescence.

Afin de considérer la juste mesure de ces résultats, il faut rappeler que la structuration de l'entretien a vocation d'appréhender de façon générale le parcours de vie des SDF et non d'explorer exhaustivement la vie passée de chacun. Aussi, nous pouvons relever qu'un certain nombre de SDF, notamment inscrits en structure de stabilisation, n'ont pas été en mesure de parler de leur enfance. Qu'ils s'agissent d'aspects défensifs ou cognitifs, ces difficultés rendent l'analyse statistique de ces comparaisons de groupes délicate. A défaut de pouvoir mettre en avant de fines différences entre les groupes, nous pouvons constater que l'enfance de notre population SDF a été globalement jalonnée d'événements douloureux et malheureux.

## **6.2. Résultats relatifs au versant personnel de l'identité des trois groupes SDF**

### **6.2.1. Le degré de satisfaction, les apports bénéfiques et néfastes des structures d'accueil**

Le tableau 4 fait référence à la vision des apports bénéfiques et néfastes du dispositif et à la satisfaction vis-à-vis de leur prise en charge chez les trois groupes SDF. Le score moyen de satisfaction est observé chez les trois groupes. Ce score moyen a été évalué sur un continuum allant de 1 (pas du tout satisfait) à 9 (très satisfait). En fonction du score obtenu, les participants ont été répartis selon trois niveaux satisfaction envers le dispositif : « pas du tout satisfait » ( $\text{score} \leq 3$ ) ; « moyennement satisfait » ( $4 \leq \text{score} \leq 6$ ) ; « très satisfait » ( $7 \leq \text{score}$ ). Les apports bénéfiques et néfastes relatifs à la structure d'accueil et à la prise en charge sont mis en avant. On repère alors les proportions de SDF ayant évoqué ces apports lorsque l'on questionne ce qui est positif et négatif au sein de ces structures d'accueil. Afin d'étoffer le recueil de ces éléments, une même relance est systématiquement réalisée auprès des SDF pour nous renseigner sur ce qu'ils gagneraient et perdraient à ne pas être pris en charge par leur structure d'accueil. Concernant l'analyse statistique, les comparaisons de moyennes entre les différents groupes SDF ont été réalisées à l'aide du test de Kruskal-Wallis. Le test du Khi-deux a permis une comparaison de groupes des différentes fréquences observées.

Tableau 4 : Satisfaction, apports néfastes et bénéfiques du dispositif de prise en charge des trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Satisfaction vis-à-vis du dispositif</b>	Score moyen de satisfaction <sup>a</sup>	7,1	3,5	7,1	**	5,9
	- Pas du tout satisfait	0%	71%	4%		24%
	- Moyennement satisfait	16%	17%	12%	**	15%
	- Très satisfait	84%	12%	84%		61%
<b>Eléments néfastes évoqués</b>	- Vie en collectivité difficile	56%	96%	48%	**	66%
	- Absence de stabilité	0%	92%	0%	**	30%
	- Assistanat, manque d'autonomie et de liberté	36%	33%	24%	NS	31%
	- Problème avec les animateurs	16%	38%	4%	**	19%
	- Mauvaise hygiène du foyer	56%	67%	32%	*	51%
<b>Eléments bénéfiques évoqués</b>	- Abri, repas, sanitaire	100%	100%	100%		100%
	- Soutien socio-éducatif et médical	100%	50%	60%	**	70%
	- Compagnie autres usagers	28%	25%	68%	**	40%
	- Activités, occupations	28%	0%	72%	**	34%
	- Stabilité, confort, intimité, tranquillité	96%	0%	100%	**	66%

Test de Kruskal-Wallis

Test du Khi-deux

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (non significatif)

<sup>a</sup> de 1 (pas du tout satisfait) à 9 (très satisfait)

Pour l'ensemble de notre population SDF, ces structures d'accueil offrent une alternative à la vie dans la rue en ce sens qu'elles permettent d'avoir un abri pour la nuit, de bénéficier d'un repas et de sanitaires. Cependant, ces structures ne se limitent pas à ces seuls intérêts, des points bénéfiques autant que néfastes, sont alors explicités dans diverses proportions par les SDF en fonction du type de structure qu'ils fréquentent. Dès lors, on note dans le tableau 4 que, concernant la satisfaction globale des SDF vis-à-vis du dispositif qui les prend en charge, des différences significatives distinguent les groupes. Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont la vision la plus négative du dispositif (3,5) quand la vision des deux autres groupes est positive (7,1). On observe alors que les SDF inscrits en CHRS et ceux en structure de stabilisation sont 84% à être très satisfaits de leur centre d'accueil quand 71% des SDF usagers de l'hébergement d'urgence n'en sont pas du tout satisfaits.



Les difficultés de la vie en collectivité sont mises en avant de manière presque unanime par les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence (96%) quand elles le sont significativement moins chez les SDF en CHRS (56%) ou en structure de stabilisation (48%). Ces difficultés renvoient au dérangement dû à la présence des autres usagers (notamment leur bruit, leurs hurlements, leur agressivité, etc.) et au fait de devoir répondre aux règles de la vie en collectivité (respect du rythme de vie et des comportements de chacun ; partage des espaces collectifs tels que le réfectoire, les sanitaires, etc.). Cette vie en foyer entraîne des problèmes d'hygiène évoqués par 51% des SDF. Davantage rapportés par les SDF en hébergement d'urgence (67%) et significativement moins par ceux en structure de stabilisation (32%), ces problèmes concernent l'intense saleté des locaux telle que la présence de vomi ou d'excréments dans les couloirs ou sur le sol des sanitaires, la moisissure sur les murs du bâtiment ou encore la mauvaise odeur ambiante. Certains disent que cette saleté leur coupe l'appétit, qu'ils doivent se laver en gardant leurs tongs aux pieds ou encore dormir tout habillé pour ne pas attraper d'infections. Notons que, si cette vie en collectivité pose problème sur de nombreux points, 40% des SDF mettent en avant la satisfaction qu'ils ont de ne pas se retrouver seuls. Cette compagnie trouvée dans ces centres d'hébergement est davantage mise en avant par les SDF accueillis en structure de stabilisation (68%) que chez les deux autres groupes (25% et 28%).

L'absence de stabilité, le fait d'être remis à la rue chaque matin, d'être dans une incertitude quotidienne quant à leurs possibilités d'hébergement, sont mis en avant par 92% des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, quand à l'inverse, les deux autres groupes font part presque unanimement (96% et 100%) de la stabilité que leur offre le dispositif. Ici, l'assurance d'être hébergés sur du long terme (plusieurs mois au minimum) et la mise à disposition d'une chambre individuelle pouvant être investie leur apportent du confort, de la tranquillité et la possibilité d'avoir un espace intime. Les activités proposées ou permises par ces structures, qu'elles aient une valeur d'insertion (AVA) ou une fonction occupationnelle (salle de jeux, télévision, jardin), sont mises en avant davantage par les SDF en stabilisation (72%) que par ceux inscrits en CHRS (28%), les SDF usagers des CHU n'en faisant pas part (0%). Ces activités consistent à regarder la télévision, jouer aux cartes, à la pétanque, faire le ménage, laver ses vêtements ou encore s'occuper du jardin, et ont l'intérêt pour ceux qui en font part de parer l'ennui de leur quotidien.

Le soutien socio-éducatif et l'aide médicale, notamment pour ceux qui suivent des traitements médicamenteux, sont mis en évidence par tous les SDF inscrits en CHRS. Cette

proportion chute de moitié chez ceux fréquentant l'hébergement d'urgence (50%), eux qui sont, par ailleurs, significativement plus nombreux (38%) à considérer la présence des travailleurs sociaux comme un problème. Ces derniers perçoivent les travailleurs sociaux comme des professionnels incompetents, indisponibles, dont leur mission serait de palper les SDF qui tentent de ramener de l'alcool au sein du foyer. Sans se distinguer significativement entre les groupes, 31% des SDF font part de leur sentiment d'assistanat et d'infantilisation, ainsi que de leur manque d'autonomie et de liberté. Certains disent qu'ils se sentent « fliqués », qu'il leur est demandé d'aller se laver, de manger et de se coucher à telle heure, ou encore qu'ils n'ont pas la possibilité de rentrer dans la structure quand ils le souhaitent. Certains témoignent qu'en tant qu'adulte, ils ont passé l'âge d'être traités comme des enfants et conseillés par des travailleurs sociaux pouvant être plus jeunes qu'eux.

### **6.2.2. Le sentiment de permanence de soi et la capacité de projection dans l'avenir**

Le tableau 5 fait référence à la composante personnelle de l'identité, notamment le sentiment de continuité identitaire, des trois groupes SDF. Il s'agit alors d'objectiver les informations issues de l'entretien de recherche pour rendre compte des changements identitaires tels que perçus par l'individu lui-même. Dans un premier temps, le tableau 5 illustre le sentiment qu'ont les SDF d'être restés les mêmes par rapport à leur vie passée et notamment suite à la perte de leur logement. Les SDF sont alors répartis selon trois modalités : 1) un sentiment de ne plus être le même qu'avant et d'avoir changé négativement ; 2) un sentiment d'être resté le même au fil du temps et (3) un sentiment de n'être plus le même qu'avant et d'avoir changé positivement. Le contenu de ces trois modalités est également décrit. Dans un second temps, ce tableau 5 fait part de la proportion de SDF en mesure de se projeter dans l'avenir, ainsi que ce qu'ils espèrent voir changer, chez eux-mêmes et pour eux-mêmes, dans le futur. La comparaison statistique de ces résultats entre les trois groupes SDF est réalisée à l'aide du test du Khi-deux.

Tableau 5 : Sentiment de changement par rapport à leur vie passée, future, et possibilité de projection dans l'avenir des trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total	
<b>Par rapport au passé</b>	Type de changement	- Changement négatif	28%	83%	40%		50%
		- Absence de changement	32%	17%	60%	**	37%
		- Changement positif	40%	0%	0%		13%
	Description changement négatif	- Survie ; Situation invivable	8%	83%	40%	**	43%
		- Caractère ; comportement	20%	42%	8%	*	23%
		- Dénuement total	4%	17%	4%	NS	8%
	Description absence de changement	- Précarité depuis toujours	24%	17%	20%	NS	20%
		- Pas de changement (relative insertion)	8%	0%	0%	NS	3%
		- Absence réflexivité : sentiment de continuité	0%	0%	40%	**	14%
	Description changement positif	- Insertion et soin	16%	0%	0%	*	5%
	- Maturité, responsabilité	28%	0%	0%	**	9%	
<b>Par rapport à l'avenir</b>	Capacité de projection dans l'avenir		96%	58%	16%	**	57%
		- Vie normale	24%	54%	12%	**	30%
	Description changement	- Logement, travail, stabilité	56%	8%	4%	**	23%
		- Projets (vie de famille, etc.)	24%	8%	4%	NS	12%
	- Aucun avenir	4%	29%	84%	**	39%	

Test du Khi-deux

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01)

On observe dans le tableau 5 que le sentiment de continuité identitaire différencie significativement les trois groupes SDF. Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont les plus nombreux à faire part d'un changement négatif d'eux-mêmes suite à leur perte de logement (83%). A l'inverse, 40% des SDF inscrits en structure d'insertion font part d'un changement positif par rapport à leur vie passée, configuration qui n'est pas retrouvée chez les deux autres groupes. Les SDF en structure de stabilisation sont, quant à eux, les plus nombreux à mettre en avant le sentiment d'être restés les mêmes au fil du temps (60%), quand cette proportion baisse à 32% et 17% respectivement chez les SDF usagers des CHRS et des CHU. Des différences significatives apparaissent dans leurs capacités de projection dans l'avenir. Ainsi, quand 96% des SDF en CHRS parviennent à s'imaginer ce qu'ils deviendront dans plusieurs mois ou plusieurs années, cette proportion chute à 16% chez ceux inscrits en structure de stabilisation.

Si le sentiment de continuité identitaire et les capacités de projection dans l'avenir différencient les trois groupes SDF, il convient maintenant de porter l'attention sur leurs aspects plus qualitatifs. Les développements suivants portent alors sur le contenu de ces sentiments et de ces projections, chez chacun des groupes SDF.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont les plus nombreux (83%) à avoir le sentiment d'être changés négativement par rapport à leur passé. Ils pointent très majoritairement (83%) le caractère invivable de leur situation SDF. Autrefois concernés par l'emploi, le logement, la vie sociale et amicale, ils sont maintenant dans un isolement total et une déchéance absolue. Se sentant diminués et « tombés très bas », ils évoquent l'indignité qu'ils ressentent à être contraints de survivre dans la grande misère. Ils sont 42% à se sentir changés quant à leur caractère, s'étant endurcis, étant devenus plus nerveux et parfois même plus violents. Certains m'ont fait part que si nous nous étions connus par le passé, je ne les reconnaitrais pas aujourd'hui, eux qui se trouvent maintenant changés et dégradés sur le plan physique et mental. Ils mettent alors en avant que dorénavant, ils « tournent au ralenti », n'ont plus de conversation et se laissent aller à boire de l'alcool toute la journée. Les 17% de SDF qui ont le sentiment d'être restés les mêmes suite à leur perte de logement disent avoir toujours vécu dans la « galère » et la grande précarité. Faisant part de leur vie en foyer durant leur enfance, de leurs incarcérations ou encore de leur vécu de toxicomane, l'entrée dans leur situation SDF n'a pas fait rupture. Concernant maintenant le rapport qu'ils entretiennent avec leur vie future, 58% des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont en mesure de se projeter dans l'avenir. Cependant, la qualité de cette projection est à nuancer au regard de l'impasse sociale dans laquelle ils se trouvent. Si 54% espèrent avoir une vie normale dans l'avenir, ils ne savent pas comment atteindre cette espérance. En ce sens, on constate qu'ils sont une très faible proportion à penser trouver une stabilité future dans le travail et le logement (8%) ou à faire part de projets divers concernant leur vie de famille (8%). Profondément changés depuis leur mise à la rue et parfois installés durablement dans leur situation, la seule alternative qui s'offre à leurs yeux est de redevenir comme ils étaient avant. Leur projection dans l'avenir se limite donc à celle d'une vie future meilleure, sans qu'ils ne soient en mesure de planifier la manière dont ils parviendront à s'extraire de leur situation. Dès lors, ce changement qu'ils pensent opérer n'inclut pas la réalité de leur situation SDF et ne se situe pas dans la continuité de leur être. A cette

discontinuité identitaire soulignée chez de nombreux SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, s'ajoute une proportion de 29% de SDF ayant le sentiment de ne plus avoir aucun avenir.

### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits dans un CHRS sont les moins nombreux (28%) à faire part d'un changement négatif par rapport à leur perte de logement. Peu nombreux à souligner l'aspect invivable de leur situation SDF (8%), ils pointent davantage (20%) un changement négatif concernant leur propre personne, leur caractère et leur manière d'appréhender le monde. Un tiers d'entre eux ont le sentiment d'être restés les mêmes suite à leur perte de logement, En effet, certains ont maintenu un emploi et se sentent toujours insérés, quand d'autres ont toujours connu des difficultés et cette situation en CHRS en est une de plus à vivre. Aussi, quarante pourcents d'entre eux témoignent même d'un changement positif par rapport à leur vie passée, proportion qui est nulle chez les deux autres groupes. Leur entrée dans une dynamique de soin et d'insertion est alors mise en avant chez 16% des SDF, quand 28% se sentent plus matures et responsables qu'auparavant. Ne les ayant pas fait plonger dans une situation invivable, cette perte de logement semble avoir résonné comme un signal d'alarme qui les a obligés à se ressaisir. Marquant la fin d'une descente dans laquelle l'individu a accumulé une série de difficultés, la perte du logement effective a signé dans la réalité la gravité de leur situation sociale. En mesure de se ressaisir, de rebondir, ils sont parvenus à intégrer un CHRS. Ici, l'entrée dans la situation SDF n'a pas les mêmes conséquences psychiques, notamment en termes de traumatisme, que chez les deux autres groupes SDF. L'accompagnement et l'encadrement dont ils disposent en CHRS leur sont bénéfiques et favorisent une réflexivité sur leur vie passée autant qu'une prise de conscience de leurs problématiques personnelles. A ce sentiment de continuité identitaire vis-à-vis de leur passé, on constate qu'ils sont quasi-unanimement (96%) en capacité de se projeter dans l'avenir. Ils pensent pouvoir améliorer leur situation, reprendre contact avec leur famille et leurs proches et mener à bien leur projet d'insertion, comme leur projet de soin. En mesure de se projeter dans l'avenir, les changements qu'ils veulent opérer sont tourner vers leur vie future, à l'inverse des SDF en hébergement d'urgence qui n'ont d'autres solutions que de s'imaginer redevenir comme ce qu'ils étaient autrefois. Ils sont alors dans des projets concernant leur vie de famille, pour 24% d'entre eux, et sont une forte majorité (54%) à penser retrouver un emploi et une stabilité dans leur logement.

### Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation

Les SDF en dispositif de stabilisation ont pour une large majorité (60%) le sentiment d'être restés les mêmes suite à leur mise à la rue, alors qu'ils ont l'apparence et le style de vie de ce que l'on peut nommer des clochards. Leurs souvenirs sont flous et ils sont en grande difficulté pour évoquer leur parcours de vie. En portant une attention plus fine à ces résultats, on observe que 20% rendent compte de cette absence de changement par le fait d'avoir toujours eu une vie marginale. Pour les autres (40% des SDF), l'absence de réflexivité et de regard sur leur vie passée leur apporte le sentiment d'être restés les mêmes au fil du temps. Si 40% des SDF en stabilisation parviennent, bien souvent que partiellement, à mettre en perspective leur vie passée avec leur situation actuelle pour y constater un décalage, ils témoignent d'éléments très factuels dénués d'affects. L'un d'eux pourra dire que dans son ancienne vie il était marin et vivait avec sa femme et que sa vie a changé lorsqu'il n'a plus été en mesure de travailler pour des raisons physiques et qu'il s'est séparé de sa compagne chez qui il vivait. S'il témoigne d'un profond changement et du fait qu'il n'était pas le même homme auparavant, l'évocation de ces ruptures ne rend, ni compte d'une chronologie cohérente, ni d'une souffrance. Lorsqu'il me dit que cette situation SDF dure depuis longtemps, peut-être deux ou trois ans, les animateurs de la structure m'informent, dans l'après coup, que cette situation date de plus de 15 ans. Qu'il s'agisse des effets de l'alcool, des conséquences d'un traumatisme ou d'une entité psychiatrique, la dimension temporelle est gravement perturbée et perd sa valeur structurante chez de nombreux SDF. Le temps et les dates ne font plus sens, ces individus stagnent dans un présent répétitif, une vie au jour le jour. A ces défauts de réflexivité sur leur vie et leur parcours passé, on observe que seuls 16% des SDF en structure de stabilisation sont en capacité de se projeter dans l'avenir. Pour les autres, cette projection demeure impossible. Structurés par une vie quotidienne dictée par des habitudes et des activités routinières, ils ne peuvent pas s'imaginer leur vie dans un futur éloigné de plus de quelques jours.

### **6.2.3. Le lieu de contrôle**

#### **6.2.3.1. Les dimensions du lieu de contrôle**

Le tableau 6 fait référence au score moyen de chaque dimension du LOC (Interne, Externe-Autre et Externe-Chance) des trois groupes SDF. Six situations sont présentées au

participant. Pour chacune de ces situations, l'intensité des trois dimensions du LOC est évaluée sur une échelle de Likert cotée de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Le score de chaque dimension du LOC correspond à l'addition du score des six situations évaluées, ce qui fait comprendre le résultat entre 6 et 24. Le test de Kruskal-Wallis permet une comparaison entre les groupes SDF.

Tableau 6 : Scores moyens des trois dimensions du LOC des trois groupes SDF

	<b>CHRS</b>	<b>CHU</b>	<b>Stabilisation</b>	<b>Sig</b>	<b>Total</b>
<b>LOC Interne</b>	17,6	17,4	16,6	NS	17,2
<b>LOC Externe Autre</b>	16,1	16	14,2	NS	15,4
<b>LOC Externe Chance</b>	15,6	14,6	17,9	**	16,1

Test de Kruskal-Wallis

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (Non significatif)

De manière générale et chez l'ensemble de notre population SDF, on voit que l'internalité est la dimension du LOC qui est la plus importante (17,2), quand le LOC Externe- Autre présente le score moyen le plus faible (15,4). On observe dans ce tableau 6 que les trois groupes SDF se distinguent significativement sur la dimension Externe-Chance du LOC. Cette dimension du LOC renvoie à une croyance au hasard, ou à la chance, concernant l'issue de divers évènements vécus par l'individu. Sur cette dimension du LOC, les SDF accueillis en structure de stabilisation ont le niveau le plus élevé (17,9), quand les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence présentent le niveau moyen de LOC Externe-Chance le plus faible (14,6). Bien que non-significatives, des différences s'observent sur les deux autres dimensions du LOC. Le LOC Interne, qui renvoie à une croyance de l'individu d'être lui-même à l'origine des évènements qu'il vit, est le plus élevé chez les SDF usagers du CHRS (17,6) et du CHU (17,4). Cette même tendance est retrouvée en ce qui concerne la dimension Externe-Autre du LOC qui est la plus faible chez les SDF accueillis en structure de stabilisation (14,2) et semblable chez les deux autres groupes SDF (16,1 et 16). Cette dimension du LOC Externe-Autre renvoie à une perception que des personnes extérieures, ou des entités telles que des institutions, ont la maîtrise sur ce que vivent les SDF.

### 6.2.3.2. Le lieu de contrôle en fonction des situations de vie

Le tableau 7 illustre, pour chacune des situations de vie proposées, la dimension du LOC dominante chez les trois groupes SDF.

Tableau 7 : Dimension dominante du LOC des trois groupes SDF pour chaque situation de vie proposée

	<b>CHRS</b>	<b>CHU</b>	<b>Stabilisation</b>
LOC (global)	I	I	C
Obtention d'une bonne place dans un foyer	A	A	C
Réalisation de ses projets	I	I et A	I
Manifestation d'évènements de vie divers	C	C	C
Défense de ses intérêts	I	I	C
Obtention d'une chose désirée	I	I	I
Contrôle global de sa vie	I	I	C

I : LOC Interne

A : LOC Externe Autre

C : LOC Externe Chance

De façon globale, les SDF inscrits en CHRS et ceux fréquentant l'hébergement d'urgence ont un LOC Interne dominant, quand les SDF accueillis en structure de stabilisation privilégient un LOC Externe-Chance. Au vu de ces résultats, on repère que, pour chaque situation de vie proposée, les configurations du LOC sont similaires entre les SDF accueillis en CHRS ou en CHU. Ces deux groupes SDF présentent un LOC Externe-Autre concernant l'obtention d'une bonne place en foyer, quand les SDF en structure de stabilisation privilégient un LOC Externe-Chance. Qu'il s'agisse du contrôle global de leur vie ou de la défense de leurs intérêts, les SDF en structure de stabilisation présentent un LOC Externe- Chance dominant quand le contrôle est interne chez les deux autres groupes SDF. Certaines similarités sont toutefois repérées entre les trois groupes. On constate alors que le LOC Interne est dominant pour les situations mettant en scène l'obtention d'une chose désirée et que le LOC Externe-Chance apparait privilégié en ce qui concerne la manifestation d'évènements de vie divers.



### **6.3. Résultats relatifs au versant social de l'identité des trois groupes SDF**

#### **6.3.1. Les comparaisons sociales**

Le tableau 8, ci-après, fait référence aux comparaisons sociales des trois groupes SDF. On repère, en premier lieu, le pourcentage d'individus opérant des catégorisations au sein de la population SDF, c'est-à-dire ceux qui ne voient pas cette population SDF comme homogène. Sont ensuite exposées les comparaisons sociales des SDF avec leur groupe d'appartenance et de non-appartenance. On observe alors les sentiments de ressemblance et de différence que ces individus pensent avoir, d'une part, avec les SDF et, d'autre part, avec les personnes insérées socialement. Ces aspects sont évalués sur une échelle de Likert cotée de 1 (très ressemblant) à 9 (très différent). Puis, sont mises en avant la qualité de l'image qu'ils ont des SDF et celle qu'ils pensent renvoyer à la population insérée. La qualité de ces images est évaluée sur une échelle de Likert cotée de 1 (très mauvaise) à 9 (très bonne). N'étant pas issues d'instruments de mesure scientifiquement validés mais de l'entretien de recherche, ces moyennes observées dans le tableau 8 ne disposent pas de standards, ni de scores seuils, de sorte que c'est bien leur mise en perspective entre ces trois groupes SDF qui leur font prendre tout leur sens.

Le tableau 9, ci-dessous, illustre, dans un premier temps, la description que font les trois groupes SDF de la population SDF en général. S'en suit la description des points communs et des différences qu'ils pensent avoir avec cette population SDF. Pour chacun de ces aspects, les qualificatifs les plus souvent retrouvés sont mis en avant. Ainsi, le pourcentage d'individus ayant évoqué chacun de ces qualificatifs est déterminé pour les trois groupes SDF. Le nombre de SDF n'étant pas en mesure de fournir ces descriptions est noté entre parenthèses.

Dans ces tableaux 8 et 9, les comparaisons entre les groupes SDF sont réalisées à l'aide du Khi-deux pour ce qui est de l'analyse des fréquences et par le test de Kruskal-Wallis pour ce qui est de l'analyse de la variance.

Tableau 8 : Comparaisons sociales des trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Catégorise la population SDF</b>		88%	17%	0%	**	37%
<b>Niveau de ressemblance-différence<sup>a</sup></b>	- Vis à vis des SDF	6,4	5,2	3,4	**	5
	- Vis à vis de la population insérée	4,1	5,4	4,2	**	4,6
<b>Qualité de la vision<sup>b</sup></b>	- Image des SDF	3,1	2,9	5,2	*	3,7
	- Image renvoyée à la population insérée	5,6	4,3	5,9	**	5,3

Test de Kruskal-Wallis pour les comparaisons de moyennes

Test du Khi-deux pour les comparaisons de fréquences (%)

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01)

<sup>a</sup> de 1 (très ressemblant) à 9 (très différent)

<sup>b</sup> de 1 (très mauvaise image) à 9 (très bonne image)

Tableau 9 : Descriptions, points communs et différences vis-à-vis des SDF chez les trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Description des SDF</b>	- Clochards, misérables	80%	71%	15%	**	58%
	- Alcooliques	12%	58%	45%	**	38%
	- Malades, fou	8%	25%	30%	NS	20%
	- Assistés qui se complaisent	24%	50%	25%	NS	33%
	- Irrespectueux, agressifs	28%	33%	10%	NS	25%
	- Sympathiques, bonnes personnes	84%	25%	50%	**	54%
	- Abs réponse			(5)		
<b>Points communs avec les SDF</b>	- Rien	12%	17%	9%	NS	13%
	- Misère/galère commune	24%	79%	32%	**	45%
	- Alcool	4%	13%	9%	NS	9%
	- Parcours difficile	32%	8%	0%	**	14%
	- Abs réponse			(3)		
<b>Différences avec les SDF</b>	- Rien	8%	25%	71%	**	33%
	- Dynamique d'insertion	72%	0%	0%	**	26%
	- Envie de s'en sortir	40%	42%	5%	**	30%
	- Education, conversation	4%	25%	24%	**	17%
	- Normalité (pas fou)	24%	58%	9%	**	31%
	- Abs réponse			(4)		

Test du Khi-deux pour les comparaisons de fréquences (%)

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01)

Le tableau 8 montre que des aspects faisant référence aux comparaisons sociales différencient significativement les trois groupes SDF. Quand 88% des SDF en structure d'insertion catégorisent la population SDF, cette proportion chute à 17% en CHU et à 0% chez

les SDF en structure de stabilisation. Si les SDF accueillis en structure de stabilisation se sentent proches (3,4) des SDF et en ont plutôt une bonne image (5,2), à l'inverse, ceux des CHU et des CHRS témoignent d'une plus grande distance (5,2 et 6,4) et d'une image plus négative (2,9 et 3,1). Enfin, quand les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence se sentent différents (5,4) des personnes insérées et pensent leur renvoyer une image plutôt négative (4,3), les deux autres groupes SDF ont le sentiment de s'en rapprocher (4,1 et 4,2) et de leur renvoyer une image plutôt bonne (5,6 et 5,9).

Concernant le contenu de ces comparaisons sociales, on observe dans le tableau 9 que les SDF sont davantage décrits comme des clochards ou des personnes misérables par les SDF en CHRS ou en CHU (80% et 71%), et comme des alcooliques par les SDF en structure de stabilisation et en hébergement d'urgence (45% et 58%). Bien que ne distinguant pas significativement les trois groupes, les qualificatifs de malades mentaux, de fous, d'assistés, de personnes irrespectueuses et agressives sont fréquemment retrouvés dans ces descriptions. On note aussi que les qualificatifs positifs décrivant les SDF sont significativement moins évoqués chez les individus fréquentant l'hébergement d'urgence (25%) que chez ceux inscrits en structure de stabilisation (50%) ou d'insertion (84%). Quand les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence mettent en avant, davantage que les autres groupes, une galère et une mise en commun avec la population SDF (79%), ils s'en différencient notamment par le fait de ne pas être « fou » ou « anormaux » (58%) et d'avoir l'envie de se sortir de leur situation (42%). A l'inverse des deux autres groupes, les SDF en CHRS font part de leur dynamique d'insertion (72%) pour se distinguer du reste de la population SDF et sont plus nombreux (32%) à mettre en avant un parcours de vie difficile partagé. Les SDF en structure de stabilisation sont une large proportion (71%) à avoir le sentiment que rien ne les différencie de la population SDF, hormis 24% qui considèrent, qu'à la différence des autres, ils ont reçu une certaine éducation et sont encore en mesure de tenir une conversation. Notons également que pour ces derniers aspects investigués, trois à cinq SDF en structure de stabilisation n'ont pas été en mesure de décrire la population SDF ou de préciser ce qui les distingue, ou les rapproche, de cette dernière.

Les développements ci-dessous reprennent ces précédents résultats et les mettent en perspective pour chacun des groupes SDF.

### Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence

Les SDF en hébergement d'urgence ont une vision très négative des autres SDF (2,9). Les qualificatifs utilisés pour décrire cette population sont extrêmement péjoratifs, les autres SDF étant décrits comme des clochards, des alcooliques, des fous, des individus violents, agressifs, voleurs, ou encore comme des individus n'ayant aucun respect pour les autres ni pour eux-mêmes. Ils sont souvent caractérisés comme des assistés passifs, irrécupérables, sans hygiène, qui se complaisent dans leur situation. La plupart des personnes ont alors une vision très dégradée de l'ensemble de la population SDF, sans distinction. Ils ne sont que 16% à catégoriser cette population et à nuancer la vision qu'ils en ont. Ils se mettent à distance, se sentant différents de cette population SDF (5,2). Même lorsqu'ils considèrent être dans la même « galère », ils revendiquent leur normalité et le fait de ne pas se complaire dans leur situation et de souhaiter en sortir. Bien qu'ils marquent leurs différences avec les SDF, ils se sentent également différents de la population insérée (5,4) et pensent leur renvoyer une image plutôt négative (4,3). En effet, le caractère invivable de leur situation les éloigne de la population insérée et les empêche de s'y identifier. S'ils considèrent avoir été comme eux par le passé, n'étant plus en mesure d'avoir une vie normale, ils se sentent maintenant différents et pensent leur renvoyer cette image de SDF ou de clochard qu'ils attribuent eux-mêmes au reste de la population SDF.

### Chez les SDF inscrits en structure d'insertion

A l'instar des SDF fréquentant d'hébergement d'urgence, ceux inscrits en CHRS se sentent différents de la population SDF (6,4) et en ont une mauvaise image (3,1). Cependant, on constate qu'ils sont nombreux à catégoriser (88%) la population SDF. Ils identifient alors différents types de SDF, ceux qui sont fous, ceux qui sont drogués, ceux qui se sont laissés aller, ceux qui se complaisent dans leur situation, ou encore ceux qui essaient de s'en sortir. Si l'image générale du SDF est celle de la personne extrêmement désocialisée, ils en sont quelque peu préservés au sein du CHRS. Ils vont alors pouvoir valoriser un sous-groupe SDF auquel se raccrocher et s'identifier. Ils pourront dire à propos de ces personnes SDF qui leur ressemblent, qu'elles ont eu un parcours de vie difficile, qu'elles ne baissent pas les bras, qu'elles maintiennent une hygiène de vie décente, qu'elles sont respectueuses, et qu'elles tentent de s'en sortir, contrairement aux autres qui, misérables, se laissent aller à boire de l'alcool toute la

journée. Bien que le règlement collectif de ces structures restreigne différents aspects de la vie sociale, la stabilité de l'hébergement et l'autonomie relative laissées à ces individus leur permettent de se sentir proche de l'insertion. Ainsi, en se différenciant du reste de la population SDF par la mise en avant de leur dynamique d'insertion, les SDF en CHRS se rapprochent dans le même temps de la population insérée (4) et pensent lui renvoyer une image plutôt positive (5,6).

### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Contrairement aux deux autres groupes, les SDF usagers de la structure de stabilisation se sentent plutôt proches de la population SDF (4,2). La similarité de leur mode de vie et leur forte désocialisation font qu'une grande majorité d'entre eux (71%) font part que rien ne les différencie des autres SDF. S'ils les décrivent tantôt comme des clochards, tantôt comme des fous parlant tout seul, ou encore comme des alcooliques, ils en ont une image plutôt positive (5,2). Ils témoignent alors d'une certaine sympathie envers les autres SDF et mettent en avant les moments de convivialité souvent passés à boire de l'alcool. Une personne pourra dire « M. X est très sympa, il connaît tout sur le rugby, mais quand il a trop bu il ne faut plus lui parler ». Une autre dira, « lui il est bizarre, je ne sais pas ce qu'il fait de sa journée mais c'est pas le mauvais gars ». Ce qui surprend dans ces résultats est la ressemblance qu'ils perçoivent vis-à-vis de la population insérée (4,2), ressemblance pouvant témoigner d'un déni chez ces individus. Ils pensent alors être comme tout le monde et insistent sur le fait que tout être humain est semblable. Certains font part, qu'à l'instar du reste de la population, ils se lèvent le matin pour aller travailler, faire la manche, et rentrent au foyer lorsqu'ils ont fini leur journée. On constate aussi qu'ils pensent renvoyer une image plutôt bonne à la population insérée (5,9). S'ils ont parfois l'impression d'être perçus comme des marginaux, ils mettent en avant qu'ils sont bien vus dans le quartier, que les gens leur disent bonjour et viennent souvent converser avec eux. La configuration de ces comparaisons sociales chez les SDF en structure de stabilisation apparaît donc paradoxale, en ce sens qu'ils se sentent proches à la fois de la population insérée et des autres SDF.

### 6.3.2. Le sentiment de honte et la gêne occasionnée par le regard de l'autre

Le tableau 10, ci-dessous, fait part chez les trois groupes SDF de la gêne occasionnée par le regard de l'autre et du sentiment de honte vis-à-vis de leur situation. Après évaluation de ces deux variables sur un continuum de 1 (absence totale) à 9 (très forte présence), les SDF ont été répartis en fonction de leur score dans un des trois niveaux suivants : « absence » (score  $\leq 3$ ) ; « présence partielle » ( $4 \leq \text{score} \leq 6$ ) ; « forte présence » ( $7 \leq \text{score}$ ). Qu'il s'agisse de la gêne occasionnée par le regard de l'autre ou du sentiment de honte, les comparaisons des proportions observées entre les trois groupes SDF sont réalisées à l'aide du Khi-deux.

Tableau 10 : Gêne occasionnée par le regard de l'autre et sentiment de honte chez les trois groupes SDF

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Gêne du regard de l'autre</b>	Absence	64%	8%	84%	**	53%
	Présence partielle	24%	38%	8%		23%
	Forte présence	12%	54%	8%		24%
<b>Sentiment de honte</b>	Absence	32%	17%	72%	**	41%
	Présence partielle	36%	29%	12%		26%
	Forte présence	32%	54%	16%		34%

Test du Khi-deux

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (non significatif)

De manière générale, on voit que la moitié des SDF fait part d'une absence de gêne vis-à-vis du regard de l'autre (53%), quand ils sont 23% à en être partiellement affectés et 24% à l'être fortement. Concernant le sentiment de honte, il est absent chez 41% des SDF quand il est faiblement ressenti chez 26% des SDF et très présent pour 34% d'entre eux. Qu'il s'agisse de la gêne du regard de l'autre ou du sentiment de honte vis-à-vis de leur situation, des différences significatives s'observent entre les trois groupes SDF.

Concernant le regard de l'autre, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont les plus nombreux (54%) à en être fortement gênés, quand ces proportions baissent chez les SDF inscrits en structure d'insertion (12%) ou de stabilisation (8%). A l'inverse, on constate que les SDF accueillis en structure de stabilisation font part presque unanimement (84%) de ne pas être

gênés par le regard de l'autre quand ils sont une grande majorité chez ceux inscrits en CHRS (64%). Cette proportion chute énormément (8%) chez les SDF usagers de l'hébergement d'urgence.

Ces mêmes tendances sont retrouvées lorsque l'on s'intéresse au sentiment de honte de ces trois groupes. Lorsqu'une majorité des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence (54%) fait part d'un profond sentiment de honte vis-à-vis de leur situation, on observe que cette proportion s'élève à 32% chez les SDF inscrits en CHRS et à 16% chez ceux accueillis en structure de stabilisation. Si en CHRS et en CHU, les SDF ne sont respectivement que 32% et 17% à ne ressentir aucune honte vis-à-vis de leur situation, cette proportion s'élève à 72% chez les SDF accueillis en structure de stabilisation.

## **6.4. Résultats relatifs au soutien social des trois groupes SDF**

### **6.4.1. La description du soutien social**

Le tableau 11, qui suit, fait référence au soutien social global et à ses composantes, c'est-à-dire les types de soutien social et les sources de ce soutien. Pour chacun de ces éléments, le score moyen total des SDF et le score moyen de chaque groupe SDF sont mentionnés. Le test de Kruskal-Wallis permet une comparaison de ces groupes. Pour les quatre types de soutien social, un score de satisfaction et de disponibilité sont observés. La satisfaction du type de soutien est évaluée sur une échelle de Likert cotée de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait) et la disponibilité renvoie au nombre de personnes en mesure d'apporter ce soutien. Le score global de satisfaction et de disponibilité du soutien social correspond à l'addition des scores moyens de satisfaction et de disponibilité des quatre types de soutien social. La satisfaction étant évaluée de 1 à 5 pour les quatre types de soutien, son score global est alors compris entre 4 et 20, une satisfaction qualifiée de « moyenne » correspondant à un score de 12. Enfin, les sources de soutien comprennent (1) la famille et les amis, (2) les SDF ou les usagers des structures d'accueil et (3) les divers professionnels du médico-social. Pour chacune des sources, le score renvoie au nombre de personnes en mesure d'apporter un soutien social.

Tableau 11 : Scores moyens des trois groupes SDF en ce qui concerne le soutien social global, les types de soutien et les sources de ce soutien

		CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total	
<b>Soutien social global</b>	<b>Satisfaction</b>	13,1	9,4	9,8	**	10,8	
	<b>Disponibilité</b>	7,4	3,5	3,6	**	4,8	
<b>Type de soutien</b>	<b>Emotionnel</b>	Satisfaction	3,7	2,6	2,5	**	2,9
		Disponibilité	3	1,3	1,2	**	1,8
	<b>Estime</b>	Satisfaction	3,2	1,7	2,2	**	2,3
		Disponibilité	1,8	0,4	0,6	**	0,9
	<b>Informatif</b>	Satisfaction	3,9	3,5	3,3	NS	3,6
		Disponibilité	1,5	1,3	1,2	NS	1,3
	<b>Instrumental</b>	Satisfaction	2,4	1,7	1,8	*	1,9
		Disponibilité	1,2	0,5	0,6	NS	0,7
<b>Source du soutien</b>	<b>Famille-ami</b>	3,6	0,7	0,8	**	1,7	
	<b>Professionnels</b>	3,2	2,1	2,5	NS	2,6	
	<b>SDF-usagers</b>	0,6	0,6	0,3	NS	0,5	

Test Kruskal-Wallis

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (Non significatif)

En s'intéressant à ces résultats, sans distinction entre les groupes, on observe que les SDF de notre recherche sont plutôt insatisfaits de leur soutien social global. Ils présentent un score de 10,8 quand le score de 12 correspond à une satisfaction « moyenne » (le score global de satisfaction étant compris entre 4 et 20). La disponibilité globale du soutien social s'élève quant à elle à 4,8 personnes en moyenne pour l'ensemble de notre population SDF. Chez cette dernière, les scores de satisfaction et de disponibilité varient en fonction du type de soutien recherché par la personne. La disponibilité est la plus importante pour le soutien émotionnel (1,8), quand le nombre de personnes en mesure d'apporter un soutien instrumental est le plus faible (0,7). Si le nombre de personnes vers qui se tourner pour obtenir une aide est faible, entre 0 et 2 personnes pour chaque type de soutien, sa satisfaction perçue ne dépend pas pleinement de la disponibilité. Évaluée de 1 à 5 pour chaque type de soutien, la satisfaction la plus élevée concerne le soutien informatif (3,6), quand le soutien instrumental présente la satisfaction la plus faible (1,9). Les scores moyens de satisfaction pour les soutiens d'estime et émotionnel sont respectivement de 2,3 et 2,9. Concernant les sources du soutien, ce sont les professionnels, et notamment les travailleurs sociaux, qui sont les plus sollicités (2,6) et ceci au détriment des sources pouvant provenir de la famille ou d'amis (1,7) ou encore des autres SDF ou des usagers des structures d'accueil (0,5).



En ce qui concerne maintenant les comparaisons du soutien social entre les groupes, on observe dans le tableau 11 des différences significatives, tant au niveau de la satisfaction du soutien social qu'au niveau de la disponibilité. Les SDF inscrits en CHRS ont davantage de personnes susceptibles de leur apporter le soutien recherché (7,4) que les deux autres groupes SDF (3,6 et 3,5). Ces différences se retrouvent au niveau de la satisfaction du soutien qui est perçue de meilleure qualité chez les SDF en CHRS qu'au sein des deux autres groupes (13,1 contre 9,4 et 9,7). Si le soutien social global distingue les groupes SDF, des différences significatives s'observent également lorsque l'on s'intéresse aux différents types de soutien. La satisfaction est alors significativement plus élevée chez les SDF en CHRS pour les types de soutien émotionnel (3,7 contre 2,6 et 2,5), d'estime (3,2 contre 1,7 et 2,2) et instrumental (2,4 contre 1,7 et 1,8). Bien que non significatives, ces différences suivent les mêmes tendances pour le type de soutien informatif (3,9 contre 3,5 et 3,3). Il en est de même de la disponibilité qui est systématiquement plus faible chez les personnes accueillies en CHU et en structure de stabilisation. Les scores moyens sont alors significativement plus faibles en ce qui concerne le soutien émotionnel (1,3 et 1,2 contre 3), le soutien d'estime (0,4 et 0,6 contre 1,8). Et bien que non significatives, ces différences sont également observées pour le soutien informatif (1,3 et 1,2 contre 1,5) et le soutien instrumental (0,5 et 0,6 contre 1,2).

Nous avons vu précédemment que la source de soutien privilégiée par l'ensemble de notre population SDF provient des professionnels, suivie par la source familiale et amicale et enfin celle provenant des SDF ou des usagers des centres d'accueil. Les écarts entre ces sources de soutien apparaissent beaucoup plus marqués chez les SDF du CHU et de la structure de stabilisation qui ont un soutien provenant presque exclusivement des professionnels, que chez les SDF inscrits en CHRS qui sollicitent des sources de soutien plus diversifiées. On constate ainsi que la source de soutien familial et amical est significativement plus élevée chez les SDF inscrits en CHRS (3,6) que dans les deux autres groupes (0,7 et 0,8). Le recours aux professionnels varie également en fonction des groupes. Bien que ce recours soit privilégié chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, ce sont eux qui ont la source de soutien par les professionnels la plus faible (2,1), quand cette dernière est la plus importante chez les SDF inscrits en CHRS (3,2). La source de soutien provenant des autres SDF est, quant à elle, la plus faible chez tous les groupes, et elle l'est d'autant plus chez les SDF accueillis en structure de stabilisation (0,3 contre 0,6 et 0,6).

## 6.4.2. Les liens entre les composantes du soutien social

### 6.4.2.1. La satisfaction en fonction de la disponibilité et de la source du soutien social

Le tableau 12, qui suit, illustre la satisfaction du soutien social en fonction de la disponibilité de ce soutien, d'une part, et des sources du soutien d'autre part. Le coefficient de corrélation de Pearson permet d'observer l'intensité de ces relations.

Tableau 12 : Corrélation de la disponibilité du soutien social et de ses sources avec la satisfaction du soutien social

		Satisfaction du soutien social	
		Corrélation	Sig
<b>Disponibilité soutien</b>		0,69 **	P<0,01
	Famille-amis	0,52 **	P<0,01
<b>Source soutien</b>	SDF-Usagers	0,15	P=0,19
	Professionnels	0,34 **	P<0,01

Coefficient de corrélation de Pearson

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (Non significatif)

On observe que la disponibilité du soutien social est fortement corrélée avec sa satisfaction (0,69) de sorte qu'un minimum de personnes en mesure d'apporter une aide à l'individu est nécessaire pour que sa qualité perçue soit satisfaisante. Bien que le nombre de personnes susceptibles de fournir un soutien à l'individu soit significativement lié à la satisfaction du soutien social, cette dernière dépend fortement de la source du soutien. Ainsi, lorsque ce soutien provient du cercle familial et/ou amical, la satisfaction est plus élevée (0,52). Bien que l'impact de la source des professionnels soit plus faible que celui provenant du milieu familial-amical, il reste important et significatif dans la satisfaction du soutien social (0,34). Cependant, on constate que le recours aux SDF et aux autres usagers des structures d'hébergement n'est corrélé que faiblement avec la qualité perçue du soutien (0,15).

#### 6.4.2.2. Les sources du soutien en fonction du type de soutien social recherché

Le tableau 13 met en avant la fréquence des recours aux différentes sources (famille-amis ; SDF-usagers ; professionnels) pour chacun des types de soutien social recherché. Le recours ne renvoie pas à un score de disponibilité mais bien au fait que l'individu se tourne, ou non, vers une source de soutien singulière pour recevoir le type de soutien voulu, sans que soit considéré le nombre de personnes en mesure d'apporter cette aide. Un score total en pourcentage est mis en avant pour chaque source du soutien et l'observation des résidus ajustés permet une comparaison entre les groupes SDF.

Tableau 13 : Pourcentage total du recours aux différentes sources pour chaque type de soutien social et résidus ajustés des trois groupes SDF

Type de soutien	Sources	CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Soutien émotionnel</b>	Famille-amis	4,2	-1,3	-3	**	35%
	SDF-Usagers	0,2	0,3	-0,5	NS	19%
	Professionnels	0,7	-1	0,2	NS	62%
<b>Soutien d'estime</b>	Famille-amis	4,8	-1,8	-3	**	26%
	SDF-Usagers	-0,3	1,5	-1,1	NS	9%
	Professionnels	2,1	-3,3	1,1	**	39%
<b>Soutien informatif</b>	Famille-amis	1,9	-1,6	-0,3	NS	13%
	SDF-Usagers	-0,7	1,5	-0,7	NS	1%
	Professionnels	1,5	-0,8	-0,7	NS	95%
<b>Soutien instrumental</b>	Famille-amis	2,1	-1,5	-0,6	NS	28%
	SDF-Usagers	-0,6	1,1	-0,6	NS	11%
	Professionnels	1,4	-1,6	0,2	NS	19%

Test du Khi-deux

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (Non significatif)

Nous avons vu précédemment que, de manière générale, la source du soutien provenant des professionnels est la plus importante en disponibilité, s'en suit celle du cercle familial et amical, quand celle provenant des autres SDF est la plus faible. Ces tendances se retrouvent dans le pourcentage des recours à ces différentes sources pour les types de soutien émotionnel, d'estime et informatif. En revanche, il apparaît que pour le soutien instrumental, les personnes SDF ont plus fréquemment recours à leur entourage familial et amical (28%) qu'aux différents professionnels (19%). Comme pour les autres types de soutien social, les SDF et usagers des

structures d'accueil sont la source que les participants de cette étude sollicitent le moins (11%) pour obtenir une aide instrumentale.

Afin d'avoir une analyse plus approfondie du soutien social des personnes SDF, il est pertinent d'explorer et de comparer les sources privilégiées pour chaque type de soutien recherché chez les trois groupes SDF. En ce qui concerne la source du soutien provenant de l'entourage familial et/ou amical, des différences significatives sont observées entre les groupes au niveau du soutien émotionnel et du soutien d'estime. Ce sont les personnes inscrites en CHRS qui se tournent plus fréquemment que les autres groupes SDF vers le cercle amical et familial pour tous les types de soutien social (4,2 ; 4,8 ; 1,9 et 2,1). A l'inverse, ce sont les SDF inscrits en structure de stabilisation qui sollicitent le moins leur famille et leurs amis lorsqu'ils recherchent un soutien émotionnel (-3) et un soutien d'estime (-3), quand ces tendances se retrouvent chez les SDF en hébergement d'urgence pour ce qui est du soutien informatif (-1,6) et du soutien instrumental (-1,5). Les résultats relatifs au recours à la source de soutien provenant des professionnels ne différencient significativement les trois groupes SDF qu'au niveau du soutien d'estime. On observe alors que les professionnels sont davantage sollicités par les SDF en CHRS (2,1) quand ils le sont le moins chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence (-3,3). Comme pour le recours au cercle familial et amical, ce sont les personnes inscrites en CHRS qui se tournent le plus vers les professionnels pour tous les types de soutien social (0,7 ; 2,1 ; 1,5 ; 1,4). A l'inverse, les SDF usagers de l'hébergement d'urgence sont ceux qui sollicitent le moins les professionnels (-1 ; -3,3 ; -0,8 ; -1,6). La source de soutien relative aux SDF et aux autres usagers des structures d'accueil est celle vers qui les SDF se tournent le moins. La comparaison entre les groupes du recours à ce type de soutien ne fait apparaître de différences significatives pour aucun des types de soutien social. Pour les quatre types de soutien, ce sont les personnes en hébergement d'urgence qui se tournent le plus vers la population SDF pour obtenir un soutien (0,3 ; 1,5 ; 1,5 ; 1,1). A l'inverse, les personnes inscrites en dispositif de stabilisation sont celles qui en ont le moins fréquemment recours (-0,5 ; -1,1 ; -0,7 ; -0,6).

## 6.5. Résultats relatifs à la souffrance psychique des trois groupes SDF

### 6.5.1. L'estime de soi

Le tableau 14 fait référence à l'estime de soi des trois groupes SDF. Dans cette échelle d'estime de soi, dix propositions sont faites au participant qui doit se positionner sur une échelle de Likert cotée de 1 (pas du tout d'accord) à 4 (tout à fait d'accord). Compris entre 10 et 40, le score, lorsqu'il est égal ou supérieur à 30 renvoie à une estime de soi qualifiée de bonne. On peut alors observer, d'une part, le score moyen d'estime de soi des trois groupes SDF et, d'autre part, la proportion des SDF faisant état d'une bonne ou d'une mauvaise estime de soi. Concernant l'analyse statistique, le test de Kruskal-Wallis a été utilisé pour comparer les scores moyens des trois groupes SDF. Le test du Khi-deux a permis une comparaison des proportions de la qualité de l'estime de soi entre les groupes SDF.

Tableau 14 : Scores moyens et état de l'estime de soi des trois groupes SDF

			CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Estime de soi</b>	Etat	Mauvaise	52%	33%	24%	NS	36%
		Bonne	48%	67%	76%		64%
Scores moyens			29,9	30,9	31,3	NS	30,7

Khi-deux : NS (non-significatif)

Kruskal-Wallis : NS (non-significatif)

On voit dans ce tableau 14 que l'estime de soi ne différencie pas significativement les trois groupes SDF. De manière générale, ils sont une forte majorité (64%) à présenter une estime de soi de bonne qualité. Bien que les différences soient non-significatives, ce sont les SDF accueillis en structure de stabilisation qui présentent l'estime de soi la plus élevée (31,3), suivis de peu par les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence (30,9). Les personnes inscrites en structure d'insertion ont la moins bonne estime de soi (29,9).

### 6.5.2. L'anxiété et la dépression

Le tableau 15 fait référence à l'anxiété et la dépression des trois groupes SDF. A chacune de ces deux entités psychiatriques correspondent 7 items évalués sur une échelle de

Likert cotée de 0 à 3. Les scores de dépression et d'anxiété sont calculés par l'addition du score des 7 items et font comprendre les résultats entre 0 et 21. En fonction des scores, trois états dépressifs et anxieux sont mis en avant : « état non-avéré » (score < 8) ; « état douteux » ( $8 \leq \text{score} \leq 10$ ) ; « état avéré » ( $11 < \text{score}$ ). Le test de Kruskal-Wallis permet la comparaison des scores moyens des trois groupes SDF. Les différences de répartitions des états anxieux et dépressifs ont été testées à l'aide du Khi-deux.

Tableau 15 : Scores moyens et état de dépression et d'anxiété des trois groupes SDF

			CHRS	CHU	Stabilisation	Sig	Total
<b>Dépression</b>	Etat	Non-avéré	56%	46%	80%	*	61%
		Douteux	24%	21%	16%		20%
		Avéré	20%	33%	4%		19%
	Scores moyens		6,9	8,9	5,1	**	7
<b>Anxiété</b>	Etat	Non-avéré	36%	17%	40%	NS	31%
		Douteux	28%	25%	28%		27%
		Avéré	36%	58%	32%		42%
	Scores moyens		9,4	10,5	8,3	NS	9,4

Test du Khi-deux

Test de Kruskal-Wallis

Significativité : \* (P<0,05) ; \*\* (P<0,01) ; NS (non significatif)

De manière générale, on observe dans le tableau 15 que les proportions de SDF à présenter un état dépressif douteux ou avéré sont respectivement de 20% et 19%. Ces proportions s'élèvent à 27% et 42% en ce qui concerne les états anxieux douteux ou avérés. Ainsi, dans l'ensemble de notre population SDF, ils sont 39% à présenter un trouble dépressif douteux ou avéré, proportion s'élevant à 69% pour ce qui est de l'état anxieux.

La dépression, qu'il s'agisse de son état ou de son niveau moyen, différencie significativement les trois groupes SDF. Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont le niveau de dépression le plus élevé (8,9) et ceux accueillis dans une structure de stabilisation présentent le niveau le plus faible (5,1). Quand les SDF usagers des CHU sont 54% (21% + 33%) à présenter un état dépressif douteux ou avéré, cette proportion chute à 20% (14% + 4%) chez ceux accueillis en structure de stabilisation. Les SDF inscrits en structure d'insertion se

situent entre les deux autres groupes et présentent un score moyen de dépression s'élevant à 6,9.

Bien que non significatives (au seuil de confiance fixé à 0,05), ces mêmes tendances s'observent en ce qui concerne l'anxiété des SDF. Ceux accueillis en structure de stabilisation ont le niveau le plus faible d'anxiété (8,3) et ceux fréquentant l'hébergement d'urgence présentent le niveau le fort (10,5). Ces derniers sont 83% (25% + 58%) à présenter un état anxieux douteux ou avéré quand cette proportion s'élève à 60% (28% + 32%) chez les SDF accueillis en structure de stabilisation et 64% (28% + 36%) pour ceux inscrits en CHRS. Bien que les proportions des types d'état anxieux soient semblables entre les SDF de la structure de stabilisation et les SDF des CHRS, le niveau moyen d'anxiété apparaît plus élevé chez ce dernier groupe (9,4 contre 8,3).

## **6.6. Synthèse des principaux résultats**

Ce dernier développement propose une synthèse des principaux résultats décrits précédemment. Le tableau 16 est structuré en fonction de nos cinq questions de recherche et reprend de façon synthétique les résultats des trois groupes SDF étudiés. La première partie de ce tableau est relative à la description générale des SDF. Ici, certains résultats sont illustrés sans distinction entre les groupes SDF, lorsque ces derniers ne se différencient pas significativement. Puis, les principaux résultats relatifs à l'identité (sociale et personnelle), au soutien social et à la souffrance psychique des trois groupes SDF sont présentés successivement.

Tableau 16 : Principaux résultats des trois groupes SDF

		<b>CHRS</b>	<b>CHU</b>	<b>Stabilisation</b>
<b>Description générale</b>	Âge	35 ans	45 ans	56 ans
	Durée situation SDF	3,7 ans	5,5 ans	14,5 ans
	Nat. Fr.		89%	
	Célibataire		96%	
	Emploi	36%		0%
	Bac ou sup		10%	
	Alcool/drogue	37%	62%	79%
	Incarcération		26%	
	Carences précoces		80%	
	Placement durant enfance		31%	
<b>Identité personnelle</b>	Sentiment de sécurité	Stabilité	Instabilité	Stabilité
	Sentiment de continuité	- Vie passée : chgt positif - Forte projection avenir	- Vie passée : Chgt négatif - Faible projection avenir	- Vie passée : abs chgt - Abs projection avenir
	Sentiment de maîtrise	LOC Interne dominant		LOC Externe-Chance dominant
<b>Identité sociale</b>	Comparaisons sociales	- Ressemblant pop insérée - Différent pop SDF - Image négative des SDF	- Différent pop insérée - Différent pop SDF - Image négative des SDF	- Ressemblant pop insérée - Ressemblant pop SDF - Image positive des SDF
	Sentiment d'existence	Honte et gêne du regard de l'autre : Modéré	Honte et gêne du regard de l'autre : Fort	Honte et gêne du regard de l'autre : Faible
<b>Soutien social</b>	Satisfaction et disponibilité	Assez élevé	Très faible	Très faible
	Source et type de soutien	Congruence	Incongruence	Incongruence
<b>Souffrance psychique</b>	Dépression	6,9	8,9	5,1
	Anxiété	9,4	10,5	8,3
	Estime de soi	29,9	30,9	31,3

Concernant la description générale des SDF participant à cette recherche, on repère dans le tableau 16 qu'ils sont tous des hommes, très souvent célibataires (96%), de nationalité



française (89%) et peu qualifiés (10%). Ils sont nombreux à avoir subi des carences précoces physiques et/ou morales (80%), à avoir connu une situation de placement pendant leur enfance (31%) ou encore une incarcération au cours de leur vie (26%). Des différences significatives émergent entre les groupes et on observe que les SDF inscrits en CHRS, comparés aux deux autres groupes SDF, sont plus jeunes (35 ans), ont passé moins de temps dans leur situation SDF (3,7 ans) et consomment moins fréquemment de substances psychoactives (37%). Les SDF en structure de stabilisation sont ceux qui ont connu le plus long parcours SDF (14,5 ans) et qui présentent le plus fréquemment une consommation d'alcool à risque (79%).

Il apparaît dans ces résultats que les sentiments d'identité différencient les trois groupes SDF. Lorsque l'identité semble préservée chez les SDF inscrits en CHRS, elle est fortement perturbée chez les deux autres groupes. Ainsi, les SDF en structure d'insertion maintiennent un sentiment de continuité vis-à-vis de leur passé, parviennent à se projeter dans l'avenir, ont un sentiment de contrôle de leur vie et se sentent assez proches de la population insérée, ce qui, par la même occasion, les éloignent d'un sentiment d'appartenance à la population SDF. Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence font part de l'instabilité de leur situation et de la franche rupture qu'a provoquée la perte de leur logement. Ils se sentent différents d'avant et se projettent difficilement dans l'avenir, ont un fort sentiment de honte et de gêne du regard de l'autre et ne se sentent appartenir ni au groupe SDF ni à celui des personnes insérées. Enfin, les SDF en structure de stabilisation connaissent une forte perturbation, voire une disparition, de leurs sentiments d'identité. Bien qu'ayant un long parcours de désocialisation, ils ne se sentent pas différents d'avant leur mise à la rue, n'ont pas honte de leur situation, ne sont pas gênés par leur apparence et se sentent proches tant des SDF que des personnes insérées. Ils n'ont de regard ni sur l'extérieur, ni sur eux-mêmes, leur passé et leur avenir, et ont le sentiment de mener une vie qui échappe à leur contrôle.

Concernant le soutien social, des différences s'observent entre les groupes. Lorsque la disponibilité et la satisfaction du soutien social sont assez élevées chez les SDF en CHRS, elles apparaissent très faibles chez les deux autres groupes. Les SDF usagers de l'hébergement d'urgence ou de la structure de stabilisation, ont un réseau de soutien qui, en plus d'être faible, se restreint bien souvent aux seuls travailleurs sociaux. Dès lors, des incongruences sont observées entre le type de soutien recherché et la source vers laquelle s'orientent les SDF. Se tournant presque exclusivement vers les travailleurs sociaux, seul le soutien informatif trouve une certaine satisfaction. Les SDF inscrits en CHRS ont, quant à eux, un réseau de soutien plus

étendu et plus varié. Il y a ainsi une congruence entre les sources sollicitées et le type de soutien recherché, ce qui entraîne une meilleure satisfaction. Ils se tournent alors davantage vers leur famille et leurs amis pour recevoir un soutien émotionnel, d'estime ou instrumental et vers les travailleurs sociaux lorsqu'ils recherchent un soutien informatif.

Enfin, pour ce qui est de la souffrance psychique, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont ceux qui ont les scores moyens les plus élevés de dépression et d'anxiété (8,9 et 10,5) quand ceux en structure de stabilisation présentent les niveaux les plus faibles (5,1 et 8,3). L'estime de soi, bien que meilleure chez les SDF en structure de stabilisation, ne différencie pas significativement les trois groupes SDF et apparaît globalement « bonne » chez les trois groupes SDF.

Pour conclure, la présentation de ces résultats rend compte de points communs et de différences entre les trois groupes. Moins désocialisés, les SDF inscrits en CHRS maintiennent un lien social prenant valeur de ressource et présentent des atteintes de l'identité ainsi qu'une souffrance psychique plus modérées. Davantage désocialisés et dans une situation très instable, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence présentent un délitement du lien social, une perturbation identitaire importante et une forte souffrance psychique. Les SDF en structure de stabilisation sont les plus désocialisés. Leurs sentiments d'identité, tout comme leur lien social semblent avoir disparus ou sont profondément enfouis. Coupés d'eux-mêmes et des autres, ils présentent la plus faible souffrance psychique. Aussi, il est important de souligner que si toutes les variables ont pu être investiguées auprès de l'ensemble des SDF, la qualité du discours recueilli a différé selon les participants. Ainsi certains SDF n'ont pas été en mesure de parler de leur enfance ou encore d'autres aspects relatifs aux sentiments d'identité. Si la pauvreté du discours rend difficile son traitement et sa mise en évidence en termes de contenu, elle traduit des difficultés d'élaboration par la parole, conséquences d'une dynamique psychique chez l'individu. Le fait que les SDF présentant un discours extrêmement pauvre fassent partie presque exclusivement du groupe accueilli en structure de stabilisation est donc un résultat. Bien que n'étant pas intégrés à l'analyse statistique, leur comptabilisation étaye les résultats et la mise en évidence des difficultés d'introspection et de la forte désocialisation des SDF inscrits en structure de stabilisation.



## *Chapitre 7*

### *Discussion*

Le chapitre précédent présentait les résultats de ce travail de thèse. Il s'agit maintenant de les discuter pour tenter de répondre aux questions de recherche posées. Cette partie « discussion » est structurée selon l'ordre d'apparition de nos six questions de recherche. Celles-ci, bien que distinctes les unes des autres, entretiennent des liens. Ainsi chaque question de recherche traitée est susceptible d'apporter des éléments de réponse qui concernent les autres questionnements. C'est suivant cette logique que nous cheminerons vers le dernier point qui nous permettra d'éclairer notre problématique et de comprendre comment, et dans une certaine mesure pourquoi, certains SDF parviennent à se réinsérer quand d'autres se chronicisent.

La première question est d'identifier qui sont les SDF de notre recherche. Il s'agira dans ce développement de situer de façon générale notre population de recherche par rapport à la population SDF française. Ce premier éclaircissement établi, nous comparerons nos trois groupes SDF afin de voir ce qui les différencie, ou non, au niveau de leur parcours de vie et de leurs caractéristiques sociodémographiques. Dès lors, il nous sera possible d'établir différents profils SDF en fonction de leur type d'hébergement. S'en suivra la discussion des questions de recherche n°2 et n°3 relatives à l'identité personnelle et sociale des individus des trois groupes

SDF. Seront alors abordés successivement les différents sentiments qui composent l'identité de l'individu, plus particulièrement les sentiments de permanence de soi, de sécurité, de maîtrise, d'appartenance sociale et d'existence. Ces développements nous renseigneront sur les stratégies et les aménagements mis en place par chacun des groupes SDF pour négocier les atteintes identitaires liées à leur situation d'exclusion sociale. Nous traiterons ensuite la question de recherche n°4 relative au lien social des SDF. Nous nous intéresserons alors à la satisfaction des différents types de soutien social (instrumental, émotionnel, estime, informatif) mais aussi aux différentes sources sollicitées par les SDF. Et c'est bien l'analyse complexe des réseaux de soutien et de leur adéquation avec le type d'aide recherchée qui nous permettront de questionner la qualité du lien social des trois groupes SDF. Enfin les questions de recherche n°5 et n°6 seront discutées de manière à proposer une approche en santé mentale des SDF. Nous appréhenderons alors la souffrance psychique des SDF de façon contextuelle pour aller au-delà d'une conception psychiatrique dichotomique qui pense le pathologique et le normal en fonction de la présence ou de l'absence de troubles. En intégrant les notions d'adaptation à l'environnement, nous pourrons alors discuter le caractère pathologique d'une absence de souffrance psychique et à l'inverse le caractère pouvant être normal d'une présence de souffrance psychique chez les SDF. Au vu de l'ensemble des résultats et de nos discussions, nous mettrons en avant une modélisation, dans une approche en santé mentale, de la prise en charge des SDF. Cette modélisation permettra une compréhension dynamique de la situation du phénomène SDF et nous permettra d'apporter des recommandations visant à améliorer les dispositifs existants ou à en créer de nouveaux. Pour clôturer cette discussion, nous mettrons en avant les limites méthodologiques de notre recherche et verrons dans quelle mesure ces dernières influent sur nos résultats et sur la portée de nos conclusions.

## **7.1. Discussion relative à la question de recherche n°1 : Qui sont les SDF de notre recherche ?**

### **7.1.1. La comparaison de notre population d'étude avec la population SDF française**

#### **7.1.1.1. Au niveau des caractéristiques sociodémographiques**

Si nous avons vu que la population SDF française est très hétérogène (Brousse *et al.*, 2002 ; Conférence de consensus, 2007 ; Damon, 2000 ; Yaouancq *et al.*, 2013), qu'elle est composée de personnes présentant des parcours, des caractéristiques sociodémographiques et des modes d'hébergement très diversifiés, il convient de situer notre population d'étude par rapport à cette population SDF générale. L'objectif de cette mise en perspective n'est pas de borner artificiellement notre population SDF, ni même de créer des profils types qui seraient statiques, mais bien d'identifier dans quelle mesure elle peut être représentative d'une partie de la population SDF.

Notons d'emblée que si la population SDF est composée d'hommes, de femmes, de couples, de familles, celle de notre recherche se restreint à un échantillon SDF d'hommes seuls pris en charge par le dispositif de veille sociale. Dès lors, on s'écarte des problématiques relatives aux violences conjugales, ou encore aux réseaux de prostitution, rencontrées plus fréquemment chez les populations SDF féminines. De plus, qu'il s'agisse de femmes ou encore de familles, ces populations sont considérées comme étant les plus vulnérables et, à ce titre, elles font l'objet d'actions sociales plus spécifiques et sont prioritaires par rapport à la population des hommes seuls en situation SDF. Ajoutons que lors du dernier recensement de l'Insee effectué en 2012 (Yaouancq et Duée, 2014a), 56% des SDF de France métropolitaine étaient nés à l'étranger et 35% ne maîtrisaient pas la langue française. Dans notre recherche, cette proportion de personnes nées à l'étranger n'est que de 11% et toutes ont un bon niveau oral de français, ce dernier élément étant un critère d'inclusion de cette recherche. Par conséquent, notre recherche n'inclue pas une frange non négligeable de la population SDF, comme les individus en demande d'asile ou ceux qui, à défaut d'avoir des papiers d'identité en règle, se retrouvent sans logement. En effet, ces derniers sont nombreux à avoir fui la guerre, des régimes totalitaires ou encore l'extrême misère de leur pays pour venir se réfugier en France. Ils présentent un passé souvent lourd en traumatismes, ont vu mourir des gens, ont

quitté leurs proches et se retrouvent dans un pays dont ils ne connaissent ni la langue ni la culture. Si ces individus se contentent généralement des droits fondamentaux tels qu'avoir un abri, avoir à manger et ne pas être menacés de mort, les troubles psychiques et les traumatismes sont nombreux. Ajoutés à l'impasse de leur situation administrative, c'est-à-dire au fait que n'ayant de papiers d'identité, ils ne peuvent ni travailler ni se loger, la prise en charge par le dispositif est à la fois très complexe et très spécifique. Comprenons alors que ces situations, souvent reliées à des questions migratoires et d'exil, ne pourront être traitées dans ce travail de thèse bien qu'elles aient leur place dans la problématique SDF.

L'Insee a fait part, dans sa dernière grande enquête de 2012, des types d'hébergement variés de la population SDF (Yaouancq et Duée, 2014a). Ces types d'hébergement vont de l'absence d'abri où la personne vit dans la rue, au logement aidé se rapprochant du logement personnel, en passant par des structures d'accueil proposant, sur des durées variables, un hébergement de nuit ou sur la journée complète, en chambres collectives ou individuelles. Ces modalités d'hébergement rendent compte de qualités de vie bien différentes chez les SDF. Notre population d'étude fait alors partie des 45% de la population SDF générale française, c'est-à-dire celle qui est hébergée dans des structures collectives proposant un accueil complet ou uniquement un accueil pour la nuit. Si la proportion peut atteindre 71% en considérant que les sans-abri et les SDF hébergés à l'hôtel peuvent relever de l'hébergement d'urgence, notre population n'est pas représentative de l'ensemble de la population SDF vis-à-vis de son hébergement. Ainsi, les SDF vivant en squat, bien que non comptabilisés dans l'enquête de l'Insee, et les 29% des SDF accueillis dans des logements aidés et dont la qualité de vie est la plus stable et confortable, ne sont pas représentés dans cette recherche.

Au regard de la situation professionnelle et du niveau de qualification, notre population de recherche se différencie de la population SDF générale. S'ils ne sont que 25% à avoir un emploi dans la population SDF française, lorsque l'on élargit cette statistique à la définition de l'activité professionnelle qui intègre la situation de chômage, on constate que cette proportion atteint 70% (Yaouancq et Duée, 2014b) quand elle ne s'élève qu'à 16% chez les SDF de notre recherche. Davantage désinsérées, ces personnes sont loin de l'emploi depuis longtemps et n'ont que de très faibles ressources se limitant au RSA parfois couplé avec une allocation adulte handicapé. Cette tendance se retrouve en ce qui concerne le degré de qualification. Quand 23% de la population SDF française détient un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat, ils ne sont que 10% chez les SDF de notre recherche.

Ces caractéristiques sociodémographiques permettent donc de situer les premiers contours de notre population de recherche. Dès lors, les conclusions et réflexions qui émaneront de cette étude ne sauront être représentatives de la population SDF française. Ainsi elles ne pourront rendre compte, ou seulement partiellement, des problématiques présentées par les SDF en situation d'exil, par ceux les plus proches de l'insertion et qui vivent dans des logements aidés, par les familles ou les femmes en situation SDF ou encore par ceux qui sont éloignés de tous les dispositifs de la veille sociale.

#### **7.1.1.2. Au niveau du parcours de vie et de la situation familiale**

Cette délimitation par les caractéristiques sociodémographiques et par les modalités d'hébergement nous a permis de situer notre population de recherche par rapport à la population SDF française. Cette première focalisation effectuée, il convient maintenant de s'assurer que le parcours de vie global de notre population est bien représentatif de la population SDF. Pour se faire, il est nécessaire de le mettre en relief avec un groupe SDF comparable. Si toutes études, et particulièrement celles portant sur la population SDF, souffrent de biais méthodologiques mettant à mal la représentativité de la population étudiée, l'étude dite Samenta (Laporte et Chauvin, 2010) est comparable sur certains points à la nôtre. En effet, l'étude Samenta porte sur une population SDF fréquentant les différents centres d'hébergement, les accueils de jour, et n'intègre pas les 29% de la population SDF hébergés dans un logement aidé (Yaouancq et Duée, 2014a). Cette étude présente également l'intérêt de distinguer les hommes et les femmes SDF dans la mise en avant de diverses problématiques.

Les SDF composant notre recherche, comme ceux de l'étude Samenta, font part d'un passé douloureux. De manière générale, ces personnes évoquent une enfance et une adolescence malheureuses. Quand les participants à notre recherche sont 31% à avoir été placés de façon temporaire ou durable en institution ou en famille d'accueil durant leur enfance, ils le sont à 17% dans l'étude Samenta. Aussi, une très forte majorité de notre population d'étude (80%) met en avant un vécu de carences précoces. Notons que ce terme de carences précoces est difficilement opérationnel dans le milieu de la recherche tant il regroupe une variété plus ou moins élargie d'éléments. Pour notre part, nous avons défini par ce terme les manquements au bon développement de l'enfant comme les faits de maltraitements ou de négligences d'ordre physique, moral, et/ou affectif. Dès lors, ces carences précoces concernent tantôt un individu



faisant part de violence physiques endurées pendant son enfance, tantôt un autre disant n'avoir jamais été aimé ni soutenu par ses parents, ou encore un individu mettant en avant le fait d'avoir été totalement livré à lui-même dès l'âge de 10 ans. Dans l'étude Samenta, les maltraitances physiques et les maltraitances morales sont évoquées respectivement par 24% et 37% des SDF. On relève aussi dans cette étude que 27% des SDF ont connu au moins une incarcération au cours de leur vie, proportion équivalente (26%) au sein de notre population de recherche. Ces sur-représentativités nous confrontent à la problématique de la réinsertion des anciens détenus mais aussi à celle de la répression et du contrôle social par l'emprisonnement des populations exclues.

Le temps de vie cumulé dans la situation SDF depuis la première mise à la rue a été préféré à la durée de la situation SDF actuelle de la personne. Cela permet de rendre compte de manière plus globale du parcours d'exclusion de la personne. En effet, on observe auprès de cette population de nombreux allers-retours entre la situation de logement et la situation SDF. La mise à la rue de la personne, si elle fait choc, n'est pas systématiquement brutale et immédiatement effective. Dans les premiers temps, plusieurs semaines ou plusieurs mois, elle peut vivre en alternance dans la rue, dans les centres d'hébergement d'urgence et se faire héberger occasionnellement chez sa famille ou par ses amis, avant de s'installer totalement dans sa situation SDF. Certains individus parviennent à s'extraire de leur situation SDF, à retrouver un logement pendant quelques mois ou quelques années, mais la précarité de leur situation, autant que de leurs ressources, persistent et ils finissent par connaître une énième mise à la rue. Le temps de vie SDF cumulé depuis la première perte de logement présente donc l'avantage de rendre compte d'un profil plus complet de l'individu mais suppose encore quelques limites. En effet, la situation SDF, dans sa définition, est très vaste et regroupe des individus présentant des problématiques, des situations de vie et des conditions d'existence très diverses. En ce sens, le parcours SDF n'aura pas le même impact sur l'individu selon qu'il ait vécu dans la rue durant un an ou qu'il ait vécu un an dans une structure proposant un hébergement complet dans une chambre individuelle. Les SDF de notre étude ont ainsi vécu en moyenne 8 ans dans leur situation SDF depuis leur première mise à la rue, quand ce temps s'élève en moyenne à 7 ans dans l'étude Samenta. Cette différence peut être reliée à l'âge plus avancé de notre population SDF (46 ans contre 38 ans dans l'étude Samenta).

Concernant l'évaluation des consommations d'alcool et de substances psychoactives, elle est complexe au sein de la population SDF. Si la surmorbidity des troubles liés à l'usage

d'une substance ou la forte proportion des consommations à risque ne sont plus à démontrer (Combaluzier, 2004 ; Fichter *et al.*, 1996 ; Fournier et Mercier, 1996 ; Koegel et Burman, 1988 ; Kovess-Masféty et Mangin-Lazarus, 1999 ; Observatoire de Paris, 1998), la comparaison entre les études reste délicate (Beck *et al.*, 2006). En effet, les consommations de substance varient fortement au sein de la population SDF, les tests utilisés sont divers, et quand certains auteurs comptabiliseront toutes consommations d'alcool ou de drogues, même occasionnelles, d'autres ne retiendront que les intoxications ou les états de dépendance. De plus, les SDF ont souvent tendance à minimiser leur consommation (Beck *et al.*, 2006). Dans notre étude, nous nous sommes inspirés de l'AUDIT-C qui, dans sa version écourtée en trois questions, permet de déceler une consommation d'alcool à risque (Aertgeerts, Buntix, Ansoms et Fevery, 2001). Cet outil permet d'identifier rapidement une consommation à risque sans avoir à demander à la personne d'évaluer avec précision sa consommation en lui imposant une batterie de questions. Ainsi, pour identifier une consommation à risque d'alcool, nous avons questionné la fréquence de la consommation, le nombre de verres bus un jour typique et la fréquence des consommations excessives (plus de six verres). Si par exemple, une consommation quotidienne de quatre verres permet de parler de consommation à risque, les personnes SDF de cette recherche présentent une consommation beaucoup plus massive. Le fait qu'ils boivent généralement des canettes de 50 cl de bières, souvent plus alcoolisées qu'une bière classique, et/ou des bouteilles d'un litre de mauvais vin, l'évaluation fine de la consommation en termes d'unités d'alcool est très difficile. Les consommations de drogues dites douces, tel que le cannabis, de drogues dites dures (cocaïne, héroïne, etc.), souvent de mauvaise qualité car coupées excessivement, et de médicaments (subutex, méthadone, etc.) détournés de leur usage médical, ont été évaluées. Suivant la même logique que l'AUDIT-C, nous avons comptabilisé ces consommations lorsqu'elles étaient quotidiennes et renouvelées plusieurs fois dans la journée. Nous avons regroupé le nombre de personnes consommant de l'alcool et/ou de la drogue, car il s'est avéré que les consommateurs de drogues consommaient également de l'alcool. De plus, bien que la dépendance physique se pose chez beaucoup de SDF, l'effet psychotrope de toutes ces substances est systématiquement recherché. Ainsi, dans notre recherche, 60% des SDF ont une consommation à risque d'alcool ou de drogue. Si des comparaisons fines avec d'autres études sont délicates, on peut tout de même constater que notre population fait partie de la frange SDF qui a le plus recours à l'alcool et qui en consomme le plus massivement. En effet, Beck *et al.* (2006) notent que dans l'enquête de l'Insee de 2001, la moitié des SDF consomme de l'alcool, mais qu'une forte proportion ne boit que de façon occasionnelle. Les consommations massives étant constatées uniquement chez les personnes les plus désocialisées.

### **7.1.1.3. Pour conclure**

Ce détour par la mise en perspective des caractéristiques sociodémographiques et par le mode d'hébergement de notre population de recherche avec la population SDF française générale, nous a permis d'esquisser les contours de notre population d'étude. Elle fait partie des 50% de la population SDF qui, accueillie en structures collectives, présente les modalités d'hébergement les plus précaires. Mise en relief avec une population SDF comparable, on voit que notre population SDF est semblable quant à son parcours. Les ruptures et les carences familiales vécues dans l'enfance, le parcours scolaire, professionnel et carcéral, autant que le recours aux substances psychoactives, témoignent d'un certain degré de représentativité de notre population SDF.

## **7.1.2. Les points communs et les différences entre les trois groupes SDF**

### **7.1.2.1. Une histoire de vie douloureuse en commun**

Si les trois groupes SDF de cette recherche se distinguent sur de nombreux points, leur parcours et leur vie familiale passée sont assez semblables. L'enfance difficile et les ruptures familiales apparaissent comme des constantes chez les SDF. Et au-delà des événements eux-mêmes, il semble que la difficulté à surmonter les carences de toutes sortes, qu'il s'agisse de maltraitements physiques ou psychologiques avérées ou de négligences affectives parfois plus diffuses, fasse le lot de la plupart des SDF. Témoignant presque unanimement d'une enfance malheureuse, on repère dans leur histoire une multitude, voire une succession, d'événements douloureux tels que les violences familiales, l'alcoolisme parental, les décès de proches, ou encore les situations de séparation familiale ou de divorce. Que ces ruptures soient franches, tel qu'un abandon effectif d'un parent ou un placement en famille d'accueil, ou plus discrètes, elles ont jalonné la vie de ces personnes depuis leur plus jeune âge et ont fragilisé plus ou moins fortement le lien (Durif-Bruckert, 2008 ; Vinay *et al.*, 2011). Ces attaques précoces du lien se retrouvent à l'âge adulte par une rupture presque totale avec leur famille. En effet, dans leur situation actuelle, une large majorité des SDF (entre 78% et 80%) n'entretient plus aucune relation avec les différents membres de leur famille, qu'il s'agisse de leurs enfants, de leur fratrie ou encore de leurs parents. Ce délitement familial se retrouve dans leur parcours scolaire et professionnel. L'absentéisme, le désintéressement autant que l'échec scolaire sont

généralement mis en avant par cette population, difficultés s'illustrant par le fait que seulement 10% d'entre eux ont obtenu un diplôme égal ou supérieur au baccalauréat général. Leur carrière professionnelle, dans les rares cas où l'on peut parler de carrière, a été fortement instable. De longues périodes d'inactivité sont observées et les emplois occupés sont souvent à temps partiel, en Contrat à Durée Déterminée (CDD) ou en intérim sur de courtes périodes et à faible niveau de qualification. Leur situation actuelle marque une forte désinsertion professionnelle et on constate un éloignement de l'emploi presque unanime chez les SDF.

L'exploration du passé des SDF nous permet donc de mettre en avant une histoire globalement carencée et de nombreux événements vécus comme difficiles, stressants et parfois traumatiques. Cependant, l'analyse fine de leur parcours est difficile. Auprès de la population SDF, l'investigation par l'introspection de la personne sur sa vie passée trouve ses limites. La chronologie de leur parcours est souvent emmêlée et un flou persiste sur les dates des événements vécus. En effet, l'oubli de sa vie passée est parfois une condition nécessaire pour que la personne puisse tenir dans sa situation SDF (Mercuel, 2012 ; Quesemand-Zucca, 2007). A cela s'ajoute les intoxications massives et chroniques à l'alcool ou à d'autres drogues qui ont pour conséquences d'importants dysfonctionnements cognitifs et mnésiques. Tantôt oubliée, tantôt déniée, ou encore tantôt trop douloureuse pour être évoquée, la vie passée de ces personnes, celle relative à leur enfance, à leur adolescence ou encore à leur mise à la rue, peut être difficile à investiguer. Le chercheur en psychologie, conformément à son éthique et à sa déontologie, se doit de respecter les défenses de la personne. En effet, amener la personne à avoir un regard sur son passé et son parcours peut être extrêmement douloureux et déstructurant tant il en va de sa survie psychique que de se couper de son passé. Auprès des participants à cette recherche, il a donc parfois été nécessaire de se contenter de recueillir un discours paraissant plaqué sur leur parcours, mettant en avant une histoire douloureuse, mais sans détail ni affect relié aux événements vécus. A ce titre certains événements ont pu être vécus, mais ces derniers n'ayant pu être évoqués, ils ne figurent pas au rang de résultat. L'ensemble des événements de vie relatifs à l'enfance, à l'adolescence et à la mise à la rue, n'ayant pas pu être recueilli avec la même exhaustivité chez tous les participants, nous préférons conclure sur une histoire de vie généralement douloureuse, difficile et entrecoupée de nombreuses ruptures affectives chez les personnes SDF.

### 7.1.2.2. Des profils différents selon le type d'hébergement

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrit en CHRS sont les plus jeunes et sont ceux qui ont le parcours SDF le moins long (3,5 ans). Visant l'insertion par le retour au logement et à l'emploi de la personne, ce type de structure opère une sélection plus ou moins directe et plus ou moins assumée. En effet, l'idée sous-jacente du dispositif de veille sociale est que plus la personne vit dans sa situation SDF, plus elle va s'éloigner de ses possibilités de s'en extraire tant elle s'installe dans une routine mortifère et met en place des stratégies lui permettant de survivre dans son environnement (Damon, 1998 et 2002 ; Vexliard, 1957). Si toute personne a un droit à l'insertion et à accéder à une structure prévue à cet effet, elle doit en faire la demande. Cette demande est un premier élément qui exclue une partie de la population SDF, celle qui dans son état de précarité avancé, est dans la non-demande (Furtos, 2008a ; Lazarus et Strohl, 1995 ; Parquet, 2003). Cette demande s'accompagne de la mise en place d'un projet d'insertion motivé par la personne qui la liera à l'institution d'accueil par un contrat d'insertion. Dès lors, la personne SDF devra répondre au règlement de ces structures et être à même de vivre en collectivité. Cela suppose, pour elle, de mettre un terme à ses conduites d'alcoolisation ou d'intoxication massives, de mettre fin aux comportements pouvant être qualifiés de survie tels que l'errance ou la vie au jour le jour, ou encore de répondre à des règles d'hygiène minimums. Ajoutés à un temps d'attente s'étendant sur plusieurs mois avant l'admission en CHRS, ces différents éléments ferment la porte à la frange la plus désocialisée de la population SDF pour centrer son action vers une population employable et donc plus réinsérable (Pelège, 2004 ; Soulié, 1997). Comparés aux deux autres groupes, les SDF inscrits en structure d'insertion sont alors moins nombreux à présenter une consommation à risque d'alcool ou de drogue (37%), l'alcool étant interdit au sein des CHRS. De plus, notons que ces consommations sont moins excessives parce que la personne risque une exclusion. C'est aussi au sein de ces structures que l'on retrouve la seule proportion de SDF en activité professionnelle (36%). Comparées aux deux autres groupes SDF de notre recherche, les personnes inscrites en CHRS composent le groupe SDF le moins désocialisé.

### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les personnes accueillies en structure de stabilisation sont les plus âgées (56 ans) et sont celles qui ont connu le parcours SDF le plus conséquent depuis leur première mise à la rue (14,5 ans). Ce type de structure permet de stabiliser la personne SDF dans une visée de réadaptation à la vie sociale. La fonction asilaire, au sens de Declerck (2001), de cette structure donne des moyens d'existence à des personnes chronicisées dans leur situation SDF depuis de nombreuses années. Loin des objectifs d'insertion, ce dispositif tente d'accueillir la personne telle qu'elle est, de respecter son mode de vie et tout ce qu'elle a pu mettre en place comme conduites, routines et mécanismes de survie. Il n'est alors pas demandé à la personne de construire un quelconque projet de vie ou d'insertion, mais bien de lui proposer un cadre, un lieu et un accompagnement lui permettant de se réappropriier les codes de la vie sociale, de retisser du lien pour peut-être, au bout de plusieurs années, s'extraire de sa situation SDF, intégrer une maison de retraite ou encore mourir dans la dignité. L'admission dans cette structure est volontairement à bas seuil, ce qui permet à la personne de consommer de l'alcool, même dans de grandes quantités, au sein de la structure, de mener sa vie de clochard, de mendier quotidiennement tout en étant assurée de garder sa place au sein de la structure. L'alcool est omniprésent au sein de ce groupe et concerne 79% des SDF. Les doses d'alcool ingérées par ces personnes sont considérables et s'élèvent généralement à plusieurs litres de vin par jour. Par rapport aux deux autres groupes SDF, les personnes SDF accueillies en structure de stabilisation sont les plus désocialisées.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Qu'il s'agisse de l'âge ou de la durée du parcours SDF, les individus fréquentant l'hébergement d'urgence se situent entre les deux autres groupes. Agés en moyenne de 45 ans, ils ont connu leur situation SDF durant 5,5 ans. Les CHU ont ceci de spécifique, comparés aux deux autres types de structures, de proposer un abri pour la nuit à toutes personnes SDF (hommes seuls). A Rouen, ce centre d'hébergement propose un accueil généralement sur trois nuits d'affilées, suite à cela, la personne réitère sa demande d'hébergement. En fonction du niveau de saturation du foyer, la personne devra se débrouiller par ses propres moyens et passer plusieurs nuits dehors avant de retrouver une place en hébergement pour quelques jours, et ainsi de suite. Ce type de structure accueille ainsi une population SDF variée. Cette dernière est

composée de personnes extrêmement désocialisées et fréquentant l'hébergement d'urgence depuis des années, de personnes venant de perdre leur logement, de personnes exclues des CHRS ou encore de personnes en attente d'admission dans une structure plus adéquate. Contraintes de vivre dans la rue durant la journée et accueillies en chambre collective dans des conditions très précaires, ces personnes présentent la condition de vie la plus dure et la plus instable. La consommation d'alcool ou de drogue est fréquente (62%) et généralement massive au sein de ce groupe SDF. Remises à la rue chaque matin, ces personnes consomment drogue et alcool toute la journée avant de revenir au foyer le soir. Et bien que l'alcool soit interdit au sein de cette structure, il n'est pas interdit d'être en état de grande ivresse. Si un profil SDF plus ou moins typique ne peut être dégagé au sein de cette population fréquentant l'hébergement d'urgence, on peut la situer entre les deux autres groupes SDF. En effet, les CHU sont pensés comme un lieu d'aiguillage servant à orienter la personne vers une structure adaptée à sa situation. En ce sens, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont, pour certains, à même d'être pris en charge par des structures d'insertion et, pour d'autres, chronicisés dans leur situation SDF susceptibles de relever des structures de stabilisation.

## **7.2. Discussion relative à la question de recherche n°2 : Le versant personnel de l'identité**

### **7.2.1. Le sentiment de permanence de soi des trois groupes SDF**

#### **7.2.1.1. La continuité et la discontinuité identitaires**

Deschamps et Moliner (2008), dans une approche psychosociale de l'identité, rendent compte de l'identité personnelle par la combinaison de traits singuliers amenant chaque individu à se sentir à la fois unique et différent des autres. Cette identité personnelle peut s'appréhender par le sentiment qu'a l'individu de sa permanence de soi, autrement dit de la conception stable et durable qu'il a de lui-même. Cette cohérence est un élément vers lequel chaque individu tend (Martinot, 2008). Se modifiant tout au long de l'existence, l'identité résulte de remaniements constants et de tentatives d'intégration plus ou moins réussies des expériences vécues (Lipiansky, 2009). Les mouvements identitaires sont alors réguliers et ils se font au gré des crises et des ruptures (Erikson, 1968). La perte de logement marquant l'entrée dans la situation SDF entraîne une crise identitaire, une rupture, que l'individu parviendra ou



non à élaborer et à intégrer. Et c'est bien ce sentiment de permanence de soi, cette perception d'être le même au fil du temps que nous avons questionné auprès des SDF.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Lorsque l'on s'intéresse à la perte de logement des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, on s'aperçoit qu'elle a engendré une rupture au niveau de l'identité personnelle. Ils sont une large proportion à se sentir complètement différents de ce qu'ils étaient avant leur mise à la rue et témoignent alors de leur sentiment de discontinuité identitaire. S'ils vivaient autrefois dans un logement, menaient une vie ordinaire et se sentaient comme tout le monde, ils ont maintenant l'impression de n'être plus rien. Faisant part de vivre « comme des chiens », ils disent que cette situation ne peut pas durer tant elle est invivable. Sidérés, ils considèrent leur situation SDF comme une pause dans leur vie, une vie où rien ne se passe (Emmanuelli, 2003), et ne peuvent ni penser cette situation, ni agir dessus. L'un d'entre eux dit : « j'ai perdu 5 ans de ma vie » ; signant ici cette absence de vie, cette période dans laquelle rien ne se passe et rien ne se construit. A ce titre, ils sont nombreux à penser pouvoir être différents dans l'avenir, en ce sens que, n'étant plus rien dans leur vie actuelle, ils ne peuvent que devenir quelqu'un. Cependant, il ne s'agit pas ici d'un changement qui serait la résultante d'une évolution intégrant la vie passée et présente de la personne, mais plutôt d'un retour en arrière déniait ce parcours SDF. Ils souhaitent ainsi redevenir ce qu'ils étaient avant, tirer un trait sur leur situation actuelle comme s'il était possible que cette part de leur histoire puisse ne jamais avoir existé.

On voit donc que les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont dans l'incapacité de métaboliser leur expérience, leur perte, pour se reconstruire et continuer d'évoluer. Cette discontinuité identitaire marque bien le traumatisme de leur situation SDF, comme l'ont aussi souligné différents auteurs (Martin, 2011 ; Mercuel, 2012 ; Sarrazin, 2002). S'ils ont l'impression de ne plus être les mêmes depuis leur mise à la rue, ils ne sont pas en mesure d'élaborer ce traumatisme qui les sidère et ne peuvent qu'espérer redevenir comme ce qu'ils étaient avant, à défaut d'imaginer un avenir qui se situerait dans la continuité de leur situation actuelle. Fixés sur ce qu'ils étaient avant la perte de leur logement, ils témoignent de possibilités très limitées de projection dans l'avenir et de l'aspect déstructurant de leur situation SDF.



### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion n'ont pas le sentiment d'être véritablement différents depuis la perte de leur logement. A l'inverse de ceux qui fréquentent l'hébergement d'urgence, ils disposent d'un encadrement en CHRS qui leur permet de maintenir un mode de vie décent. Se saisissant de l'accompagnement socio-éducatif du dispositif, ils tentent de reprendre la main sur leur vie et prennent conscience des difficultés qui les ont menés à leur situation SDF. Certains diront que, par le passé, ils sont restés des années sans activité professionnelle, à ne rien faire ou encore à s'alcooliser sans sortir de chez eux. N'ayant plus le contrôle de leur vie, ils attendaient « un déclic » pour se ressaisir. Et c'est bien cette perte de logement effective qui a pris valeur de signal d'alarme et les a fait prendre conscience qu'ils devaient « remonter la pente ». Accompagnés par les travailleurs sociaux dans leurs démarches, ils peuvent enfin prendre des mesures de désendettements, se remettre à jour sur des points administratifs (carte vital, RSA, pôle emploi), refaire leur CV et rechercher un emploi ou une formation, ou encore traiter leur alcoolisme à l'aide d'un médecin. Leur situation SDF ne les plonge pas dans un état de sidération, dans un espace et un temps où rien ne se passe, où ils ne pourraient qu'imaginer redevenir comme ils étaient. Au contraire, ils tentent de se construire un avenir meilleur en considérant à la fois leur situation SDF actuelle mais aussi les erreurs de leur vie passée. On constate alors qu'ils font preuve de projection dans l'avenir, imaginent leur vie future et espèrent améliorer leur situation sociale et personnelle.

Les SDF inscrits en structure d'insertion parviennent ainsi à mettre un sens sur leur situation d'exclusion. Ils tentent d'analyser ce qui leur est arrivé, maintiennent un sentiment de permanence de soi et espèrent évoluer vers un avenir où, bien que différents, ils resteront eux-mêmes. Si la perte de logement fut douloureuse, tant elle a marqué l'aboutissement d'un échec social et personnel, contrairement aux autres SDF, ils ont su dépasser ce traumatisme et maintenir un sentiment de continuité identitaire. Le regard qu'ils portent sur leur histoire et leur vie actuelle témoigne d'une réflexivité et d'une élaboration possible des expériences vécues, ce qui leur permet d'envisager un avenir.

### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF accueillis en structure de stabilisation sont une large majorité à se sentir comme avant leur situation SDF. Ils ont l'impression de n'avoir jamais changé, d'avoir toujours vécu de cette façon. Si certains sont conscients de leur état de grande marginalité et de l'écart existant avec leur situation passée, ils ne font pas part d'un choc de leur mise à la rue. Leur discours est composé d'anecdotes, de bribes d'histoires totalement dépourvues d'affects. Ils pourront dire « : « oui, ça a été difficile quand je me suis retrouvé dans la rue mais on s'y habitue » ; ou encore « j'étais routier et c'est parce que j'ai perdu mon permis de conduire que je suis dans cette situation ». Souvent incapables de situer dans le temps le moment où ils sont devenus SDF, ni d'en expliquer les raisons, ces personnes évoquent un passé flou et confus. Lorsque l'on questionne la chronologie de leur parcours, on constate qu'elle est extrêmement vacillante et qu'elle ne relie aucun des événements qu'ils ont pu vivre. Ils mettent fréquemment en avant des pertes d'emploi, des séparations conjugales, ou encore des décès marquants de membres de leur famille, sans que l'on puisse les situer dans le temps, au point que l'on se demande souvent si ces événements se sont déroulés il y a 2 ans ou il y a 20 ans. Gravement perturbé, le temps ne fait plus sens (Emmanuelli, 2009a). Les dates, ainsi que leur chronologie, sont approximatives et rendent compte d'une histoire et d'un parcours extrêmement fragmentés.

Concernant la perte de leur logement et leur situation actuelle, les SDF accueillis en structure de stabilisation ne font pas part de rupture ni de choc brutal ayant provoqué une discontinuité identitaire. Cependant, au-delà de ne pas percevoir de changements suite à leur mise à la rue, ces SDF n'éprouvent pas de sentiments de permanence de soi. L'oubli de leur vie passée, autant que leur impossible projection dans l'avenir, paraissent des conditions nécessaires à leur survie au jour le jour dans un présent répétitif (Quesemand-Zucca, 2007). N'ayant pas le sentiment d'avoir changé par rapport à leur vie passée, ils ne pensent pas non plus être différents dans leur vie future.

#### **7.2.1.2. L'importance de la narrativité dans le maintien du sentiment de permanence de soi**

Declerck (2001) fait part de la fonction du discours, souvent de façade, tenu et répété par les SDF. Ce discours, conscient et manifeste, permet de légitimer leur existence en premier

lieu vis-à-vis d'eux-mêmes. Ainsi, la personne parvient à se convaincre qu'elle est au centre d'un processus causal qui la dépasse totalement, mais qui lui permet surtout de faire preuve de normalité. On observe alors, chez les SDF, une reconstruction autobiographique qui a pour fonction de servir le maintien de soi (Martinot, 2008). Si la narration d'un récit biographique par les SDF peut les dédouaner de leurs responsabilités, elle sert avant tout à mettre un sens sur leur situation et à fournir une cohérence interne et identitaire (Pichon, 2007). Face à la rupture, et parfois le traumatisme, que provoque la mise à la rue de la personne SDF, le récit biographique, qui s'inscrit dans une temporalité et un enchaînement logique, permet d'assurer a minima la permanence de soi. Que ce récit-écran soit bien ficelé ou totalement décousu, l'individu peut s'y raccrocher et parfois si coller pour devenir lui-même ce récit. Dès lors, sa narration permet aux SDF de tenir dans leur situation d'exclusion qui engendre de nombreuses atteintes identitaires.

#### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Le récit des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence leur permet d'expliquer et de légitimer leur situation. Tombés de haut lors de leur perte de logement, ils ont été pris dans une spirale qui leur a fait perdre l'équilibre et les a précipités dans leur situation SDF. Ce récit narre souvent l'histoire d'une séparation conjugale qui a enlisé ces individus dans l'alcoolisme et la dépression. A force de temps, ils ont été de plus en plus absents au travail et ont fini par perdre leur emploi. Accumulant les dettes jusqu'à ne plus pouvoir payer leur loyer, ils se sont retrouvés sans logement à la fin de leur procédure d'expulsion. N'ayant jamais pu imaginer devenir SDF un jour et pensant que cette situation n'arrivait qu'aux autres, ces individus n'ont pas tenté de se ressaisir quand les difficultés s'accumulaient et pensaient que les choses ne pouvaient que finir par s'arranger d'elles-mêmes. Si ce type de récit est composé d'une chaîne causale d'événements aboutissant à la situation SDF, cette dernière les sidère. Victime de malchance et d'un concours de circonstances malheureux qui conduit à la perte de leur logement, ils ne parviennent ni à penser, ni à métaboliser leur expérience SDF et ne peuvent qu'imaginer redevenir comme ce qu'ils étaient auparavant. Ils se raccrochent alors à un récit de leur vie passée, une histoire-fiction qui leur permet, dans une certaine mesure, de maintenir un sentiment de continuité de soi à travers le temps (Martinot, 2008). Toutefois, ce récit de vie ne semble pas permettre le travail psychique de leur mise à la rue et des nombreuses ruptures en tout genre qui ont jalonné leur vie passée.

### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion font généralement part d'une succession d'échecs les ayant conduits à leur situation SDF. Cette dernière est considérée comme l'aboutissement d'une longue descente. Ayant touchés le fond, ils peuvent alors tenter de rebondir. Faisant part, moins de circonstances extérieures que d'échecs personnels, ils ont conscience de ce qu'ils ont « raté » dans leur vie et tentent maintenant d'arranger les choses. A l'inverse des SDF usagers des CHU qui ont le sentiment d'être devenus des « moins que rien », les SDF inscrits en CHRS sont nombreux à penser s'être améliorés personnellement, à avoir gagné en maturité, de sorte qu'ils ne referaient pas les mêmes erreurs que par le passé. Ils devaient alors en arriver là, subir cet électrochoc de la perte du logement, pour enfin reprendre leur vie en main. Ils se projettent dans l'avenir et pensent continuer à s'améliorer jusqu'à mener la vie qu'ils idéalisent, comme avoir un logement, un emploi stable et une vie de famille. Cependant, l'idéalisation de cette vie future pose question tant elle colle à un idéal normatif qui est bien loin de tout ce qu'ils ont pu vivre par le passé. Comme s'ils n'avaient qu'à arrêter de boire de l'alcool pour ne plus être alcooliques, reprendre contact avec leur famille et leurs proches pour recréer un lien familial et amical, s'excuser auprès de leurs enfants qu'ils n'ont pas vu grandir pour reprendre leur place de père, etc. Ainsi, si les SDF inscrits en structure d'insertion semblent avoir pris conscience des difficultés de leur vie passée, ils se raccrochent à un récit idéalisé qui leur permet de tenir.

### *Chez les SDF en structure de stabilisation*

Les SDF en structure de stabilisation font part d'une histoire fragmentée, sans chronologie, floue et confuse. Si certains peuvent dire qu'ils avaient une vie de famille, un emploi et un logement par le passé, mais que désormais, ils ont tout perdu, leur récit ne fait pas sens. Elle est composée de bribes d'histoires, d'anecdotes qui ne sont ni datées, ni inscrites dans une temporalité qui suit un ordre chronologique. Ainsi, quand l'un explique sa situation par le fait qu'il ne peut plus exercer son métier de marin à cause de ses problèmes de dos, un autre met en avant qu'il était routier mais « qu'un jour il en a eu marre de se faire arnaquer par son patron » et a décidé de quitter son emploi, quand un autre fait part qu'il s'est retrouvé à la rue « parce que sa femme l'a viré de la maison ». Ces événements généralement vieux de plus de dix ans sont décontextualisés et évoqués sans mise en perspective avec leur parcours ou d'autres

événements vécus. Sans consistance ni cohérence temporelle, ces récits donnent le sentiment d'une vie vide dans laquelle rien ne se passe et où aucun événement ne peut faire date. Différents fragments d'histoires et de souvenirs, dénués d'affects et de temporalité, sont alors mis en avant et composent un pseudo récit de vie de ces individus. Bien qu'extrêmement restreint et parcellaire, les SDF se raccrochent à ce récit, se le racontent et finissent par se l'approprier comme étant leur propre vie. Dans cette confusion et ce flou de leur histoire, ils sont en quelque sorte dépossédés de leur propre vie (Declerck, 2001). Sans passé, ni avenir, ils ont l'impression d'avoir toujours été la même personne mais ne présentent pas de sentiment de permanence de soi.

## **7.2.2. Le sentiment de sécurité des trois groupes SDF**

### **7.2.2.1. La quête de repères et de stabilité**

Wrésinski (1987) définit la précarité comme la perte des « objets sociaux » tels que l'emploi, l'argent, le logement, ou encore les activités culturelles et sociales. Ces objets sociaux permettent le lien avec la société et favorisent les relations entre les individus. Reprenant cette définition de la précarité, Furtos (2008b) développe le concept de « précarité psychique ». Il distingue alors une précarité normale, qualifiée de constitutive, qui implique un état de vulnérabilité structurante et le besoin de l'autre. Prenant racine dans le lien entre le parent et le nourrisson, ce besoin de l'autre renvoie à l'âge adulte à la nécessité du lien social. L'état d'exclusion de la personne SDF peut conduire cette précarité normale et structurante à une précarité exacerbée où l'individu est en proie à une perte de confiance en soi-même, en l'autre mais aussi en l'avenir. Furtos (2008a) caractérise cette précarité exacerbée par une instabilité, une insécurité et la présence d'une souffrance psychique. Roussillon (2008a) relie, quant à lui, cet état de précarité à une mise à mal de ce qu'il nomme le besoin de sécurité. Ce besoin renvoie à la sensation de pouvoir s'appuyer sur une stabilité du « sol » et à s'étayer sur un cadre qui puisse porter et contenir. Ce besoin de sécurité prend ses sources dans le « *holding* » développé par Winnicott (1956), c'est-à-dire à ce besoin d'être porté et tenu par les bras maternels, qui s'illustre à l'âge adulte par la nécessité de pouvoir se situer et étayer son sentiment identitaire sur le cadre sociétal. En ce sens, l'individu tend à évoluer au sein d'un environnement présentant suffisamment de normes, de lois fixes, de repères et finalement autant d'éléments faisant office de constantes.

La perte de logement signe la situation SDF de la personne et prend valeur, si ce n'est de traumatisme, de choc lui faisant perdre ses repères antérieurs. N'ayant plus de logement, plus d'emploi, ne voyant plus leur famille et leurs amis, les SDF se mettent en quête de nouveaux repères dans leur environnement, celui de la rue et des dispositifs d'aide sociale.

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en CHRS mettent en avant la stabilité et le cadre que leur procure cette structure. Ils n'ont pas à se soucier de savoir où dormir, comment se nourrir, et savent que leur place au sein du CHRS est assurée pendant plusieurs mois. Cette prise en charge leur offre la possibilité de se « poser », d'être dans un état de tranquillité propice au travail de pensée et de réflexion sur leur vie passée comme à venir. Faisant part unanimement du soutien socio-éducatif et médical qu'ils trouvent auprès des professionnels du dispositif, ils parviennent à se saisir a minima des « mains tendues », de l'aide qui peut leur être apportée. Certains diront que, depuis qu'ils sont en CHRS, ils ont pu prendre le temps de refaire leur carte vitale, leur carte d'identité, qu'ils ont pu se régulariser au niveau du RSA, qu'ils suivent à nouveau leur traitement médical, qu'ils progressent dans leurs démarches pour entrer en formation professionnelle, pour être embauchés ou encore pour retrouver un logement. Avancés à différents niveaux dans leur projet d'insertion, ils mettent en avant que, sans ce cadre qu'ils trouvent au sein du CHRS, ils ne pourraient s'investir dans des démarches administratives, des projets ou des activités professionnelles. Les SDF inscrits en structure d'insertion disposent donc d'une certaine stabilité et se saisissent des repères offerts par leur environnement et leur prise en charge. Cette stabilité retrouvée, ils sont alors en mesure de prendre appui sur ce cadre protecteur pour tenter de construire et mener à bien leur projet d'insertion.

#### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Si les SDF accueillis en structure de stabilisation font part, à l'instar de ceux inscrits en CHRS, de la stabilité qu'ils trouvent dans le dispositif, cette dernière ne présente pas la même valeur structurante. Mettant en avant la tranquillité de leur vie, ils diront qu'ils « ne se prennent pas la tête, qu'ils ont leur petite télévision, leur chambre et qu'on ne les emmerde pas ». Des repères sont bien présents, mais leur immuabilité fait qu'ils ne sont pas structurants. Ainsi,

chaque matin, ils iront récupérer auprès des animateurs les quelques euros auxquels ils ont droit pour leur journée et iront acheter de l'alcool et du tabac. Puis, ils boiront pendant deux heures à tel endroit de la ville, reviendront ou non dans la structure pour déjeuner, feront la sieste, ressortiront pour faire la manche ou boire à nouveau de l'alcool et rentreront le soir au foyer. Ces mêmes activités se répètent quotidiennement, rythment leur journée et sont d'une grande rigidité. J'ai alors été confronté dans mon travail de recherche à la difficulté de trouver le moment opportun pour mener les entretiens avec eux. Et malgré l'immutabilité de l'organisation de leur quotidien, ils sont généralement dans l'impossibilité d'affirmer qu'ils seront disponibles ou non le lendemain pour participer à la recherche. Pour beaucoup de SDF reçus en entretien, ce sont les animateurs connaissant parfaitement leur mode de vie qui m'ont précisé leurs disponibilités. Pour une personne, ça pouvait être une heure avant le déjeuner au moment où elle revenait au foyer, quand pour une autre le moment du petit déjeuner était le plus propice avant qu'elle ne quitte la structure. Si ces SDF accueillis en structure de stabilisation disposent de cadre, de repères et de stabilité, leur immutabilité et leur extrême rigidité semblent favoriser une cristallisation psychique (Langlard et Bouteyre, 2013) et la mise en place d'une routine mortifère. Dans l'impossibilité d'élaborer leurs traumatismes, ces SDF semblent déposer des éléments de leur vie psychique dans l'espace public, de sorte que leurs comportements et leurs conduites signent un passage à l'acte constant dans l'espace de la rue (Colin et Duez, 2008).

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont dans des situations bien différentes de celle des deux autres groupes. Ils mettent en avant l'absence totale de stabilité de leur vie. Remis à la porte du foyer le matin, ils sont contraints de passer la journée dans la rue sans savoir où ils pourront dormir les prochaines nuits. Rappelons qu'à Rouen, le dispositif du 115 propose des « forfaits » pour trois nuits d'hébergement d'affilées. Puis, les SDF devront réitérer leur demande et se verront régulièrement sans solution d'accueil avant de retourner dans le circuit de l'hébergement d'urgence. Ces personnes font part de leur détresse. Elles ne savent pas comment s'en sortir, ne peuvent mettre en place aucune démarche, sont dans une incertitude totale vis à vis de leur avenir et dans une insécurité de tous les moments. Damon (2002) propose la métaphore d'une partie de « ping-pong » dans laquelle la personne SDF est la balle qui est renvoyée de foyer en foyer et de lieu d'orientation en lieu d'orientation. J'ajouterai à cette métaphore que la personne, symbolisée par cette balle de « ping-pong », n'est pas

systématiquement renvoyée vers un autre. Bien souvent elle n'est pas renvoyée et tombe par terre, dans la rue. Cette métaphore illustre bien cette chute, sans accroche possible, que les SDF mettent en avant. Tombés de haut lors de la perte de leur logement, ils ont l'impression de s'enfoncer de jour en jour et ne savent quand ils pourront rebondir. Ils ne trouvent pas dans le dispositif d'hébergement d'urgence le cadre protecteur sur lequel s'appuyer. Ces SDF, en situation de « désaide » (Freud, 1920), se retrouvent totalement seuls et impuissants (Vandecasteele et Lefèbvre, 2006). Certains se noient dans l'alcool, n'espèrent plus rien, et trouvent un semblant de stabilité et de constance dans leur survie au jour le jour. L'un d'eux a pu me dire : « vous savez, c'est plus facile de se laisser aller que de se ressaisir » ; et un autre : « il faut que je reprenne le taureau par les cornes, mais c'est trop dur, je n'ai plus la force ». Si certains préfèrent, de façon plus ou moins consciente, toucher le fond pour mettre fin à leur chute, d'autres en ont peur et ne veulent pas tomber aussi bas. Une personne me dit alors : « j'ai peur de tout lâcher, de me négliger, de ne plus vouloir faire attention à mes habits, de ne plus vouloir prendre de douche », marquant finalement sa crainte de ne plus vouloir s'en sortir. Une autre me confie qu'elle se force à acheter des vraies cigarettes pour ne pas tomber dans la facilité du tabac à rouler, dernière étape selon elle avant de ramasser les mégots dans la rue.

### *Pour conclure*

Comme l'avaient souligné Lamia et Esparbès-Pistre (2004), la précarité met à mal les repères antérieurs de l'individu. Sans repère ni cadre protecteur, les SDF ne parviennent plus à mettre de sens sur leurs situations vécues. Ils vont alors tenter de se saisir des éléments de stabilité qu'ils trouveront dans leur environnement. Si le CHRS permet un étayage et propose des repères structurants à la personne qui pourra s'en saisir pour penser sa situation et tenter de s'en extraire, ces repères peuvent aussi être trouvés dans la rue (Sarrazin, 2002). Ces derniers, à l'inverse des objets sociaux liant l'individu à la société (Furtos, 2011), font lien avec le monde de la rue. Investis par les SDF en structure de stabilisation, ces repères de la rue les maintiennent dans une routine où rien ne se passe et dans une survie mortifère. L'absence de tout cadre et de tout repère entraîne quant à elle un sentiment de chute chez l'individu qui ne trouve aucune accroche dans son environnement. L'instabilité et l'insécurité sont alors totalement destructurantes pour les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, de sorte qu'elles empêchent l'élaboration et la métabolisation des expériences vécues.



## 7.2.2.2. Les différentes façons d'habiter

### 7.2.2.2.1. L'appropriation d'un habitat

Dans notre société, le fait d'habiter renvoie à la conjonction entre un espace donné et un individu. Ce dernier attribue à cet espace des qualités qui lui permettent de s'y identifier. S'il revient à l'anthropologie, le fait d'avoir considéré l'habitat autrement que dans la conception utilitaire du logement, la psychologie s'est intéressée à la notion d'appropriation pour penser ce lien entre l'individu et l'espace. Ce sont les possibilités d'appropriation de l'individu qui permettent d'habiter un lieu, de l'investir comme un espace propre dans lequel il peut préserver sa part intime autant que sa part sociale. Tel un « chez-soi », cet habitat offre des repères à l'individu et prend une fonction contenante. Il permet un retrait de l'individu et la préservation de son intimité face aux violations provenant de l'extérieur. La perte de l'habitat et de sa fonction contenante (Eiguer, 1995) rend les SDF exposés à la fois physiquement et psychiquement aux attaques venant de l'extérieur. La problématique de l'habitat et des possibilités d'habiter des SDF dans leurs différents modes de résidences ou d'hébergement ont été soulevées par certains auteurs (Bruneteaux, 2006 ; Clément *et al.*, 2004 ; Dambuyant-Wargny, 2006 ; Pichon, 2002 ; Thalineau, 2002). La question de l'espace privé est centrale dans cette problématique et il est alors nécessaire de porter son attention sur le degré possible d'appropriation de cet espace privé, sur sa visibilité et sur son temps d'occupation possible (Dambuyant-Wargny, 2004).

#### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Si nous avons vu que les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence font part de l'instabilité de leur mode de vie, eux qui sont remis à la porte du foyer chaque matin et dans l'incertitude d'y retrouver une place le soir même, ils mettent également en avant les difficultés de la vie en collectivité. Également soulevées par Thalineau (2002), ces difficultés renvoient à la présence des autres usagers, à leurs bruits, à leurs comportements, à leurs odeurs, parfois à leur folie ou encore à leur état d'ébriété. La saleté des locaux et le manque d'hygiène de la population accueillie sont aussi un problème. Certains disent dormir tout habillés pour ne pas risquer d'attraper une infection, se laver en gardant leurs tongs aux pieds car il y a des excréments au sol dans les sanitaires ou encore que manger en compagnie des autres SDF leur

coupe l'appétit à l'heure du repas le soir. Bien que la personne dorme dans un box avec une porte fermant à l'aide d'un loquet intérieur, elle est tout de même dans une chambre collective. Si elle est protégée des intrusions physiques et à l'abri des regards durant la nuit, ses autres perceptions sensorielles sont mises à rude épreuve. Elle est alors soumise à l'odeur des autres SDF, à leurs ronflements, parfois à leurs cris et tout simplement à leur présence. On voit donc que ce centre d'hébergement d'urgence sert d'abri pour la nuit mais qu'il n'offre pas à la personne la possibilité d'habiter ce lieu ou plus simplement de se reposer véritablement. Dès lors, comprenons que ces SDF ne bénéficient pas des fonctions contenant et protectrices de l'habitat. Ils ne peuvent ni s'approprier l'espace, ni l'investir dans le temps, et sont dans une insécurité et une promiscuité constantes qui ne leur permettent pas de préserver leur intimité. Dans cette situation d'hébergement d'urgence, ils sont soumis à des attaques de l'extérieur qu'ils ressentent comme une violation de leur personne.

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion pour une durée de six mois, renouvelable plusieurs fois, parviennent à habiter partiellement le CHRS. Moins gênés par la collectivité, ils trouvent en ce lieu la tranquillité et la possibilité d'être seuls. Lorsqu'ils ne se sentent pas bien, qu'ils « pètent un plomb » comme ils le disent, ou encore qu'ils ne souhaitent pas être dérangés par les autres SDF, ils ont la possibilité de trouver refuge dans leur chambre pour s'isoler. Si ce lieu leur permet d'entreposer des affaires personnelles en toute sécurité, ils restent vigilants à ne pas l'investir trop affectivement et refusent généralement, par exemple, de la décorer et de l'aménager selon leurs envies. En effet, investir pleinement leur chambre et ce foyer entraînerait le risque de s'installer durablement dans leur situation. Et si certains ne le souhaitent pas, pour d'autres, ce sont les travailleurs sociaux qui le leur rappellent. Ils ne sont pas chez eux et savent que leur accueil n'est pas une fin en soi, mais bien un temps servant de tremplin vers leur réinsertion. Et à défaut d'insertion réussie, ils ont conscience qu'ils devront quitter la structure à un moment donné. Ainsi, bien que le CHRS permette de préserver l'intimité des SDF, il ne répond pas pleinement à la fonction d'habitat. Ils ne peuvent s'approprier cet espace comme un « chez soi » durable pouvant être pleinement investi affectivement. De plus, cette structure n'offre pas la fonction sociale de l'habitat en ce sens que de nombreux SDF font part de leur impossibilité de vivre avec une compagne ni même de recevoir des amis ou de la famille.

### Chez les SDF inscrits en structure de stabilisation

Les SDF accueillis en structure de stabilisation investissent, quant à eux, pleinement ce lieu. Ils payent un loyer chaque mois (une partie de leur RSA est retenue par le dispositif) et se sentent locataires de la structure. Sachant qu'ils peuvent y rester durant des années, ils aménagent leur chambre et la décorent, acquièrent une télévision et parfois même un aquarium. Ils fument et boivent de l'alcool dans leur chambre et se l'approprient pleinement. On observe également qu'à la structuration routinière de leur quotidien correspondent des lieux fixes qu'ils ont investis, bien que ces espaces soient publics et ne puissent être totalement appropriés. Par leurs dires et par mes observations tout au long de ce travail de recherche, j'ai constaté qu'aux différentes heures de la journée, ces personnes fréquentent des endroits spécifiques de la ville. Certains restent assis sur un petit muret à 100 mètres du foyer chaque matin, se rendent à telle place du quartier l'après-midi, font la manche devant tel magasin, et ce, quotidiennement. Ils ont leurs habitudes, sont toujours assis au même endroit, de sorte qu'ils font partie du paysage urbain. Ils peuvent ainsi dire qu'ils sont connus dans le quartier et que tout le monde vient leur dire bonjour. Quesemand-Zucca (2007) parle, quant à elle, « d'asphaltisation » des SDF qui parviennent à trouver des repères par leur ancrage et leur fixation dans l'espace de la rue.

#### 7.2.2.2.2. L'enveloppe corporelle et la capacité de contenance

Fierdepied *et al.* (2012) notent qu'à l'effraction psychique de la situation SDF, s'ajoute pour l'individu une perte des contenants psychiques, sociaux, culturels et familiaux. L'exclusion de ces cadres culturels et sociaux signifie une perte de leurs enveloppes contenantes. Précédemment, on a vu que les SDF parvenaient, ou non, à s'approprier dans une certaine mesure leur structure d'accueil comme un habitat. Cependant, rappelons aussi que de nombreux SDF (notamment en CHU et en structure de stabilisation) vivent dans la rue durant la journée et s'exposent au public. Aux différentes fonctions de l'habitat, l'analogie est souvent réalisée en psychologie avec les limites du corps de l'individu, et notamment avec le « Moi-Peau » développé par Anzieu (1985). Cette analogie trouve d'autant plus son importance et sa pertinence auprès des SDF qui sont matériellement dépourvus d'un habitat. Ce Moi-Peau prend fonction d'enveloppe contenante en délimitant le dedans et le dehors, le monde interne et le monde externe. La perte des enveloppes psychiques (Anzieu, 1985) entraîne des confusions entre l'interne et l'externe, entre l'espace privé et l'espace public. Dépourvue de la fonction

pare-excitante de ces enveloppes, la personne ressent le monde externe comme persécutant. Dès lors, l'environnement fait intrusion et les débordements pulsionnels internes sont difficilement contenus.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Concernant les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, leur enveloppe corporelle est parfois la seule chose qui puisse faire contenance, eux qui n'ont plus que leur corps, pour reprendre l'expression de Dambuyant (2006). La mise à mal de cette enveloppe s'illustre dans les difficultés, dont ils font part, à préserver leur apparence et à maintenir une hygiène correcte, tout en vivant dans la rue. Ils peuvent dire que « la rue marque le corps et le visage » ou que « les gens arrivent à le voir quand une personne à passer la nuit dehors ». Un autre fait part, qu'en seulement quelques mois, il a l'impression d'avoir vieilli de dix ans, que son visage s'est abîmé. Toujours usés, leurs habits ne peuvent rester propres longtemps. L'un d'eux me dit : « imaginez que j'arrive la gueule enfarinée devant un patron, je ne vais pas être crédible une seconde ». Ne disposant d'aucun cadre ni d'aucun lieu prenant fonction de contenance, leur exposition constante au sein de l'espace public les affecte profondément et attaque leur enveloppe corporelle déjà mise à mal par leur situation SDF. Ils ne peuvent préserver leur vie intime et, sous l'œil constant du public, donne à voir la déchéance de leur vie.

### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion prennent soin de leur corps et de leur apparence. Cette enveloppe corporelle, si elle permet de contenir la part intime du sujet, a aussi un rôle de façade, en ce sens qu'elle conditionne le rapport que l'individu veut instituer avec l'extérieur et, finalement, ce qu'il souhaite montrer aux autres. Ainsi, dans l'hygiène qu'ils maintiennent et le soin porté à leur corps, ces individus montrent qu'ils se respectent et que, de fait, ils ne sont pas comme d'autres SDF qui se laissent aller dans leur déchéance.

### Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation

Les SDF accueillis en stabilisation ne portent plus aucun intérêt à leur apparence ni au soin corporel. Leurs habits sont troués et sales, à l'instar de leur corps intensément abimé. Ils peuvent uriner et déféquer sur eux et dans leurs vêtements sans en être dérangés. Nous pouvons alors penser que leur odeur, la saleté de leurs habits et de leur corps leur servent de seconde peau permettant de pallier les défaillances de leur enveloppe psychique. La carapace de certaines de ces personnes rejoint ce que Mathieu (2014) nomme « le manteau cloacal » ; ce dernier, pouvant être investi comme un proto-habitat (Mathieu, 2014), favorise l'anesthésie de la vie psychique et des atteintes corporelles de la personne. En tant qu'observateur, j'ai souvent constaté l'absence manifeste d'affects autant que de souffrance physique chez ces personnes présentant fréquemment de graves atteintes corporelles. La mise en scène de ce désinvestissement corporel dans l'espace public permettrait alors que cette souffrance latente trouve un destinataire susceptible de la métaboliser. On rejoint ici le mécanisme d'« échoïsation » décrit par Charreton *et al.* (2012). Par ce mécanisme, la déchéance à la fois psychique et morale des SDF fait écho chez le passant, chez l'autre qui est spectateur. Atteint par cette souffrance, ce destinataire va, par des réactions d'indignité, d'empathie ou bien même de rejet, figurer cette souffrance qui ne parvient pas à être élaborée autrement. Il s'agit bien ici de cette souffrance et de ce désarroi que j'ai pu ressentir face à ces personnes ne ressentant ni leur exclusion ni la douleur de leur corps meurtri.

### **7.2.3. Le sentiment de maîtrise des trois groupes SDF**

#### **7.2.3.1. Du sentiment de maîtrise de sa vie au fait d'être instrumentalisé par les dispositifs sociaux**

L'attribution causale est un processus qui permet à la personne d'avoir un sentiment de maîtrise sur son environnement et de se construire une connaissance stable de la réalité (Heider, 1958). Confrontée à une situation hors de contrôle, la réalité ne fait plus sens et la personne ne parvient plus à faire le lien entre ce qu'elle fait et ce qui lui arrive (Seligman, 1975). Dans une quête de sens, la personne tend à croire qu'elle peut contrôler sa vie et son environnement, en éliminant le hasard de la cause des événements qui se présentent à elle (Lerner, 1980). Lipiansky (2005) considère alors le besoin de contrôle comme un besoin identitaire et met en

avant la nécessité pour l'individu d'avoir le sentiment d'être à l'initiative de ses comportements et d'avoir une certaine maîtrise sur sa vie et son environnement.

Certains auteurs notent que dans notre société, le droit à l'insertion s'est transformé en un devoir, pour l'individu, de s'insérer (Astier, 2007 ; Duvoux, 2009a,b). Cette obligation de tout faire pour s'insérer s'illustre par la contractualisation de l'aide à l'œuvre dans les différents dispositifs d'insertion tels que le RSA ou encore la prise en charge par les CHRS. Dès lors, cette conception amène à responsabiliser la personne vis-à-vis de sa propre situation SDF et de ses possibilités de réinsertion, en mettant au second plan la responsabilité structurelle et sociale. Les dispositifs sociaux ont intégré, dans leur organisation et leur fonctionnement, cette responsabilité individuelle (Michalot, 2010). A tel point que Levéné (2006) met en avant la tendance des travailleurs sociaux à juger positivement une personne qui met en avant une responsabilité individuelle quant à sa situation et qui fait part d'une motivation à tout mettre en œuvre pour s'en extraire.

Si l'assistance permet de pallier les effets des inégalités et de la pauvreté, elle est humiliante quand l'individu est contraint de la demander (De Gaulejac, 1996). Se soumettant à une série de règles et de procédures, il devient l'objet de cette assistance. L'individu pris en charge par le dispositif d'aide sociale doit faire ce qu'on attend de lui et, comme le souligne Paugam (1991), qu'il reconnaisse son infériorité et sa dépendance. Il doit alors parler de lui, se raconter et montrer sa fragilité pour mériter d'être aidé et bénéficier d'une protection. Des injonctions paradoxales émanent alors des dispositifs qui imposent aux SDF de reconnaître leur dépendance au professionnel et d'affirmer, dans le même temps, leur volonté d'être autonomes (Duvoux, 2009a,b). Fréquemment tutoyés et appelés par leur prénom, les SDF doivent répondre à des règles strictes lorsqu'ils sont pris dans l'engrenage des dispositifs d'aide sociale. Ils doivent réaliser telle ou telle démarche, respecter la rigidité des horaires des douches, des repas, d'ouverture et de fermeture des structures d'accueil. Violente pour les SDF, leur prise en charge s'accompagne souvent d'un vécu d'instrumentalisation et d'infantilisation. Enfermés dans le circuit du dispositif, ils appartiennent à tous, aux différentes structures qui les prennent en charge et sont alors dépourvus de leur humanité (Bruneteaux, 2006). Triés et classés en fonction de leur âge, de leur nationalité, de leur problématique psychiatrique ou encore de leur degré d'employabilité, seuls, les SDF « les plus compétents » et en mesure de se plier aux exigences institutionnelles accéderont aux dispositifs d'insertion (Soulié, 1997).

### **7.2.3.2. Les différents types de contrôle et leurs fonctions chez les SDF**

#### 7.2.3.2.1. Le contrôle interne des SDF accueillis en structure d'urgence et en structure d'insertion

Les SDF hébergés en CHU ou en CHRS, ont un LOC Interne dominant, un LOC Externe-Autre élevé et un LOC Externe-Chance faible. S'ils s'en remettent au hasard ou à la chance pour rendre compte d'événements divers susceptibles d'être vécus et qu'ils considèrent que leur situation au sein de leur structure d'accueil respective relève du dispositif de veille sociale, pour le reste, ils ont le sentiment d'avoir eux-mêmes le contrôle. Qu'il s'agisse de défendre leurs intérêts et ce qui est bon pour eux, d'obtenir ce qu'ils désirent, de réaliser leurs projets et plus globalement de contrôler leur vie, ils font preuve d'internalité. Cependant, bien que cette configuration des dimensions du LOC soit semblable chez ces deux groupes SDF, elle prend un sens différent en fonction de ces derniers.

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

La dominance du contrôle interne des SDF inscrits en structure d'insertion peut être reliée à cette norme sociale d'internalité (Beauvois, 1984 ; Beauvois et Dubois, 1988 ; Jellison et Green, 1981). Dans nos sociétés, chaque personne est responsable de ses actions, de sa vie, de ses réussites, comme de ses échecs. Dès lors, pour qu'une réinsertion soit possible, la personne doit se calquer sur cette conception. Rappelons que l'admission dans un CHRS est conditionnée par un projet individuel dans lequel la personne doit convaincre de sa volonté de s'insérer. Dès lors, comprenons que les SDF qui mettent en avant ne rien pouvoir faire pour s'en sortir, car tout leur est dû au hasard ou à la chance, ne sont pas en adéquation avec la prise en charge en CHRS. Les SDF doivent donc répondre à cette norme d'internalité, prendre une large part de responsabilité quant à leur mise à la rue, se motiver et tout faire pour se réinsérer. Et c'est bien ce que l'on constate chez les SDF inscrits en structure d'insertion. Ils tentent d'analyser leurs échecs passés, traitent leur alcoolisme ou leur toxicomanie, s'inscrivent dans des formations et mènent des démarches visant à s'extraire de leur situation SDF.

Le haut niveau d'internalité des SDF inscrits en structure d'insertion contraste avec la faiblesse de leur LOC Externe-Chance, ce dernier renvoyant à une absence de maîtrise, au fait que tout événement est dû au hasard et a des conséquences imprévisibles. Cependant, on

observe un LOC Externe-Autre important chez ces individus. En effet, si les CHRS ont pour mission d'autonomiser les SDF pris en charge, dans le même temps, ces structures les mettent en position d'assistés et dans un état de dépendance. C'est bien là le paradoxe de ce dispositif. Toutes les démarches et toutes les initiatives des SDF se font sous le contrôle de leur animateur référent. Que ce dernier facilite l'individu (« il m'aide beaucoup dans mes démarches ») ou qu'il soit un obstacle (« je ne sais pas comment il se débrouille, mais à chaque que je le vois, faut tout recommencer. Ca n'avance pas »), le travailleur social est omniprésent dans le parcours d'insertion de la personne. Quant au règlement et au fonctionnement de ce type de structure, eux aussi s'opposent à l'autonomie de la personne. Beaucoup se plaignent de ne pas pouvoir mener une vie autonome, de ne pas être libre de pouvoir avoir une compagne et dormir de temps en temps chez elle, de ne pas pouvoir partir quelques jours dans leur famille ou chez des amis, ou encore de ne pas être en mesure de recevoir des gens au sein de la structure, sous peine d'être exclus du CHRS.

Les SDF inscrits en structure d'insertion ont donc un haut degré d'internalité. Ils ont assimilé le fait que, pour prétendre à l'insertion, il leur faut porter personnellement la responsabilité de leur situation et prendre eux-mêmes le contrôle de leur vie. Si cette internalité est considérée comme nécessaire à l'insertion, elle est également une injonction paradoxale de la part du dispositif qui, dans le même temps, assiste ces individus et les rend dépendants de leur prise en charge.

#### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont, eux aussi, un LOC Interne dominant. Et pourtant, ils sont dans une situation où ils ne maîtrisent rien. Pas plus qu'ils ont pu contrôler la succession d'événements qui les ont conduits à la perte de leur logement, ils ne peuvent maîtriser leur vie actuelle et future. Plongés dans un environnement totalement instable où tout est incertitude, la dominance de leur LOC Interne apparaît défensive chez ces individus. En effet, maintenir un sentiment de contrôle dans un environnement qui ne leur offre aucun moyen d'action peut être une manière de mettre du sens sur une situation et une vie, qui leur paraissent insensées. Ce haut niveau d'internalité est à mettre en relief avec la faiblesse de leur LOC Externe-Chance. Ici, le risque de considérer que tout est lié au hasard, que rien n'est prévisible, ne ferait pas sens. En effet, ces individus font part de leur crainte de tout lâcher, de se laisser



aller au gré des événements et de s'enfoncer encore un peu plus dans leur situation SDF. Dès lors, maintenir un sentiment de contrôle interne est ce qui les tient, même s'ils sont sans solution pour s'extraire de leur situation.

Ils présentent également un LOC Externe-Autre élevé, qui est à mettre en lien avec leur soumission et leur dépendance vis-à-vis du dispositif. Cependant, bien qu'élevé, son intensité doit être relativisée au regard de la forte instrumentalisation du dispositif d'hébergement d'urgence. En effet, la vie de ces SDF est rythmée par le dispositif. Chaque matin, ils sont mis à la porte du foyer et sont contraints de retourner dans la rue. Puis, ils vont au centre d'orientation, ou appellent le 115, et bénéficient, ou non, d'un hébergement pour la nuit. S'ils souhaitent s'extraire de leur situation en intégrant un CHRS, ils devront convaincre les travailleurs sociaux qu'ils sont réinsérables, faire un projet d'insertion, se soumettre à la décision de la structure et attendre plusieurs mois avant que leur admission soit effective. Dès lors, ce lieu de contrôle, davantage Interne qu'Externe-Autre, peut traduire cette volonté chez la personne de refuser de se considérer comme un « objet-SDF » baladé de structure en structure et remis à la rue chaque matin. Ainsi, par cette configuration du LOC, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence pourraient tenter de maintenir leur statut d'humain autant que leur dignité.

#### 7.2.3.2.2. L'absence de contrôle des SDF accueillis en structure de stabilisation

Les SDF accueillis dans une structure de stabilisation ont un LOC Externe-Chance dominant sur presque tous les domaines investigués. Ils ont le sentiment que tout ce qu'ils vivent est lié au hasard, qu'il s'agisse de leur admission et leur maintien au sein du foyer, des divers événements qu'ils rencontrent au cours de leur vie, ou encore de ce qui leur arrive de bon ou mauvais. Ainsi, ni eux-mêmes, ni un autre, ne sont en mesure de contrôler globalement leur vie, cette dernière évoluant de manière hasardeuse, au gré de la chance ou de la malchance dont ils pensent être les objets.

La dimension Externe-Autre du LOC est la plus faible chez ces individus. Pourtant ces SDF en structure de stabilisation sont les plus en proie à l'instrumentalisation, à l'assistanat, parfois même à l'infantilisation, du dispositif de prise charge et des travailleurs sociaux. S'ils ont accepté leur place au sein de cette structure, ce sont bien les travailleurs sociaux qui ont

formulé une demande d'admission. De plus, ces individus sont extrêmement dépendants vis-à-vis du dispositif en ce sens que ce sont les animateurs qui gèrent leur compte en banque, qui planifient leurs rendez-vous administratifs et médicaux, qui leur donnent chaque jour un peu d'argent pour acheter leur alcool et leur tabac, qui leur demandent d'aller se laver ou encore de changer de vêtements. Cette assistance, parfois même cette infantilisation et, finalement, cet état de totale dépendance envers le dispositif n'est pas ressenti consciemment par les SDF et ne semble pas non plus les affecter. Au vu de leur enfance, cette infantilisation pourrait venir combler des soins maternels qui ont fait défaut précocement. Renvoyant au « *handling* » de Winnicott (1956), la question est alors de savoir s'ils parviendront à se départir de ce type de soins, comme c'est le cas dans le bon développement de l'enfant.

Bien que largement en proie à une absence de contrôle sur de nombreux événements de leur vie, ils ont le sentiment d'avoir un contrôle sur la réalisation de leurs projets et sur l'obtention des choses qu'ils désirent. Sans possibilité de projection dans l'avenir, la notion de projet est assez vague chez ces individus SDF. Mais ils pourront dire, par exemple, que si un jour ils souhaitent quitter le foyer, ils le feront ; ou encore qu'ils sont maîtres de faire le projet, ou non, d'acheter une télévision. Il en est de même de ce qu'ils désirent. Ainsi, s'ils ont envie de rester dans leur chambre pour faire la sieste, ils le décident par eux-mêmes, au même titre que lorsqu'ils ont envie de boire de l'alcool ou de partir se promener en ville. La maîtrise qu'ils ont de quelques événements et envies qui rythment leur quotidien, leur permet de reprendre un sentiment de contrôle sur leur vie, cette dernière se limitant à une vie au jour le jour.

La configuration des dimensions du LOC des SDF accueillis en structure de stabilisation rend compte d'une absence de maîtrise de leur vie. Dictée par le hasard et l'imprévisible, cette vie est une succession d'événements chanceux ou malchanceux qu'ils n'ont pu, et ne peuvent, maîtriser. Sans attente par rapport à leur avenir et sans réflexivité sur leur histoire et sur leur parcours, ils se laissent vivre au jour le jour et prennent la maîtrise de ce qui compose leur quotidien, c'est-à-dire la satisfaction de leurs envies dans l'instant présent. Ainsi, quand ils voudront boire de l'alcool, ils boiront. Libérés de l'influence et des contraintes du social, autant que d'eux-mêmes et de leur histoire, ils se sentent libres, libres de se laisser vivre au gré de leurs désirs amenant une satisfaction immédiate.

### **7.3. Discussion relative à la question de recherche n°3 : Le versant social de l'identité des SDF**

#### **7.3.1. Le sentiment d'appartenance sociale des trois groupes SDF**

##### **7.3.1.1. L'impact de la stigmatisation sur le sentiment d'appartenance sociale**

Damon et Firdion (1996) rappellent que les SDF forment un groupe hétérogène qui se vit comme tel, chacun tenant à se différencier de celui qu'il considère comme tombé plus bas que lui. Si la société porte un même regard stéréotypé sur tous les SDF, qu'elle les assimile les uns avec les autres, les SDF ne se sentent généralement pas appartenir à ce groupe SDF. Le sentiment d'appartenance est un élément fondamental tant il sert de cadre de référence à la constitution du soi (Martinot, 2008). Notons que le groupe SDF est artificiel tant chaque individu qui le compose y est inclus par son exclusion de la société. Bien que pouvant être durable, cette situation SDF est temporaire. L'individu ne naît pas SDF, il le devient lors de la perte de son logement et sort de ce groupe SDF au moment où il en retrouve un. L'artificialité de ce groupe SDF fait qu'il n'a pas la valeur structurante d'autres groupes constitués, même lorsque ces derniers sont stigmatisés. Si des codes et des conduites, ceux de « la vie à la rue », peuvent être similaires, ce groupe SDF ne reste qu'une construction administrative et ne permet pas la pleine affiliation de la personne.

Deschamps et Moliner (2008) considèrent que l'identité de la personne se caractérise en partie par des traits d'ordres sociaux. Ces derniers font référence à la position de l'individu dans une structure sociale, à son appartenance à un groupe avec lequel il partage de nombreuses similitudes. L'individu se perçoit alors comme semblable aux membres de son groupe (le « nous »), et différent des membres des autres groupes (le « eux »). Dans cette conception, plus l'individu se sent ressemblant à un groupe et pense partager des points communs avec lui, plus il sera en mesure de s'y identifier et plus il se sentira différent des autres groupes.

Dans notre société, la crise de l'emploi et la précarité sont telles, que chaque individu craint de perdre son logement un jour (Charreton *et al.*, 2012). Dans cette configuration, les SDF deviennent des vecteurs d'angoisses collectives et suscitent chez l'autre la peur de tout perdre et de devenir comme eux. Ces sentiments sont nourris par le jugement négatif du discours médiatique qui caractérise cette population (Bresson-Bayer, 1994). Le refus de travailler, le manque de volonté, l'incapacité de se préparer un avenir, le manque d'hygiène, la fragilité

mentale ou encore l'alcoolisme, sont souvent évoqués pour qualifier les SDF. Les facteurs macrosociologiques sont, quant à eux, souvent passés sous silence pour laisser place à l'individualité de ce phénomène SDF. Ces caractéristiques attribuées aux SDF sont des stéréotypes. Ces derniers permettent, comme le met en avant Lippman (1922), de caractériser les membres d'un groupe rapidement et de façon économique sur le plan cognitif. Notons que ces stéréotypes sont partagés par tous et qu'ils n'échappent pas aux SDF qui vont, eux-mêmes, qualifier négativement cette population et pointer des caractéristiques, avant tout, d'ordre individuel.

Au sein de la population SDF, c'est la catégorie SDF qui porte le stigmate. L'individu devient alors stigmatisé dès qu'il entre dans cette catégorie (Bresson-Bayer, 1994). Becker (1985), quant à lui, ne parle pas de stigmate, mais d'étiquette qui désigne le déviant. Ici, les SDF transgressent la norme de logement et il leur est apposé cette étiquette. Que l'on parle de stigmate ou d'étiquette, la majorité des individus SDF ne peuvent le cacher et sont conscients de l'infériorité de leur statut social (Farrington et Robinson, 1999). Posée, et même imposée, en premier lieu par la société et ses membres, les SDF qui reçoivent cette étiquette vont être contraints de vivre avec. Mais ils ne feront pas que subir cette étiquette, ils vont aussi la négocier (Goffman, 1975) et se positionner vis-à-vis d'elle. Une question d'importance qui se pose est alors celle de l'adéquation entre l'étiquette et la réalité. Farrington et Robinson (1999) observent alors que l'individu, dans les premiers temps de sa situation SDF, se distingue de cette étiquette SDF, mais qu'au fur et à mesure du temps qui s'écoule, il finit par devenir cette étiquette, par devenir cette image SDF.

### **7.3.1.2. Les différentes négociations de l'étiquette SDF**

#### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence refusent généralement leur appartenance à la population SDF. Cependant, ils ont des difficultés à se différencier objectivement de cette dernière. Ils peuvent alors dire que « tout le monde est dans la même galère » ; que « quand on est obligé d'aller dans les centres d'hébergement d'urgence, c'est qu'on est vraiment tout en bas ». S'ils considèrent être, comme les autres SDF, dans une situation lamentable, ils vont tenter de se mettre à distance de cette population et de cette étiquette SDF qui les affecte et

qu'ils refusent d'endosser. Ils mettent alors de nouveaux critères de comparaison en place, de manière à devenir incomparable avec cette population SDF et à s'y tenir à distance (Bresson-Bayer, 1994). Si leur situation et leur mode de vie ne les différencient pas des SDF, ils vont alors mettre en avant des critères affectifs, mentaux, pour s'en distinguer. Ainsi, certains disent : « ils se complaisent dans leur situation et moi non » ; un autre dira : « ils vivent comme des bêtes, n'arrivent même plus à parler [...] moi, regardez, j'arrive à discuter » ; ou encore « ils sont tous fous ici, moi je suis pas comme eux ». Cette façon de changer les critères de comparaison pour se détacher de l'étiquette stéréotypée de leur propre groupe est ce que Farrington et Robinson (1999) ont pu nommer, la stratégie de « mobilité sociale ».

Cette différenciation avec le groupe SDF doit idéalement, pour l'individu SDF, mener au rapprochement avec le groupe société (Deschamps et Moliner, 2008). C'est ce qui fait défaut chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence. N'ayant aucun point commun, aucune similitude avec les gens insérés, ils ne parviennent pas à se rapprocher de ce groupe. Ils diront qu'ils ne peuvent pas se comparer avec les personnes insérées, que leur vie est beaucoup trop différente. Sans loisir, sans logement, sans relations avec leur famille ou leurs amis et contraints de vivre dans la rue et dans les foyers, ils ne sentent plus appartenir à la société. Trop éloignés de la population insérée, ils favorisent alors des comparaisons descendantes vers l'endogroupe (Farrington et Robinson, 1999 ; Morse et Gergen, 1970 ; Wills, 1981). L'un d'eux dit ainsi : « je suis SDF, mais je ne suis pas le pire, il y a des vrais clochards ici ». Dès lors, leurs comparaisons sociales, limitées à des stratégies de différenciation avec la population SDF, ne sont pas pleinement opérantes puisqu'elles ne les rapprochent d'aucun groupe d'appartenance auquel se raccrocher et s'identifier.

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion mettent en avant une multitude de différences avec la population SDF. De cette manière, ils parviennent à s'en distinguer et à se tenir à distance de cette étiquette SDF. Ainsi, ils font part de la qualité de leur hygiène, du fait qu'ils ne vivent pas dans la rue, qu'ils travaillent pour certains ou qu'ils sont à la recherche d'un emploi pour d'autres, et que finalement ils ne mènent pas une vie de SDF. Ces individus opèrent des comparaisons endogroupes descendantes dans lesquelles ils catégorisent les SDF en plusieurs sous-groupes. De cette manière, ils se détachent du groupe stigmatisé (Steele et

Aronson, 1995), les SDF désocialisés, et se raccrochent au sous-groupe SDF qu'ils ont pu valoriser en invoquant des similitudes telles que l'envie de s'en sortir, la bonne apparence ou encore le respect qu'ils ont d'eux-mêmes. Ils parviennent également à se rapprocher de la population insérée et à trouver de nombreux points de ressemblance. Ainsi beaucoup diront, qu'à part le fait qu'ils n'ont pas de logement, ils sont comme tout le monde.

Les SDF inscrits en structure d'insertion utilisent donc des stratégies variées. Ils opèrent des comparaisons descendantes vers l'endogroupe et ascendantes vis-à-vis de l'exogroupe. La différenciation qu'ils opèrent avec le groupe social SDF permet de restaurer leur identité dans une recherche d'altérité (Lemaine, 1980). A distance des SDF, ils sont en mesure de se rapprocher de la population insérée, de s'y rattacher et s'y identifier, et ainsi de partager les codes communs de la société.

#### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF inscrits en structure de stabilisation pensent ressembler à la fois à la population insérée et aux personnes SDF. Ils disent alors : « on est tous des hommes » ou « tout le monde est pareil ». Cette configuration des comparaisons sociales montre que le sentiment d'appartenance sociale a disparu chez ces individus. Classiquement, lorsqu'on se rapproche d'un groupe, on s'éloigne d'un autre (Deschamps et Moliner, 2008). Ici, ils ne ressentent ni leur exclusion ni la distance qui les séparent eux, mais aussi les autres SDF, de la société. S'ils marquent leur ressemblance avec les SDF et les gens insérés, les similitudes et les points communs restent très vagues et se limitent à des formules telles que « on respire tous le même air », « je mène ma vie comme tout le monde », etc. Totalement désaffiliés, ils ne partagent ni les codes, ni les normes de la société. Cette désaffiliation s'illustre également dans la vision positive qu'ils ont des autres SDF désocialisés. Ils n'ont pas conscience du stéréotype commun et ne ressentent plus cette étiquette qui leur est collée à la peau. Pire, ils ne sont plus menacés par cette étiquette, ils sont devenus cette étiquette SDF et n'ont, alors, plus besoin de la négocier pour ne pas la subir. Cette confusion de la personne avec son étiquette SDF est une stratégie de survie à l'œuvre chez les SDF fortement désocialisés (Mackenzie et Chamberlain, 2003 ; Parsell, 2011 ; Snow et Anderson, 1988).

Si les SDF accueillis en structure de stabilisation mettent en avant leur ressemblance avec les autres, ils ne partagent pas d'objets communs en mesure de les relier et de les affilier à un groupe social. De plus, on observe que le travail de différenciation n'est pas à l'œuvre chez ces SDF. Dans cette façon de dire que « tout le monde est pareil », ils se mettent totalement à distance de leur altérité, ce qui signe l'atteinte profonde de leur identité.

### **7.3.2. Le sentiment d'existence des trois groupes SDF**

#### **7.3.2.1. L'importance du regard de l'autre et ses effets sur le sentiment d'être**

Lipiansky (2005) considère le besoin d'existence comme l'un des besoins identitaires, ces derniers pouvant être reliés aux besoins du Moi de Winnicott (1956). Se faisant ressentir notamment lorsqu'il fait défaut, ce besoin d'existence renvoie au sentiment de se sentir visible aux yeux des autres. Sans utilité sociale, l'individu SDF, exclu, a le sentiment que le monde tourne sans lui et se sent inexistant aux yeux des autres et de la société, lui qui est par nature un être social constamment sous le regard de l'autre (Emmanuelli, 2009b). Lorsqu'il est disqualifié, rejeté, qu'il n'est plus considéré comme un semblable, la représentation inconsciente que l'individu a de lui-même s'amoindrit et risque de disparaître.

La conscience de soi est reliée à des aspects intérieurs et extérieurs (Lipiansky, 2005). Les aspects extérieurs renvoient à la représentation de notre façade, de notre apparence, et à ce que l'on pense renvoyer comme image à l'autre. Les aspects intérieurs correspondent à notre vie interne, à nos représentations, à nos affects, à tout ce que nous avons d'intime et que nous tentons de préserver de l'extérieur. On accède ainsi à la conscience de soi, en partie, par le regard de l'autre. Ce dernier nous donne une représentation, une image, de notre apparence, de notre manière d'être et finalement de nous-mêmes (Martinot, 2008). Les personnes de notre entourage, celles avec qui nous sommes en interaction, contribuent à la représentation que nous avons de nous-mêmes par leur rôle de miroir social (Harter, 1986). En 1975, Winnicott mettait en avant le rôle de miroir de la mère qui permettait au bébé d'explorer le monde et de se sentir investi affectivement. L'importance de ce regard de la mère se transpose sur celui du regard de l'autre à l'âge adulte. Chacun est alors dépendant de l'autre et, en quelque sorte, aliéné à l'image qui lui est renvoyée. Teintée de projection, cette image, notamment lorsqu'elle est dévalorisante, peut être rejetée par l'individu, elle qui atteint son narcissisme et lui donne un

sentiment d'inconsistance identitaire. Inéluctablement réductrice, c'est à cette image que le sujet va devoir s'identifier, et il peut alors craindre de rester figé et réduit à cette image qui lui est renvoyée de lui-même.

L'aspect corporel a toute son importance dans l'image qui nous est renvoyée par l'autre. Dambuyant-Wargny (2006) montre que l'existence de certains SDF peut se réduire à leur corps, eux qui ne détiennent plus que cela. L'état de désocialisation entraîne différents marqueurs sur le corps de la personne SDF. L'apparence prend alors une importance particulière et les SDF pourront donner à voir, ou non, ce qu'ils sont aux autres. Dernier objet sur lequel certains SDF peuvent encore exercer une action, le corps prend alors différentes fonctions. Plus ou moins abimé, le corps rendra compte de l'histoire de la personne. Malmené, il renseignera sur la dynamique actuelle de la personne. Le corps a aussi une fonction sociale. Il peut être camouflé ou exposé, engendrer chez l'autre du rejet, du dégoût, de la pitié ou encore de la compassion.

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion s'efforcent de maintenir une hygiène minimum. S'ils ont sur le corps les marques d'une histoire plus ou moins difficile, ils tiennent à maintenir une apparence valorisante. Ils ont la possibilité de stocker et laver leurs vêtements et peuvent donc s'habiller au gré de leurs envies et en fonction de leur style vestimentaire. Pouvant rester dans la structure, ils ne sont pas contraints de s'exposer publiquement dans la rue en attendant que le temps passe. Lorsqu'ils se rendent en ville, comme tout le monde disent-ils, c'est pour se promener, honorer un rendez-vous, ou encore faire des achats. De manière générale, ils ne sont pas, ou peu, gênés par le regard des autres et ne pensent pas que les gens se doutent qu'ils sont SDF. Cependant, certains font part du fait de prendre des précautions pour ne pas être reconnus comme étant SDF. L'un d'eux dit que jamais il ne monte, ou descend du bus, à l'arrêt situé devant le foyer, pour ne pas éveiller les soupçons sur sa situation SDF. D'autres sont vigilants à ne jamais être vus en compagnie d'autres SDF. Ainsi, une personne me confie qu'elle a prévenu les autres SDF de la structure, de ne pas venir lui parler s'ils étaient amenés à se croiser en ville. De manière générale, ils tentent de dissimuler leur situation SDF, tant vis-à-vis des personnes tout venantes, que vis-à-vis de celles qu'ils ont l'occasion de fréquenter en dehors du CHRS. L'un d'eux me dit alors qu'il doit régulièrement trouver des stratagèmes pour ne pas se faire démasquer par ses collègues intérimaires, notamment lorsqu'on



lui propose de le ramener chez lui à la sortie du travail. Un autre fait part qu'il tente de changer de conversation, ou est obligé de mentir, lorsqu'on lui demande ce qu'il fait dans la vie. Ainsi, ils parviennent, pour une grande majorité d'entre eux, à ne pas être gênés par le regard des autres, mais c'est au prix de nombreuses dissimulations. Sans ça, ils risqueraient de subir un jugement négatif. S'ils pensent renvoyer à la population insérée une image plutôt positive, c'est bien parce qu'ils considèrent qu'ils font partie de cette frange des SDF qui tentent de retrouver une vie normale. Ils pourront dire que les gens qui les connaissent bien savent qu'ils font tout pour s'en sortir. Mais, ils ont conscience que chez une personne lambda, le SDF est ce miséreux qui a raté sa vie. Par conséquent, ils préfèrent cacher leur situation aux premiers venus.

Les SDF inscrits en CHRS sont donc très regardants sur leur apparence. Pour eux, s'entretenir est le signe qu'ils se respectent. Par la même occasion, ils se distinguent des autres SDF, les « vrais », ceux qu'ils considèrent comme sales et vivant dans la déchéance. La qualité de cette image sociale, qu'ils tentent de faire transparaître, est très importante. Le regard de l'autre permettant d'avoir un sentiment d'existence, il leur est alors fondamental d'entretenir leur image sociale et leur apparence. Ajoutons que la prise en charge en CHRS permet de ne pas vivre en promiscuité avec des SDF fortement désocialisés. Dès lors, ils ne sont pas directement confrontés à cette image SDF dans leurs interactions quotidiennes. Fréquentant des personnes en voie d'insertion, mais aussi des collègues de travail, pour ceux qui ont une activité professionnelle, ils ont ainsi à disposition différents supports identificatoires qui leur permettent d'entretenir un sentiment de soi digne et valorisé.

#### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont un corps qui signe une histoire passée plus ou moins pénible. Mais leur situation SDF actuelle, très éprouvante, marque rapidement leur physique et leur apparence. Contraints de rester dans la rue toute la journée et ayant un sommeil très perturbé dans les chambres collectives du CHU, ils portent la fatigue, la nervosité et parfois le désespoir sur leur figure. S'ils tentent parfois de prendre soin de leur apparence, de garder des habits propres le plus longtemps possible, de se laver et de se raser le matin dans le foyer, ils ont beaucoup de difficultés à maintenir une apparence valorisée. N'ayant aucun lieu où entreposer leurs affaires, ils n'ont généralement pour seul bagage, qu'un sac à dos contenant très peu d'affaires. Le manque de sommeil, l'état de vigilance qu'ils maintiennent toute la

journée, l'alcoolisation massive, ou encore les aléas climatiques, éprouvent intensément leur corps. Au quotidien, ces personnes font part de la gêne occasionnée par le regard de l'autre. Si certains tentent de maintenir une hygiène correcte, ils se sentent immédiatement identifiés comme étant SDF par les gens qu'ils croisent dans la rue. L'un d'eux me dit : « vous savez, quand on voit un type, un sac sur le dos, tourner en rond dans la rue, on se doute bien qu'il est SDF ». Un autre fait part que même en prenant soin de son apparence, « il suffit d'être sous une averse pendant 15 minutes pour être toute la journée avec des vêtements trempés. Et les gens qu'on croise savent bien pourquoi on n'a pas pu changer de vêtement... ». Pour d'autres, ils ne tentent pas de cacher leur situation et boivent des canettes de bières assis sur un banc et endurent le regard des autres : « je sais bien que je passe pour un alcoolique, pour un clochard, mais qu'est ce que vous voulez que j'y fasse ?! ».

Ainsi, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont très affectés par le regard des autres. Tantôt vus comme des SDF ou des miséreux, tantôt comme des alcooliques buvant toute la journée, ce sont ces images négatives qu'ils pensent renvoyer aux personnes insérées. Qu'ils soient ignorés ou qu'ils provoquent la pitié, ils ont l'impression de n'être plus rien, ou du moins rien d'autre que ce miséreux. Cette image négative est d'autant plus pesante et aliénante, que les SDF en hébergement d'urgence ne trouvent d'autres images auxquelles s'identifier. En effet, la promiscuité des CHU confronte brutalement les SDF à une multitude de personnes vivant dans le plus grand dénuement et renforce cette image d'eux-mêmes qui leur est renvoyée par le regard des autres (Pichon, 2007 ; Quesemand-Zucca, 2007). Qu'elle soit acceptée, refusée ou même projetée sur les autres SDF, leur sentiment d'existence, nourri par le regard de l'autre, s'en trouve profondément affecté.

#### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF inscrits en structure de stabilisation ne prennent pas soin de leur corps. Extrêmement délabré, ce corps porte le poids de leur histoire et marque leur état de grande désocialisation. Les rides sont nombreuses, les plaies et les cicatrices sont apparentes, ils ont le visage rouge et gonflé, les dents détériorées, les mains incrustées de crasse et les doigts jaunis par le tabac. Quotidiennement, ils malmènent ce corps en buvant excessivement de l'alcool, en fumant alors qu'ils toussent toute la journée, en se cognant, d'ivresse, contre les murs, en tombant par terre, ou en restant dehors dans le froid et sous la pluie. S'ils ne soignent pas leur

corps, ils ne portent pas non plus d'attention à leur apparence. Leurs habits, sales et troués, sont généralement superposés en plusieurs couches disgracieuses. Pas coiffés, pas rasés, rarement lavés et marchant en claudiquant, ils renvoient à l'extérieur une perception, à la fois visuelle et olfactive, repoussante.

Bien que s'exposant quotidiennement dans l'espace public et donnant à voir, par le rôle de façade du corps, leur état de dénuement et de désocialisation, ils ne sont aucunement gênés par le regard de l'autre. S'ils peuvent régulièrement tituber dans la rue, tomber d'ivresse, déféquer dans leurs vêtements, ils ne sont pas affectés par l'image qu'ils renvoient. Coupés d'eux-mêmes et du monde social, ils sont incapables de s'identifier à l'état mental de l'autre pour s'y voir à travers son regard. Ils pensent alors renvoyer une image positive à la population insérée et diront que tout le monde les connaît et leur dit bonjour dans le quartier. Ne ressentant pas leur exclusion et étant dans l'incapacité de se percevoir dans le regard de l'autre, leur sentiment d'être n'est plus étayé, ni par eux-mêmes, ni par les autres. Dès lors, ils deviennent cette identité SDF qu'ils ont valorisée : « Dédé, le mendiant du Marché-U » ; « Michel le clochard du quartier ». Ils s'identifient, se raccrochent, voire s'aliènent, à cette identité de substitution (Vandecasteele et Lefèbvre, 2006) et enfouissent profondément leur existence humaine. En interaction quotidienne avec des personnes très désocialisées, leur identité SDF se renforce au point qu'ils finissent par l'intégrer pleinement et s'y coller.

### **7.3.2.2. L'importance de la honte et ses effets sur le sentiment d'affiliation humaine**

De Gaulejac (1996) considère que la misère est humiliante tant elle met la personne qui en est touchée dans des conditions d'existence, à la fois physiques et morales, dégradantes. La stigmatisation de la société pousse la personne à se conformer, à se voir et à se reconnaître dans le stigmate qui lui est renvoyé. Declerck (2001) relève alors que la problématique de la culpabilité de la personne SDF laisse place à celle de la dignité, de sorte que, même si la personne ne se sent pas coupable de sa situation d'exclusion, elle n'en est pas moins marquée par l'indignité. La honte est un élément qui signe l'existence du lien social et qui offre une place possible aux identifications (De Gaulejac, 1996), bien que la relation devienne dissymétrique. Ressentir la honte suppose pour les SDF d'être en mesure de percevoir la vision négative qu'ils renvoient à la société et à ses membres. Par conséquent, l'individu qui dissimule cette honte, ou qui ne parvient pas à la reconnaître, rompt le lien social et se condamne à l'isolement. Le

dénuement des SDF, leur impossibilité de vivre et de s'en sortir par leurs propres moyens, les obligent à demander de l'aide. Ils sont alors contraints d'accepter leur état de dépendance envers les dispositifs d'aide sociale. Avouer cette honte, mais surtout la ressentir, rend compte de l'affiliation à la société. La situation SDF provoque le mépris social. L'individu qui a honte d'être SDF signifie qu'il est bien une personne, comme les autres, qui partage les codes de la société, puisque lui aussi se méprise. Ainsi, ressentir cette honte et en faire part est une manière de réaffirmer son humanité. En reprenant à leur compte le jugement négatif des autres, les SDF s'identifient aux membres de la société, maintiennent ses normes et ses codes, et se plie aux règles sociales.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont les plus nombreux à présenter un fort sentiment de honte. Cette honte, le fait d'avoir tout perdu, d'être dans une telle indigence et d'être contraints d'accepter, ou de demander, l'assistance sociale les affectent profondément. Ils disent aussi que c'est humiliant de devoir rester dehors dans le froid, ou sous la pluie, toute la journée, de croiser le regard des autres, d'être vus comme des clochards ou des alcooliques par les passants. Incapables de faire face à leur situation par leurs propres moyens, ils souffrent de devoir avoir recours à l'hébergement d'urgence. Une personne fait part « qu'il faut mettre sa fierté de côté pour aller ici » ; quand une autre dit : « j'ai toujours dit que je refuserai d'aller à X [nom du foyer] et maintenant, regardez où je suis ». Afin de se préserver des effets de la honte qui les affectent, ces personnes mettent en place certaines stratégies. La forte consommation d'alcool en est une privilégiée chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence. En plus des effets psychotropes et anesthésiants, l'alcool a pour fonction de porter la responsabilité de leur déchéance (Maisondieu, 1992). Même si certains se considèrent à l'origine de leur alcoolisme, ils s'en sentent maintenant les victimes passives et font part que s'ils n'auraient jamais dû commencer à boire, maintenant, ils sont piégés. Dès lors, ils ne sont plus responsables de leur situation, ni du fait qu'ils ne puissent pas s'en extraire. L'alcool est en cause dans beaucoup de leurs malheurs, dans leur séparation conjugale, dans leur perte d'emploi, dans leur mise à la rue, autant que dans le fait qu'ils s'enfoncent petit à petit dans leur situation SDF. Beaucoup disent que tant qu'ils n'arrêteront pas de boire, ils ne pourront pas s'en sortir. Ce leurre, auquel les SDF s'accrochent, est également partagé par le dispositif et les travailleurs sociaux. Son interdiction au sein de nombreuses structures d'accueil, donne à

l'alcool une place centrale dans la problématique des SDF et de leur prise en charge. Les professionnels pensent alors qu'aucun projet ne peut se mettre en place tant que la personne consomme de l'alcool. Ainsi, il est habituel d'entendre un travailleur social dire à un SDF : « il faut que tu arrêtes de boire et ensuite, tu pourras t'en sortir ». A l'instar des SDF, les professionnels ont tendance à voir à la hausse les capacités réelles de personne, de sorte que sans son alcoolisme, elle serait en mesure de se réinsérer.

La honte des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence favorise le repli sur soi. Ils refusent souvent d'informer leur famille et leurs proches, de leur situation SDF, pour ne pas être confrontés au jugement ou à la pitié. L'un d'eux me confie : « je pourrais demander de l'aide à ma mère, elle m'aiderait, mais je ne veux pas qu'elle me voit dans cet état, c'est trop la honte ». Un autre me dit : « ce qui me fait le plus peur, c'est qu'un jour je croise mon fils et qu'il me reconnaisse dans la rue ». Si beaucoup veulent préserver leur entourage de leurs difficultés et de leur situation SDF, par la même occasion, ils se préservent de la honte que cela leur procurerait. Ce repli sur soi dérive souvent en « repli sur eux », un repli entre individus SDF. Bien qu'ils aient une image négative et dégradée les uns envers les autres, qu'ils ne se connaissent pas, ou très peu, ils restent ensemble à certains moments de la journée et forment des petits groupes indifférenciés. Une personne me dit : « ce matin, j'ai rejoint les autres sur le parking, on a bu des coups et on a bien rigolé » ; précisant par la suite : « ce n'est pas glorieux, mais je ne vais pas rester seul à me morfondre toute la journée ». Pour ces personnes, il apparaît souvent qu'il vaut mieux être mal accompagné, que d'être seul. Beaucoup disent qu'ils restent ensemble pendant la journée, signifiant qu'en « restant entre eux », ils s'éloignent des autres et de leurs regards. Ainsi, le poids de la honte apparaît plus léger lorsqu'il est porté par le groupe. Face au mépris qu'ils ressentent dans leur situation, beaucoup vont projeter cette honte, cette identité SDF honteuse, sur les autres. Ils diront alors que les SDF sont des clochards, qu'ils sont « dégueulasses », qu'ils n'ont aucun respect pour les autres et pour eux-mêmes, que ce sont des alcooliques, ou encore qu'ils sont irrécupérables. Projeter sur l'autre ces parties d'eux-mêmes est une manière de s'en protéger et de moins en souffrir. Cependant, cette projection sur l'autre ne permet pas l'identification, de sorte qu'il s'agit d'une identification projective quelque peu pathologique, tant elle est unilatérale. En ce sens, et suivant la logique de Bion (1967), le dépositaire de cette honte ne peut pas renvoyer à la personne un contenu, un éprouvé, en mesure d'être élaborés et métabolisés.

Malgré les stratégies que les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence mettent en place pour se préserver des effets néfastes de la honte, cette dernière reste présente et ressentie. Mais, bien que cette honte les affecte, elle les rattache à la société. La présence de honte chez les SDF signe le maintien d'une affiliation à la société (De Gaulejac, 1996), puisqu'ils partagent les codes et les normes qui font que leur situation est méprisable.

### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion présentent un sentiment de honte plus modéré. Contrairement aux SDF usagers des CHU, le CHRS leur offre un cadre de vie qui leur permet de maintenir une dignité, de ne pas être « à la rue » comme ils le disent fréquemment. S'ils sont préservés de l'extrême misère et du dénuement total, ils ont honte de ne pas pouvoir être autonomes et vivre par leurs propres moyens. L'un d'eux fait part que : « à bientôt 50 ans, c'est quand même la honte de vivre dans un foyer » ; quand un autre dit : « je ne peux pas donner des conseils à mon fils et lui dire ce qu'il faut faire alors que moi j'en suis arrivé là ». La présence de cette honte marque leur sentiment d'affiliation à la société. Ils partagent alors cette vision commune qui rend honteux celui qui ne parvient pas à gérer sa vie par soi-même. Ils ont en commun, les codes de la société, cette volonté d'être autonome, d'avoir un emploi et un logement, et comme ils le disent, « d'avoir une vie comme tout le monde ».

Pour atténuer les effets de la honte, ils privilégient notamment la stratégie du repli sur soi. Ce repli est favorisé par le cadre contenant que propose le CHRS, un espace dans lequel l'individu peut s'y réfugier pour se préserver de la honte qui lui est renvoyée par le monde extérieur. Et lorsqu'ils sortent de la structure, ils tentent de dissimuler leur situation sociale et évitent la compagnie des autres SDF pour ne pas subir cette honte. La projection est également une stratégie utilisée par ces individus. Ils se mettent alors à distance des représentations et des affects, extrêmement dévalorisants et honteux, en les projetant sur les SDF qui vivent dans la rue. De plus, ils se sentent proches d'une frange de population SDF sur laquelle ils vont pouvoir s'identifier. Ils disent ainsi qu'ils partagent avec certains SDF le fait d'avoir vécu une histoire difficile, d'avoir connu de nombreux décès dans leur entourage, des ruptures familiales, et cette même volonté de vouloir se réinsérer. Ces points communs permettent que l'identification projective de Bion (1967) soit à l'œuvre. Certains sont donc en mesure de déposer en l'autre

des éléments difficiles de leur histoire, des problématiques qui leur sont propres, pour les rendre supportables et possible à élaborer.

### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF accueillis en structure de stabilisation ne ressentent généralement aucune honte vis-à-vis de leur situation. Cette absence de honte, ajoutée à leur impossibilité d'étayer leur sentiment d'être sur le regard de l'autre, sont les signes de leur désaffiliation (De Gaulejac, 1996). Ne partageant ni les codes ni les normes de la société, ils n'ont plus le mépris ni des SDF, ni d'eux-mêmes. Au même titre qu'ils pensent renvoyer une bonne image aux autres, ils ont une bonne image des SDF extrêmement désocialisés.

Face à l'exclusion et à l'humiliation de leur situation, la stratégie qu'ils emploient est la résignation. N'étant plus en mesure de se ressaisir ou de se révolter, ils finissent par se résigner et endossent cette identité honteuse (Tisseron, 1992). Ils apprennent alors à vivre avec et n'en souffrent plus. Dépossédés des repères communs de la société, ces individus ne préservent plus leur dignité et multiplient les conduites d'autodestructions. Ici, leurs alcoolisations massives n'apparaissent pas comme une stratégie leur permettant de se dédouaner de la responsabilité de leur situation, mais semblent plutôt s'inscrire dans une dynamique plus générale d'autodestruction favorisant l'anesthésie psychique et physique. De Gaulejac (1996) note que, par le mécanisme d'inversion, l'humiliation peut devenir un élément d'idéalisation. Dès lors, ces individus n'ont plus à avoir honte de leur situation, car ils se sont exemptés du conflit entre leur Idéal du Moi et l'image sociale SDF qui leur est attribuée. Ils deviennent alors cette image SDF, la valorisent et, parfois même, la revendiquent. Certains SDF disent qu'ils ont choisi cette vie, qu'ils sont libres, qu'ils font ce qu'ils veulent, qu'ils ne sont pas obligés de travailler comme les autres gens. D'autres, dans ce que De Gaulejac (1996) nomme une « stratégie d'orgueil », vont jusqu'à vanter les difficultés de leur quotidien, nous mettent au défi de mener leur vie, une manière, pour eux, de se valoriser et montrer leur puissance. L'un d'eux me dit alors : « vous savez, je n'en connais pas beaucoup des gens qui pourraient vivre comme moi et avoir toujours la forme ».

Les SDF accueillis en structure de stabilisation sont alors davantage dans une indifférence à la norme sociale, que dans un refus ou un rejet. Désaffiliés, ils se résignent à leur



état SDF et s'identifient à cette image qui y est liée. Cette absence de honte, de vergogne comme le dit Furtos (2008b,c), suppose donc d'avoir rompu avec le lien social, avec ce qui raccroche à la société. Dès lors, ces SDF ne sont plus des semblables et, à ce titre, ils ne sont plus secourables, contrairement à une personne qui, encore reliée à la société, serait honteuse de sa situation SDF. Ces observations nous renvoient aux pathologies de la disparition décrites par Furtos (2009a) ; pathologies dans lesquelles les SDF finissent par perdre jusqu'à leur sentiment d'existence. Distants de la société, de leur corps mais aussi de leur psyché, ils finissent par ne plus être en mesure de « souffrir leur souffrance » (Furtos, 2009a, p. 24).

## **7.4. Discussion relative à la question de recherche n°4 : Le lien social des SDF**

### **7.4.1. La satisfaction perçue du soutien social en fonction du type de soutien recherché**

La situation d'exclusion sociale s'accompagne d'une rupture du lien social et d'un profond isolement. N'ayant plus de relation avec leur famille, avec leurs amis, avec leurs anciens collègues de travail, leur soutien social s'en trouve fortement diminué. Ces carences touchent tous les réseaux de soutien (Pierce *et al.*, 1996 ; Vaux *et al.*, 1986), qu'ils soient amicaux, familiaux, ou encore professionnels et rendent la disponibilité du soutien, c'est-à-dire le nombre de personnes sur qui compter en cas de difficultés, extrêmement restreinte. A ces pertes de réseaux de soutien, s'accompagne une insatisfaction du soutien social chez cette population SDF. Cette composante davantage subjective correspond à la qualité perçue du soutien social. Si la disponibilité du soutien social apparaît intimement liée à sa satisfaction, de sorte qu'un nombre minimum de personnes en mesure d'apporter une aide à l'individu est une condition nécessaire à ce qu'un certain degré de satisfaction puisse être atteint, d'autres éléments sont à considérer dans la qualité perçue de ce soutien. Cette qualité perçue apparaît fortement liée à la source sollicitée pour apporter un type de soutien particulier. Ainsi, un individu qui se tourne vers plusieurs personnes SDF pour obtenir une aide financière sera généralement plus déçu qu'un individu pouvant compter ne serait-ce que sur une personne de sa famille ou de son cercle amical. C'est cette combinaison entre les sources de soutien vers lesquelles l'individu se tourne pour satisfaire différents types de soutien qui va nous permettre



de discuter de la qualité de ces ressources au sein de la population SDF et de leur adéquation auprès de nos trois groupes SDF.

#### **7.4.1.1. En ce qui concerne le soutien instrumental**

Privés de logement et plus généralement de toutes ressources matérielles et financières, le type instrumental de soutien qui est le plus affecté. Nous pouvons d'ailleurs penser qu'avec un niveau suffisant de soutien social instrumental, ces personnes ne seraient plus SDF ou n'auraient jamais connu cette situation. Devenue effective, cette situation SDF favorise d'autant plus l'insatisfaction de ce type de soutien. En effet, dans leur situation, ces personnes manquent de tout. Si le dispositif d'aide peut pallier le manque de nourriture, le manque d'un toit pour la nuit et parfois le manque d'un lieu où vivre au quotidien, il ne peut pas satisfaire les autres manques matériels. Beaucoup de ces individus SDF ne possèdent plus rien et, sans soutien instrumental, ont dû se séparer de tout ce qu'ils ont cumulé au cours de leur vie, qu'il s'agisse de biens purement matériels, comme leur voiture, leurs meubles, leur télévision, etc., ou que ces biens aient une valeur plus affective. Ils n'ont personne sur qui compter pour être hébergés un temps, se faire financer un permis de conduire, un ordinateur, un forfait téléphonique, ou encore pour se faire véhiculer à des endroits mal desservis par les transports publics pour des occasions diverses, comme un mariage, un enterrement, un dîner d'anniversaire, etc. Ils ne sont en mesure de trouver de l'aide matérielle que sur des éléments très basiques. Ils se tournent donc vers une association pour obtenir des vêtements et comptent, à l'occasion, sur une autre personne SDF pour bénéficier d'une bière ou d'une cigarette. Mais, la qualité de ce soutien est perçue comme peu satisfaisante, les SDF devant endurer de nombreux refus avant d'obtenir une bière et étant contraints d'accepter des vêtements d'occasion qu'ils ne peuvent pas choisir.

#### **7.4.1.2. En ce qui concerne le soutien émotionnel**

La situation SDF ne se résume pas à l'absence de logement et à la pauvreté, elle se caractérise notamment par un délitement du lien social (Vandecasteele et Lefebvre, 2006). Si leur vie, jalonnée de ruptures en tout genre, nous questionne sur le caractère insécure de leur lien (Vinay *et al.*, 2011), la mise à la rue marque, dans le réel, la véracité de ces liens rompus. Dans leur situation SDF, ces individus n'ont plus personne à qui se confier et sur qui compter.

Aussi pesantes soient leurs difficultés et leurs souffrances, ils ne peuvent les partager et n'ont d'autre choix que de les porter seuls. Ils tentent parfois de se saisir des ressources présentes dans leur environnement mais en trouvent une satisfaction très limitée. Ils font souvent part que les travailleurs sociaux ne les écoutent pas ou alors qu'ils font semblant de les écouter, car c'est leur métier. Une personne me dit alors qu'avec les travailleurs sociaux, « on ne peut pas parler, ils n'ont jamais le temps », quand une autre évoque sa déception lorsqu'elle s'est aperçue qu'une semaine après avoir parlé à un animateur de sa vie personnelle, ce dernier avait tout oublié de ce qu'elle lui avait confié. Si de nombreux individus fréquentent les autres SDF, parviennent à passer quelques moments de convivialité en consommant de l'alcool et en riant, ils mettent en avant la superficialité de leurs conversations. Très méfiants les uns envers les autres, ils se fréquentent mais ne souhaitent pas se confier. L'un d'entre eux fait part que les SDF « n'ont aucune conversation et qu'ils comprennent rien », quand un autre me dit : « j'ai déjà mes problèmes, je ne vais pas écouter en plus ceux des autres ».

#### **7.4.1.3. En ce qui concerne le soutien d'estime**

La situation SDF fait généralement suite à une multitude d'échecs tant sur les plans affectifs, relationnels, que sociaux ou encore professionnels. Aboutissement d'un d'échec à la fois personnel et social, la mise à la rue marque l'entrée de la personne dans le circuit de l'assistance. Ceci n'est pas sans conséquence pour l'individu. Blessé dans son estime, il doit, d'une part, admettre qu'il n'est plus en mesure de mener sa vie par lui-même et, d'autre part, accepter l'aide des dispositifs sociaux. Beaucoup disent qu'il faut mettre sa dignité de côté pour accepter la prise en charge dans les centres d'hébergement où chacun est confronté aux autres SDF, à leurs difficultés, leur souffrance et parfois leur extrême désocialisation. Contraints de se plier à un règlement collectif concernant les heures d'ouvertures et de fermeture des foyers, les horaires du repas ou encore des douches, les SDF sont les objets d'une forte instrumentalisation et d'une forte infantilisation. Ils doivent également livrer leur histoire, leur parcours, les raisons de leur situation SDF pour bénéficier des dispositifs d'aide sociale. La stigmatisation (Goffman, 1975) et la disqualification sociale (Paugam, 1991) dont ils sont les objets, les affectent profondément. On observe alors que le soutien d'estime des SDF est très faible, tant dans le nombre de personnes en mesure de leur apporter ce soutien qu'au niveau de sa qualité. En effet, l'humiliation ressentie les empêche de se tourner vers leur cercle familial ou les personnes qui leur sont proches, pour recevoir ce soutien d'estime. Ainsi, beaucoup

disent ne pas avoir informé leur entourage de leur mise à la rue et pensent reprendre contact avec eux une fois un logement retrouvé. Si certains maintiennent des relations, souvent téléphoniques, avec leur entourage, leurs familles ou leurs amis, ils leur confient rarement la réalité et la gravité de leur situation sociale. Ils peuvent prétexter être en déplacement durant plusieurs mois pour le travail ou encore être à l'hôtel le temps de retrouver un appartement quand d'autres coupent tout contact. Ils mettent alors en avant la volonté de préserver leur cercle familial et amical de leur difficulté pour conserver leur fierté et ne pas être aidés ou soutenus par pitié. S'ils ne peuvent solliciter les autres SDF pour trouver cette aide et reprendre confiance en eux, certains parviennent à se saisir du soutien des professionnels susceptibles de les valoriser sur leurs capacités à pouvoir s'en sortir.

#### **7.4.1.4. En ce qui concerne le soutien informatif**

La situation SDF marque une rupture de l'individu avec les investissements de sa vie passée et le confronte à tous les dispositifs de la veille sociale et aux nombreux agents qui gravitent autour de la population SDF. Il apprendra rapidement le fonctionnement des différents dispositifs, et saura qui solliciter pour obtenir des informations pouvant concerner l'aide à l'insertion, à l'accès au soin et aux différentes structures proposant des abris, de la nourriture, des vêtements ou encore des personnes à qui parler. Les travailleurs sociaux, experts dans ces démarches d'insertion et dans le fonctionnement des différents dispositifs de lutte contre les exclusions, sont alors une aide conséquente pour les SDF, de sorte que le soutien informatif est le type de soutien perçu de meilleure qualité. Ces personnes disent alors qu'elles n'ont pas de difficultés à trouver tel ou tel renseignement et n'ont qu'à demander à leur animateur référent qui leur expliquera la démarche à suivre pour obtenir ce qu'elles désirent. Toutefois, la satisfaction reste limitée tant beaucoup de ces démarches administratives, comme par exemple refaire ses papiers d'identité ou encore obtenir le RSA, sont complexes et demande à la personne de la patience et de la rigueur dans les nombreux documents qu'elle doit fournir. Pris en charge par différentes structures d'accueil, l'ensemble de notre population SDF a à disposition la source du soutien lui permettant de satisfaire assez aisément ses demandes de renseignements.

#### **7.4.2. Des sources de soutien restreintes au surinvestissement des travailleurs sociaux par les SDF**

Gravitant désormais dans le milieu de l'exclusion et de la grande précarité, les SDF sont contraints de puiser une partie de leurs ressources au sein de cet environnement et ainsi de s'orienter vers les professionnels du travail social et du soin, vers les bénévoles œuvrant en leur faveur ou encore directement vers les autres SDF pour trouver le soutien qu'ils désirent. Comprenons ainsi que les ressources sociales de ces individus sont largement axées sur les professionnels des dispositifs de la veille sociale et plus particulièrement sur leur animateur référent. La prégnance de l'aspect éducatif et social de ces structures d'accueil entraîne une omniprésence des travailleurs sociaux qui interviennent dans tous les aspects de la vie pratique de la personne SDF. Ainsi, tous renseignements, toutes démarches ou tous projets à mettre en place se réalisent par l'intermédiaire d'un travailleur social. Surinvestissant les travailleurs sociaux, les SDF ne parviennent que difficilement à discriminer leurs sources de soutien en fonction du type d'aide recherché. Dans cette configuration, ils sont souvent déçus par ces professionnels, et se plaignent que ces derniers ne les écoutent et ne s'intéressent pas à leurs problèmes. Face, à ce surinvestissement des professionnels, la source de soutien provenant des autres SDF est fortement minorée. S'ils peuvent se considérer comme des « frères de galère » ou des « gars de la rue » et passent leurs journées ensemble, ils n'en sont pas moins très méfiants les uns envers les autres. Ils disent que le monde de la rue est une jungle, qu'il faut se méfier de tout le monde à chaque instant, que les SDF sont des voleurs et des gens dangereux, ou encore que chacun ne pense qu'à lui, etc. Bien que les autres SDF ne soient pas des personnes ressources vers lesquelles se tourner en cas de difficultés, on peut penser que le poids de la misère et de la souffrance est plus léger, plus diffus et qu'il peut être partiellement contenu et partagé lorsqu'ils se rassemblent de manière plus ou moins anonyme, chacun buvant son alcool et fumant ses cigarettes sans parfois s'adresser ni un mot ni un regard.

Si nous avons déjà mis en avant le peu de discriminations que ces individus opèrent envers la population SDF, c'est-à-dire que, vulgairement, toute personne SDF est mise dans le même panier, j'ai constaté lors de l'immersion dans mon terrain de recherche cette analogie envers toute personne qui travaille de près ou de loin dans le milieu du social. Ainsi, de nombreux SDF apposent cette même étiquette « d'éducateur » ou « d'animateur » à tous ceux qui gravitent autour d'eux dans un cadre professionnel, de sorte que toute personne devient interchangeable et prend fonction de « travailleur social ». Si un premier lien entre la personne

SDF et le professionnel est rapidement possible, ce dernier reste très fragile. Ayant bénéficié du soutien des professionnels au cours de cette recherche, j'ai tout de suite pu être identifié comme une personne avec qui un premier lien de confiance est concevable. Cette population me voyant initialement comme un animateur ou un travailleur social, il m'a fallu faire valoir ma position particulière de chercheur en psychologie. J'ai d'ailleurs pu vivre cette expérience similaire lors des maraudes du SAMU social où, là encore, j'ai constaté que le simple habit de la croix rouge permet de créer un premier lien de confiance et, ce, sans considération pour la personne portant ce vêtement. Si l'étiquette « travailleur social » qui nous est apposée favorise l'indifférenciation des statuts professionnels et permet un premier contact, un véritable lien de confiance ne peut se créer qu'à force de temps et de stabilité dans la relation avec la personne SDF. La seule personne suffisamment investie sera le seul « bon objet ». Si ce dernier est un médecin, il se verra adresser des demandes d'ordre social et inversement, un animateur devra répondre à des demandes médicales, psychologiques ou encore affectives. Ces « manquements », dans l'adresse de la demande des SDF, étaient déjà observés par Furtos (2008c), et nous les retrouvons dans la prééminence du recours aux professionnels pour tous les types de soutien social recherchés par la personne SDF. En effet, ces sujets qui ont connu une histoire très carencée, jalonnée de nombreuses ruptures, qui n'ont jamais eu de lien sûr, vont être extrêmement fuyants et ne vont s'adresser qu'à la personne avec qui ils auront pu créer un lien de confiance, même si ce dernier reste fragile (Mercuel, 2011).

Ce surinvestissement des travailleurs sociaux doit également être relié à l'instrumentalisation et l'assistanat du dispositif envers les personnes qu'il prend en charge. La moindre difficulté, la moindre démarche ou initiative des SDF transite par un animateur référent. Dans cette perspective, il est à noter que si la personne SDF parvient à créer un lien de confiance avec un ou plusieurs travailleurs sociaux, lien pouvant servir de base sûre permettant à la personne de tisser de nouveaux liens sociaux et de s'investir dans d'autres relations, l'action du dispositif trouve ici ses limites. En effet, ce lien au professionnel reste précaire tant il peut être délié à tout moment. Ainsi, un départ en retraite, en vacances, une mutation du professionnel ou encore une fin de prise en charge peuvent être vécus par la personne SDF comme un abandon. Ces mêmes attaques au lien surviennent lorsque la personne parvient à retrouver un logement. Bien souvent, ce retour au logement signe une nouvelle rupture, celle de tous les investissements que la personne avait mis en place dans sa situation SDF (Sarrazin, 2002). Confrontée à un profond isolement, à un ennui pesant, la personne risque de se retrouver rapidement en échec et de connaître une nouvelle mise à la rue. Il est alors assez

frappant de voir de nombreuses personnes continuer à fréquenter le dispositif social et les différentes associations, à retrouver les SDF pour boire de l'alcool avec eux dans la rue alors qu'elles ont retrouvé un logement et semblaient prêtes à s'extraire du milieu de la grande exclusion.

#### **7.4.3. L'importance de l'adéquation entre les sources de soutien mobilisées et le soutien recherché**

Classiquement, l'individu recherche auprès de ses proches et de son entourage intime les soutiens qui sont d'ordre affectif, c'est-à-dire le soutien émotionnel et le soutien d'estime. C'est ce qui est retrouvé chez les SDF inscrits en CHRS qui privilégient significativement plus que les deux autres groupes SDF le recours à leur famille ou leurs amis lorsqu'ils recherchent un soutien d'estime ou un soutien émotionnel. Ayant gardé ou reprenant contact avec leur entourage plus intime, ils tentent d'entretenir ces relations en téléphonant à leurs proches ou en partageant des moments de convivialité dans un café ou au restaurant. Les SDF en hébergement d'urgence ou en structure de stabilisation sont, quant à eux, fortement touchés par leur exclusion sociale et très éloignés des réseaux de soutien les raccrochant à la société. Les relations avec leur famille et leurs anciens amis rompues, ils sont contraints de puiser dans leur environnement le peu de ressources à leur disposition. Si les SDF accueillis en structure de stabilisation privilégient davantage les travailleurs sociaux, et plus particulièrement leur animateur référent, lorsqu'ils recherchent un soutien d'ordre affectif, les SDF en hébergement d'urgence auront plus que les autres groupes recours à la population SDF. Dès lors, chez ces deux groupes SDF (structure d'hébergement d'urgence et structure de stabilisation), le recours à leurs sources de soutien n'est pas efficient et la réponse apportée est perçue de mauvaise qualité. Si certains font part qu'ils aimeraient pouvoir se confier à leur famille, ils n'ont d'autres choix que de solliciter les travailleurs sociaux ou les SDF, mais l'écoute de ces derniers n'est pas satisfaisante. A l'inverse, les SDF inscrits en structure d'insertion font part d'un nombre plus conséquent de professionnels vers qui se tourner. Ils discriminent avec plus de sensibilité les différents professionnels et pourront s'orienter vers leur médecin ou un psychologue pour se confier et vers leur animateur référent pour se remotiver et reprendre confiance en eux. A cette diversité des sources sollicitées correspond une augmentation significative de la qualité des soutiens affectifs perçus (émotionnel et estime) par les SDF inscrits en CHRS.

Le soutien instrumental est le type de soutien faisant le plus défaut chez les SDF. Ce manque de moyens financiers est d'ailleurs une des causes principales de la perte de logement de l'individu et de son maintien dans sa situation SDF. Notons que cette carence de soutien instrumental date d'avant la perte de logement par le simple fait que l'individu n'ait pas pu compter sur son entourage pour éviter sa mise à la rue. Si les SDF accueillis en structure de stabilisation sont dans un profond dénuement, ils parviennent à se satisfaire de leur misère. Chaque matin, les travailleurs sociaux leur reversent une petite somme d'argent (une partie de leur RSA) pour acheter de l'alcool et du tabac pour la journée. Ne faisant d'aucun autre besoin financier tel que l'achat de nouveaux vêtements ou de financements permettant de mener un quelconque projet à terme, cette prise en charge par le dispositif les contente. Bien que de l'argent leur soit donné tous les jours, ou tous les deux jours pour les plus autonomes, les difficultés dans la gestion de leur budget font qu'ils se retrouvent régulièrement en manque d'alcool ou de cigarettes. Se tournant alors vers les professionnels qui refusent de leur donner de l'argent supplémentaire pour des raisons éducatives ou vers les autres SDF qui sont dans une situation similaire à la leur, ils sont insatisfaits de la qualité de leur soutien instrumental perçu. Concernant les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, ils sont contraints de vivre dans la rue quotidiennement durant la journée et se retrouve régulièrement sans solution d'hébergement pour la nuit. Ils évoquent leurs nombreux besoins, tels qu'un logement, plusieurs milliers d'euros pour rembourser leur dette et repartir sur de bonnes bases, un véhicule, des vêtements, un sac à dos, etc. Contraints de « vivre comme des bêtes », comme ils peuvent le dire, ils doivent se débrouiller au quotidien pour pouvoir tenir. Ne pouvant rien stocker dans leur situation, ils doivent garder le peu qu'ils ont sur eux et sont par conséquent en manque de tout. Fortement touchés par la honte, ce sont eux qui ont le moins recours à leurs proches ou leur famille pour obtenir une aide financière. N'ayant personne sur qui compter pour satisfaire ces manques, ils puisent dans les ressources de leur environnement mais n'en trouvent aucune satisfaction. En effet, les professionnels, ou les différentes associations, ne leur proposent que des solutions d'hébergement en urgence, des repas pour certains midis, des vêtements usés, alors qu'ils souhaitent recevoir beaucoup plus. Par rapport aux deux autres groupes, les individus fréquentant les CHU ont davantage recours aux autres SDF pour ce type de soutien instrumental. Mais cette aide qu'ils trouvent est extrêmement précaire. Ainsi, certains disent qu'entre SDF, ils se dépannent à l'occasion une cigarette ou une cannette de bière, mais la qualité de ce soutien reste très faible. Les SDF inscrits en CHRS ont, quant à eux, recours plus fréquent à leur famille et à leur entourage intime auxquels ils demandent une aide plus particulièrement axée sur des aspects fonctionnels et pratiques. Ainsi, ils se tournent vers eux



pour conserver leurs divers biens (meubles, appareils ménagers, etc.) le temps de retrouver un logement, pour se faire financer un forfait téléphonique et ainsi maintenir le contact avec leur famille, ou encore pour acquérir un ordinateur portable et ainsi faciliter leur recherche d'emploi. De plus, l'accueil en CHRS permet de ne pas avoir à se soucier de certains besoins matériels de base. Ils disposent ainsi d'une chambre où conserver leurs affaires, d'un lieu où faire leur lessive, de repas matin, midi et soir. Notons également que l'accompagnement socio-éducatif visant à autonomiser la personne dans la gestion de son budget fait qu'elle tentera de subvenir par elle-même à ses besoins. De façon générale, si les SDF tentent de se saisir des ressources dont ils disposent pour pallier leurs difficultés financières et matérielles, ces ressources apparaissent très limitées et bien souvent inappropriées de sorte que le soutien instrumental est le type de soutien perçu de moins bonne qualité par l'ensemble des SDF.

Concernant le soutien informatif, les sources de soutien sollicitées par les SDF ne différencient pas significativement les trois groupes SDF. Ici, les professionnels et les travailleurs sociaux ont un rôle central qui est bien identifié par tous. Les SDF les sollicitent alors massivement pour toutes demandes d'informations, pour toutes démarches ou mises en place de projets d'insertion ou de soin. La mission socio-éducative et d'information du dispositif d'aide sociale apparaît donc opérationnelle et semble répondre a minima aux demandes des SDF de sorte que la qualité perçue de ce soutien est la plus satisfaisante chez les trois groupes SDF étudiés.

#### **7.4.4. D'un lien social préservé au délitement du lien social chez les SDF**

Les sources de soutien mobilisées par les SDF renseignent sur leur degré d'insertion et d'exclusion. D'un côté, se situe le réseau de la population insérée dans lequel les sources amicales et familiales entretiennent une proximité et sont potentiellement en interaction. De l'autre côté, se situe le réseau de l'exclusion où sont retrouvés les sources provenant des SDF et des travailleurs sociaux. Ces deux réseaux sont opposés et n'interagissent pas l'un avec l'autre, de sorte que plus une personne est prise dans un de ces deux réseaux, plus elle est éloignée de l'autre. Si les SDF inscrits en CHRS sont reliés à ces deux réseaux, ceux fréquentant hébergement d'urgence et ceux accueillis en structure de stabilisation sont plus profondément ancrés dans le réseau de l'exclusion. En mettant ces résultats relatifs au soutien social en perspective avec le parcours de vie et la dynamique psychique des SDF, il est possible de poser



l'hypothèse d'un délitement du lien social plus ou moins avancé chez les trois groupes SDF. Les nombreuses carences précoces, les ruptures et les abandons qui ont jalonné leur vie questionnent la possibilité pour ces individus de s'appuyer sur un lien sécurisé suffisamment intégré pour tisser d'autres liens et instaurer des relations de confiance avec autrui (Vinay *et al.*, 2011). Le faible recours des SDF à des personnes de confiance telles que des amis, des membres de la famille et plus généralement à toutes personnes susceptibles de les soutenir signe la fragilité de leur lien social.

#### **7.4.4.1. La préservation du lien social chez les SDF inscrits en structure d'insertion**

Les SDF inscrits en structure d'insertion ont à disposition davantage de ressources sociales que les deux autres groupes SDF. Leur réseau de soutien est plus étendu et plus diversifié. Ils peuvent alors puiser dans leurs ressources familiales ou amicales pour recevoir une aide, mais s'appuyer sur différents professionnels spécialisés dans le travail social, dans le milieu du soin, ou encore sur des personnes SDF, le cas échéant. Ces individus font part d'une certaine habileté dans les ressources qu'ils mobilisent. Parvenant à discriminer les diverses ressources à disposition pour satisfaire les différents types de soutien recherchés, ils ont alors une qualité perçue du soutien social significativement plus élevée que les deux autres groupes SDF. Ainsi, ils sont en mesure de se tourner vers leurs proches ou vers un psychologue pour se confier et discuter de choses intimes et peuvent solliciter adéquatement les différents travailleurs sociaux pour reprendre confiance en eux, retrouver la motivation et mener leur projet d'insertion à bien. Cet investissement, notamment affectif, de leur famille, de leurs amis mais aussi des différents professionnels témoigne d'un lien qui n'est pas totalement rompu. Ainsi, ils parviennent à solliciter des ressources sociales, à s'appuyer sur un lien pour établir une relation de confiance et demander de l'aide (Furtos, 2009).

Chez les SDF inscrits en structure d'insertion, la perte de logement n'a pas créé de rupture totale avec leur vie passée. Ils maintiennent des relations avec leur entourage et par ce biais, comme par les démarches qu'ils mettent en place pour retrouver un logement et un emploi, ils se rapprochent de la population insérée. Si nous avons vu au niveau des comparaisons sociales qu'ils se sentent différents de la population SDF et en ont une image dégradée, au niveau de leurs ressources sociales, ils ne sollicitent pas cette population SDF, préférant s'en éloigner pour ne pas tisser de lien social avec elle. Ils parviennent ainsi à

discriminer leurs ressources en fonction de l'aide recherchée et en ce sens, le soutien social apparaît bien comme une variable protectrice en santé mentale chez les SDF inscrits en CHRS. La qualité de ce soutien social est alors reliée à de plus faibles niveaux de dépression et d'anxiété.

#### **7.4.4.2. Le délitement du lien social**

Les SDF usagers de l'hébergement d'urgence ou ceux accueillis en structure de stabilisation ont recours préférentiellement aux travailleurs sociaux et secondairement aux autres SDF pour tous les types de soutien recherchés. Ces deux groupes SDF disposent d'un panel de personnes ressources beaucoup plus faible et moins diversifié que les SDF inscrits en CHRS. Dès lors, ils ne peuvent que difficilement discriminer leurs sources de soutien en fonction de l'aide recherchée. La précarité des ressources à disposition dans leur environnement ne les satisfait pas et le soutien social est alors perçu de mauvaise qualité.

##### **7.4.4.2.1. Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence**

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence font part du choc de la mise à la rue et de la franche rupture par rapport à leur ancien environnement et à leur vie passée. La honte qu'ils ressentent vis-à-vis de leur famille et de leurs anciens amis questionne la solidité de leurs liens. S'ils veulent préserver leur entourage, on peut penser que ces liens ne sont pas suffisamment sécurisés pour résister à leur situation SDF. Ces individus tentent donc de maintenir un lien par la pensée en refusant, par la non-demande d'aide, de se confronter à cette réalité du lien défait. Ils vont alors puiser le peu de ressources trouvées dans leur environnement et se tourner vers les travailleurs sociaux et la population SDF. Cet appui sur le réseau propre au milieu de l'exclusion affecte ces individus qui sont alors directement confrontés à la réalité de leur situation : coupés de la société, ils sont bien dans cette situation SDF. Eux qui ont une image très négative de la population SDF et qui tentent de s'y tenir à distance tant elle les répugne, ils se retrouvent contraints de la fréquenter et vont parfois jusqu'à solliciter son aide mais aussi celle des professionnels du dispositif qui ne manquent pas de rappeler par leur prise en charge l'extrême dénuement dans lequel ils se trouvent. L'inadéquation des ressources sociales des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence apparaît donc comme un facteur de

risque en santé mentale. La mauvaise qualité perçue de ce soutien social peut alors être relié, chez ces individus, à de hauts niveaux de dépression et d'anxiété.

#### 7.4.4.2.2. Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation

Les SDF accueillis en structure de stabilisation sont dans un état de sidération dû au traumatisme de leur exclusion. Ils n'ont plus ce sentiment d'être, sont coupés d'eux-mêmes, de leur histoire comme de leur vie psychique et de la société. Si nous avons vu précédemment qu'ils ne ressentent pas la distance qui les sépare de la société, qu'ils ne sont pas en mesure de percevoir ce qui distingue la personne insérée du clochard, des mécanismes analogues s'observent dans les ressources sociales qu'ils vont mobiliser. En effet, ces individus sont incapables de discriminer les différentes sources de soutien de sorte que, bien souvent, c'est l'animateur investi qui doit répondre de tout. Le travailleur social prend alors une place d'objet partiel chez ces individus. Tantôt bon objet, tantôt mauvais objet, l'image du travailleur social alterne entre ces deux polarités en fonction de la satisfaction, ou non, aux demandes des SDF. S'ils se sentent proches à la fois de la population SDF et de la population insérée, il n'y a pas de réelles appartenances ou d'affiliation à ces groupes sociaux. En ce sens, ils ne sont pas reliés aux membres de ces groupes et aucun jeu d'inter-identification ne peut être à l'œuvre (Mathieu, 2011). En effet, ces SDF n'entretiennent aucune relation affective et présentent un délitement presque total du lien. Ils ne sont plus en mesure de s'appuyer sur autrui pour s'en sortir, sont dans une non-demande, une absence de désir et dans une dynamique de survie au jour le jour. Les seules demandes concernent alors celles qui peuvent combler dans l'instant présent les besoins de survie, c'est-à-dire bien souvent des cigarettes ou de l'alcool. Cette déliaison permet à ces individus de ne plus souffrir des carences de leur lien. A la différence des deux autres groupes SDF, le soutien social n'apparaît pas comme un élément de protection pour la personne de sorte que l'absence totale de lien social semble contribuer à l'absence de souffrance psychique, à la faiblesse de leur niveau d'anxiété et de dépression, comme nous le verrons ci-après.

## **7.5. Discussion relative aux questions de recherche n°5 et n°6 : l'approche en santé mentale des SDF**

### **7.5.1. La souffrance psychique des trois groupes SDF**

#### **7.5.1.1. Une souffrance psychique à contextualiser**

Les résultats relatifs à l'anxiété et à la dépression des SDF mettent en avant différents niveaux de souffrance chez les trois groupes SDF. Les SDF accueillis en structure de stabilisation sont ceux qui présentent les niveaux d'anxiété et de dépression les plus faibles, quant aux SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, ils présentent les niveaux les plus forts. En s'en tenant à une conception psychiatrique centrée sur la présence ou l'absence de troubles, nous pourrions conclure à une surmorbidité des troubles anxieux et des troubles dépressifs chez les SDF usagers de l'hébergement d'urgence, en comparaison des deux autres groupes SDF. Toujours dans cette conception, les SDF accueillis en structure de stabilisation seraient ceux qui présentent la meilleure santé mentale. Cependant, ce n'est pas le point de vue que nous défendons dans ce travail de recherche et nous considérons, à l'instar de Furtos (2001 et 2005) ou encore d'Ehrenberg (2004a et 2005a), qu'une absence de souffrance ne renvoie pas à une absence de pathologie et encore moins à une bonne santé mentale. Auprès des SDF, l'absence de troubles psychiques ne renvoie pas à une normalité, à un état de bonne santé, et inversement pour la présence de troubles. C'est bien souvent le contraire qui est observé. Être dépressif et anxieux peut alors apparaître normal et adapté lorsque l'on est SDF, et c'est l'absence de ces troubles qui va nous interpeller. A cette absence de souffrance manifeste chez les SDF accueillis en structure de stabilisation, on observe également une estime de soi de meilleure qualité, bien que cette dernière ne différencie pas significativement les groupes SDF. Sans statuer sur ces états, ni opérer de réduction sur leur caractère normal ou anormal, pathologique ou non-pathologique, ils nous paraît nécessaire de replacer ces niveaux de dépression et d'anxiété dans la dynamique psychique de ces individus et dans l'environnement dans lequel ils évoluent.

Sans revenir sur des éléments développés dans les parties précédentes, rappelons que l'histoire passée de l'ensemble des SDF de cette recherche est composée de nombreuses carences précoces et de ruptures de toutes sortes (familiales, conjugales, amicales, professionnelles, etc.) qui ont fragilisé le lien de ces personnes et ce, bien souvent depuis leur plus jeune âge. La perte de logement apparaît alors comme une rupture supplémentaire qui les a précipités dans leur situation SDF. Nous avons vu que la situation SDF, aussi destructurante

soit elle, pousse les individus à un réaménagement identitaire et à la mise en place de différentes stratégies leur permettant de préserver, comme ils le peuvent, leur vie psychique des atteintes de l'exclusion sociale. La mise à la rue s'accompagne également d'une perte de leurs repères, de leurs anciens investissements et, finalement, de tout ce qui leur était familier auparavant. Toutes ces pertes sont autant d'éléments qu'ils tentent de retrouver ou de réinvestir dans leur environnement SDF.

### **7.5.1.2. Trois types de souffrance psychique mis en exergue**

#### *Chez les SDF inscrits en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion disposent d'une stabilité d'hébergement. Leur quotidien est rythmé par des temps d'activités, de réalisation de démarches et de différents moments de pauses. Chacun tente de structurer sa journée de la meilleure façon, de manière à mener ses projets d'insertion à bien. Ainsi, chaque matin, ils tentent de s'occuper de leurs démarches administratives, de leur recherche d'emploi, d'honorer leurs rendez-vous avec les animateurs, l'assistant social ou encore le médecin, et profitent de leur après-midi pour se reposer, sortir en ville, voir des amis, exercer un loisir (peindre, jouer à l'ordinateur, jouer au foot, etc.), ou encore s'occuper de leur linge. Cette manière de structurer le quotidien n'est pas rigide, mais permet de donner un cadre et une régularité dans la façon de mener leur vie. Beaucoup d'entre eux sont volontaires dans les activités d'Adaptation à la Vie Active (AVA) proposées par les CHRS. Si ces activités sont très peu rémunérées (deux euros par heure travaillée), elles leur permettent d'occuper le temps et de ressentir un sentiment d'utilité. Si l'investissement de ces activités, de ces loisirs, structure leur vie selon un mode socialement valorisé (ils tiennent à se lever le matin et faire quelque chose de leur journée), il permet, dans le même temps, de ne pas être confronté à un ennui, source de souffrance, qui risquerait de les conduire vers des comportements qu'ils considèrent à risque pour leur insertion. Ainsi, le cadre qu'ils s'imposent et qu'ils trouvent, permet de se tenir à distance des conduites telles que le fait de « trainer en ville » à ne rien faire, de rester avec les autres SDF ou encore de boire de l'alcool ou fumer du cannabis. Ainsi, lorsqu'ils n'ont rien à faire, ils préfèrent s'isoler dans leur chambre ou regarder la télé, plutôt que quitter le foyer et être soumis aux tentations présentes dans l'environnement de « la rue ». L'investissement des repères que ces individus trouvent dans leur environnement et au sein du CHRS, autant que les stratégies qu'ils parviennent à mettre

œuvre pour préserver ce qui fonde leur identité, sont à relier avec ce niveau de souffrance modéré observé chez ces SDF.

### *Chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont une vie totalement instable. Ils n'ont aucun lieu leur permettant de se « poser », de « souffler », et sont contraints de « trainer » dans la rue en attendant que le temps passe. Totalement déboussolés, ils se sentent perdus dans cette vie où rien n'est prévisible. S'ils mettent en avant la nécessité de disposer d'un cadre et d'une stabilité, au moins dans leur hébergement, pour pouvoir « reprendre leur vie en main » et se sentir mieux, leur situation ne le permet. Ils craignent également de se « laisser aller » dans cette situation SDF, de s'alcooliser massivement durant la journée et finalement de s'habituer à leur vie SDF, en investissant de nouveaux repères. Si certains ont adopté des conduites d'alcoolisation massives quotidiennes et commencent à trouver des repères dans leur environnement, ils ont conscience que ce n'est pas bon pour eux et qu'ils risquent de s'enfoncer davantage dans leur situation. Ainsi, bien que ces repères les effraient, chacun se sent à risque de les investir pour trouver un apaisement. L'absence de repères et de stabilité, autant que l'inefficacité des stratégies mises en place par ces individus pour préserver leur sentiment d'identité, sont alors à relier avec les niveaux élevés d'anxiété et de dépression.

### *Chez les SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF accueillis dans une structure de stabilisation mènent une vie dans l'instant présent. La dimension temporelle est gravement perturbée chez ces individus, de sorte qu'elle n'a plus sa valeur structurante et organisatrice. Dans cette vie au jour le jour, où tout se répète quotidiennement, aucun événement ne fait date, et la valeur du temps disparaît (Emmanuelli, 2009b). Stagnant dans un présent répétitif, le temps ne permet plus d'avoir un sentiment de soi dans la durée, il doit juste être passé, être tué. Ces individus mettent alors en place, et investissent, une série de conduites et de comportements routiniers qui va structurer leur journée. Ainsi, ils s'alcoolisent massivement du matin au soir, vont à un endroit défini du quartier en fin de matinée, font la manche pendant deux heures, se regroupent durant l'après-midi autour d'un banc avec d'autres SDF, et reviennent le soir au foyer pour répéter cette même

journée le lendemain. Leur vie, ou plutôt leur survie, est alors structurée par ces conduites répétitives et mortifères. Et si ces conduites s'opposent au travail d'élaboration psychique, lorsqu'elles sont pleinement investies, elles redonnent à l'individu, par leur fixité et leur répétition, des repères et un sentiment de familiarité (Colin et Duez, 2008), en même temps que de la stabilité dans son environnement. Ainsi, les stratégies et les mécanismes de défense que ces SDF mettent en place leur permettent de se couper d'eux-mêmes et de ne plus ressentir les effets de leur exclusion. Ces dernières stratégies, ajoutées aux repères qu'ils trouvent et qu'ils investissent dans leur environnement, celui de la rue et de la survie, sont en lien avec la faiblesse de leurs niveaux d'anxiété et de dépression.

### **7.5.1.3. D'une résilience possible à une résilience paradoxale**

La situation SDF est destructurante pour l'individu qui perd ses anciens repères et investissements lors de sa perte de logement. Dès lors, il devient sujet à un stress chronique, à une instabilité et à de nombreuses atteintes identitaires. Dans leur situation d'exclusion sociale, les SDF vont mettre en place différentes défenses, différentes stratégies, et se saisir de ce qu'ils trouvent dans leur environnement pour apaiser leur souffrance. Les capacités de ces individus à faire face aux nombreuses difficultés qu'ils rencontrent et à tenir dans leur situation SDF sont susceptibles d'être questionnées sous l'angle de la résilience (Ionescu, 2011). Ainsi, nous pouvons penser les stratégies et les investissements mis en œuvre par les SDF, comme autant de facteurs de risque ou de protection qui, considérés dans leur contexte, rendent compte des possibilités de résilience des SDF (Langlard et Bouteyre, 2016).

Dans leur situation d'exclusion sociale, les SDF opèrent des réaménagements identitaires et élaborent différentes stratégies conduisant à des souffrances psychiques plus ou moins importantes. Au vu de nos résultats et des discussions qui ont suivi, nous repérons que les SDF usagers des CHU et ceux inscrits en CHRS partagent des facteurs de risque et de protection communs. Ainsi, conserver un sentiment de permanence de soi et adopter une posture réflexive permettant de maintenir un regard sur leur parcours, élaborer leur perte de logement et mettre en œuvre des projets afin d'imaginer un avenir meilleur, apparaissent protecteurs. Il en est de même de ce qui permet de se rapprocher de la population insérée et, dans le même temps, de se tenir à distance de cette étiquette SDF à laquelle tous sont confrontés. L'absence de ces éléments de protection chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence

entraîne une souffrance psychique élevée. Leur présence, chez les SDF inscrits en structure d'insertion, semble favoriser une résilience.

La situation des SDF accueillis en structure de stabilisation nous confronte à un paradoxe. Les facteurs de risque mis en avant chez les SDF usagers des CHU, ou des CHR, changent de polarité et deviennent protecteurs chez les SDF accueillis en structure de stabilisation. Ainsi, l'absence de réflexivité sur leur vie et de projection dans l'avenir, le rapprochement avec les autres SDF, les conduites d'alcoolisation massive ou encore la vie au jour le jour dans l'espace de la rue, semblent favoriser une résilience, cette fois-ci paradoxale. Nous qualifions cette résilience de paradoxale tant l'absence de souffrance de ces SDF est surprenante au regard de la chronicité de leur situation. Cristallisés, ces facteurs ne sont protecteurs que dans ce contexte d'extrême désocialisation et ils deviennent à risque dès lors que l'individu entre dans une dynamique d'insertion.

## **7.5.2. La santé mentale des trois groupes SDF**

### **7.5.2.1. Une modélisation de la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale**

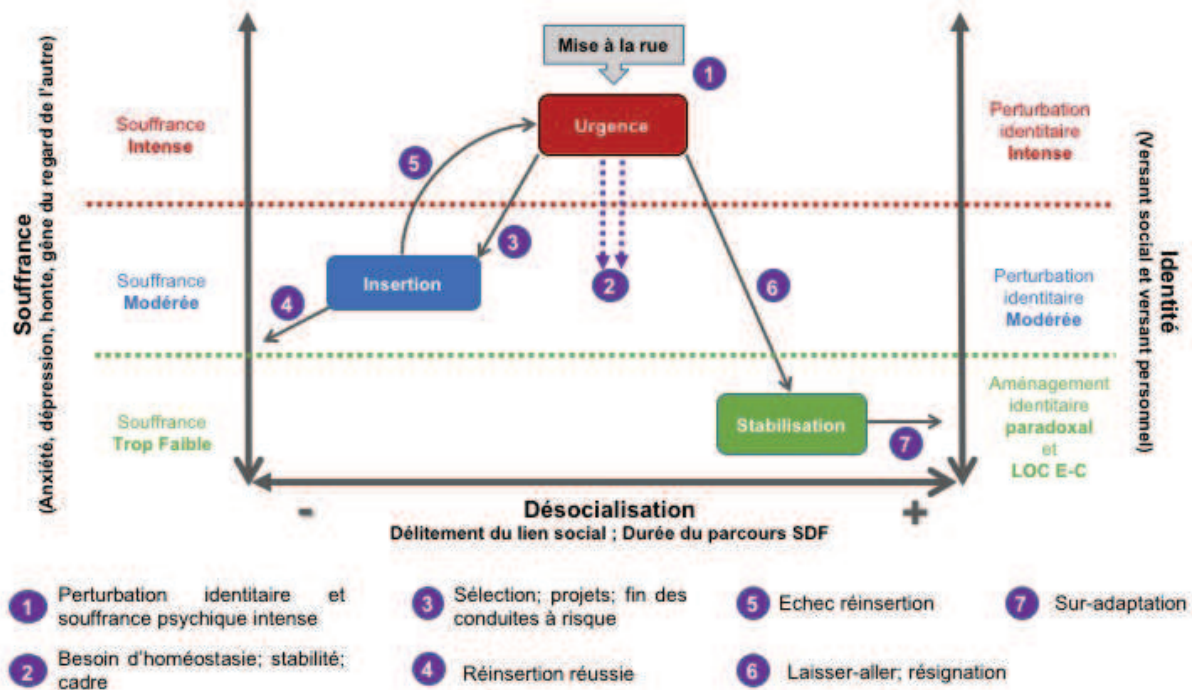
Rappelons que la littérature scientifique considère généralement l'exclusion comme un processus où l'individu est situé le long d'un continuum allant de sa mise à la rue, jusqu'à sa progressive avancée vers l'état de « clochard ». Si les termes et les concepts utilisés par les chercheurs diffèrent, on repère systématiquement la même linéarité dans ce processus, linéarité dans laquelle l'individu, après une succession d'étapes ou de phases, s'ancre progressivement dans sa situation SDF. Certains utilisent le terme de désocialisation (Vexliard, 1950, 1957), de clochardisation (Declerck, 2001), de *career*/carrière (Chamberlain et MacKenzie, 2006 ; Damon, 1998, 2002), ou encore de *patways* (Clapham, 2002, 2003). A chacun de ces termes correspond un modèle qui donne des éléments de compréhension de la dynamique des SDF et au processus menant ces individus vers un état d'extrême désocialisation. Cependant, ces modèles ne rendent que trop peu compte des problématiques présentées par les SDF en lien avec leur environnement et les dispositifs qui les prennent en charge. A ce titre, l'impact du dispositif sur les SDF et ce que ces derniers vont mettre en place au niveau comportemental, identitaire et finalement psychique, sont souvent négligés dans la littérature scientifique. De



plus, on constate une conception diamétralement opposée de la situation SDF entre la littérature scientifique et les actions publiques en place. En ce sens, quand les chercheurs mettent en avant un processus menant l'individu de sa perte de logement jusqu'à un état de grande désocialisation, le dispositif de veille sociale considère l'individu de sa mise à la rue jusqu'à sa progressive réinsertion sociale, en passant par les dispositifs d'urgence, de stabilisation et d'insertion. L'analogie entre le modèle scientifique de la désocialisation et celui, pratique, du dispositif de veille sociale est alors très délicate. En cela, la linéarité de ces deux conceptions et leurs difficiles correspondances apparaissent restrictives, tant dans la compréhension des problématiques rencontrées par les SDF, que dans celles rencontrées par les dispositifs en place.

Dans ce travail de thèse nous tentons de rendre compte, dans une approche en santé mentale, de la dynamique psychique des SDF, des stratégies qu'ils mettent en œuvre pour faire face à leur situation d'exclusion sociale, autant que des ressources qu'ils peuvent trouver, ou non, au sein de leur environnement. La figure 7, ci-après, illustre une modélisation dans une approche en santé mentale de la prise en charge des SDF. Cette modélisation met en avant la désocialisation des SDF, intimement liée au délitement du lien social et à la durée du parcours SDF, en fonction de leur souffrance psychique, de leur perturbation identitaire, et des ressources qu'ils puisent au sein du type de dispositif qui les prend en charge. Par convention, le terme de désocialisation a été choisi pour signifier le continuum joignant l'état d'insertion à l'état d'extrême désocialisation. Ce continuum permet de situer les SDF en abscisse. A cette désocialisation est associée la durée du parcours SDF depuis la première perte de logement ainsi que la qualité de leur lien social. En ordonnée, côté gauche, la souffrance psychique des SDF est représentée. Cette souffrance psychique regroupe l'anxiété, la dépression, le sentiment de honte et la gêne occasionnée par le regard de l'autre. Trois niveaux de souffrance sont distingués : une souffrance « intense », une souffrance « modérée » et une souffrance considérée comme « trop faible ». Toujours en ordonnée, mais côté droit, la perturbation des sentiments d'identité est représentée. Cette dernière renvoie au versant social et personnel de l'identité. Sont alors regroupés, l'image sociale des SDF, leur sentiment d'appartenance sociale, d'existence, de continuité identitaire et de maîtrise de leur vie. Aux trois niveaux de souffrance des SDF précédemment explicités, correspondent trois niveaux de perturbation identitaire : une perturbation identitaire intense, une perturbation identitaire modérée et un aménagement identitaire paradoxal auquel est associé un lieu de contrôle Externe-Chance. A noter que l'estime de soi, ne différenciant pas significativement les trois groupes SDF, n'a pas été intégrée dans cette modélisation.

Figure 7 : Modélisation de la prise en charge des SDF dans une approche en santé mentale



### 7.5.2.2. L'intérêt pour les dispositifs existants de considérer la santé mentale des SDF

#### 7.5.2.2.1. Concernant le dispositif d'hébergement d'urgence

##### La santé mentale des SDF fréquentant l'hébergement d'urgence

Les centres d'hébergement d'urgence sont la plaque tournante du dispositif de veille sociale. Ils permettent d'accueillir pour la nuit et dans des chambres collectives une population SDF masculine très diversifiée. Dans ces centres, certains SDF viennent de perdre leur logement et découvrent « le monde de la rue », d'autres connaissent cette situation depuis de nombreuses années et sont des « habitués » de l'hébergement d'urgence, quand d'autres, encore, fréquentent ce lieu en attendant qu'une place leur soit destinée en structure d'insertion. Si certains SDF sont alcooliques, toxicomanes, n'ont pas de papier d'identité, ou encore sont malades mentaux, tous sont regroupés indifféremment et vivent dans la promiscuité au sein de

ces structures. Il est alors violemment renvoyé aux SDF la déchéance de leur situation, que ce soit en miroir par rapport aux autres SDF ou par l'indignité de leur condition d'accueil. Honteux vis-à-vis de ce qu'ils sont devenus, ils se coupent de leur famille et de leur ancien entourage. Se retrouvant seuls, ils ne pourront se tourner que vers les travailleurs sociaux et les autres SDF pour trouver de l'aide, mais le peu de soutien qu'ils trouvent est perçu de mauvaise qualité.

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont un sentiment de continuité identitaire profondément mis à mal. Dans un profond dénuement, ils se sentent différents d'avant et ont le sentiment de n'être plus rien. Bien que tentant de maintenir un sentiment de maîtrise interne de leur vie, pour ne pas se laisser emporter dans une « chute » risquant de les amener jusqu'à cette image du clochard qui les effraie, ils n'ont aucun moyen d'action pour s'extraire de leur situation. Sans possibilité de se projeter dans l'avenir et de mettre en place un quelconque projet, ils ne peuvent qu'imaginer, dans leur vie future, redevenir comme ce qu'ils étaient auparavant. La situation d'hébergement d'urgence est très précaire, et contraint les SDF à vivre dans la plus grande instabilité. Remis à la porte du foyer chaque matin, ils passent la journée dans la rue, sous le regard extrêmement gênant des passants, en espérant retrouver une place d'hébergement le soir venu. Sans stabilité, sans repère, ni cadre sécurisant et contenant, ils ne peuvent asseoir leurs sentiments d'identité. Aux fortes perturbations des composantes personnelles et sociales de leur identité, s'associe une forte souffrance caractérisée par des hauts niveaux de dépression et d'anxiété chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence.

### *Recommandations pour le dispositif d'hébergement d'urgence*

Les centres d'hébergement d'urgence sont une nécessité tant de nombreuses situations sociales demandent une aide immédiate et inconditionnelle. Cependant, les moyens matériels et humains doivent être mis en œuvre pour que cet accueil en urgence, comme il est originellement prévu<sup>53</sup>, soit le plus court possible et débouche sur l'orientation de la personne vers une structure adaptée. Au vu des effets néfastes de l'hébergement d'urgence sur les SDF, nous proposons trois recommandations visant à améliorer ce dispositif. Une première recommandation est de mettre fin à l'extrême instabilité de l'hébergement d'urgence et de proposer une stabilité dans l'accueil durant tout le temps nécessaire à trouver une prise en

---

<sup>53</sup> Circulaire n° DGCS/1A/2010/271 du 16 juillet 2010 relative au référentiel national des prestations du dispositif d'accueil, d'hébergement, d'insertion

charge plus adaptée. Ces structures doivent permettre un accueil de jour, comme de nuit, pour permettre aux SDF de ne pas être dans la quête incessante d'un lieu où se réfugier. Une deuxième recommandation est de mettre à disposition des SDF des espaces personnels afin d'atténuer les effets délétères de la promiscuité qui renvoie à chacun la déchéance de sa situation. Bénéficier d'un espace personnel offre alors une protection vis-à-vis des autres, mais aussi la possibilité à chacun de préserver son intimité. Une troisième recommandation est de mettre fin à l'instrumentalisation des SDF par le dispositif. Cela nécessite de ne pas renvoyer les SDF de structure en structure où ils seront contraints de raconter à de multiples reprises leur histoire et les raisons de leur situation pour légitimer leur besoin d'assistance. Il s'agit donc de cesser la fragmentation de la prise en charge et de favoriser la mise en place d'une relation d'aide basée sur le respect de la personne et de sa dignité humaine.

Totalement déstructurante, la situation actuelle d'hébergement d'urgence est insoutenable, « invivable » comme beaucoup de SDF le disent. Le besoin d'homéostasie pousse ces individus à chercher une stabilité dans leur vie et de nouveaux repères à investir, afin de trouver un équilibre, même fragile, au sein de leur environnement. C'est par ces investissements et par la mise en place de stratégies, de mécanismes de défense, qu'ils pourront atténuer leur souffrance et les atteintes de leurs sentiments d'identité. Dès lors, le temps de cet accueil ne doit pas être une période d'insécurité et d'instabilité, dans laquelle rien ne se passe. Bien au contraire, il doit être un temps de répit durant lequel l'individu est soutenu suite au traumatisme de sa mise à la rue. Si des actions nationales d'humanisation des centres d'hébergement d'urgence se sont développées en France ces dernières années, elles apparaissent encore insatisfaisantes. Il apparaît alors fondamental que les SDF puissent être en mesure de trouver, au sein du dispositif d'urgence, un cadre contenant et étayant afin qu'ils ne soient pas contraints d'investir les repères « de la rue » (alcoolisation, vie au jour le jour, etc.) pour apaiser leur souffrance.

#### 7.5.2.2.2. Concernant le dispositif d'insertion

##### *La santé mentale des SDF accueillis en structure d'insertion*

Les SDF inscrits en structure d'insertion bénéficient d'une stabilité dans leur hébergement. Si leur prise en charge s'effectue sur un temps limité, ils savent qu'ils disposent

d'une durée de six mois, généralement renouvelable, pour faire aboutir leur projet d'insertion. Activement soutenus par les travailleurs sociaux, ils tentent de régulariser leur situation administrative (papier d'identité, RSA, carte vitale, etc.) et de mettre en œuvre leurs projets vis-à-vis du soin, de l'emploi ou encore du logement. S'ils sont affectés par l'image SDF que la société leur fait endosser, ils trouvent des stratégies leur permettant de s'écarter de cette étiquette SDF et de se rapprocher du « groupe société » dont ils pensent partager les codes, les normes et notamment les idéaux d'autonomie et de responsabilité individuelle dans la manière dont chacun est censé mener sa vie. Le cadre et le confort dont ils disposent au sein du CHRS les éloignent de l'indignité de leur situation SDF. Ils ont un espace intime, peuvent se réfugier au sein du foyer, ou dans leur chambre, et ne sont pas contraints de vivre constamment sous le regard de l'autre, dans une exposition au public. Ils sont en mesure de maintenir une hygiène de vie correcte et de prendre soin de leur apparence. Loin de la promiscuité existante dans les centres d'hébergement d'urgence, ils vivent en collectivité avec d'autres SDF qui leur ressemblent, auxquels ils peuvent s'identifier, et qu'ils ont valorisé comme faisant partie de la frange de la population SDF voulant se réinsérer. Certains disent alors qu'ils mènent une vie « comme tout le monde », à la seule différence qu'ils vivent dans un foyer. Ils quittent le CHRS le matin pour aller travailler, rechercher un emploi ou encore faire leurs diverses démarches administratives, et reviennent le soir en fin de journée pour manger et aller dormir. Préservés de l'indignité et de l'humiliation de la situation SDF, certains parviennent à reprendre contact avec des membres de leur famille et maintiennent des relations avec leurs proches. Leur situation SDF n'apparaît pas sidérante. Ne se sentant pas totalement différents d'avant leur mise à la rue, beaucoup d'entre eux ont même le sentiment de s'être personnellement améliorés par rapport à leur vie passée. Faisant preuve de réflexivité sur leur vécu et de projection dans l'avenir, ils prennent en considération leur parcours, leurs échecs et leur situation actuelle pour tenter de se construire un futur meilleur. Ainsi, ils disposent d'un cadre contenant, sécurisant et d'une stabilité au sein des CHRS. Ce qui fonde leur identité est préservé et leur souffrance psychique est moindre.

### *Recommandation pour le dispositif d'insertion*

Afin d'améliorer le dispositif d'insertion, nous proposons trois recommandations : 1) rendre réel le droit à l'insertion pour tous les SDF ; 2) sortir du paradoxe de l'assistance et de l'autonomie ; et (3) ne pas limiter l'insertion au seul retour à l'emploi et au logement.

La première recommandation est de rendre effectif le droit à l'insertion pour tous les SDF. Actuellement, si chacun peut bénéficier de la mission de service public proposée par les CHRS, ce qui est demandé à l'individu pour intégrer ces structures exclue indirectement toute une frange de la population SDF, celle qui est la plus désocialisée. En effet, pour accéder à ce type de structure, l'individu doit en formuler la demande. Sauf que demander de l'aide nécessite de ressentir sa souffrance (Furtos, 2000c), mais aussi de penser qu'un autre puisse être secourable, chose délicate lorsque le lien social est fortement fragilisé. Il est donc nécessaire de pouvoir aller au-delà de cette non-demande caractéristique de la souffrance de cette population SDF (Lazarus et Strohl, 1995 ; Parquet, 2003). De plus, l'admission et le maintien en CHRS nécessitent, de la part des SDF, d'établir un projet d'insertion et de mettre un terme à des conduites considérées comme « à risque » par le dispositif. A cela s'ajoute la contrainte d'attendre plusieurs semaines, parfois plusieurs mois, qu'une place se libère dans un CHRS. Ainsi, un certain nombre de critères d'admission sont implicites, de sorte que seuls les SDF « les plus compétents » parviennent à accéder aux CHRS. Il convient donc de lever les nombreux freins qui empêchent les SDF, notamment les plus désocialisés, de faire valoir leur droit à l'insertion.

Une deuxième recommandation est de s'extraire de ce paradoxe où les SDF sont mis dans une place d'assisté par le dispositif tout en recevant des injonctions à devenir autonomes (Duvoux, 2009a,b). Il semble donc important de mettre fin au poids du contrôle qui s'exerce, par le dispositif, sur les SDF. Il est alors nécessaire que les SDF puissent entreprendre des initiatives, faire des choix et mener leur projet d'insertion, sans que l'ensemble de leurs actes transitent systématiquement par un travailleur social. Aussi, ces structures devraient favoriser le lien social et permettre aux SDF de reconstruire, ou d'entretenir, une vie familiale, conjugale et amicale. Il convient alors, pour le dispositif, de ne pas s'immiscer dans tous les aspects de la vie des SDF et de leur laisser, par exemple, la possibilité de quitter la structure le temps d'une soirée, d'un week-end ou d'une semaine, sans risquer d'en être définitivement exclus.

La troisième recommandation est de ne pas cantonner la réussite de l'insertion au retour à l'emploi et au logement. Et si les échecs de l'insertion à la sortie des CHRS – deux tiers des SDF selon la Cour des comptes (2007) – doivent être reliés à la crise de l'emploi et du logement, on ne peut se limiter à cette seule analyse. Ces « insertions ratées » peuvent être questionnées au regard du mécanisme de la « réaction thérapeutique négative » mis en avant par Freud (1923) où l'amélioration du patient entraîne paradoxalement une aggravation de son état. Furtos (2005)

transpose cette réaction thérapeutique négative sur la relation d'aide entre le travailleur social et la personne précaire, de sorte qu'il constate que plus on aide la personne exclue et précaire, plus elle risque d'aller mal. En effet, nous avons vu que les SDF mettent en place différentes stratégies, différentes défenses et investissent des objets dans leur environnement qui leur apporteront autant de repères. L'idéal normatif du dispositif repose sur un retour au logement et à l'emploi et tend, finalement, à rompre avec tout ce qui rattache ces individus à leur situation SDF. En ce sens, une insertion trop rapide peut prendre valeur de choc et créer une rupture chez l'individu qui perd à nouveau ses repères et se retrouve dans un profond isolement, celui-ci n'étant plus pris en charge. Se retrouvant en perte d'équilibre, l'individu peut être tenté de retourner dans sa situation SDF pour retrouver ce qu'il avait réussi à construire. Il apparaît alors nécessaire de maintenir l'accompagnement par le dispositif, au-delà des murs du CHRS et dans la durée, afin de permettre une insertion qui n'engendre pas une nouvelle rupture chez l'individu.

#### 7.5.2.2.3. Concernant le dispositif de stabilisation

##### *La santé mentale des SDF accueillis en structure de stabilisation*

Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence, qu'ils aient ou non été pris en charge en CHRS à un moment donné, finissent par se résigner à leur situation SDF après plusieurs mois ou plusieurs années. Ils mettent alors en place des aménagements psychiques, voire des sur-aménagements, qui leur permettent de ne plus souffrir de leur situation SDF. C'est ce qu'on observe chez les SDF accueillis en structure de stabilisation. Leur survie au jour le jour marque le traumatisme de leur vie SDF. Lorsque l'on questionne leur histoire, on se confronte à un récit de vie éclaté, peu cohérent, sans chronologie, plaqué et sans affect, mais auquel ils vont tout de même se raccrocher. S'ils ne présentent pas de discontinuité identitaire, en ce sens qu'ils ont l'impression d'avoir toujours été la même personne, ils ont une profonde perturbation de leur identité et de leur sentiment d'être. L'absence de réflexivité sur leur vie passée, comme actuelle, et leur impossibilité de projeter dans l'avenir en sont les signes. Eloignés de leur histoire, et finalement de leur vie, ils n'ont plus ce sentiment d'existence et se raccrochent à un pseudo-récit de vie, jusqu'à s'y identifier, voire s'y coller pleinement, et devenir cette caricature SDF. Coupés de leur vie psychique, ils sont également coupés du social. Totalement désaffiliés, ils n'ont plus à avoir honte de leur situation puisqu'ils ne partagent plus rien, ni les codes, ni les



normes, avec la société et ses membres. S'ils mènent une vie pouvant être qualifiée de clochard et qu'ils en ont l'apparence, ils ne sont plus affectés par le regard de l'autre et ne ressentent plus ni l'exclusion, ni la stigmatisation sociale. Classiquement, lorsqu'une personne se sent proche de la population insérée, elle s'éloigne de la population SDF. Eux se sentent proches à la fois de ces deux groupes, mettant en avant que « chacun respire le même air ». S'ils mettent en avant ce rapprochement, ils ne partagent rien en commun et ne peuvent pas alors s'identifier aux autres. A cela s'ajoute l'absence de différenciation avec l'autre qui signe la mise à mal de leur sentiment d'altérité. Sans passé, ni avenir, ils vivent dans un présent répétitif mortifère dans lequel la consommation d'alcool est omniprésente. Bien qu'ils fassent part d'une absence de maîtrise de leur vie, considérée comme une succession d'événements plus ou moins chanceux et hasardeux, ils parviennent à reprendre un sentiment de contrôle sur leur vie au jour le jour. Ainsi, ils peuvent décider de satisfaire dans l'instant leurs besoins, ou désirs, les plus basiques, que sont ceux de la survie, comme manger, boire de l'alcool, fumer, faire une sieste, ou encore se déplacer d'un endroit à un autre. Coupés du lien social et d'eux-mêmes, les SDF accueillis en structure de stabilisation se coupent également de leur souffrance et présentent des niveaux d'anxiété et de dépression qualifiés de « trop faibles ».

### *Recommandations pour le dispositif de stabilisation*

Rappelons que ce dispositif de stabilisation est le fruit d'une initiative locale et que ses visées sortent du cadre des actions nationales qui visent toutes, *in fine*, l'insertion sociale de la personne. Ce travail de thèse nous amène à recommander de sortir d'une logique de « l'insertion à tout prix » afin de permettre le développement de dispositifs proposant, aux SDF chronicisés, une fonction « asilaire » (Declerck, 2001), au sens noble du terme. Et c'est bien la visée de cette structure de stabilisation que d'offrir une place digne à des SDF extrêmement désocialisés ne pouvant relever d'une prise en charge par une structure d'insertion. Pour se faire, ce type de structure doit pouvoir accueillir, au plus bas seuil d'admissibilité et sur une durée indéterminée (plusieurs années), les SDF dans le respect de leur singularité et de tout ce qu'ils ont mis en œuvre comme mécanismes de survie. En ce sens, il est une nécessité de proposer un lieu de vie digne et protecteur, mais aussi un accompagnement socio-éducatif quotidien, à des SDF continuant de mener une « vie de clochard », de mendier et de s'alcooliser abondamment.



Sortir de cette logique d'insertion, pour encourager cette fonction asilaire, suppose de considérer certains états d'extrême désocialisation comme étant quasiment irréversibles (Declerck, 2001). En ce sens, la société ne peut plus, éthiquement, se dédouaner de ne pas prendre en charge ces SDF sous prétexte qu'ils n'honorent pas le contrat d'insertion, car ils ne sont tout simplement pas en mesure d'être insérés. Il s'agit alors de mettre fin aux multiples traumatismes engendrés par la succession des échecs de l'insertion et de prendre soin de la personne telle qu'elle est. Accepter le caractère chronique de certains états de désocialisation, c'est aussi permettre de le stabiliser, de le gérer et de l'accompagner tout au long de la vie, à l'instar de toute autre pathologie chronique. Il s'agit alors de s'assurer que chacun soit en mesure de mener son existence tout en maintenant son droit à la sécurité et à la dignité. Et si l'on s'extrait des notions d'échec ou de réussite des actions d'insertion, l'idée est bien d'adapter au mieux la prise en charge afin d'accompagner autant les progressions de l'individu que ses éventuelles régressions.

## **7.6. Limites de la recherche**

Si tout travail de recherche contient des limites, il convient de les identifier et de les souligner afin de voir dans quelle mesure elles peuvent nuancer la validité de nos résultats. Ce travail critique sur notre recherche renvoie donc à une posture éthique scientifique servant de garde-fou à la mise en avant de conclusions pouvant être qualifiées d'abusives. Les développements qui suivent pointent successivement les limites relatives à la représentativité de nos échantillons, à la validité de nos outils, à la procédure démonstrative et enfin à l'approche en santé mentale de notre recherche. Au cours de ces développements, nous reviendrons sur le déroulement de la recherche, sur mon immersion au sein de la population SDF et sur la construction du protocole de recherche. Nous ne le ferons que succinctement et invitons le lecteur à se référer au chapitre 5 « méthodologie » si nécessaire.

### **7.6.1. La représentativité des échantillons**

Une première limite concernant notre recherche est la représentativité de nos échantillons. Dès lors, comprenons qu'au degré de représentativité des échantillons

correspondent différentes possibilités de généralisation des résultats. Si cette représentativité a été appréciée lors de l'élaboration de notre méthodologie, la confrontation avec le terrain de recherche nous amène à la remettre en question. Nous allons donc discuter la représentativité de nos échantillons en portant notre attention sur quatre points : 1) les critères d'inclusion et de non-inclusion ; 2) le caractère aléatoire du recrutement des participants ; 3) la taille des échantillons ; et (4) la dimension locale des trois dispositifs nationaux étudiés.

#### **7.6.1.1. Les critères d'inclusion et de non-inclusion**

La population SDF est définie par un seul critère, celui de dormir dans un lieu non prévu pour l'habitation ou dans une structure du dispositif de veille sociale (Brousse, 2006). Cet unique critère définissant la population SDF explique sa forte hétérogénéité sur de nombreux aspects tels que l'âge, le parcours de vie, les problématiques psychiatriques ou encore les caractéristiques sociodémographiques. Afin de rendre compte des populations SDF étudiées, mais aussi de leur forte hétérogénéité, nous avons limité au maximum le nombre de critères de non-inclusion à cette recherche. Ainsi, le seul critère d'inclusion est d'être pris en charge par une des trois structures d'hébergement étudiées (urgence – insertion – stabilisation). Cette recherche reposant sur l'entretien et la passation d'échelles et de questionnaires, nous avons dû ajouter deux critères de non-inclusion. Le premier est l'absence de maîtrise orale de la langue française, ne maîtrisant pas, moi-même, suffisamment bien les langues étrangères. Les populations immigrées, réfugiées et parfois clandestines, ne parlant pas le français, n'ont pas été incluses dans cette recherche bien qu'elles fassent partie intégrante de la population SDF sur le plan national. Le second critère de non-inclusion est le fait de ne pas être en mesure de supporter la situation d'entretien, que ce soit pour des raisons psychiatriques ou pour cause de trop forte désocialisation ou alcoolisation. Cependant, afin de ne pas exclure de cette recherche une frange de la population SDF psychotique et/ou extrêmement désocialisée, nous avons développé un cadre de recherche suffisamment souple et nous avons construit un protocole adapté à la population SDF. Ainsi, auprès de certains participants, nous avons tenu à faire des pauses, à supporter de nombreux rendez-vous manqués, à laisser une place à l'alcool (parfois même pendant l'entretien), à accepter le tutoiement, la saleté et finalement à laisser une place à la personne SDF telle qu'elle se présente à nous. L'idée est bien de poser un cadre de recherche suffisamment souple pour qu'il puisse s'adapter aux SDF, mais aussi suffisamment solide pour qu'il puisse résister aux éventuelles attaques.

Notons que ces critères de non-inclusion ne doivent pas être excluants pour les SDF. Ainsi, une personne grandement psychotique s'est présentée à moi et m'a fait part de son envie de participer à la recherche. Connaissant bien cette personne, j'avais anticipé que le protocole de recherche ne pourrait pas être mené à son terme tant l'échange et la communication étaient difficiles, voire impossibles. J'ai tout de même tenu à lui proposer un rendez-vous pour que l'entretien se déroule. Comme à son habitude, elle m'a parlé des innombrables cafés qu'elle boit dans la journée sans que je puisse lui poser de questions. Puis, j'ai mis fin à l'entretien au bout de 30 minutes en la remerciant d'avoir participé à la recherche. Si, a posteriori, je n'ai pas pu l'inclure dans cette thèse, elle était tout de même considérée comme un participant. Et durant les semaines qui ont suivi l'entretien, cette personne m'a répété ainsi qu'aux autres SDF et travailleurs sociaux, sa satisfaction d'avoir participé à la recherche.

#### **7.6.1.2. Le recrutement aléatoire des participants**

Afin de tendre vers une meilleure représentativité de nos échantillons, nous avons tenté de rendre le recrutement des participants le plus aléatoire possible. Mais, comme dans toute recherche en sciences sociales, nous avons dû tenir compte de la réalité du terrain. Dès lors, comprenons qu'il n'a pas été envisageable de constituer nos échantillons SDF par un recrutement systématisé, comme il est de mise dans les études épidémiologiques. C'est bien en tant que chercheur, s'adaptant aux structures d'hébergement, aux professionnels et au public accueilli, que je suis allé à la rencontre des SDF. Après concertation et discussion avec les chefs de service et les équipes socio-éducatives, nous avons défini les modalités les plus pertinentes pour accéder à ce public. Ayant collaboré par le passé avec la directrice de ces structures et les chefs de service respectifs, un lien de confiance s'est rapidement recréé, de sorte que chaque centre d'hébergement m'a ouvert ses portes pour que je puisse aller à la rencontre des SDF.

Mon immersion sur le terrain fut longue et composée de nombreux moments informels. Dans cette configuration, les modalités de recrutement des participants à cette recherche ont été pleinement dépendantes des rencontres, des affinités qui se sont établies et des discussions qui ont pu en découler. C'est donc à force de temps passé à établir une relation de confiance avec certains SDF que j'ai pu leur proposer de participer à la recherche. Si je me présentais à chacun d'eux et les saluais systématiquement, certains sont toujours restés méfiants, quand d'autres sont venus vers moi, m'ont questionné et parfois demandé s'ils pouvaient participer. En

fonction de la structure, l'intermédiaire des professionnels a favorisé la rencontre avec les SDF. Si, en amont, nous avons pris soin avec les travailleurs sociaux de préciser les modalités d'accès aux SDF, des biais sont inévitablement apparus. Par exemple, certains professionnels se sont montrés insistants envers la personne SDF pour qu'elle participe à ma recherche, leur disant alors « il faut aller voir Monsieur Langlard, c'est important que tu l'aides dans sa recherche » ; ou encore « ça ne dure qu'une heure, il a juste quelques questions à te poser ». D'autres sont venus me voir directement en me disant : « il faut vraiment que vous rencontriez monsieur Z, son parcours est très intéressant et il a envie de s'en sortir ». Ces dires des professionnels posent la question des représentations qu'ils peuvent projeter sur ma recherche et sur ma posture de chercheur en psychologie. Fréquemment interventionnistes dans leurs pratiques, ces professionnels, souhaitant certainement m'aider, ont pu mettre à mal mon cadre de recherche qui nécessite une adhésion libre du participant. D'autres professionnels sont restés méfiants à mon égard, ne m'adressant que peu la parole et ne favorisant pas ma mise en relation avec les SDF. Il faut avoir à l'esprit que la présence d'un chercheur en psychologie, soi-disant « expert » de la population SDF, peut être une source d'inquiétude pour les professionnels. En effet, je risquais d'être celui qui juge leur pratique, qui recueille des informations confidentielles sur les SDF, qui fait intrusion au sein de l'institution, ou encore qui, en créant une relation singulière avec les SDF, pourrait devenir un rival. Si j'ai dû préciser et tenir mon cadre de recherche à de nombreuses reprises auprès des professionnels, j'ai également été vigilant à maintenir une relation de confiance. J'ai donc tenté tout au long de cette recherche de maintenir un cadre qui soit suffisamment souple pour s'adapter tant aux SDF qu'aux professionnels.

Ainsi, qu'il s'agisse des modalités d'accès aux SDF par l'intermédiaire des travailleurs sociaux ou par mon immersion au sein de leurs lieux de vie, des biais sont apparus dans le recrutement des participants. Ils sont inévitables dans les recherches en sciences sociales, et notamment auprès de la population SDF. A défaut d'avoir des échantillons représentatifs des populations SDF étudiées, nous avons mis en œuvre ce qui était possible pour tendre vers cet idéal.

### **7.6.1.3. La taille des échantillons**

Le nombre de 25 SDF par groupe, en réalité 24 pour ceux qui fréquentent l'hébergement d'urgence, nous a semblé satisfaisant au vu de la réalité de notre terrain de recherche et de la

temporalité d'un travail de thèse. Si l'étude comparative de groupes plus conséquents aurait permis de bénéficier d'un impact statistique plus important, elle permet néanmoins de mettre en avant des résultats consistants.

Rappelons que mener une recherche auprès de la population SDF, notamment sa frange la plus désocialisée, nécessite du temps et beaucoup d'investissement de la part du chercheur. C'est donc par une présence quotidienne, du lundi au dimanche, du matin au soir, sur une période de six mois que j'ai pu instaurer une relation de confiance me permettant de rencontrer 74 participants pour cette recherche. Cette disponibilité est indispensable tant il est compliqué, voire impossible, d'organiser des rendez-vous plus d'une journée en avance. Ainsi, pour mener un entretien de recherche, il faut venir la veille au soir dans la structure pour proposer à la personne de participer à la recherche et revenir le lendemain matin pour mener l'entretien, et ainsi de suite. Mener cette recherche auprès des SDF a donc nécessité que je m'adapte à leur temporalité, que j'endure les nombreux rendez-vous manqués et les entretiens reportés pour cause de trop grande alcoolémie, etc. Il faut donc négocier notre terrain de recherche avec les particularités de cette population mais aussi avec celles des institutions qui ont leurs horaires d'ouverture et de fermeture, leurs temps consacrés au repas et aux réunions. Ainsi, mener une recherche auprès de la population SDF contraint à devoir travailler sur des échantillons réduits au risque de fragiliser les analyses statistiques.

#### **7.6.1.4. La spécificité locale des dispositifs nationaux**

Si le groupe de SDF fréquentant l'hébergement d'urgence et celui des SDF inscrits en structure d'insertion représentent respectivement les populations SDF prises en charge par les deux actions principales du dispositif de veille sociale, il ne faut pas nier leurs particularités locales. En effet, l'ampleur du phénomène SDF et les moyens mis en œuvre pour y faire face varient en fonction des villes, des départements et des régions. Si les actions et les visées de ces structures sont nationalement définies, les modalités d'accueil et leurs effets sur les SDF divergent fortement. Ainsi la situation SDF en hébergement d'urgence varie considérablement selon qu'il s'agisse d'un petit foyer situé dans une campagne du centre de la France ou d'un foyer d'une capacité d'accueil de 100 personnes de l'agglomération de Rouen. Aussi, quand à Rouen, il existe une structure principale dédiée à l'accueil en urgence des SDF située dans le

centre-ville, à Paris, la multiplicité de ce type de structures fait que les SDF sont déplacés de foyer en foyer et sont contraints de s'éloigner de leur lieu de vie habituel.

Concernant la structure de stabilisation étudiée à Rouen, le fait qu'elle accueille volontairement à très bas seuil d'admissibilité en fait un dispositif unique en France à notre connaissance. La consommation d'alcool, même excessive, est tolérée au sein de cette structure et les modes de vie, proches de ceux des clochards, sont respectés par les professionnels. Ainsi, ce groupe est difficilement assimilable à une action nationale, mais renvoie à un dispositif alternatif qui permet de mettre en perspective l'analyse des dispositifs d'urgence et d'insertion. Notons également que ces SDF inscrits en structure de stabilisation représentent la frange la plus désocialisée de la population SDF.

#### *Pour conclure*

Qu'il s'agisse des critères d'inclusion et de non-inclusion, des modalités d'accès aux participants, de la taille des échantillons ou encore des spécificités locales des structures d'hébergement, tous ces éléments influent sur la représentativité de nos groupes étudiés. Si nous avons fait en sorte, par notre travail méthodologique, de rendre nos groupes les plus représentatifs possibles, l'analyse des biais et des limites nous permet de dessiner les contours des généralisations possibles de nos résultats.

#### **7.6.2. La validité des outils**

Dans cette recherche, nous avons fait le choix scientifique, mais également pris le risque, d'adapter des outils (échelles et questionnaires) à la population d'étude, lorsque ça nous paraissait nécessaire. Ce travail de réflexion sur la construction du protocole de recherche, ainsi que sa pré-expérimentation auprès d'une population SDF « témoin », sont développés dans le chapitre 5 « méthodologie », nous n'y revenons pas ici. Cependant, bien que l'adaptation des outils à nos populations d'étude soit une nécessité scientifique (Ionescu, 2015), cela n'est pas sans conséquences. Si ces modifications apportent un gain scientifique certain dans le sens où ces outils permettent maintenant de mesurer ce que l'on cherche à mesurer (Messick, 1980), ils perdent une partie de leurs qualités psychométriques, notamment leur fiabilité. De plus, ne

disposant pas des outils existants pour investiguer différentes variables telles que les perturbations des composantes de l'identité ou encore de la satisfaction des SDF vis-à-vis du dispositif, nous avons mené de nombreuses évaluations par l'entretien semi-directif. Là aussi, ces mesures n'ont pas de fiabilité scientifique. Cependant, le fait que le même chercheur réalise l'ensemble des évaluations apporte une certaine validité. Ces choix opérés, il est difficile de comparer nos résultats avec ceux d'autres études utilisant un matériel semblable, ce qui n'empêche pas en revanche les comparaisons entre les trois groupes SDF de notre recherche.

Nous avons élaboré notre protocole de recherche de manière à investiguer l'ensemble de nos variables et à recueillir des données systématisées auprès de tous les SDF, y compris les plus désocialisés. Afin d'étoffer l'analyse qualitative et de donner plus de teneur à nos résultats, des questions plus ouvertes ont été ajoutées à la mesure de certaines variables. Dès lors, comprenons que la richesse des entretiens a différé en fonction de la loquacité des SDF. Quand certains étaient en mesure d'élaborer par la parole et de produire un discours cohérent, pour d'autres, ce n'était pas possible. La technique de l'entretien trouve ici ses limites chez les SDF les plus désocialisés. Et comme le souligne Declerck (2001), l'observation de leur mode de vie, de leurs conduites et de leurs comportements renseigne parfois plus sur leur état psychique que le langage. Ainsi, mon immersion sur le terrain, mais aussi mes travaux de recherche passés et ma pratique de maraude avec le Samu Social ont nourri nos réflexions et notre compréhension de la dynamique psychique des SDF. Il en est de même de l'importance des dires des travailleurs sociaux tant sur leurs pratiques, que sur les SDF qu'ils prennent en charge. Une des limites de cette recherche est l'absence de standardisation de nos observations et de nos expériences passées. Afin de ne pas aboutir à des généralisations abusives, nous avons tenu à baser nos analyses statistiques uniquement sur les données recueillies de manière systématisée par l'entretien et les passations d'échelles et de questionnaires. Ce n'est que dans un second temps que nous avons pu nourrir nos analyses et nos interprétations par nos différentes observations.

### **7.6.3. La procédure démonstrative**

Dans cette thèse, l'étude comparative est apparue pertinente pour traiter notre problématique. Mais cette procédure démonstrative entraîne des limites que d'autres stratégies de recherche permettent de dépasser, voire d'écarter. Ainsi, l'étude de cas aurait permis

d'apprécier avec plus de justesse les souffrances des SDF en les mettant en lien avec leur histoire, leurs problématiques personnelles et finalement tout ce qui fait la singularité de l'individu. De même, mener une étude longitudinale aurait permis une analyse évolutive de la situation SDF et de ses effets chez l'individu concerné. Qu'il s'agisse de l'étude de cas approfondie et/ou de l'étude longitudinale, il y a nécessité de mener plusieurs entretiens de recherche avec l'individu et de le suivre dans le temps. C'est bien toute la difficulté lorsque l'on mène un travail de thèse auprès de la population SDF. Ces types d'études sont peu adaptés à la temporalité du doctorat et à la population SDF qui, par son absence de fixité et les problématiques qui lui sont liées, est à la fois mouvante, fuyante et donc difficile d'accès pour le chercheur.

Il aurait donc été intéressant d'investiguer plus en profondeur l'anamnèse de ces personnes, leur parcours professionnels, résidentiel et de soin, mais nous avons dû faire des concessions. Le protocole de recherche a donc été travaillé de manière à ce qu'il puisse être mené à son terme lors d'une rencontre unique auprès de SDF pouvant présenter de grandes difficultés cognitives, une forte désocialisation et des difficultés d'élaboration psychique. Nous avons aussi tenu à contrôler certains éléments, comme les caractéristiques sociodémographiques ou le parcours de vie, mais sans pouvoir les explorer en profondeur. Si l'étude comparative nous éloigne de la singularité de l'individu, elle a l'avantage de permettre la mise en avant de phénomènes qui ne pourraient être observés par l'étude de cas. Cette stratégie de recherche nous a donc permis de nous centrer sur des aspects spécifiques pour repérer la prégnance de certaines stratégies identitaires, de certaines défenses, de certaines souffrances et d'en souligner parfois leur caractère paradoxal (Chevalier *et al.*, 2017). Notons aussi que les trois dispositifs étudiés ne s'excluent pas les uns des autres. En ce sens, chaque personne évolue de dispositif en dispositif au gré de son parcours SDF. Ainsi, de nombreux SDF inscrits en structure de stabilisation étaient, quelques années auparavant, potentiellement usagers des dispositifs d'insertion ou d'hébergement d'urgence. Dès lors, l'étude comparative de ces trois groupes SDF se différenciant par cette variable de l'hébergement permet, au moins partiellement, une analyse dynamique et évolutive de nos résultats.



#### 7.6.4. Les limites de l'approche en santé mentale

L'approche en santé mentale nous a permis d'appréhender la population SDF en lien avec l'environnement dans lequel elle évolue. Nous avons alors mis en avant et contextualisé des stratégies de maintien de l'identité, des défenses psychiques et des souffrances particulières chez les SDF. Une approche psychopathologique plus structurale aurait permis d'identifier des mécanismes de défenses et des relations d'objets pouvant renvoyer aux états psychotiques ou *borderline*. Chez les SDF les plus désocialisés, on repère alors massivement des mécanismes de défense tels que le clivage, le déni ou encore la projection. Leur tableau clinique est fréquemment composé de passages à l'acte, de retrait, de détachement affectif, de désinvestissement, d'incurie et de conduites toxicomaniaques. Leur adhésion, allant parfois jusqu'au collage, à une identité SDF de substitution peut être comprise comme la mise en place d'un aménagement en « faux-self » (Winnicott, 1960). Cette vie au jour le jour dans un présent répétitif, cette anesthésie psychique et physique et ces conduites d'autodestruction peuvent être pensées au regard d'une économie psychique qui repose sur la pulsion de mort et qui suit la logique du principe de Nirvana cher à Freud (1920). La pulsion de mort à l'œuvre pourrait rendre compte, par sa fonction désobjectalisante (Green, 1993), de nombreux tableaux cliniques rencontrés chez les SDF. Finalement, les carences précoces vécues par beaucoup de SDF, le délitement de leurs liens sociaux, l'insécurité de leurs attachements, les mécanismes de défenses et le tableau clinique décrit précédemment, nous amène à poser l'hypothèse d'une forte proportion chez les SDF de pathologies du narcissisme telles que les états limites de la personnalité décrits par Bergeret (1981 et 1986) ou Kernberg (1979 et 1991). Cette approche psychopathologique, bien que pertinente et opérationnelle, nous confronte aux limites, voire aux impasses, des conceptions qui opposent le normal au pathologique et la causalité individuelle à celle sociale. En effet, les structures psychotiques ou les a-structures états limites ont un caractère stable et durable dans le temps. En ce sens, elles étaient présentes chez la personne avant sa situation SDF et le risque est alors de les considérer comme explicatives de la désocialisation des SDF et d'en minorer la part sociale.

L'approche en santé mentale permet de s'extraire des nombreux clivages, souvent nocifs au travail de réflexion, entre les tenants de la psychanalyse, de la psychiatrie ou encore de la sociologie. La santé mentale n'exclut pas les autres cadres théoriques et ne s'y oppose pas non plus ; au contraire, chacun y trouve sa place. La santé mentale permet d'appréhender l'individu dans son environnement et offre une place centrale à la souffrance (Ehrenberg, 2005a). Dès

lors, on se situe au-delà des effets sociaux unilatéraux et des conceptions pathologiques des troubles ou de certains mécanismes de défense, ces éléments étant à considérer au regard d'un ajustement complexe entre un individu singulier et l'environnement dans lequel il évolue. Le caractère novateur de cette approche en santé mentale a nécessité la construction d'une méthodologie ne pouvant pas, par conséquent, s'appuyer sur une autre ayant déjà fait scientifiquement ses preuves. Nous avons élaboré notre cadre de recherche en fonction des études existantes, de nos expériences pratiques et de recherche passées, mais aussi en nous basant sur le consensus clinique d'une souffrance psychique (Lazarus et Strohl, 1995) n'ayant pu être mis avant de manière expérimentale. Si notre méthodologie et l'approche en santé mentale, que nous défendons, peuvent être critiquées sur de nombreux points, elles doivent être comprises dans leurs visées exploratoires et leurs ambitions d'ouvrir de nouvelles voies de recherche et d'analyse.



## *Conclusion et perspectives*

### Conclusion

La question de départ de ce travail de thèse est de comprendre comment certains SDF parviennent à entrer dans une dynamique d'insertion quand d'autres se chronicisent dans leur situation. Cette question trouve sa pertinence au vu de l'ampleur grandissante du phénomène SDF et de l'inefficacité des dispositifs mis en place pour traiter cette problématique sociétale. La littérature scientifique existante à ce sujet ne permet pas de répondre à cette question, ou alors de façon partielle. Et d'emblée, elle nous confronte à la difficulté de cerner avec précision les contours de la population SDF et les multiples problématiques qui lui sont liées. Cependant, les études convergent sur la nécessité de considérer, d'une part, la désocialisation comme un processus et, d'autre part, les liens étroits entre la maladie mentale et l'exclusion sociale. Malgré des constats partagés, deux pans de la littérature s'opposent, et chacun se confronte aux limites de sa conception explicative, tantôt individuelle et/ou psychologique, tantôt collective et/ou sociologique. Dès lors, les apports de la littérature scientifique, mais aussi ses limites et ses manques, nous ont conduit vers l'intérêt de nous situer dans une approche en santé mentale qui prend en compte l'individu dans son environnement. Nous avons alors élaboré un protocole de recherche adapté à la population SDF de manière à porter l'investigation sur quatre axes principaux : le parcours de vie ; les sentiments d'identité ; le lien social ; la souffrance psychique. Trois groupes SDF ont été étudiés : un groupe fréquentant l'hébergement d'urgence ; un groupe inscrit dans une structure d'insertion ; un groupe accueilli dans une

structure de stabilisation destinée aux SDF chronicisés. L'étude comparative de ces trois groupes SDF, se différenciant par leur type de prise en charge, nous a permis de rendre compte de ce qui favorise l'insertion des SDF, mais aussi leur chronicisation.

Cette thèse met en avant que si le parcours de vie des SDF est dans l'ensemble douloureux et composé de nombreuses ruptures, il n'est pas une variable différenciant les trois groupes SDF. En revanche, des différences significatives apparaissent en ce qui concerne les sentiments d'identité, le lien social et les souffrances psychiques des SDF. Quand le lien social et les sentiments d'identité sont préservés chez les SDF inscrits en structure d'insertion, ils sont fortement perturbés chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ou accueillis en structure de stabilisation. Concernant la souffrance psychique, elle est la plus élevée chez les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence et la plus faible chez ceux accueillis en structure de stabilisation. Pris indépendamment, ces trois axes offrent autant de variables explicatives de ce qui favorise, ou entrave, les possibilités d'insertion des SDF. Cependant, leur mise en relation entre eux, mais également avec l'environnement, permet une analyse plus complexe et plus contextuelle de la dynamique en place dans chacun de ces groupes. Les SDF inscrits en structure d'insertion disposent d'un cadre sécurisant et d'une stabilité dans leur hébergement. N'étant pas contraints de vivre quotidiennement dans l'espace de la rue, ils sont en mesure de maintenir une hygiène de vie correcte et sont préservés de la gêne occasionnée par le regard de l'autre. Ils se sentent proches des gens insérés et valorisent une catégorie SDF qui leur permet de s'éloigner de l'image négative des SDF désocialisés. Leur situation SDF n'est pas sidérante et ils font preuve de réflexivité sur leur vie et de projection dans l'avenir. Ainsi, ils ont pu surmonter le traumatisme de leur perte de logement mais aussi les nombreuses ruptures et carences qui ont jalonné leur vie. Ils parviennent alors à s'appuyer sur le lien social pour se faire aider et accompagner dans leur réinsertion. Le lien social et ce qui fonde l'identité étant préservés, les SDF inscrits en structure d'insertion présentent une souffrance psychique modérée. Les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence sont, quant à eux, dans une instabilité et dans un profond dénuement. La promiscuité avec les autres SDF et leur exposition au regard de l'autre engendrent de l'indignité et de l'humiliation. Totalement changés suite à leur mise à la rue, ils ont le sentiment de n'être plus rien et ils ne peuvent pas se raccrocher, ni à la société qui les stigmatise, ni à la population SDF qui leur renvoie une image insupportable. Ces perturbations, mais aussi leur discontinuité identitaire et leur impossibilité de se projeter dans l'avenir, signent le traumatisme de leur situation SDF. Leur lien social fortement mis à mal, les SDF fréquentant l'hébergement d'urgence ont une grande souffrance psychique. Enfin, les SDF accueillis en

structure de stabilisation présentent un profond délitement du lien social et une perturbation importante de tout ce qui fonde leur identité. Chronicisés dans leur situation SDF depuis de nombreuses années, ils vivent au jour le jour sans penser à l'avenir et sans réflexivité sur leur parcours. Le cadre qu'ils trouvent dans cette structure de stabilisation, en plus de leur offrir une stabilité et une sécurité, leur permet de maintenir de nombreuses conduites de survie qu'ils ont pleinement investies (alcoolisation massive, mendicité, errance, etc.). Leur désaffiliation fait qu'ils ne partagent plus les codes et les normes qui régissent la société, au point qu'ils ne sont ni honteux, ni gênés par le regard des autres malgré une exposition quotidienne sur la scène publique. Coupés d'eux-mêmes et de la société, ils ont intégré cette identité SDF de substitution qui ne les fait plus souffrir.

Cette approche en santé mentale a permis de nous extraire d'une conception dans laquelle les SDF évoluent selon un processus linéaire qui les mène de leur perte de logement à un état d'extrême désocialisation. En considérant l'environnement des SDF, et notamment les dispositifs qui les prennent en charge, nous avons pu contextualiser et identifier différentes défenses psychiques et différents investissements qui rendent compte de souffrances particulières. Rappelons que la situation SDF est destructurante pour ceux qui y sont confrontés. Afin d'y faire face, les SDF opèrent des réaménagements identitaires, mettent en place différentes défenses et se saisissent des repères et des ressources qu'ils sont en mesure de trouver dans leur environnement. Ces stratégies, pouvant être qualifiées d'adaptation, favorisent, pour certaines, l'insertion, et pour d'autres, la chronicisation des SDF. Quoi qu'il en soit, ces stratégies ont une fonction protectrice dans le sens où elles permettent aux SDF de diminuer leur souffrance. Dès lors, il apparaît nécessaire de questionner tout ce que les SDF mettent en œuvre pour « tenir » dans leur situation d'exclusion sociale. C'est dans ces conditions que les dispositifs pourront adapter leurs prises en charge en respectant les aménagements identitaires et les défenses psychiques des SDF afin de ne pas créer de nouvelles ruptures, comme celles engendrées par la situation d'exclusion. Il est donc nécessaire de repenser le dispositif d'aide sociale pour que ses actions ne malmènent pas les diverses stratégies déployées par les SDF. Et si certaines de ces stratégies sont considérées comme étant à risque par le dispositif, dans la mesure où elles sont un obstacle à une insertion possible, elles sont avant tout protectrices pour l'individu dans le sens où elles lui permettent de faire face à la dureté de son environnement.

## Perspectives

Ce travail de thèse offre des perspectives de recherche, de pratiques cliniques mais aussi de prise en charge par les dispositifs. Concernant les perspectives de recherche, il serait pertinent d'élargir cette étude à l'ensemble de la population SDF. Nous pourrions ainsi identifier des problématiques communes, ou spécifiques, à la frange de la population SDF féminine, à celle qui est en demande d'asile, à celle qui se tient à distance des dispositifs, ou encore à celle qui est prise en charge dans des logements aidés. L'approche en santé mentale manque encore de teneur conceptuelle et scientifique. Malgré ces manques, nous avons mis en avant l'intérêt d'opérationnaliser cette approche en santé mentale auprès de la population SDF. Cette opérationnalisation pourra être bonifiée par un travail méthodologique visant à valider les échelles et les questionnaires que nous avons adaptés pour cet objet d'étude. Il serait également pertinent de mener une réflexion sur d'autres outils à utiliser, notamment l'observation qui permettrait de recueillir un matériel clinique riche chez des individus ne privilégiant pas l'expression par la parole. Si la situation extrême de la population SDF permet une illustration exemplaire de l'intérêt de considérer la souffrance des individus en lien avec leur environnement, cette approche en santé mentale gagnerait maintenant à être élargie à un éventail plus large de situations sociales (chômage, incarcération, immigration, etc.) et de pathologies (maladie chronique, dépression, toxicomanie, etc.).

Concernant les perspectives liées à la pratique clinique, il semble nécessaire de mettre en place un véritable travail en réseau avec les professionnels du sanitaire, du social, de l'éducatif et même du politique. La souffrance est alors un élément central qui permet de relier l'ensemble de ces domaines. Il est donc nécessaire que les pratiques cliniques tiennent compte des ajustements entre l'individu et son environnement. Dès lors, ce qui apparaît pathologique chez un individu peut être adapté chez un autre, au même titre que des facteurs de risque et de protection sont susceptibles de changer de polarité d'un contexte à un autre. Si le milieu du travail social, actuellement concerné en premier lieu par la souffrance des précaires, s'est tourné vers le sanitaire, ce dernier doit maintenant se tourner vers le social. Ainsi, le milieu médico-psychologique ne peut plus rester indifférent face à cette souffrance des précaires, sous prétexte qu'elle n'entre pas dans la nosographie psychiatrique ou qu'elle prend des manifestations sociales. Ce travail de thèse nous amène donc à militer pour favoriser le développement des

« cliniques de la précarité » initiées par l'ONSMP-ORSPERE<sup>54</sup>. Il s'agit ici de penser la création de dispositifs permettant « d'aller-vers » les individus en souffrance et au-delà de leur non-demande. Et c'est seulement en allant vers eux et en prenant le temps de créer une relation de confiance, que les professionnels pourront prendre soin de ces individus qui se sont coupés du lien social pour ne plus ressentir leur souffrance.

Enfin, cette recherche offre des perspectives visant à améliorer le dispositif d'aide sociale. Au-delà des recommandations que nous avons déjà formulées dans ce travail de thèse, il y a une nécessité à ce que chaque individu puisse faire valoir son droit à l'insertion. Les structures d'insertion doivent donc repenser leur prise en charge de manière à ne pas mettre en place une multitude de critères d'admission insidieux qui excluent toute une frange de la population SDF. Ce droit à l'insertion retrouvé, il faut qu'il en soit de même pour le droit à l'assistance et à la dignité humaine. Il est alors nécessaire qu'un virage politique s'opère afin que l'on sorte de la logique du « tout insertion ». Développer la fonction asilaire de certaines structures permettrait ainsi de proposer un accueil digne à des individus qui, chronicisés dans leur situation SDF, ne sont pas en mesure de s'insérer socialement.

---

<sup>54</sup> Observatoire national des pratiques en santé mentale et précaire – Observatoire régionale Rhône-Alpes sur la souffrance psychique en rapport avec l'exclusion





## *Références*

- Acorn, S. (1993). Mental and physical health of homeless persons who use emergency shelters in Vancouver. *Hospital and Community Psychiatry, 44*(9), 854-857.
- Aertgeerts, B., Buntix, F., Ansoms, S., & Fevery, J. (2001). Screening properties of questionnaires and laboratory test for the detection of alcohol abuse or dependence in general practice population. *British Journal of General Practice, 51*(464), 206-217.
- Ainsworthe, M. D. S., Blehar, M. C., Walters, E., & Walls, S. (1978). *Pattern of attachment: a psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ : Lawrence Erlbaum Associates.
- Alaphilippe, D. (2008). Evolution de l'estime de soi chez l'adulte âgé. *Psychologie et neuropsychiatrie du vieillissement, 6*(3), 167-176.
- Alaphilippe, D. et Chasseigne, G. (1993). Construction d'une échelle de représentation du contrôle chez les personnes âgées. *L'année psychologique, 93*(2), 269-282.
- Aliaga, C., Brousse, C., Fournier, L. et Plante, N. (2003). France-Québec : une comparaison de la population des sans-domicile usagers des services d'hébergement ou de distribution de repas. *Santé, société et solidarité, 2*(1), 97-113.

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5: diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5<sup>th</sup> edition). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Anderson, N. (1923). *The Hobo: the sociology off the homeless man*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Anderson, I. & Tulloch, D. (2000). *Pathways through homelessness: A review of the research evidence*. Edimbourg, UK: Scottish Homes.
- Andrews, F. M. & Withney, S. B. (1976). *Social indicators of well-being*. New York, NY: Plenum press.
- Andrisani, P. J. (1978). *Work attitude and labor market experience: Evidence from the national longitudinal surveys*. New York, NY: Praeger.
- Anzieu, D. (1985). *Le Moi Peau*. Paris, France : Dunod.
- Arveiller, J. P. et Mercuel, A. (2011). *Santé mentale et précarité : aller vers et rétablir*. Paris, France : Centre hospitalier sainte Anne, Lavoisier.
- Astier, I. (1996). Le contrat d'insertion. Une façon de payer de sa personne ? *Politix*, 9(34), 99-113.
- Astier, I. (2007). *Les nouvelles règles du social*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Auerswald, C. L. & Eyre, S. L. (2002). Youth homelessness in San Francisco: a live cycle approach. *Social Science and Medicine*, 54(10), 1497-1512.
- Babin, P. (2004). *SDF, l'obscénité du malheur*. Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric disorders and repeat incarcerations: the revolving prison door. *The American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109.
- Baken, D. & Stephans, C. (2005). More dimensions for the multidimensional health locus of control: confirmatory factor analysis of competing models of the structure of control beliefs. *Journal of Health Psychology*, 10(5), 643-656.

- Baldwin, J. M. (1897). *Social and ethical interpretations in mental development: a study in social psychology*. New York, NY: Macmillan.
- Banos, R. M. & Guillem, V. (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a spanish version of the Rosenberg self-esteem scale. *Psychological Reports*, 87(1), 269-274.
- Barling, J. (1980). Multidimensional locus of control beliefs among English-speaking south African mothers. *Journal of Social Psychology*, 111(1), 139-140.
- Barrera, M. (1981). Social support in adjustment of pregnant adolescents: assessment issues. In B. H. Gottlieb (ed). *Social networks and social support* (p. 69-96). London, UK: Sage Publication.
- Barrera, M. (1986). Distinctions between social support concepts, measures, and models. *American Journal of Community Psychology*, 14(4), 413-445.
- Bassuk, E. L., Rubin, L., & Lauriat, A. (1984). Is homelessness a mental health problem? *American Journal of Psychiatry*, 141(12), 1546-1550.
- Battle, J., Jarratt, L., Smit, S., & Precht, D. (1988). Relations among self-esteem, depression and anxiety of children. *Psychological Reports*, 62(3), 999-1005.
- Beauvois, J. L. (1984). *La psychologie quotidienne*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Beauvois, J. L. (1995). La connaissance des utilités sociales. *Psychologie française*, 40(4), 375-387.
- Beauvois, J. L., Bourjade, A et Pansu, P. (1991). Norme d'internalité et évaluation professionnelle. *Revue internationale de psychologie sociale*, 4(1-2), 9-28.
- Beauvois, J. L. & Dubois, N. (1988). The norm of internality in the explanation of psychological events. *European Journal of Social Psychology*, 18(4), 299-316.
- Beauvois, J. L. et Le Poulthier, F. (1986). Norme d'internalité et pouvoir social en psychologie quotidienne. *Psychologie française*, 31(2), 100-108.

- Beck, A. T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia, Pennsylvania: University of Pennsylvania Press.
- Beck, F., Legleye, S. et Spilka, S. (2006). L'alcoolisation des personnes sans domicile : remise en cause d'un stéréotype. *Economie et statistique*, 391-392, 131-149.
- Becker, H. (1985). *Outsiders : études de sociologie de la déviance*. Paris, France : Editions Métailié.
- Bellamy, V., Roelandt, J. L. et Caria, A. (2005). Premiers résultats de l'enquête Santé mentale en population générale : images et réalités. *L'information psychiatrique*, 81(4), 295-304.
- Benhaim, M. (2005). Déliaisons sociales et désubjectivation. *Cliniques méditerranéennes*, 72(2), 103-112.
- Benoist, Y. (2009). *Sans-logis de Paris à Nanterre : ethnographie d'une domination ordinaire*. Paris, France : L'Harmattan.
- Benslama, F. (2005). Psychopathologie de l'errance dans ses rapports avec la culture contemporaine. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 163(2), 132-137.
- Benzeval, M., Judge, K., & Whitehead, M. (1995). *Tackling inequalities in health: an agenda for action*. London, UK: The King's Fund.
- Bergeret, J. (1981). *La personnalité normale et pathologie : les structures mentales, le caractère, les symptômes*. Paris, France : Dunod.
- Bergeret, J. (1986). *Narcissisme et états-limites*. Paris, France : Dunod.
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science and Medicine*, 51(6), 843-857.
- Bernaudo, J. L. (2007). *Introduction à la psychométrie*. Paris, France : Dunod.
- Bertaux, R. (1996). *Pauvres et marginaux dans la société française*. Paris, France : L'Harmattan.

- Berthier, N. (2016). *Les techniques d'enquête en sciences sociales : méthodes et exercices corrigés*. Paris, France : Dunod.
- Bhui, K., Shanahan, L., & Harding, G. (2006). Homelessness and mental illness: a literature review and a qualitative study of perceptions of the adequacy of care. *International Journal of Social Psychiatry*, 52(2), 152-165.
- Billiard, I., Debordeaux, D. et Lurol, M. (2000). *Vivre la précarité : trajectoires et projets de vie*. La tour d'Aigues, France : Edition de l'Aube.
- Bion, W. R. (1967). *Réflexion faite* (2ème éditions). Paris, France : Presses universitaires de France, 1992.
- Bjelland, I., Dahal, A. A., Haug, T. T., & Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *Journal of Psychosomatic Research*, 52(2), 69-77.
- Black, D., Morris, J., Smith, C., & Townsend, P. (1980). *Inequalities in health* (Report of a research working group). London, UK: Department of Health and Social Security.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (1992). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris, France : Nathan.
- Bodénez, P. (2004). Souffrance psychique et précarité. *Forum santé précarité : quels parcours de vie ?*, Brest, France : 7 octobre 2004. Repéré à [[http://www.sante-brest.net/IMG/Forum\\_sante\\_Precarite\\_Dr\\_BODENES.pdf](http://www.sante-brest.net/IMG/Forum_sante_Precarite_Dr_BODENES.pdf)]
- Bourdieu, P. (1993). *La misère du monde*. Paris, France : Seuil.
- Bouvard, M. (1999). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. Paris, France : Masson.
- Bowlby, J. (1969). *Attachement et perte. Volume 1 : L'attachement*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1978.
- Bowlby, J. (1973). *Attachement et perte. Volume 2 : La séparation*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1978.

- Bowlby, J. (1980). *Attachement et perte. Volume 3 : La perte : tristesse et dépression*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1984.
- Brage, D., Campbell-Grossman, C., & Dunkel, J. (1995). Psychological correlates of adolescent depression. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 8(4), 23-30.
- Breakey, W. R. (1997). It's time for the public health community to declare war on homelessness. *American Journal of Public Health*, 87(2), 153-155.
- Bresson-Bayer, M. (1994). *La construction de l'identité sociale des SDF dans la France contemporaine* (Thèse de doctorat de sociologie). Paris, France : Université de Paris 10 Nanterre.
- Briançon, S., Baumann, M., Féard, S., Blanchard, F., Mullot, B. et Jolly, D. (1988). Soutien social, événements de vie et santé familiale. *Sciences sociales et santé*, 6(1), 107-118.
- Briant, P. et Donzeau, N. (2011). Etre sans domicile, avoir des conditions de logement difficiles. La situation dans les années 2000. *Insee première*, 1330.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: experiments by nature and design*. Cambridge, UK: Harvard University Press.
- Brosschot, J. F., Gebhardt, W. A., & Godaert, G. L. R. (1994). Internal, powerful others and chance locus of control: relationships with personality, coping, stress and health. *Personality and Individual Differences*, 16(6), 839-852.
- Brousse, C. (2006). Définition de la population sans domicile et choix de la méthode d'enquête (Partie 1). *Insee-méthodes*, 116, 15-27.
- Brousse, C., De La Rochère, B. et Masse, E. (2002). Hébergement et distribution de repas chauds : le cas des sans-domicile. *Insee première*, 823.
- Bruschon-schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*. Paris, France : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M. et Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé : concepts, méthodes et modèles* (2<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Dunod.

- Bruchon-Schweitzer, M. et Quintard, B. (2001). *Personnalité et maladies. Stress, coping et ajustement*. Paris, France : Dunod.
- Bruchon-Schweitzer, M., Rascle, N., Gélie, F., Fortier, C., Sifakis, Y et Constant, A. (2003). Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française. *Psychologie française*, 48(3), 41-53.
- Bruneteaux, P. (2006). L'hébergement d'urgence à Paris ou l'accueil en souffrance. *Sociétés contemporaines*, 63(3), 105-125.
- Burt, M. R. (1991). Causes of the growth of homelessness during the 1980s. *Housing Policy Debate*, 2(3), 901-936.
- Burt, M. R. & Cohen, B. E. (1989). Differences among homeless single women, women with children, and single men. *Social Problems*, 36(5), 508-524.
- Calame, P. et Benvéniste, C. (1996). Pour une meilleure connaissance des sans-abri et de l'exclusion du logement (Rapport final). *Conseil national de l'information statistique*, 29.
- Camilleri, C. (1990). *Stratégies identitaires*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Campbell, R. (1981). *The sense of well-being in America: recent patterns and trends*. New York, NY: McGraw-Hill.
- Canguilhem, G. (1965). *La connaissance de la vie*. Paris, France : J. Vin.
- Caplan, G. (1976). The family as support system. In G. Caplan, M. Killilea, & R. B. Abrahams (eds). *Support systems and mutual help: multidisciplinary explorations* (p. 200-220). New York, NY: Grune and Stratton.
- Castel, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme*. Paris, France : Editions de minuit.
- Castel, R. (1981). *La gestion des risques : de l'anti-psychiatrie à l'après-psychanalyse*. Paris, France : Editions de minuit.



- Castel, R. (1995). *Les métamorphoses de la question sociale : une chronique du salariat*. Paris, France : Fayard.
- Castelain, J. P. (1994). Pour une ethnographie des consommations de produits psychoactifs. Dans A. Ogien et P. Mignon (dirs). *La demande sociale de drogues* (p. 51-62). Paris, France : La documentation française.
- Caton, C. L., Dominguez, B., Schanzer, B., Hasin, D. S., Shrout, P. E., Felix, A., ... Hsu, E. (2005). Risk factors for long-term homelessness: findings from a longitudinal study of first-time homeless single adults. *American Journal of Public Health, 95*(10), 1753-1759.
- Cattell, V. (2001). Poor people, poor places, and poor health: the mediating role of social networks and social capital. *Social Science and Medicine, 52*(10), 1501-1516.
- Cazals-Ferré, M. P. et Llorca, C. (2004). Précarité et vulnérabilité : notions et approches. Dans P. Tap et M. De Lourdes Vasconcelos (dirs). *Précarité et vulnérabilité psychologique* (p. 29-40). Toulouse, France : Erès.
- Chabrol, H., Carlin, E., Michaud, C., Rey, A., Cassan, D., Juillot, M., Callahan, S. (2004). Etude de l'échelle d'estime de soi de Rosenberg dans un échantillon de lycéens. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 52*(8), 533-536.
- Chahraoui, K. et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Chamberlain, C. & Johnson, G. (2001). The debate about homeless. *Australian Journal of Social Issues, 1*(36), 35-50.
- Chamberlain, C. & Johnson, G. (2011). Pathways into adult homelessness. *Journal of Sociology, 49*(1), 60-77.
- Chamberlain, C. & Mackenzie, D. (2002). *Youth homelessness 2001*. Melbourne, Australia: Salvation Army.
- Chamberlain, C. & MacKenzie, D. (2006). Homeless careers: a framework for intervention. *Australian Social Work, 59*(2), 198-212.

- Charreton, G., Mathieu, F. et Pitici, C. (2012). La scène errante : en quête d'un domicile fixe dans l'autre. Les bénéfices psychiques de la visibilité des SDF au regard des fantasmes originaires. *Psychologie clinique*, 33(1), 125-137.
- Chevalier, J., Langlard, G., Le Maléfan, P. et Bouteyre, E. (2017). Stratégies de défense et exclusion sociale : la sur-adaptation des sans domicile fixes (SDF). *Bulletin de psychologie*, 547(1), 33-44.
- Chobeaux, F. (1996). *Les nomades du vide : des jeunes en errance, de squats en festivals, de gares en lieux d'accueil*. Arles, France : Actes sud.
- Chobeaux, F. (2009). La souffrance psychique : un concept qui échappe. *Vie sociale et traitements*, 101(1), 37-40.
- Clanché, F. (1998). Le classement des situations de logement : les sans-domiciles dans des nomenclatures générales. Notes méthodologiques. *Sociétés contemporaines*, 30(1), 181-196.
- Clapham, D. (2002). Housing pathways: a postmodern analytical framework. *Housing, Theory and Society*, 19(2), 57-68.
- Clapham, D. (2003). Pathways approaches to homelessness research. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13(2), 119-127.
- Clément, S., Drulhe, M. et Mantovani, J. (2004). Quand des sans-logis habitent ensemble : modes de résidence et formes de lien social. *Espaces et sociétés*, 1(116-117), 175-188.
- Cohen, C. I., Teresi, L., Holmes, D., & Roth, E. (1988). Survival strategies of older homeless men. *The Gerontologist*, 28(1), 58-65.
- Cohen, C. I. & Thompson, K. S. (1992). Homeless mentally ill or mentally ill homeless? *American Journal of Psychiatry*, 149(6), 816-823.
- Colin, V. et Duez, B. (2008). Exclusion de la scène collective et ruptures des appartenances. Le licenciement professionnel au regard de la clinique de la rue. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 72-82). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.

- Colin, V. et Furtos, J. (2005). La clinique psychosociale au regard de la souffrance psychique contemporaine. Dans M. Joubert et C. Louzoun (dirs). *Répondre à la souffrance sociale* (p. 99-115). Toulouse, France : Eres.
- Colin, C. et Moffet, S. (1995). Les inégalités socio-économiques et la santé : aperçu de la perspective québécoise. *Prévenir*, 28, 175-187.
- Combaluzier, S. (2004). Alcool, exclusion sociale et troubles de la personnalité. Mesures de leurs interactions chez les hommes sans-domicile fixe. *Alcoologie et addictologie*, 26(1), 15-20.
- Combaluzier, S. et Pardinielli, J. L. (2003). Etude de l'influence des troubles mentaux sur les difficultés de réinsertion sociale. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 161(1), 31-37.
- Conférence de consensus (2007). *Sortir de la rue* (Rapport). Paris, France.
- Conférence européenne de consensus (2010). *Le sans-abrisme* (Recommandations politiques du jury). Bruxelles, Belgique, 9-10 décembre 2010.
- Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New York, NY: Scribner and Sons.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco, California: W. H. Freeman.
- Cour des comptes (2007). *Les personnes sans domicile* (Rapport public thématique). Paris, France : La documentation française.
- Cour des comptes (2011). *La politique publique de l'hébergement des personnes sans domicile* (Rapport d'évaluation). Paris, France : La documentation française.
- Coutras, J. (1987). *Des villes traditionnelles aux nouvelles banlieues : l'espace public au féminin*. Paris, France : SEDES.
- Crane, M. (1999). *Understanding older homeless people: their circumstances, problems, and needs*. Buckingham, UK: Open University Press.

- Crocq, L. (1992). Panorama des séquelles des traumatismes psychiques. Névroses traumatiques, états de stress post-traumatiques et autres séquelles. *Psychologie médicale*, 24(5), 427-432.
- Crowe, C. & Hardill, K. (1993). Nursing research and political change: the street health report... The state of Canada's homeless. *Canadian Nurse*, 89(1), 21-24.
- Dambuyant-Wargny, G. (2004). « Sans toit ni loi » : les exclus. *Ethnologie française*, 34(3), 499-508.
- Dambuyant-Wargny, G. (2006). *Quand on n'a plus que son corps : soin et non-soin de soi en situation de précarité*. Paris, France : Armand Colin.
- Damon, J. (1998). *Vagabondage et mendicité*. Paris, France : Flammarion.
- Damon, J. (2000). En quête du chiffre : trois décennies d'estimation du nombre de SDF dans la presse. *Recherches et prévisions*, 60(1), 117-124.
- Damon, J. (2002). *La question SDF : critique d'une action publique*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Damon, J. (2003). Cinq variables historiques caractéristiques de la prise en charge des « SDF ». *Déviance et société*, 27(1), 25-42.
- Damon, J. (2007). La prise en charge des vagabonds, des mendiants et des clochards : une histoire en mouvement. *Revue de droit sanitaire et social*, 43(6), 933-951.
- Damon, J. (2009). *Les politiques de prises en charge des sans abri dans l'union européenne (Rapport)*. Paris, France : La documentation française.
- Damon, J. (2014). Compter les personnes sans domicile. *Informations sociales*, 184(4), 70-72.
- Damon, J. et Firdion, J. M. (1996). Vivre dans la rue : la question SDF. Dans S. Paugam (dir). *L'exclusion : l'état des savoirs* (p. 374-386). Paris, France : La découverte.
- Declerck, P. (2001). *Les naufragés : avec les clochards de Paris*. Paris, France : Plon.

- Defay-Goetz, H. (2004). *Santé mentale et exclusion : la place de la psychiatrie dans la prise en charge de la précarité* (Thèse de médecine). Rouen, France : Université de Rouen.
- De Gaulejac, V. (1996). *Les sources de la honte*. Paris, France : Desclée de Brower.
- De Gaulejac, V. (2006). Identité. Dans J. Barus-Michel, E. Enriquez et A. Lévy (dirs). *Vocabulaire de psychosociologie : positions et références* (p. 174-180). Ramonville Saint-Agne, France : Érès.
- De Gaulejac, V. et Taboada, I. (1994). *La lutte des places : insertion et désinsertion*. Paris, France : Desclée de Brower.
- De Peretti, G. (2006b). Sans domicile : une cible mouvante, une typologie de l'histoire résidentielle des individus. *Recherche et prévisions*, 85(1), 39-50.
- De Peretti, G. (2008). Les « sans-domicile » : des stéréotypes à nuancer. *Recherches et prévisions*, 94(1), 114-120.
- Deschamps, J. C. et Moliner, P. (2008). *L'identité en psychologie sociale : des processus identitaires aux représentations sociales*. Paris, France : Armand Colin.
- Deschamps, J. C., Morales, J. F., Paez, D. et Worchel, S. (1999). *De l'identité du sujet au lien social*. Paris, France : Dunod.
- Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins. (2002). *Recommandations d'organisation et de fonctionnement de l'offre de soins en psychiatrie pour répondre aux besoins en santé mentale* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Dohrenwend, B. S. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28(2), 225-235.
- Dooley, D., Catalano, R., & Wilson, G. (1994). Depression and unemployment: panel findings from the Epidemiologic Catchment Area study. *American Journal of Community Psychology*, 22(6), 745-765.

- Dori, G. A. & Overholser, J. C. (1999). Depression, hopelessness and self-esteem: accounting for suicidality in adolescent psychiatric inpatients. *Suicide and Life Threatening Behavior*, 29(4), 309-318.
- Douville, O. (2012). Introduction. Dans O. Douville (dir). *Clinique psychanalytique de l'exclusion* (p. 1-11). Paris, France : Dunod.
- Drake, R. E., Osher, F. C., & Wallach, M. A. (1991). Homelessness and dual diagnosis. *American Psychologist*, 46(11), 1149-1158.
- Dubar, C. (1991). *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris, France : Armand Colin.
- Dubois, N. (1987). *La psychologie du contrôle : les croyances internes et externes*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Dubois, N. (1994). *La norme d'internalité et le libéralisme*. Grenoble, France : Presses universitaire de Grenoble.
- Dubourdieu, V. C. (1894). *Automatisme ambulatoire. Dromomanie des dégénérés*. Bordeaux, France : F. Cassagnol.
- Ducharme, F., Stevens, B., & Rowat, K. (1994). Social support: conceptual and methodological issues for research in mental health nursing. *Issues in Mental Health Nursing*, 15(4), 373-392.
- Ducq, H., Guesdon, I. et Roelandt, J. L. (1997). Santé mentale des sans-abri, revue critique de la littérature anglo-saxonne. *L'encéphale*, 23(6), 420-430.
- Dufour, P., Boismenu, G. et Noël, A. (2003). *L'aide au conditionnel. Les contreparties envers les sans-emploi en Europe et aux Etats-Unis*. Montréal, Canada : Presses de l'université de Montréal.
- Durif-Bruckert, C. (2008). Demande et accompagnement dans le domaine de la santé. Débat psychosocial à partir d'une expérience de recherche-action auprès de personnes en situation de précarité dans une commune du sud lyonnais. *Pratiques psychologiques*, 14(3), 305-322.

- Durkheim, E. (1893). *De la division du travail social* (7<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Presses universitaires de France, 2007.
- Durou, B. et Rimailho, A. (1970). *Les « vageux » dans la société industrielle. Vagabonds, clochards, beatniks, hippies*. Toulouse, France : Privât.
- Duvoux, N. (2009a). Les assistés peuvent-ils être autonomes ? Sociologie compréhensive des politiques d'insertion. *Lien social et politique*, 61, 97-107.
- Duvoux, N. (2009b). *L'autonomie des assistés : sociologie des politiques d'insertion*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Duvoux, N. (2011). *Le RMI et les dérives de la contractualisation*. Dans S. Paugam (dir). *Repenser la solidarité* (p. 451-472). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Dwyer, P. & Wyn, J. (2001). *Youth, education and risk: facing the future*. London, UK: Routledge.
- Ebersold, S. (2001). *La naissance de l'inemployable, ou l'insertion aux risques de l'exclusion*. Rennes, France : Presses universitaires de Rennes.
- Ehrenberg, A. (1991). *Le culte de la performance*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (1995). *L'individu incertain*. Paris, France : Calmann-Lévy.
- Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi : dépression et société*. Paris, France : Odile Jacob.
- Ehrenberg, A. (2004a). Les changements de la relation normal-pathologique. A propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*, 344(5), 133-156.
- Ehrenberg, A. (2004b). Remarques pour éclaircir le concept de santé mentale. *Revue française des affaires sociales*, 1(1), 77-88.
- Ehrenberg, A. (2005a). Le grand renversement. *Annales médico-psychologiques*, 163(3-4), 364-371.
- Ehrenberg, A. (2005b). La question mentale. Dans J. Furtos et C. Laval (dirs). *La santé mentale en actes* (p. 255-262). Toulouse, France : Erès.

- Eiguer, A. (2004). *L'inconscient dans la maison*. Paris, France : Dunod.
- Emmanuelli, X. (2003). *OUT. L'exclusion peut-elle être vaincue ?* Paris, France : Robert Laffont.
- Emmanuelli, X. (2009a). Oui, il existe un syndrome de la grande exclusion. *La presse médicale*, 38(11), 1557-1559.
- Emmanuelli, X. (2009b). L'exclusion et la pauvreté. Y-a-t-il une clinique de l'exclusion? *La revue de médecine interne*, 30(3), 206-207.
- Epel, S. E., Bandura, A., & Zimbardo, P. G. (1999). Escaping homeless: the influences of self-efficacy and time perspective on coping with homelessness. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(3), 575-596.
- Eriksen, S. (1999). Alcohol as a gender symbol: woman and the alcohol question in turn-of-the century Denmark. *Scandinavian Journal of History*, 24(1), 45-73.
- Erikson, E. (1968). *Adolescence en crise : la quête de l'identité*. Paris, France : Flammarion, 1972.
- Ewald, F. (1986). *L'Etat providence*. Paris, France : Grasset.
- Farrel, S. J. (2001). *An examination of homelessness from a stress perspective* (Thèse de doctorat). Ottawa, Canada: University of Ottawa.
- Farrington, A. & Robinson, P.W. (1999). Homelessness and strategies of identity maintenance: a participant observation study. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 9(3), 175-194.
- Fassin, D. (2006). Souffrir par le social, gouverner par l'écoute. Une configuration sémantique de l'action publique. *Politix*, 73(1), 137-157.
- Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., & Geddes, J. (2008). The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. *PLOS Medicine*, 5(12), 1670-1680.



- Fédération française de psychiatrie (2003). *Livre blanc de psychiatrie*. Paris, France : Fédération française de psychiatrie.
- Ferreri, M. (1999). *Le trouble de l'adaptation avec anxiété*. Paris, France : Springer.
- Fichter, M. M., Koniarczyk, M., Greifenhagen, A., Koegel, P., Quadflieg, N., Wittchen, H. U., & Wölz, J. (1996). Mental illness in a representative sample of homeless men in Munich, Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 246(4), 185-196.
- Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (2001). Prevalence of mental illness in homeless men in Munich, Germany: results from a representative sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103(2), 94-104.
- Fierdepied, S., Sturm, G., Taïeb, O. Moro, M. R. et Baubet, T. (2012). Aspect traumatogène de l'exclusion sociale, une analyse ethnopsychanalytique, *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 170(5), 338-341.
- Fioulaine, N., Apostolidis, T. et Olivetto, F. (2006). Précarité et troubles psychologiques : l'effet médiateur de la perspective temporelle. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 72(4), 51-64.
- Finch, A. J., Spirito, A., Kendall, P. C., & Mikulka, P. J. (1981). Multidimensionality of the Nowicki-Strickland locus of control scale for adults. *Journal of Personality Assessment*, 45(2), 151-154.
- Findley, M. J. & Cooper, H. M. (1983). Locus of control and academic achievement. A literature review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(2), 419-427.
- Firdion, J. M. (2005). Les sans domicile : de qui est-il question ? Problème de la définition. Dans P. Chauvin et I. Parizot (dirs). *Santé et recours aux soins des populations vulnérables* (p. 95-104). Paris : Inserm.
- Fischer, P. J. & Breakey, W. R. (1987). Profile of the Baltimore homeless with alcohol problems. *Alcohol Health and Research World*, 11(3), 36-37.

- Fitzpatrick, S. (1997). *Pathways to independence: the experience of young homeless* (Thesis of philosophy). Glasgow, UK: University of Glasgow.
- Fitzpatrick, S. (2000). *Young homeless people*. Hampshire, UK: MacMillan.
- Fitzpatrick, D., Kemp, P., & Klinker, S. (2000a). *Single homelessness: an overview of research in Britain*. Bristol, UK: The Policy Press.
- Fondation Abbé Pierre (2009). *L'état du mal logement en France* (Rapport annuel).
- Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir : naissance de la prison*. Paris, France : Gallimard, 1993.
- Fournier, L. et Mercier, C. (1996). *Sans-domicile fixe au-delà du stéréotype*. Québec, Canada : Méridien.
- Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris, France : Presses universitaires de France, 2010.
- Freud, S. (1921). *Psychologie collective et analyse du moi*. Paris, France : Payot, 1962.
- Freud (1923). Le Moi et le ça. Dans S. Freud (dir). *Essai de psychanalyse* (p. 219-274). Paris, France : Payot.
- Freud, S. (1924). Le problème économique du masochisme. Dans S. Freud (dir). *Névrose, psychose et perversion* (p. 287-297). Paris, France: Presses universitaires de France.
- Freud, S. (1929). *Le malaise dans la culture*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1995.
- Furnham, A. & Steele, H. (1993). Measuring locus of control: a critique of general, children's, health-and work-related locus of control questionnaires. *British Journal of Psychology*, 84(4), 443-479.
- Furtos, J. (2000a). Connaitre l'impossibilité de la demande. *Rhizome*, 2, 9.
- Furtos, J. (2000b). Epistémologie de la clinique psychosociale (la scène sociale et la place des psy). *Pratiques en santé mentale*, 1, 23-32.

- Furtos, J. (2001). Précarité du monde et souffrance psychique. *Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité*, 5, 3/5.
- Furtos, J. (2005). Souffrir sans disparaître (pour définir la santé mentale au-delà de la psychiatrie). Dans J. Furtos et C. Laval (dirs). *La santé mentale en actes* (p. 9-38). Toulouse, France : Erès.
- Furtos, J. (2006). Reprise de la journée. Dans *Actes de la journée d'étude : Sortir de la rue* (p. 99-105). Bron, France : ONSMP-ORSPERE.
- Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale, *Mental'idées*, 11, 24-33.
- Furtos, J. (2008a). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs*. Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Furtos, J. (2008b). L'apparition du sujet sur la scène sociale et sa fragilité : la précarité de la confiance. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 11-22). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Furtos, J. (2008c). Le syndrome d'auto-exclusion. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 118-133). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion*. Paris, France : Presses de l'Ecole normale supérieure.
- Furtos, J. (2011). La précarité et ses effets sur la santé mentale. *Le carnet PSY*, 156(7), 29-34.
- Furukawa, T., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1998). Social support and adjustment to a novel social environment. *International Journal of Social Psychiatry*, 44(1), 56-70.
- Gaboriau, P. (1993). *Clochard : l'univers d'un groupe de sans-abri parisiens*. Paris, France : Julliard.

- Gaboriau, P., Terolle, D., Amistani, C., Jouenne, N., Lebleux, D. et Teissonnières, G. (2003). *Ethnologie des sans-logis : étude d'une forme de domination sociale*. Paris, France : L'Harmattan.
- Ganellen, R. J. & Blaney, P. H. (1984). Stress, externality, and depression. *Journal of Personality*, 52(4), 326-337.
- Garbarino, J. (1990). The human ecology of early risk. In J. P. Shonkoff (dir). *Handbook of early childhood intervention* (p. 73-98). New York, NY: Cambridge University.
- Gardella, E. (2003). Au-delà des lectures sociologiques et psychiatriques de l'exclusion ? A propos des naufragés de Patrick Declerck. *Terrains et travaux*, 5(2), 165-176.
- Garmezy, N. (1991). Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environment. *Pediatric Annals*, 20(9), 459-466.
- Garraud, R. (1913). *Traité théorique et pratique du droit pénal* (Tome 3). Paris : L. Larose et L. Tenin.
- Gentry, W. D. & Kobasa, S. C. O (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationships in humans. In W. D. Gentry (ed). *Handbook of behavioral medicine* (p. 87-116). New York, NY: Guilford Press.
- Gilibert, D. (1998). *Norme d'intériorité et évaluation dans la perception sociale* (Thèse de doctorat). Clermont-Ferrand, France : Université de Blaise Pascal.
- Gill, B., Meltzer, H., & Hinds, K. (2003). The prevalence of psychiatric morbidity among homeless adults. *International Review of Psychiatry*, 15(1-2), 134-140.
- Girard, V., Estecahandy, P. et Chauvin, P. (2010). *La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Goffman, E. (1968). *Asiles : études sur la condition sociale des malades mentaux et autres reclus*. Paris, France : Editions de minuit.

- Goffman, E. (1975). *Stigmate : les usages sociaux des handicaps*. Paris, France : Editions de minuit.
- Gore, S. (1978). The effect of social support in moderating the health consequences of unemployment. *Journal Health of Social Behavior*, 19(2), 157-165.
- Grant, B. F., Hasin, D. S., Stinson, F. S, Dawson, D. A., Chou, S. P., Ruan, W. J., & Pickering, R. P. (2004). Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(7), 948-958.
- Green, A. (1993). Pulsion de mort, narcissisme négatif, fonction désobjectalisante. Dans A. Green (dir). *Le travail du négatif* (p. 113-122). Paris, France : Les éditions de minuit.
- Guedeney, A. (1998). Les déterminants précoces de la résilience. Dans B. Cyrulnik (dir). *Ces enfants qui tiennent le coup* (p. 13-26). Revigny-sur-Ornain, France : Hommes et perspectives.
- Guesdon, I. et Roeland, J. L. (1998). Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe. *L'information psychiatrique*, 74(4), 343-357.
- Guillon, M. S. et Crocq, M. A. (2004). Estime de soi à l'adolescence : revue de la littérature. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52(1), 30-36.
- Hanisch, K. A. (1999). Job loss and unemployment research from 1994 to 1998: a review and recommendations for research and intervention. *Journal of Vocational Behavior*, 55(2), 188-220.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In P. Mussen (ed). *Socialization, personality and social development: handbook of child psychology* (Volume 4) (p. 275-385). New York, NY: Wiley.
- Harter, S. (1986). Processes underlying the construction, maintenance and enhancement of the self-concept formation in children. In J. Suls et A. G., Greewald (eds). *Psychological perspectives on the self* (p. 137-181). Hillsdale, Michigan: Lawrence Erlbaun.

- Harter, S. (1999). *The construction of the self: a developmental perspective*. New York, NY: Guilford Press.
- Hassin, J. (1996). *L'émergence de l'abord médico-social des populations sans toit stable. Aspect historique, médical, socio-anthropologique, politique et éthique* (Thèse de doctorat d'éthique médicale). Paris, France : Université René Descartes.
- Haut Comité de la Santé Publique (1994). *La santé en France* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Haut comité de la santé publique (2000). *La souffrance psychique des adolescents et des jeunes adultes*. (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Hawkins, R. L. & Abrams, C. (2007). Disappearing acts: the networks of formerly homeless individuals with co-occurring disorders. *Social Science and Medicine*, 65(10), 2031-2042.
- Heider, F. (1944). Social perception and phenomenal causality. *Psychological Review*, 51(6), 358-374.
- Heider, F. (1958). *The psychology of interpersonal relations*. New York, NY: Wiley.
- Heitzmann, C. A. & Kaplan, R. M. (1988). Assessment of methods for measuring social support. *Health Psychology*, 7(1), 75-109.
- Henwood, F. & Miles, I. (1987). The experience of unemployment and the sexual division of labour. In D. Fryer et P. Ullah (eds). *Unemployed People: social and psychological perspectives* (p. 94-110). Milton Keynes, UK: Open University Press.
- Herrman, H., Mc Gorry, P., Bennett, P., Van Riel, R., & Singh, B. (1989). Prevalence of mental disorders in disaffiliated and homeless people in inner Melbourne. *American Journal of Psychiatry*, 146(9), 1179-1184.
- Hoggart, R. (1970). *La culture du pauvre : étude sur le style de vie des classes populaires en Angleterre*. Paris, France : Editions de Minuit.

- Hopper, K. (1988). More than passing strange: homelessness and mental illness in New York City. *American Ethnologist*, 15(1), 155-167.
- Hopper, K. (2003). *Reckoning with homelessness*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Horner, K. L. (1998). Individuality in vulnerability: influences on physical health. *Journal of Health Psychology*, 3(1), 71-85.
- House, J. S. (1981). *Work, stress and social support*. Boston, Massachusetts: Addison-Weisley.
- Hupcey, J. E. (1998). Social support: assessing conceptual coherence. *Qualitative Health Research*, 8(3), 304-318.
- Hurrell, J. J. & Murphy, L. R. (1991). Locus of control, job demands, and health. In C. L. Cooper & R. Payne (eds). *Personality and stress: individual differences in the stress process* (p. 133-149). Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Hutson, S. & Liddiard, M. (1994). *Youth homelessness: the construction of a social issue*. Hampshire, UK: MacMillan.
- Hwang, W. (2001). Homelessness and health. *Canadian Medical Association Journal*, 164(2), 229-233.
- Ionescu, S. (2011). *Traité de résilience assisté*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie* (4<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Armand Colin.
- Ionescu, S. et Jourdan-Ionescu, C. (2006). La psychopathologie comme processus : vulnérabilité et résilience. Dans S. Ionescu et A. Blanchet (dirs). *Psychologie clinique et psychopathologie* (p. 133-157). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Irwin, J., Lagory, M., Ritchey, F., & Fitzpatrick, K. (2008). Social assets and mental distress among the homeless: exploring the roles of social support and other forms of social capital on depression. *Social Sciences and Medicine*, 67(12), 1935-1943.

- Jacobs, K., Kemeny, J., & Manzy, T. (1999). The struggle to define homelessness: a constructivist approach. In S. Hutson et D. Clapham (eds). *Homelessness: public policies and private troubles* (p. 11-28). London, UK: Cassell.
- Jaeger M. (2012). *L'articulation du sanitaire et du social* (3<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Dunod.
- James, W. (1890). *The principles of psychology*. New York, NY: Dover Publications, 1950.
- Jamouille, P. (2000). *Drogues de rue : récits et styles de vie*. Bruxelles, Belgique : De Boeck.
- Jan, O. (2016). *Ce qu'errer veut dire. Etude psychopathologique et anthropologique de l'errance à partir des cliniques de la grande précarité. Proposition du concept d'errance essentielle* (Thèse de doctorat en psychologie). Rouen, France : Normandie université.
- Jellison, J. & Green, J. (1981). A self-presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(4), 643-649.
- Joubert, M. (2001). *Précarisation, risque et santé*. Paris, France : Editions Inserm.
- Joubert, M. (2005). Souffrances morales et question sociale : un enjeu de reconnaissance. Dans M. Joubert et C. Louzoun (dirs). *Répondre à la souffrance sociale* (p. 171-184). Ramonville Saint-Agne, France : Erès.
- Jutras, S. (1987). L'IPAH : version canadienne-française de l'échelle de Levenson mesurant le lieu de contrôle tridimensionnel. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 19(1), 74-58.
- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. *Nebraska Symposium on Motivation*, 15, 192-238.
- Kenna, P. (2005). *Housing rights and human right*. Bruxelles, Belgique : FEANTSA.
- Kernberg, O. (1979). *Les troubles limites de la personnalité*. Toulouse, France : Privat.
- Kernberg, O. (1991). *La personnalité narcissique*. Toulouse, France : Privat.



- Kessar, Z. (2001). Regard critique sur les usages sociaux et politiques de la souffrance psychique. *Rhizome, bulletin national santé mentale et précarité*, 5, 13.
- Kessler, R. C. (2004). The epidemiology of dual diagnosis. *Biological Psychiatry*, 56(10), 730-737.
- King, P. (1996). *The limits of housing policy: a philosophical investigation*. London, UK: Middlesex University Press.
- Kleiber, D., Veldman, D. J., & Menaker, S. L. (1973). The multidimensionality of locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, 29(4), 411-416.
- Koegel, P. (1992). Through a different lens: an anthropological perspective on the homeless mentally ill. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 16(1), 1-22.
- Koegel, P. & Burman, M. A. (1988). Alcoholism among homeless adults in the inner city of Los Angeles. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 1011-1018.
- Kovess-Masféty, V. (2001). *Précarité et santé mentale*. Reuil-Malmaison, France : Doin.
- Kovess-Masféty, V. & Mangin-Lazarus, C. (1999). The prevalence of psychiatric disorders and use of care by homeless people in Paris. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(11), 580-587.
- Krieger, J. & Higgins, D. L. (2002). Housing and health: time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92(5), 758-768.
- Lae, J. F. (1996). *L'instance de la plainte, une histoire politique et juridique de la souffrance*. Paris, France : Descartes et Cie.
- Lagory, M., Ritchey, F., & Fitzpatrick, K. (1991). Homelessness and affiliation. *The Sociological Quarterly*, 32(2), 201-218.
- Lallemand, D. et Catahier, S. (2004). *Guide des CHRS* (3<sup>ème</sup> édition). Paris, France : Editions ASH.
- Lamb, H. R. & Buchrach, L.L. (2001). Some perspectives on deinstitutionalization. *Psychiatric Services*, 52(8), 1039-1045.

- Lamia, A. et Esparbès-Pistre, S. (2004). Estime de soi et vulnérabilité. Dans P. Tap et M. De Lourdes Vasconcelos (dirs), *Précarité et vulnérabilité psychologique* (p. 89-104). Toulouse, France : Erès.
- Langlard, G. et Bouteyre, E. (2013). Étude comparative de dix sujets SDF fréquentant un centre d'hébergement d'urgence et de dix sujets SDF vivant uniquement dans la rue : acceptation et refus de l'hébergement d'urgence, *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 171(8), 531-537.
- Langlard, G. et Bouteyre, E. (2016). Quelles résiliences chez les personnes sans domicile fixe (SDF) en France ? *Troisième Congrès Mondial sur la Résilience*. Trois-Rivières, Canada : Université du Québec, 22-24 août 2016.
- Langlard, G., Bouteyre, E. et Rezrazi, A. (2014). Être hébergé en urgence ou rester dans la rue : compréhension du choix des SDF à la lumière de leur estime de soi et de leurs niveaux d'anxiété et de dépression. Dans V. Christophe, C. Ducro et A. Pascal (dirs). *Psychologie de la santé : individu, famille et société* (p. 287-290). Lille, France : Presses universitaires du Septentrion.
- Laporte, A. et Chauvin, P. (2010). *Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel de l'Ile-de-France. Premiers résultats* (Rapport). Observatoire du Samusocial de Paris et Inserm.
- La Rosa, E. (1998). *Santé, précarité et exclusion*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Laval, C. (2005). La santé mentale : une exigence de débat démocratique. Dans M. Joubert et C. Louzoun (dirs.). *Répondre à la souffrance sociale* (p. 137-154). Toulouse, France : Eres.
- Laval, C. et Renault, E. (2005). La santé mentale : une préoccupation partagée, des enjeux controversés. Dans J. Furtos et C. Laval (dirs). *La santé mentale en actes* (p. 317-347). Toulouse, France : Eres.
- Laveault, D. et Grégoire, J. (2014). *Introduction aux théories des tests en psychologie et en sciences de l'éducation* (3<sup>ème</sup> édition). Louvain-la-Neuve, Belgique : De Boeck.

- Lazarsfeld, P., Jahoda, M. et Zeisel, H. (1932). *Les chômeurs de Marienthal*. Paris, France : Edition de minuit.
- Lazarus, A. et Strohl, H. (1995). *Une souffrance qu'on ne peut plus cacher* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Lecomte, Y., Lapointe, M. E., Ouellet, G., Caron, J., Laval, C. et Stip, E. (2006). Vivre dans la rue ou s'en sortir ? Une recherche de sens. Dans *Actes de la journée d'étude : Sortir de la rue* (p. 33-49). Bron, France : ONSMP-ORSPERE.
- Lemaine, G. (1980). Différenciation sociale et originalité sociale. Dans W. Doise et J. C. Deschamps (dirs). *Expériences entre groupes* (p. 185-219). Paris, France : Editions de l'Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Lenoir, R. (1974). *Les exclus : un français sur dix*. Paris, France : Editions du seuil.
- Lépine, J. P., Godchau, M., Brun, P. et Lempérière, T. (1985). Evaluation de l'anxiété et de la dépression chez des patients hospitalisés dans un service de médecine interne. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 143(2), 175-189.
- Lépine, J. P., Gasquet, I., Kovess-Masféty, V., Arbabzadeh-Bouchez, S., Nègre-Pagès, L., Nachbaur, G. et Gaudin, A. F. (2005). Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française : résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/(ESEMeD). *L'encéphale*, 31(2), 182-194.
- Lerner, M. J. (1980). *The belief in a just world: a fundamental delusion*. New York, NY: Plenum Press.
- Levené, T. (2006). Image de l'exclu et rapport à l'utilisateur en éducation spécialisée. Dans M. Brusso (dir). *La psychologisation de l'intervention sociale : mythes et réalités* (p. 107-118). Paris, France : L'Harmattan.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: development of new scale. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 7(1), 261-262.

- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: distinctions with the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38(4), 377-383.
- Levenson, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others and chance. In H. Lefcourt (ed). *Research with the locus of control construct* (Volume 1) (p. 15-63). New York, NY: Academic Press.
- Lewin, K. (1942). Time perspective and morale. In G. Watson (ed). *Civilian morale* (p. 48-70). Boston, Massachusetts: Houghton Mifflin.
- Lin, N., Ye, X. et Ensel, W. M. (1999). Social support and depressed mood: a structural analysis. *Journal of Health and Social Behavior*, 40(4), 344-359.
- Linehan, M. M. & Shearin, E. N. (1988). Lethal stress: a social-behavioral model of suicidal behavior. In S. Fisher & J. Reason (eds). *Handbook of life stress, cognition, and health* (p. 265-285). New York, NY: Wiley.
- Link, B. G., Susser, E., Stueve, A., Phelan, J., Moore, R. E., & Struening, E. (1994). Lifetime and five-year prevalence of homelessness in the United States. *American Journal of Public Health*, 84(12), 1907-1912.
- Lipiansky, E. M. (1992). *Identité et communication : l'expérience groupale*. Paris, France : Armand Colin.
- Lipiansky, E. M. (2005). *Psychologie de l'identité : soi et le groupe*. Paris, France : Dunod.
- Lipiansky, E. M. (2009). La construction identitaire de l'individu. Dans C. Halpern (dir). *Identité(s) : l'individu, le groupe, la société* (p. 28-35). Auxerre, France : Edition Sciences humaines.
- Lippman, W. (1922). *Public opinion*. New York, NY: Mc Million.
- Loas, G., Dardennes, R., Dhee-Perot, P., Leclerc, C. et Fremaux, D. (1994). Opérationnalisation du concept de lieu de contrôle : traduction des premières études de validation de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC : The internal powerful others and chance scale). *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 152(7), 466-469.

- Loison, M. (2006). Un nouveau regard sur les sans-abri ? (Rapport sur les SDF en France). FEANTSA.
- Lovell, A. (1992). *Marginal arrangements: homelessness, mental illness and social relations* (Thèse de doctorat en anthropologie). New York, NY: Colombia University.
- Luthar, S. S. & Zigler, E. (1991). Vulnerability and competence: a review of research on resilience in childhood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(1), 6-22.
- Mackenzie, D. & Chamberlain, C. (2003). *Homeless career: pathways in and out of homelessness*. Melbourne, Australia: Salvation Army.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (eds). *Affective development in infancy* (p. 95-124). New York, NY: Ablex Publishing.
- Maisondieu, J. (1992). *Les alcooléens*. Paris, France : Bayard.
- Maisondieu, J. (1997a). *La fabrique des exclus*. France, Paris : Bayard.
- Maisondieu, J. (1997b). Entre exclusion du malade et mal-être de l'exclu : la souffrance du sujet nié dans son altérité. Dans M. Sassolas (dir). *Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social* (p. 13-23). Toulouse, France : Erès.
- Maisondieu, J. (2001). Alcool, alcoolisme, exclusion et précarité. Dans M. Joubert, P. Chauvin, F. Facy et Ringa (dirs). *Précarisation, risque et santé* (p. 377-393). Paris, France : Inserm.
- Malewska-Peyre, H. (1990). Le processus de dévalorisation de l'identité et les stratégies identitaires. Dans C. Camilleri, J. Kastersztejn et E. M. Lipiansky (dirs). *Stratégies identitaires* (p. 111-141). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Manciaux, M. (1998). La résilience : mythe ou réalité ? Dans B. Cyrunik (dir). *Ces enfants qui tiennent le coup* (p. 109-120). Revigny-sur-Ornain, France: Hommes et perspectives.
- Maniglio, R. (2009). Severe mental illness and criminal victimization: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 119(3), 180-191.

- Marcel, J. L. et Mercuel, A. (1999). Accès aux soins et précarité. *Nervure*, 12(9), 19-22.
- Marpsat, M. (2008). L'enquête de l'Insee sur les sans-domicile : quelques éléments historiques. *Courrier des statistiques*, 123, 53-64.
- Martijn, C. & Sharpe, L. (2000). Pathways to youth homelessness. *Social Science and Medicine*, 62(1), 1-12.
- Martin, J. P. (2005). Le service public de psychiatrie éprouvé. Dans M. Joubert et C. Lonzo (dirs). *Répondre à la souffrance sociale* (p. 47-57). Toulouse, France : Erès.
- Martin, J. P. (2011). *La rue des précaires*. Toulouse, France : Erès.
- Martinot, D. (2008). *Le soi, les autres et la société*. Grenoble, France : Presses universitaires de Grenoble.
- Mathieu, F. (2011). *L'errance psychique des sujets SDF. Le manteau cloacal, l'effondrement scénique et la séduction* (Thèse de doctorat de psychologie). Lyon, France : Université Lumière Lyon 2.
- Mathieu, F. (2014). Le manteau cloacal : hypothèses psychodynamiques concernant l'incurie des sujets SDF. *Le carnet PSY*, 3(179), 39-45.
- McKee-Ryan, F. M., Song, Z., Wanberg, C. R., & Kinicki, A. J. (2005). Psychological and physical well-being during unemployment: a meta-analytic study. *Journal of Applied Psychology*, 90(1), 53-76.
- Mead, G. H. (1934). *L'esprit, le soi et la société*. Paris, France : Presses universitaires de France, 1963.
- Meige, H. (1893). *Le juif errant à la Salpêtrière : Etude sur certains névropathes voyageurs*. Paris, France : L. Bataille.
- Melman, C. (2002). *L'homme sans gravité : jouir à tout prix*. Paris, France : Gallimard.
- Mercier, M. Grawez, M. et Binamé, J. P. (2005). Vers un nouveau paradigme de lecture des exclusions : application aux personnes handicapées. *Ethique et santé*, 2(3), 145-150.

- Mercuel, A. (2011). Psychiatrie et précarité : permanence du lieu ou permanence du lien ? *Annales médico-psychologique, revue psychiatrique*, 169(10), 656-659.
- Mercuel, A. (2012). *Souffrance psychique des sans-abri. Vivre ou survivre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Meryglod, N. (2007). *L'incurie dans l'habitat* (Thèse doctorat en médecine). Lyon, France : Université Claude Bernard Lyon1.
- Messick, S. (1980). Test validity and the ethics of assessment. *American Psychologist*, 35(11), 1012-1027.
- Michaels, D., Zoloth, S. R., Alcabes, P., Braslow, C. A., & Safyer, S. (1992). Homelessness and indicators of mental illness among inmates in New York city's correctional system. *Hospital and Community Psychiatry*, 43(2), 150-155.
- Michalot, T. (2010). *L'évaluation par les travailleurs sociaux de la nécessité d'accueil en CHRS (Centre d'hébergement et de réinsertion sociale)* (Thèse de doctorat en sciences de l'éducation). Lyon, France : Université Lumière Lyon 2.
- Miller, D. T., Norman, S. A., & Wright, E. (1978). Distorsion in person perception as a consequence of the need for effective control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36(6), 598-607.
- Mitchell, C. U. & Lagory, M. (2002). Social capital and mental distress in an impoverished community. *City and Community*, 1(2), 199-222.
- Moore, G., Gerdtz, M., & Manias, E. (2007). Homelessness, health status and emergency department use: an integrated review of literature. *Australian Emergency Nursing Journal*, 10(4), 178-185.
- Moreau De Bellaing, L. et Guillou, J. (1995). *Les sans domicile fixe. Un phénomène d'errance*. Paris, France : L'harmattan.
- Morse, S. & Gergen, K. J. (1970). Social comparison, self-consistency, and the concept of self. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16(1), 148-156.

- Myers, J., Lindenthal, J. J., & Pepper, M. (1974). Social class, life events and psychiatric symptoms: a longitudinal study. In B. P. Dohrenwend & B. P. Dohrenwend (eds). *Stressful life events, their nature and effects*. New York, NY: Wiley.
- Nisbett, R. E. & Ross, L. (1980). *Human inference: strategies and shortcomings of social judgment*. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall.
- Noiro, M. N., Descarpentries, F. et Mercuel, A. (2000). Refus d'assistance des sans-abri. Psychopathologie et éthique : liberté ou interventionnisme ? *L'évolution psychiatrique*, 65(4), 763-771.
- North, C. S., Eyrich, K. M., Pollio, D. E., & Spitznagel, E. L. (2004). Are rates of psychiatric disorders in the homeless population changing? *American Journal of Public Health*, 94(1), 103-108.
- North, C. S., Pollio, D. E., Thompson, S. J., Ricci, D. A., Smith, E. M., & Spitznagel, E. L. (1997). A comparison of clinical and structured interview diagnoses in a homeless mental health clinic. *Community Mental Health Journal*, 33(6), 531-543.
- Nouveau, G. et Quesemand-Zucca, S. (2002). L'ivresse de la rue. *Psychologie clinique*, 14, 93-97.
- Observatoire du Samu social de Paris (1998). *Conduites addictives, substitution et grande exclusion, enquête sur 275 personnes*. Paris, France.
- Orain, H. et Chambaud, L. (2008). *L'identification et la prise en charge des personnes sans abri atteintes de troubles psychiatriques ou de troubles du comportement* (Rapport). Préfecture de Paris.
- Pagnier, A. (1910). *Le vagabond ; ses origines ; sa psychologie ; ses formes : la lutte contre le vagabondage*. Paris, France : Vignot.
- Paquet, Y. (2008). Validation d'un questionnaire de locus de contrôles spécifique à la blessure sportive. *L'encéphale*, 34(2), 146-152.



- Paquet, Y., Berjot, S. et Gillet, N. (2009). Validation d'une échelle de locus de contrôle spécifique à la performance en sport individuel (LOCPSI). *Bulletin de psychologie*, 502(4), 351-363.
- Pardo, E. (2011). Soins psychiques et somatiques des sujets en grande précarité : une épreuve du corps. *L'évolution psychiatrique*, 76(2), 287-301.
- Parquet, P. J. (2003). *Souffrance psychique et exclusion sociale* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Parsell, C. (2011). Homeless identities: enacted and ascribed. *The british journal of sociology*, 62(3), 442-461.
- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale : essai sur une nouvelle pauvreté*. Paris, France : Presses universitaires de France.
- Pearlin, L. I. & Schooler, L. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21.
- Pegon, G. (2011). *Le traitement clinique de la précarité. Le traitement clinique de la précarité. Collectifs d'intervention, parcours de vulnérabilité, pratique de care* (Thèse de doctorat en anthropologie et en sociologie). Lyon, France : Université Lumière Lyon 2.
- Pelège, P. (2004). *Hébergement et réinsertion sociale, les CHRS : dispositif, usagers, intervenants*. Paris, France : Dunod.
- Perron, R. (1995). La démarche comparative. Dans O. Bourguignon et M. Bydlowski (dirs). *La recherche clinique en psychopathologie : perspectives critiques* (p. 135-149). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Pichon, P. (1995). *Survivre sans domicile fixe, étude socio-anthropologique sur les formes de maintien de soi* (Thèse de doctorat). Lyon, France : Université Lumière Lyon 2.
- Pichon, P. (1998). Un point sur les premiers travaux sociologiques français a propos des sans domicile fixes. *Sociétés contemporaines*, 30(1), 95-105.

- Pichon, P. (2000). Premiers travaux sociologiques et ethnographiques français à propos des sans domicile fixe. Dans M. Marpsat et J. M. Firdion (dirs). *La rue et le foyer : une recherche sur les sans domicile et les mal-logés dans les années 90* (p. 107-126). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Pichon, P. (2002). Vivre sans domicile fixe : l'épreuve de l'habitat précaire. *Communications*, 73(1), 11-29.
- Pichon, P. (2005). Intervention d'urgence et désocialisation : éléments généalogiques. Dans J. Ion (dir). *Travail social et souffrance psychique* (p. 59-94). Paris, France : Dunod.
- Pichon, P. (2007). *Vivre dans la rue, sociologie des sans domicile fixe*. Montreuil, France : Aux lieux d'être.
- Piel, E. et Roelandt, J. L. (2001). De la psychiatrie à la santé mentale. *VST – Vie sociale et traitements*, 72(4), 9-32.
- Pierce G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). Coping and social support. In M. Zeider & N. S. Endler (eds). *Handbook of coping: theory, research, applications* (p. 434-451). New York, NY: John Wiley and Sons.
- Pizem, P., Massicotte, P., Vincent, J. R., & Barolet, R. Y. (1994). The state of oral and dental health of the homeless and vagrant population of Montreal. *Journal Canadian Dental Association*, 60(12), 1061-1065.
- Plumb, J. D. (2000). Homelessness: reducing health disparities. *Canadian Medical Association Journal*, 163(2), 172-173.
- Procidano, M. E. & Heller, K. (1983). Measures of perceived social support from friends and from family: three validation studies. *American Journal of Community Psychology*, 11(1), 1-24.
- Prolongeau, H. (1993). *Sans domicile fixe*. Paris, France : Hachette.
- Quesemand-Zucca, S. (2003). A propos de la banalisation du terme « souffrance psychique ». *Psychologie clinique*, 16, 101-104.

- Quesemund-Zucca, S. (2007). *Je vous salue ma rue : clinique de la désocialisation*. Paris, France : Stock.
- Quesemund-Zucca, S. et Douville, O. (2004). Le fait clinique, révélateur d'une interrogation politique ? A propos de l'abandon de la demande de soin chez des personnes vivant en situation chronique de désocialisation. *Psychologie clinique*, 17, 190-201.
- Rabinowitz, R. (1978). Internal-external control expectancies in black children of different socioeconomic status. *Psychological reports*, 42(3), 1339-1345.
- Rainhorn, J. D. et Gremy, F. (1998). *La Progression de la précarité en France et ses effets sur la santé* (Rapport). Paris, France : La documentation française.
- Raleigh-Duroff, C. (2004). Factors that influence homeless adolescents to leave or stay living on the street. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 21(6), 561-571.
- Rasclé, N., Aguerre, C., Bruchon-Schweitzer, M., Nuissier, J., Cousson-Gélie, F., Gilliard, J. et Quintard, B. (1997). Soutien social et santé : adaptation française du questionnaire de soutien social de Sarason, le SSQ. *Cahiers internationaux de psychologie sociale*, 33(1), 35-51.
- Regier, D. A, Boyd, J. H, Burke, J. D, Rae, D. S, Myers, J. K, Kramer, M.,... Locke, B. Z. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiologic catchment area sites. *Archives of General Psychiatry*, 45(11), 977-986.
- Renault, E. (2002). La philosophie critique : porte-parole de la souffrance sociale ? *Mouvements*, 24(5), 21-32.
- Renault, E. (2003). Mépris social et souffrance psychique. Dans A. Pidolle et C. Thiry-Bour (dirs). *Droit d'être soigné, droits d'être soignants* (p. 41-51). Toulouse, France : Eres.
- Renault, E. (2006). *Souffrances sociales. Philosophie, psychologie et politique*. Paris, France : La découverte.
- Renaut, M. H. (1998). Vagabondage et mendicité. Délits périmés, réalité quotidienne. *Revue historique*, 122(2), 287-322.

- Rew, L., Taylor-Seehafer, M., Thomas, N. Y., & Yockey, R. D. (2001). Correlates of resilience in homeless adolescents. *Journal of Nursing Scholarship*, 33(1), 33-40.
- Rhenter, P. et Michel, J. (2005). Culture et identité : la psychiatrie publique à l'épreuve. Dans M. Joubert et C. Louzoun (dirs). *Répondre à la souffrance sociale* (p. 117-135). Toulouse, France : Eres.
- Ribardier, A., Roustit, C. et Varescon, I. (2014). Etude de la dépression, des événements de vie, de l'impulsivité et du lieu de contrôle au sein d'une population nouvellement incarcérée. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(5), 345-351.
- Richer, S. et Meryglod, N. (2008). Données épidémiologiques psychiatriques concernant les sans domicile. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 260-277). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Robichaud, J. B., Guay, L., Colin, C. et Pathier, M. (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*. Boucherville, Canada : Gaëtan Morin.
- Rodin, J. (1986). Health, control and aging. In M. M. Baltes & P. B. Baltes (eds). *The psychology of control and aging* (p. 139-166). Hillsdale, Michigan: Laurence Erlbaum.
- Roelandt, J. L., Caria, A. et Mondière, G. (1998-2008). La santé mentale en population générale : images et réalités. *Centre collaborateur de l'Organisation Mondiale de la Santé pour la recherche et la formation en santé mentale*.
- Roques, M. (2004a). Chômage et santé psychologique : synthèse et perspective. Dans C. Bonardi, N. Gregori, J. Y. Ménard et N. Roussiau (dirs), *Psychologie Sociale Appliquée : Emploi, Travail, Ressources Humaines* (p. 55-73). Paris, France : In Press.
- Roques, M. (2004b). Pour une analyse psycho-sociale du chômage : synthèse et perspective. Dans C. Louche et P. Pansu. (dirs). *La Psychologie Appliquée à l'Analyse de Problèmes Sociaux* (p. 129-156). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Roquet, E. (2001). Le bien boire du sans abri. *Psychotropes, revue internationale des toxicomanies*, 7(2), 23-32.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the self*. New York, NY: Basic Books.
- Rosenberg, M. (1986a). Self-concept from middle childhood through adolescence. In J. Suls, A. & Greenwald (eds). *Psychological perspectives on the self* (volume 3) (p. 56-96). Hillsdale, Michigan: Erlbaum.
- Rosenberg, M. & Simmons, R. G. (1972). *Black and white self-esteem: the urban school child*. Washington, DC: American Sociological Association.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings: distortions in the attribution process. *Advances in Experimental Social Psychology*, 10, 173-220.
- Rossi, P. H. (1989). *Down and out in America, the origin of homelessness*. Chicago, Illinois: The University of Chicago Press.
- Rossi, P. H., Wright, J. D., Fisher, G. A., & Willis, G. (1987). The urban homeless: estimating composition and size. *Science*, 235(4794), 1336-1341.
- Rossier, J., Rigozzi, C. et Berthoud, S. (2002). Validation de la version française de l'échelle de contrôle de Levenson (IPC), influence de variables démographiques et de la personnalité. *Annales médico-psychologique, revue psychiatrique*, 160(2), 138-148.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1-28.
- Rouquette, A., Mandereau-Bruno, L., Baffert, E., Laaidi, K., Jossieran, L. et Isnard, H. (2011). Surveillance hivernale des effets du froid sur la santé des populations sans domicile en région Ile-de-France : utilisation des données du réseau d'organisation de la surveillance coordonnée des urgences (Oscour). *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 59(6), 359-368.
- Roussillon, R. (2008a). Le besoin de sécurité. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 50-61). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier-Masson.

- Roussillon, R. (2008b). La loi du plus faible : les stratégies de survie. Dans J. Furtos (dir). *Les cliniques de la précarité : contexte social, psychopathologie et dispositifs* (p. 134-138). Issy-les-Moulineaux, France : Elsevier Masson.
- Roy, E., Boivin, J. F., Haley, N., & Lemire, N. (1998). Mortality among street youth. *The Lancet*, 352(9121), 32.
- Rullac, S. (2008). *Le péril SDF : assister et punir*. Paris, France : L'Harmattan.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331.
- Sarason, I. G., Levine, H. M., Basham, R. B., & Sarason, B. R. (1983). Assessing social support : the social support questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44(1), 127-139.
- Sarason, B. R., Shearin, E. N., Pierce, G. R., & Sarason, I. G. (1987). Interrelations of social support measures: theoretical and practical implications. *Journal of Personality and Social and Psychology*, 52(4), 813-832.
- Sarrazin, B. (2002). Comment la rue tue ? La disparition. *Etudes sur la mort*, 122(2), 45-54.
- Sassier, P. (1990). *Du bon usage des pauvres : histoire d'un thème politique, XVIe-XXe siècle*. Paris, France : Fayard.
- Schitz, L., Ciccarello, A., Ricci-Boyer, L. et Schiltz, J. (2014). Grande précarité, psycho-traumatisme, souffrance narcissique : résultats d'une recherche-action à méthodologie quantitative et qualitative. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(2), 513-518.
- Schiltz, L. et Houbre, B. (2005). Pathologie et troubles identitaires. Résultats d'une étude exploratoire. *Bulletin de la société des sciences médicales*, 2, 239-256.
- Schmitt, D. P. & Allik, J. (2005). Simultaneous administration of the Rosenberg self-esteem scale in 53 nations: exploring the universal and culture-specific features of global self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 89(4), 623-642.

- Schweitzer, R. D., Hier, S. J., & Terry, D. (1994). Parental bonding, family systems, and environmental predictors of adolescent homelessness. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders, 2*(1), 39-45.
- Scott, J. (1993). Homelessness and mental illness. *British Journal of Psychiatry, 162*(3), 314-324.
- Seaman, T. E. (1991). Personal control and coronary artery disease: how generalized expectancies about control may influence disease risk. *Journal of Psychosomatic Research, 35*(6), 661-669.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco, California: Freeman.
- Shelton, K. H., Taylor, P. J., Bonner, A., & Van Den Bree, M. (2009). Risk factors for homelessness: evidence from a population-based study. *Psychiatric Services, 60*(4), 465-472.
- Silber, E. & Tippett, J. S. (1965). Self-esteem: clinical assessment and measurement validation. *Psychological Reports, 16*(3), 1017-1071.
- Singh-Manoux, A. & Marmot, M. (2005). Role of socialization in explaining social inequalities in health. *Social Science and Medicine, 60*(9), 2129-2133.
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale (Commentary). *Health and Quality of Life Outcomes, 1*(1), 29.
- Snaith, R. P., Baught, S. J., Clayden, A. D., Husain, A., & Sipple, M. A. (1982). The clinical anxiety scale: an instrument derived from the Hamilton anxiety scale. *British Journal of the Psychiatry, 141*(5), 518-523.
- Snow, D. A. & Anderson, L. (1988). Identity work among the homeless: the verbal construction and avowal of personal identities. *American Journal of Sociology, 92*(6), 1336-1371.
- Snow, D. A. & Anderson, L. (1993). *Down on their luck: a study of homeless street people*. Berkely, California: University of California Press.

- Snow, D. A., Baker, S. G., Anderson, L., & Martin, M. (1986). The myth of pervasive mental illness among the homeless. *Social Problems*, 33(5), 407-423.
- Snow, D. A., Baker, S. G., & Anderson, L. (1988). On the precariousness of measuring insanity in insane contexts. *Social Problems*, 35(2), 192-196.
- Solliday-McRoy, C., Campbell, T. C., Melchert, T. P., Young, T. J., & Cisler, R. A. (2004). Neuropsychological functioning of homeless men. *Journal of Nervous Mental Disease*, 192(7), 471-478.
- Soulié, C. (1997). Le classement des sans-abri. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 118(1), 69-80.
- Soulié, C. (2000). Le dualisme du réseau d'hébergement pour les personnes sans-abri à Paris. Dans M. Marpsat et J. M. Firdion (dirs). *La rue et le foyer : une recherche sur les sans domicile et les mal logés dans les années 1990* (p. 211-256). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Soundaramourty, R. (2002). De l'errance, comme expression pulsionnelle soutenue par un fantasme. *Analyse freudienne presse*, 2(6), 90-100.
- Specht-Kittler, T. (2002). Chiffres sur le sans-abrisme entre réalité et fiction. *Bulletin de FEANTSA*, 1, 3-4.
- Stark, L. R. (1992). Barriers to health care for homeless people. In R. I. Jakiel (dir). *Homelessness: a prevention-oriented approach* (p. 151-164). Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.
- Steele, C. M. & Aronson, J. (1995). Stereotype threat and the intellectual test performance of African Americans. *Journal of personality and social psychology*, 69(5), 797-811.
- Streeter, C. L. & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support: guidelines for social work practitioners. *Research on Social Work Practice*, 2(1), 81-98.
- Susser, E., Moore, R., & Link, B. (1993). Risk factors for homelessness. *American Journal of Epidemiology*, 15(2), 546-556.



- Swain, G. (1977). *Le sujet de la folie : naissance de la psychiatrie*. Toulouse, France : Privat.
- Taboada-Leonetti, I. (1990). Stratégies identitaires et minorités : le point de vue du sociologue. Dans C. Camilleri, J. Kastersztejn et E. M. Lipiansky (dirs). *Stratégies identitaires* (p. 43-83). Paris, France : Presses universitaires de France.
- Tajfel, H. (1972). La catégorisation sociale. Dans S. Moscovici (dir). *Introduction à la psychologie sociale* (p. 272-299). Paris, France : Larousse.
- Tajfel, H. (1978). *Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations*. London, UK: Academic Press.
- Teesson, M., Hodder, T., & Buhrich, N. (2004). Psychiatric disorders in homeless men and women in inner Sydney. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), 162-168.
- Thalineau, A. (2002). L'hébergement social : espaces violés, secrets gardés. *Ethnologie française*, 32(1), 41-48.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *Journal of health and social behavior (special issue)*, 53-79.
- Tisseron, S. (1992). *La honte : psychanalyse d'un lien social*. Paris, France : Dunod.
- Toussignant, M. et Harris T. O. (2001). *Evènements de vie et psychiatrie : apport des études du life events and difficulties schedule*. Paris, France : Doin.
- Townsend, P., Davidson, N., & Whitehead, M. (1988). *Inequalities in health with the health divide*. London, UK: Pengin.
- Turner, R. J. & Marino, F. (1994). Social support and social structure: a descriptive epidemiology. *Journal of Health and Social Behavior*, 35(3), 193-212.
- Vaillant, G. E. (2003). Mental health. *The American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1373-1384.
- Vallières, E. F. & Vallerand, J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 25(2), 305-316.

- Vandecasteele, I. et Lefebvre, A. (2006). De la fragilisation à la rupture du lien social : approche clinique des impacts psychiques de la précarité et du processus d'exclusion sociale. *Cahiers de psychologie clinique*, 26(1), 137-162
- Van Ijzendoorn, M. H. & Kroonenberg, P. M. (1988). Cross-cultural patterns of attachment: a meta-analysis of strange situation. *Child Development*, 59(1), 147-156.
- Vasquez, C., Munoz, M., & Sanz, J. (1997). Lifetime and 12-month prevalence of DSM III-R mental disorders among the homeless in Madrid: a European study using the CIDI. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95(6), 523-530.
- Vaux, A. (1988). *Social support: theory, research, and intervention*. New York, NY: Praeger.
- Vaux, A. (1992). Assessment of social support. In H. O. F. Veiel & U. Baumann (eds). *The meaning and measurement of social support* (p. 193-216). New York, NY: Hemisphere.
- Vaux, A., Phillips, J., Holly, L., Thomson, B., Williams, D., & Stewart, D. (1986). The social support appraisals (SS-A) scale: studies of reliability and validity. *American Journal of Community Psychology*, 14(2), 195-218.
- Verdès-Leroux, J. (1978). *Le travail social*. Paris, France : Editions de minuit.
- Vexliard, A. (1950). Le clochard, les phases de la désocialisation. *L'évolution psychiatrique*, 4, 619-643.
- Vexliard, A. (1956). *Introduction à la sociologie du vagabond*. Paris, France : Marcel Rivière.
- Vexliard, A. (1957). *Le clochard : étude de psychologie sociale*. Bruges, Belgique : Desclée de Brouwer, 1998.
- Vinay, A. (2015). Précarité et stigmates : usage du corps chez les personnes sans domicile fixe. *Champ psy*, 68(2), 125-140.
- Vinay, A., Esparbès-Pistre, S. et Tap, P. (2000). Attachement et stratégies de coping chez l'individu résilient. *La revue internationale de l'éducation familiale*, 4(1), 9-35.

- Vinay, A., Salvi, F. et N'Djin, M. A. (2011). La construction relationnelle et affective des personnes sans domicile fixe : quels attachements ? *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 169(8), 496-502.
- Vinot, F. (2005). Politiques de la souffrance psychique et idéologie de l'insertion. *Cliniques méditerranéennes*, 72(2), 173-184.
- VST (2002). Les conseils de la vie sociale... outils de la démocratie institutionnelle ? *Vie sociale et traitements*, 76(4), 28-35.
- Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres : le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*. Marseille, France : Agone.
- Wills, T. A. (1981). Downward comparison principles in social psychology. *Psychological Bulletin*, 90(2), 245-271.
- Winemiller, D. R., Mitchell, M. E., Sutliff, J., & Cline, D. J. (1993). Measurement strategies in social support: a descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49(5), 638-648.
- Wing, J. K., Birtley, J. L. T., Cooper, J. E., Graham, P., & Isaacs, A. D. (1967). Reliability of a procedure for measuring and classifying "Present Psychiatric State". *The British Journal of Psychiatry*, 113(498), 499-515.
- Winnicott, D. W. (1956). La préoccupation maternelle primaire. Dans D. W. Winnicott (dir). *La mère suffisamment bonne* (p. 33-50). Paris, France : Payot.
- Winnicott, D. W. (1960). Distorsion du moi en fonction du vrai et du faux « self ». Dans D. W. Winnicott (dir). *Processus de maturation chez l'enfant* (p. 115-131). Paris, France : Payot, 1970.
- Winnicott, D. W. (1975). *Jeu et réalité: l'espace potentiel*. Paris, France : Gallimard.
- Wood, D. (1992). *Delivering health care to homeless persons: the diagnosis and management of medical and mental health conditions*. New York, NY: Springer Publishing.

- World Health Organization (1993). *The ICD-10. Classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research.*
- Wrésinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (Rapport). Paris, France : Journal officiel du 28 février 1987.
- Wulfman, V. R. (1982). Les psychoses carcérales. *L'information psychiatrique*, 58(5), 647-652.
- Wylie, R. C. (1974). *The self-concept: a review of methodological considerations and measuring instruments.* Lincoln, Nebraska: University of Nebraska Press.
- Wyn, J. & White, R. (1998). Young people, social problems and Australian youth studies. *Journal of Youth Studies*, 1(1), 23-38.
- Yaouancq, F. et Duée, M. (2014a). Les sans-domicile en 2012 : une grande diversité de situations. *Insee France, portrait social*, 123-138.
- Yaouancq, F. et Duée, M. (2014b). Les sans-domicile et l'emploi : des emplois aussi fragiles que leurs conditions de vie. *Insee, Division conditions de vie des ménages*, 1494.
- Yaouancq, F., Lebrère, A., Marpsat, M., Régnier, V., Legleye, S. et Quaglia, M. (2013). L'hébergement des sans-domicile en 2012 : des modes d'hébergement différents selon les situations familiales. *Insee*, 1455.
- Zeinedi-Henry, D. (2002). *Les SDF et la ville, géographie du savoir-survivre.* Paris, France : Bréal.
- Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370.
- Zimbardo, P. G. & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: a valid, reliable individual-differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(6), 1271-1288.