

# LE LIEN ENTRE SANTÉ MENTALE ET PRÉCARITÉ SOCIALE : UNE FAUSSE ÉVIDENCE

**Maryse Bresson**

**P.U.F. | *Cahiers internationaux de sociologie***

**2003/2 - n° 115  
pages 311 à 326**

**ISSN 0008-0276**

Article disponible en ligne à l'adresse:

-----  
<http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2003-2-page-311.htm>  
-----

Pour citer cet article :

-----  
Bresson Maryse , « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence » ,  
*Cahiers internationaux de sociologie*, 2003/2 n° 115, p. 311-326. DOI : 10.3917/cis.115.0311  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour P.U.F..

© P.U.F.. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

**LE LIEN ENTRE SANTÉ MENTALE  
ET PRÉCARITÉ SOCIALE :  
UNE FAUSSE ÉVIDENCE**

par Maryse BRESSON

I. INTRODUCTION. LA FORTE PRÉVALENCE  
DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES  
PARMI LES « PRÉCAIRES » ?

La Couverture maladie universelle (CMU) a été mise en place en 1999 pour assurer la prise en charge des soins médicaux et hospitaliers de tous ceux qui ne cotisent pas assez aux différentes caisses d'assurance maladie. La loi contre les exclusions en 1998 a prévu d'autres mesures pour pallier les difficultés d'accès aux soins rencontrées par les personnes sans domicile, qui se trouvent « hors secteur » pour les hôpitaux et les services d'aide sociale (Bresson, 1997). L'accès aux soins est sans conteste le plus médiatisé, il n'est cependant qu'un des axes des politiques publiques qui sont menées pour « promouvoir la santé » des populations en situation de précarité sociale. Dès 1988, la loi sur le RMI a favorisé la mise en évidence de problèmes de « santé mentale » (au sens large) qui, du point de vue des intervenants sociaux, étaient un frein à l'insertion de nombreux bénéficiaires. La mise en place au niveau local de dispositifs visant à améliorer le « bien-être » des personnes en difficulté sociale questionne les relations entre travail social et psychiatrie (Dhume, 1997 ; Autès, Bresson, 2001). La politique de la ville et la loi contre les exclusions affichent aussi la volonté de réduire l'« impact négatif » de la précarité sociale sur la santé mentale des individus. La notion de « souffrance psychique » pour désigner un « mal-être » nouveau, spécifique, des personnes habituellement prises en charge par les travailleurs sociaux, a été introduite dans le débat public par le rapport A. Lazarus (1995). Cette notion est reprise dans les Programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS). Ces orientations politiques sont fondées sur le postulat d'un lien entre précarité sociale et santé mentale.

Ce lien est également un thème récurrent dans la littérature sociologique. M. Foucault a produit des travaux sur l'origine historique du rapprochement des pauvres et des fous à l'époque du « grand renfermement » (1961). Sans reprendre la thématique du « contrôle social », certains sociologues renouvellent aujourd'hui l'idée d'un lien socialement construit, à travers la « médicalisation de la précarité » ou la « sanitarisation du social » (Murard, 1997). La prise en charge des chômeurs longue durée sous forme d'Allocations adultes handi-

capés, de pensions d'invalidité... apparaît alors comme « un des modes de gestion les plus consensuels de la question sociale » (Fassin, 1998). Dans d'autres travaux, la santé (y compris la santé mentale) apparaît au même titre que les conditions de travail comme un « révélateur » des processus de précarisation sociale depuis la fin des années 1980 (Appay, Thebaud-Mony, 1997). La flexibilisation du travail et de l'emploi aurait des effets sur la santé mentale de tous les salariés, même les cadres (Davezies, 1997). Le « succès » de la dépression serait le reflet d'une évolution inhérente à la société, où la norme n'est plus fondée sur la culpabilité et la discipline, mais sur la responsabilité et l'initiative (Ehrenberg, 1998). Ces auteurs, dans leur diversité, ont en commun d'étudier la relation entre précarité sociale et santé mentale à un niveau global, institutionnel ou sociétal, ils n'étudient pas les caractéristiques « réelles » des individus.

Pourtant, de nombreux sociologues proposent une interprétation causale qui tend à réintégrer la dimension individuelle. La thèse selon laquelle les troubles mentaux seraient à l'origine de la précarité sociale n'est généralement pas défendue. On en trouve toutefois une formulation atténuée dans les travaux sur l'identité ou la trajectoire des personnes en situation de précarité sociale, à travers les thématiques de la « fragilité » (Paugam, 1991), ou de la « vulnérabilité » (Castel, 1995). L'idée revient aussi sous la forme de digressions sur les « causes » de la montée des exclusions. À propos des SDF, la désinstitutionnalisation (c'est-à-dire la fermeture des hôpitaux psychiatriques et la « libération » des personnes internées) est parfois citée avant l'effritement du modèle salarial (Damon, Firdion, 1996). Mais la relation de causalité inverse est plus souvent développée à travers les réflexions sur l'atteinte identitaire désignée comme la honte du chômeur (Schnapper, 1981), la disqualification de l'assisté (Paugam, 1991), l'« identité négative » développée après une mise à l'écart sociale (Damon, Firdion, 1996) ou la « souffrance au travail » du « salarié de la précarité » qui se sent « plus ou moins inutile » (Paugam, 2000). La réhabilitation du psychosociologue Vexliard et de sa grille de lecture « toujours pertinente » du processus psychologique de désocialisation du clochard va dans le même sens (Mucchielli, 1998). Même quand l'analyse sociologique reste au niveau macro-social, les perceptions négatives de la pauvreté d'une part, de la folie d'autre part, connotent les mots : disqualification sociale, dépression, trouble identitaire...

La santé mentale des individus « précaires » est ainsi largement présentée comme un « problème ». Le plus souvent pourtant, le sociologue ne le traite pas directement, mais renvoie à d'autres la démonstration. Ce choix est justifié par le postulat théorique, qui veut que la définition des troubles mentaux et surtout le diagnostic ne soient pas du ressort de la sociologie. Pourtant les enjeux sont importants pour les populations en situation de précarité sociale, confrontées à la charge symbolique des mots : peut-on dire, ou non, qu'elles sont plus exposées que les autres à des « problèmes » de santé mentale ? Si oui, lesquels ? À cela s'ajoute la question des acteurs de la prise en charge, comme l'illustrent les débats sur les SDF aux États-Unis et sur la « souffrance psychique » en France : ces personnes relèvent-elles d'un traitement social et/ou psychiatrique ? Les effets de désignation et de stigmatisation des individus, ainsi que les enjeux politiques et professionnels justifient, à notre avis, le questionnement sociologique.

Aussi proposons-nous dans cet article de poser la question de la « prévalence » des troubles psychiatriques dans la population en situation de précarité sociale. Le terme, emprunté au vocabulaire médical, est défini comme le rapport du nombre de cas d'un trouble morbide à l'effectif total d'une population

(l'expression « morbide » signifiant ici « propre à la maladie »). Prenant acte que seuls les médecins psychiatres sont aujourd'hui habilités à établir des diagnostics dans notre société, nous adoptons leur(s) définition(s), à partir de leurs catégories. Ce choix, qui présente l'inconvénient d'« abandonner » à une autre discipline – la psychiatrie clinique – une partie de la construction des catégories utilisées, doit permettre d'éviter les « dérives » au niveau des interprétations qui s'appuient sur l'utilisation d'une autre définition : tant il est vrai que ce qui relève de la « santé mentale » est rapidement réinterprété, dans notre société, comme un problème de maladie psychiatrique. La définition de la précarité sociale que nous adoptons découle, de manière pragmatique, du choix précédent. Pour croiser avec les données diagnostiques des psychiatres, nous sommes obligés d'utiliser leurs catégories sociales – ce qui n'empêche pas de les retravailler, en opérant des regroupements.

Dans ce cadre, la réflexion qui suit sur le(s) lien(s) entre précarité sociale et santé mentale comporte trois étapes. Après avoir rappelé les résultats déjà publiés aux États-Unis et en France sur la prévalence des troubles psychiatriques dans la population des personnes sans domicile, nous présentons certains éléments d'une enquête menée sur la file active de deux secteurs de psychiatrie publique à Tourcoing, dans le Nord – il s'agit des données statistiques établies sur les patients, à partir de la « fiche » remplie par eux à l'inscription et des diagnostics transmis par le personnel médical (Autès, Bresson, 2001). Nous proposons alors une discussion et des propositions en vue de renouveler l'approche de la construction des problèmes de santé mentale par l'offre de soins.

## II. LES RÉSULTATS DES TRAVAUX SUR LES SDF

La question de la prévalence des troubles mentaux parmi la population sans domicile a été posée beaucoup plus tôt dans la recherche outre-Atlantique qu'en France, et sur une échelle qui reste incomparable. Cette spécificité peut s'expliquer pour des raisons multiples. L'augmentation du nombre de *homeless* aux États-Unis est peut-être plus ancienne et plus forte. Les modalités de prise en charge sont davantage « psychiatisées », avec un éventail de services spécialisés : centres d'hébergement pour malades mentaux, programmes destinés aux alcooliques et aux toxicomanes... En outre, dans ce pays, les frontières institutionnelles entre la psychologie, l'épidémiologie psychiatrique et la sociologie sont moins définies et moins défendues qu'en France. Quoi qu'il en soit, l'abondance des résultats invite à revenir sur les leçons de quinze années de recherche aux États-Unis (Snow *et al.*, 1986 ; Wright, 1988 ; Wright, Rubin, 1998). On s'autorisera ensuite des récentes enquêtes de l'INED (1995), de l'INSEE (2001) et des recherches menées en France en épidémiologie psychiatrique, pour poser le problème dans ce pays (Kovess, Mangin-Lazarus, 2000 ; Guesdon, Roelandt, 1998).

### II. 1. Les travaux aux États-Unis : la mise en cause des fausses évidences

Aux États-Unis, les chercheurs produisent des travaux sur les sans-domicile dès le début des années 1980, quand les *homeless* sont « redécouverts » dans les rues des villes. Des enquêtes à grande échelle sont mises en place, en utilisant

les catégories de la psychiatrie. Or, les résultats invitent à interroger le « mythe » d'une maladie mentale généralisée parmi les sans-domicile.

L'expression est empruntée à un célèbre article publié en 1986 dans la revue *Social Problems* sous le titre « The Myth of Pervasive Mental Illness Among the Homeless ». L'article vient bouleverser le débat américain, alors que la recherche anthropologique tendait jusqu'alors à cautionner les chiffres annoncés dans les médias, de l'ordre de 80 % de malades mentaux parmi les sans-abri. L'augmentation du nombre de sans-domicile était expliquée par la « désinstitutionnalisation », c'est-à-dire la fermeture de nombreux hôpitaux psychiatriques : les malades mentaux, livrés à eux-mêmes, auraient envahi les rues. Dans ce contexte, David Snow et son équipe présentent leur étude réalisée à Austin, dans le Texas. Sur un échantillon de 800 noms, tiré au hasard dans les dossiers de l'Armée du Salut locale, ils en retiennent 767 qui ont un dossier dans le département d'État pour la santé mentale ou le centre local de maladie mentale. Ils considèrent un sans-domicile comme « malade mental » si le personnel de l'organisme de santé mentale a établi ce diagnostic, d'après les critères de l'Association psychiatrique américaine. Ils trouvent 124 sans-domicile qui répondent à ce critère, soit un taux de 16 %. Toutefois, des informations plus précises trouvées pour 116 de ces sans-domicile révèlent que la justification du diagnostic par l'abus de substances – c'est-à-dire drogue ou alcool – arrive largement en tête des justificatifs (57 % des cas). Le diagnostic est qualifié de proprement « psychiatrique » dans seulement 34 % des cas. Les auteurs concluent que la prévalence de troubles mentaux dans la population sans domicile est inférieure à 10 %. Ils proposent également une autre manière d'évaluer les troubles mentaux des sans-abri, sur un échantillon « ethnographique » de 164 individus. La prévalence évaluée est également de 10 %. (On reviendra dans la suite de cet article sur la démarche adoptée, d'après une « conception sociologique » de la folie.) Enfin, seulement 10 % des sans-domicile ont été antérieurement institutionnalisés (c'est-à-dire qu'ils ont fait un séjour, même bref, en hôpital psychiatrique). Les auteurs concluent en insistant sur le faible impact de la désinstitutionnalisation, ainsi que sur la médicalisation excessive du problème aux États-Unis. Cet article a eu un retentissement considérable, et il a suscité de nombreuses réponses.

La plus célèbre est celle de James Wright dans la même revue, en 1988, sous le titre : « The Mentally Ill Homeless, What is Myth and What is Fact ? » L'auteur, comme la plupart des chercheurs qui travailleront après sur ce thème, confirme que le lien entre le phénomène sans-domicile et la maladie mentale a jusqu'alors été fortement exagéré. Lui-même présente les résultats d'une autre enquête qu'il a dirigée dans le cadre d'un programme national mené dans 16 grandes villes américaines. Ce programme baptisé « Health Care for the Homeless » (HCH Program), financé par une fondation privée, met à la disposition des indigents des services de santé et des services sociaux. Selon la définition adoptée, un individu est considéré comme malade mental s'il remplit au moins une des trois conditions suivantes : 1 / Le personnel soignant du programme diagnostique un problème mental, psychiatrique ou émotionnel important, ou bien 2 / L'individu a déjà suivi un traitement psychiatrique (en particulier, s'il a déjà fait un séjour en hôpital psychiatrique), ou bien 3 / Les personnes qui l'ont soigné ont pensé qu'il avait un problème mental ou émotionnel, au moins une fois (et l'ont consigné dans son dossier médical). Sur le premier critère, l'auteur précise que le personnel soignant du programme n'a généralement pas une qualification en psychiatrie mais qu'il a une « sensibilité »

aux symptômes, aux problèmes et aux diagnostics psychiatriques. Avec ces critères, et en mettant à part les cas d'« abus de substance » (alcool et drogue), la prévalence de maladie mentale est évaluée à 19,4 % des « clients » du programme. Environ 9 % d'entre eux ont déjà été institutionnalisés. Toutefois, Wright présente le taux de 19,4 % comme un taux limite, inférieur à la réalité, avec l'argumentation suivante : le personnel hésite à formuler un jugement dès la première observation, or près de la moitié des individus n'ont été vus qu'une fois. Wright propose donc d'extrapoler, à partir d'un calcul fondé sur la prévalence de troubles mentaux chez les clients vus cinq fois et plus, corrigé par le pourcentage de diagnostics correctement établis dès les premières visites. Finalement, il propose comme estimation le chiffre de 33 % de maladie mentale. Wright ajoute que le résultat est convergent avec les réponses à un questionnaire distribué à 1 299 intervenants du programme : en moyenne, les intervenants estiment que 51 % des clients n'ont « aucun trouble mental évident », 16 % un trouble « négligeable », 18 % un trouble « modéré » et 15 % un trouble « sévère et handicapant ». En additionnant les troubles modérés et handicapants, on retrouve 33 %. L'estimation « de l'ordre de 30 % » de malades mentaux parmi la population sans-domicile a, par la suite, été souvent reprise dans les travaux anglo-saxons (Lovell, 1992).

En 1998, J. Wright propose avec M. Rubin un résumé de quinze ans de recherche sur les sans-domicile aux États-Unis (Wright, Rubin, 1998). Les auteurs, qui reprennent l'estimation « de l'ordre de 30 % », la précèdent pourtant de la formule prudente suivante : « Même si le débat sur le rôle de la "désinstitutionnalisation" dans la crise actuelle reste ouvert, tout le monde ou presque s'entend sur le fait qu'un nombre important de sans-domicile souffre de troubles mentaux. » L'article réintroduit curieusement l'argument d'évidence, tout en admettant que le consensus n'est pas total. Il ne précise pas de quels troubles il s'agit mais souligne deux points de désaccord au sein de la communauté de chercheurs. Le premier porte sur la définition et le mode de dénombrement des sans-domicile – ce qui suggère une des difficultés du calcul (à travers le dénominateur). Le second point de désaccord entre chercheurs porte sur les circonstances qui provoquent et accompagnent le phénomène. Face aux approches qui privilégient les facteurs d'origine individuelle – principalement la toxicomanie, l'alcoolisme et les maladies mentales, d'autres auteurs privilégient les facteurs d'origine structurelle – l'augmentation de la pauvreté et la baisse « alarmante » du nombre de logements accessibles aux bas ménages. Wright et Rubin soutiennent que la preuve est faite du rôle essentiel des facteurs structurels. Ils écrivent : « Ce sont des ressources insuffisantes, et non des troubles mentaux, qui (provoquent) des situations sans-domicile. » L'élément déterminant est la « pénurie de logements bon marché adaptés ». Mais cet argument ne leur semble pas contradictoire avec leurs conclusions sur la prévalence de maladie mentale dans la population. Ils proposent une synthèse qu'ils qualifient eux-mêmes de « facile ». « Même s'il ne fait aucun doute que les sans-domicile sont bien plus souvent victimes de carences diverses que les individus ayant un domicile, celles-ci n'expliquent pas suffisamment l'augmentation de leur nombre ces vingt dernières années [...]. La structure sociale favorise l'augmentation du nombre de personnes susceptibles de se trouver sans domicile, et les handicaps déterminent quelles personnes, au sein de la population à risque, se retrouvent dans ce genre de situation » (Wright, Rubin, 1998, p. 49-50). Pour notre sujet, ces travaux américains présentent l'avantage de résultats obtenus à partir d'enquêtes menées sur une grande échelle (dans la recherche

dirigée par Wright, environ 25 000 sans-domicile ont été vus). De surcroît, ils se réfèrent explicitement aux catégories psychiatriques. Toutefois les diagnostics ne sont pas toujours établis par des personnes qualifiées en psychiatrie. Les résultats sont souvent présentés selon une logique binaire : est/n'est pas malade mental, sans préciser quelle maladie.

À cette étape de notre réflexion, deux enseignements semblent pouvoir être tirés. Le premier est une invitation à récuser les très fortes prévalences (de l'ordre de 70 ou 80 %), appuyées sur des définitions floues de la maladie mentale et/ou sur un consensus supposé des acteurs qui interviennent auprès des sans-domicile. Parmi les ambiguïtés, Snow écarte l'alcoolisme de la définition des troubles mentaux. Wright et Rubin le réintègrent, en construisant la catégorie englobante de « facteurs individuels » (qui inclut alcoolisme, drogue et « maladies mentales »). Le second enseignement est qu'en dépit des taux très faibles avancés par Snow, la plupart des recherches menées aux États-Unis reprennent l'idée d'une prévalence significativement élevée de troubles mentaux parmi les sans-abri. Les enquêtes menées en France confirment pour partie ces résultats ; elles apportent aussi des précisions sur les diagnostics, c'est-à-dire sur le type de maladie mentale que l'on retrouve chez les personnes sans domicile.

## II. 2. *Les enquêtes en France :* *la forte prévalence des troubles dépressifs et anxieux*

Une enquête de l'INSEE en janvier 2001 comporte une évaluation des troubles mentaux à partir des problèmes déclarés aux enquêteurs. L'enquête a été menée auprès des personnes fréquentant les services d'hébergement ou les distributions de repas chauds. Dans cette population, une personne est dite sans-domicile si la nuitée précédente elle a soit eu recours à un service d'hébergement, soit dormi dans un lieu non prévu pour l'habitation (rue, abri de fortune). Parmi les sans-domicile, le pourcentage de troubles mentaux déclaré varie : de 13 % quand ils sont à la rue ou en abri de fortune, à 2 à 3 % s'ils sont « hébergés en logement aidé ». Dans l'ensemble, 5 % des sans-domicile déclarent avoir des « troubles mentaux ». Le chiffre est donc très faible. Cependant, les « états dépressifs » sont évalués à part. Or, 23 % des sans-domicile enquêtés déclarent ce type de problèmes (33 % parmi ceux qui sont à la rue ou en abri de fortune). Simultanément, 22 % déclarent des problèmes de « nervosité, tension, stress » et près de la moitié éprouvent des difficultés à s'endormir (Brousse *et al.*, 2002). Dans la mesure où il s'agit de problèmes déclarés par les personnes, on peut s'interroger sur leur capacité à évaluer leur propre état psychique. Mais les résultats permettent de préciser les « troubles » ressentis. La dépression s'impose alors comme un « problème » spécifique de la grande précarité. Or, cette catégorie est difficile à interpréter : maladie mentale, ou (et) processus réactionnel à des conditions de vie extrêmes ? Le commentaire de l'étude ne lève pas l'ambiguïté. Les dépressions sont présentées comme des « maladies spécifiques » aux sans-domicile, à côté des problèmes respiratoires, des maladies de peau. Mais les auteurs associent aussi les états dépressifs aux « cas de nervosité très fréquents chez les sans-domicile », « manifestation(s) de stress amenée(s) par la précarité de leurs conditions d'existence ». À la distinction, proposée par le questionnaire, entre « troubles mentaux » et « états dépressifs » se superpose donc implicitement le partage, laissé à l'appréciation des enquêtés, entre un désespoir « normal » dans leur situation et une « dépression ».

L'imprécision des catégories statistiques invite à recentrer l'analyse sur les travaux de la psychiatrie clinique. L'intérêt des psychiatres français à l'égard des populations précaires est encore récent – au regard de l'épaisse bibliographie anglo-saxonne, les données françaises apparaissent bien maigres. Parmi les références souvent citées, les centres de Médecins du Monde sur Paris ont rédigé en 1995 un rapport d'enquête portant sur 400 dossiers, réalisé par le groupe de psychiatres. On trouve environ un quart de troubles psychotiques, un autre quart d'états dépressifs, 55 % d'antécédents psychiatriques... Toutefois, il ne s'agit pas d'un travail de recherche épidémiologique mais des conclusions établies à partir d'un « document maniable » rempli rapidement par un psychiatre à l'issue de la première consultation. De plus, l'évaluation ne porte pas sur toute la population qui vient à la Mission France, mais seulement sur celle qui consulte un psychiatre : soit que la demande ait émergé spontanément à l'accueil du centre, soit que le patient ait été adressé par un généraliste. Il y a donc un biais de recrutement de l'échantillon, d'ailleurs souligné dans le rapport (Médecins du Monde, 1995). Comme référence incontournable dans les travaux d'épidémiologie psychiatrique sur la population sans domicile en France, on trouve l'étude menée à Paris par le Docteur Viviane Kovess et son équipe durant l'hiver 1996, sur un échantillon de 838 usagers des services. Le taux de prévalence des troubles psychiatriques, c'est-à-dire le pourcentage de personnes qui présentent un trouble psychiatrique, est établi à 57,9 % sur la vie entière et 29,1 % sur un an. Les auteurs concluent que « la population étudiée présente de nombreux problèmes de santé mentale ». Toutefois, l'usage d'alcool ou de drogue est intégré à l'analyse, ce qui contribue à gonfler les taux, puisque ce « trouble » arrive en tête, juste devant les troubles dépressifs (avec environ 33 % sur la vie entière, et 20 % sur l'année). (Kovess, Mangin-Lazarus, 2000). De plus, la méthode utilisée est la passation d'un questionnaire « validé » lors d'une enquête pilote, réalisée à Paris durant l'hiver 1994-1995. Or, le rapport sur cette enquête (Kovess *et al.*, 1995) révèle que le questionnaire a été testé en comparant les réponses des sans-abri avec les diagnostics établis des psychiatres expérimentés (ce qui impliquait que les personnes s'étaient prêtées à l'entretien avec le psychiatre). Le test de concordance utilisé, ou test du kappa, prend des valeurs qui vont de 0 à 1, ce dernier chiffre représentant un accord maximum. Le kappa est de 0,637 pour la schizophrénie mais de 0,312 pour les troubles dépressifs et 0,171 pour les troubles de la personnalité : c'est-à-dire que les résultats au questionnaire sont proches des diagnostics des psychiatres pour les psychoses, mais de l'aveu des auteurs, « beaucoup moins bons » en ce qui concerne les troubles dépressifs – et même, « curieusement moins bons que ceux obtenus sur une validation récente en population générale ». En conclusion, le rapport souligne les difficultés des psychiatres à expérimenter et valider des instruments pour évaluer la santé mentale des sans-domicile. Les travaux réalisés en épidémiologie psychiatrique mettent donc en évidence les difficultés importantes et reconnues pour évaluer les troubles mentaux (en particulier, les troubles dépressifs) parmi les populations en errance.

Les symptômes observés relèvent-ils d'un trouble psychiatrique, ou d'une réaction « normale » au contexte dans lequel se trouve l'individu ? La question est actuellement posée en ces termes par la recherche psychiatrique en France. Présentant les résultats d'une enquête réalisée à Lille, à partir de 270 dossiers de sans-abri fréquentant diverses structures d'hébergement de cette ville, I. Guesdon et J.-L. Roelandt s'interrogent sur la capacité de la psychiatrie à diagnostiquer la maladie mentale, dans des conditions de vie extrêmes (1998). Les



auteurs développent deux thèses concurrentes. Selon la première, appuyée sur les résultats de leur enquête, les sans-abri seraient caractérisés par une forte prévalence des troubles mentaux. « Pour 75 % des enquêtés, un trouble mental actuel sera retrouvé à l'issue de la passation du CIDIS. » Dans le détail, la prévalence la plus élevée concerne les « plaintes somatiques », alléguées plus d'une fois sur deux. Les syndromes dépressifs concernent 20 % des sujets au moment de l'enquête (60 % sur la vie) ; un sujet sur deux souffre de troubles du sommeil. En revanche, les abus de substances sont modestes — il est vrai que c'est une condition d'accès aux structures. Et seulement 8,8 % ressentent au moins un désordre psychotique (25 % sur la vie) ; encore ce symptôme s'associe-t-il alors souvent à des troubles anxieux, dépressifs ou somatiques. Les auteurs discutent alors les biais de l'enquête. Ils minimisent la subjectivité de l'enquêteur, puisque les résultats ont été obtenus par la passation d'un questionnaire standardisé (le CIDIS). En revanche, ils reviennent longuement sur les limites de cet instrument. Ils développent alors leur seconde thèse, que l'on pourrait appeler la « thèse de la population limite ». L'idée est que les sans-domicile sont « une nouvelle catégorie de personnes à troubles sociaux, à la limite et à la marge de la psychiatrie ». Pour ces personnes, les instruments « validés » auprès de populations domiciliées ne sont plus valables. En particulier, les résultats épidémiologiques concernant les troubles anxieux et les troubles dépressifs sont « hautement suspects », car ils sont fondés sur l'existence ou non de symptômes pris dans une liste préétablie. Or, des interrogations comme : « Vous faites-vous du souci à propos de plusieurs choses à la fois ? Vous fatiguez-vous facilement ? », sont dénuées de sens dans le cas des SDF. Les critères utilisés dans le CIDIS pour le diagnostic de dépression incluent insomnie, anorexie, aboulie. Mais ces items n'ont pas de sens en l'absence de repas, de toit et de travail. De même, les troubles de sommeil sont presque toujours récents, liés aux conditions d'accueil dans les foyers. Les auteurs préfèrent donc parler de « réaction dépressive », qui serait un simple « trouble de l'adaptation » et soulignent que « de la démoralisation à la maladie dépressive, la frontière est bien ténue ». Et ils écrivent : « On peut admettre une surestimation probable mais non mesurable des symptômes dépressifs ». Les auteurs soulignent cependant l'« existence d'une authentique souffrance », et s'appuient sur le taux de tentatives de suicide pour présenter les SDF comme une « population à risque, pour laquelle une prévention serait salubre » (Guesdon, Roelandt, 1998, p. 353).

Malgré cette revendication d'une légitimité à traiter ces populations, on retiendra ici l'aveu, par des psychiatres, de leurs difficultés à établir des prévalences de maladies mentales chez les sans-domicile. Leur situation sociale en fait une population à part, un « cas » qui n'autorise à tirer aucune conclusion. Nous proposons d'élargir le questionnement à des populations « précaires » domiciliées.

### III. L'ANALYSE DE LA FILE ACTIVE DE DEUX SECTEURS DE PSYCHIATRIE PUBLIQUE

Quand on élargit l'étude des sans-domicile aux « précaires », on ajoute aux difficultés à définir la santé mentale celles à définir la « précarité sociale » — par exemple, comme grande pauvreté ou comme instabilité professionnelle (auquel cas certains cadres devraient être inclus). Car si la pauvreté est une prénotion

(Paugam, 1991), la « précarité » aussi. Dans cet article, le choix de raisonner sur des diagnostics médicaux implique d'utiliser aussi les données sociales des institutions psychiatriques. On opère alors des regroupements, à partir des données socioprofessionnelles recueillies dans deux secteurs psychiatriques, recrutant chacun sur une partie sur la ville de Tourcoing et sur une petite commune voisine (Autès, Bresson, 2001).

### III. 1. Les données et leur interprétation

La ville de Tourcoing, dans le Nord, compte 94 204 habitants en 1999. Elle forme avec Roubaix et Lille une importante conurbation urbaine. Souvent présentée comme une ville « sinistrée » économiquement, elle possède un secteur social dynamique et un « réseau santé », auquel participent, aux côtés de nombreux acteurs sociaux, les deux secteurs de psychiatrie de la ville (Autès, Bresson, 2001). On étudie ici la file active de chaque secteur, c'est-à-dire les données établies à partir de la « fiche » remplie par les patients à leur inscription, complétée par les diagnostics transmis par le personnel médical (données de 1999). Les individus « sans diagnostic » ne sont pas intégrés à notre analyse. On souhaite vérifier si les populations en situation de précarité sociale sont sur-représentées dans la file active des secteurs, par rapport à la population de Tourcoing au recensement de 1999 – ce qui revient à vérifier si les « précaires » consultent plus que les autres en psychiatrie publique. Pour cela, on utilise les 9 catégories socioprofessionnelles retenues par les secteurs : travailleur en milieu protégé, travailleur en milieu ordinaire, sans profession, sans information, retraité, RMI, femme au foyer, étudiant, demandeur d'emploi (à la recherche « active » d'un emploi).

On construit comme catégorie de « non précaires », les « travailleurs en milieu ordinaire ». Ils représentent pour chaque secteur 25 à 26 % de la file active de chaque secteur. Par comparaison, à Tourcoing, la catégorie des « actifs ayant un emploi » représente plus de 43 % des plus de 15 ans (selon le recensement 1999), soit un écart de 17 points. À l'opposé, on construit une catégorie de « précaires » en additionnant les bénéficiaires du RMI, les demandeurs d'emploi, les sans profession (hors femmes au foyer) : le total représente entre 45 et 50 % de la file active des secteurs. À Tourcoing, en additionnant les actifs chômeurs et les « autres inactifs », on obtient 23 % de la population des plus de 15 ans (y compris les femmes au foyer). L'écart est donc supérieur à 25 points. Malgré les biais (la zone de recrutement des secteurs ne se limite pas à Tourcoing, les catégories construites sont « proches » mais non superposables), l'analyse confirme la précarité relative de la population qui consulte en psychiatrie publique. Il y a un autre indicateur convergent : les bénéficiaires du RMI représentent environ 6 % des patients diagnostiqués sur les deux secteurs ; d'après les données de la commission locale d'insertion, sur le même territoire, on compte 3,4 % de bénéficiaires du RMI parmi les plus de 15 ans. La précarité est donc au total, sur-représentée dans la file active des secteurs de psychiatrie publique.

Toutefois, cette observation ne démontre pas que les « précaires » ont davantage de « problèmes mentaux » que les autres. En effet, l'analyse présente des biais. Ainsi, les classes d'âge de 25 à 54 ans sont sur-représentées dans la file active des secteurs. La précarité est analysée à travers l'activité professionnelle, et la définition des « sans profession » (hors femmes au foyer) pose problème. Surtout, l'argument principal qui empêche de conclure sur un lien entre préca-

rité sociale et santé mentale à partir des données de la consultation en psychiatrie publique est lié à l'existence d'une autre offre de soins psychiatriques, ciblée précisément sur les personnes « qui ont les moyens ». En effet, les « classes moyennes et supérieures » ont la possibilité matérielle de consulter un psychiatre en libéral, et « il est notoire » que certains utilisent cette ressource, à Tourcoing ou à Lille – mais il est impossible d'évaluer leur nombre. Inversement, la question se pose des difficultés, pour les personnes en grande précarité, à avoir accès aux soins – même si le problème est minimisé dans les études (Roelandt, Guesdon, 1998). Par conséquent, la sur-représentation des « précaires » dans la file active des secteurs de psychiatrie publique pourrait être un effet de l'offre de soins, plutôt que de la demande. Encore faut-il distinguer demande de soins, et besoin d'être soigné. Le fait de consulter un psychiatre est un indicateur sans doute imparfait des troubles que les individus présentent « vraiment ». Malgré l'intérêt qu'elle présente, l'étude de la file active ne permet donc pas de conclure sur la prévalence des troubles mentaux dans des catégories de population générale. Pour limiter ces biais (sans lever l'objection), on propose de comparer les diagnostics posés sur les « précaires » et les « non-précaires » : par exemple, y a-t-il moins de « diagnostic non psychiatrique », ou plus de dépression, chez les « précaires » ?

### III. 2. *Le lien inversé entre dépression et précarité*

La nomenclature des diagnostics dans les deux secteurs de psychiatrie publique est issue du DSM 4 qui comporte 11 catégories de F0 à F9, auquel s'ajoute le diagnostic « non psychiatrique » (voir la présentation en fin de texte). On étudie la répartition des diagnostics pour les « travailleurs en milieu ordinaire » et pour les « précaires » (demandeurs d'emploi, sans profession hors femmes au foyer et bénéficiaires du RMI). Pour cela, on additionne les effectifs dans les deux secteurs et on calcule le poids relatif que représente chaque diagnostic dans le « tableau clinique » de chaque catégorie sociale.

On observe alors que les diagnostics sur les « précaires » sont diversifiés : d'après les données cumulées de la file active des deux secteurs de psychiatrie publique, il n'existe donc pas de trouble mental spécifique de la précarité (Autès, Bresson, 2001). La répartition des diagnostics est significativement différente entre les « précaires », et les « travailleurs en milieu ordinaire ». Mais dans le détail des diagnostics, les « évidences » sont loin d'être confirmées. Ainsi, parmi les travailleurs en milieu ordinaire, il y a 5,5 % de diagnostics non psychiatrique, contre 3,2 % parmi les « précaires ». Si la relation attendue est dans le « bon sens », les écarts sont faibles pour une catégorie, il est vrai, très minoritaire. Cette remarque s'applique aussi pour la prise d'alcool et de drogue, traditionnellement associée à la précarité : il y a 8,6 % de diagnostics F1 chez les précaires, contre 6 % chez les travailleurs ordinaires. Parmi les troubles plus souvent diagnostiqués, les névroses (F4) et psychoses (F2) représentent, additionnées, plus du tiers des diagnostics dans chacune des catégories sociales, avec toutefois, une répartition inversée : il y a environ 27 % de névroses et 7,5 % de psychoses chez les travailleurs ordinaires, contre 23 % de psychoses et 12 % de névroses chez les précaires. Les dépressions se rencontrent aussi fréquemment dans les deux catégories : 19 % de diagnostics F3 parmi les précaires, contre 30,5 % pour les travailleurs en milieu ordinaire.

Ce dernier résultat surtout est très inattendu. Il signifie qu'il y a, chez les précaires qui consultent en psychiatrie publique, proportionnellement moins

de « dépressifs » que chez les travailleurs en milieu ordinaire. Si on fait un classement des diagnostics, F3 l'emporte d'ailleurs largement parmi ces les travailleurs en milieu ordinaire (30,5 % des diagnostics), alors qu'il n'arrive qu'en seconde position parmi les précaires (19 %, derrière les psychoses F2 à 23 %). La relation entre dépression et précarité sociale est donc, au vu de ces données, inversée. Ce résultat paradoxal doit certes être nuancé. Ainsi, le calcul en pourcentage masque les effectifs concernés. La file active des deux secteurs compte 764 individus précaires et 417 « travailleurs en milieu ordinaire ». Du fait de la sur-représentation des précaires dans la file active des secteurs, il y a en nombre, dans les CMP de Tourcoing, plus de « précaires » que de travailleurs en milieu ordinaire avec un diagnostic F3 (respectivement 148 et 127 individus). Toutefois, le résultat met clairement en cause la relation « évidente » entre précarité sociale et dépression.

C'est aussi la conclusion de travaux réalisés par ailleurs sur le lien entre chômage et dépression – ce « couple moderne », selon l'expression du psychologue clinicien J.-P. Arveiller (2002). D'après cet auteur, l'association des deux mots est une invention récente. De plus : « En contraste avec la conception partagée que le chômage est source potentielle de dépression, la littérature médicale montre que le chômage en tant qu'événement de vie a un rôle rarement significatif dans la survenue d'un trouble dépressif. » Citant une étude réalisée par la MIRE en 1993 sur un échantillon important de population, il rappelle qu'il n'y a « pas de différence significative de morbidité entre populations de chômeurs et de non-chômeurs » et que « le nombre de dépressions actuelles, c'est-à-dire déclarées au moment de l'enquête, est équivalent dans les deux groupes ». J.-P. Arveiller conclut que « les études quantitatives ne permettent donc finalement en aucune façon de conclure à une causalité directe du phénomène chômage sur la dépression ». Poursuivant l'analyse sous un angle plus phénoménologique, il suggère que la réaction au chômage dépend des soutiens de proximité trouvés par l'individu. Faute d'un environnement approprié, la personne privée d'emploi traverse différents états : attente, démoralisation, « panne ». Mais l'assimilation de cette « panne » à l'évolution d'un processus dépressif ne va pas de soi, à moins d'intégrer dans la définition tout ce qui, « sans relever d'un tableau de dépression psychiatrique, est traité par antidépresseurs ». Au-delà de la boutade, l'auteur propose de distinguer la « dépression morbide » – renvoyant à un « stress psychosocial », de la « dépression pathologique » – pour la pathologie psychiatrique avérée. Si les soins à apporter ne sont pas les mêmes, le premier état représente aussi un trouble « dans la mesure où il s'avère qu'un emploi ne permettrait plus, faute d'étayage en temps utile, un retour au même état de santé mentale qu'avant le traumatisme du chômage » (Arveiller, 2002).

On retrouve alors deux résultats auxquels nous étions parvenus à propos des personnes sans domicile, à savoir : la difficulté à distinguer la maladie dépressive de la simple « démoralisation », et un des enjeux de cette distinction : déterminer si les psychiatres doivent prendre en charge les populations concernées. C'est le double problème pour la psychiatrie de définir des catégories diagnostiques opérationnelles, et de proposer des « solutions » (une offre de soins) aux populations concernées.

IV. CONCLUSION. D'UNE RÉFLEXION SUR LES CATÉGORIES  
 À LA NÉCESSITÉ D'UN PROGRAMME D'ÉTUDES  
 SUR L'OFFRE DE SOINS

On a montré la difficulté de la psychiatrie à mesurer les troubles mentaux parmi les populations précaires – et donc, la fragilité des « évidences ». Ce résultat renvoie à des questions sur la construction sociale des catégories et la nécessité d'étudier plus précisément les transformations de l'offre de soins.

Cherchant les raisons qui ont poussé la recherche américaine, avant 1986, à cautionner les « fausses évidences » véhiculées par les médias, Snow et son équipe soulignent la visibilité des sans-abri malades mentaux (plus facilement remarqués dans les espaces publics). Ils mettent par ailleurs en cause les procédures utilisées. Les tests sont conçus pour des personnes domiciliées, les chercheurs procèdent souvent par des entretiens brefs, en une seule fois, dans un seul lieu – ce qui favorise les diagnostics prématurés, surtout lorsqu'ils sont fondés sur un seul symptôme... Mais au-delà de ces biais conceptuels et méthodologiques, Snow met aussi implicitement en cause le monopole des psychiatres à diagnostiquer la maladie mentale, puisqu'il mène parallèlement à l'enquête quantitative, fondée sur les rapports établis dans des institutions psychiatriques, une autre enquête « ethnographique » – avec laquelle il retrouve un taux très proche de maladie mentale parmi les sans-abri (10 %). Dans cet échantillon, composé de 164 sans-abri rencontrés sous les ponts, dans les lieux d'accueil..., un individu est classé malade mental s'il remplit au moins deux critères parmi les trois suivants : 1 / un séjour antérieur en hôpital psychiatrique ; 2 / la désignation comme malade mental par d'autres individus sans-abri ; 3 / un comportement jugé bizarre ou inadapté par la plupart des observateurs. Or, cette conception de la folie est qualifiée de « sociologique » (elle correspond au paradigme interactionniste). De plus, Snow insiste sur le poids des facteurs socio-économiques comme cause du phénomène des sans-abri. Selon lui, le « sans-abri type » n'est pas démuní psychologiquement. Il formule l'hypothèse que certains symptômes d'« inadaptation » pourraient être des formes d'adaptation au contexte particulier de la rue (Snow, 1986). Wright souligne aussi les défauts des tests psychiatriques élaborés pour des populations domiciliées et il souscrit à l'idée que certains comportements présentés comme « bizarres » sont en réalité des adaptations à la vie dans la rue ou dans les centres d'hébergement (Wright, 1988).

Pour limiter l'objection que les sans-domicile sont un cas « à part », on a proposé une analyse fondée sur les données diagnostiques et sociales de la file active de deux secteurs de psychiatrie publique. Mais cette étude porte sur une demande de soins, adressée à une certaine offre : la psychiatrie publique, dans un système local particulier. De ce point de vue, les critiques que l'on peut faire sur le découpage des catégories sociales et le classement des individus dans ces catégories, d'après les données inscrites sur une fiche remplie à l'accueil, ne sont pas l'essentiel. L'étude de la population qui consulte n'autorise pas à tirer des conclusions fiables sur des catégories de population générale. Toutefois, elle apporte des éléments qui réduisent le champ des interprétations, pour les « évidences » un peu trop vite acceptées. Ainsi, les travailleurs en milieu ordinaire sont plus souvent diagnostiqués F3 (c'est-à-dire, en simplifiant, dépressifs), que les demandeurs d'emploi, sans profession et bénéficiaires du RMI. Pour conserver l'idée d'un lien positif entre dépression et précarité sociale, il faut alors

admettre que parmi les « précaires », beaucoup sont dépressifs mais ne viennent pas consulter. Cette hypothèse est compatible avec un des changements observés dans l'offre de soins, la diffusion des antidépresseurs, délivrés par des non-psychiatres (les médecins généralistes). Mais les « précaires » en sont-ils les plus gros consommateurs ? On peut aussi penser que les précaires dépressifs ne sont pas soignés – c'est l'idée qui prévaut dans les politiques de lutte contre les exclusions, qui visent à réduire la « souffrance psychique ». Toutefois ces politiques reposent sur une définition large de la « santé mentale ». Animés par des travailleurs sociaux, les dispositifs mis en place constituent une nouvelle offre de soins, distincte, voire concurrente de l'offre psychiatrique.

On observe donc un lien étroit entre la définition légitime de la santé mentale et la gestion sociale et institutionnelle des « troubles » (c'est-à-dire, au sens large, l'offre de soins). Si on admet que les « précaires » ont une réaction « normale » à leur situation sociale, on fera plutôt appel à des travailleurs sociaux. Si on considère qu'ils ont des troubles au sens médical, on fera appel à des psychiatres. La notion de « souffrance psychique » ouvre une voie intermédiaire, où la répartition des rôles est encore mal définie. À ces confusions s'ajoute l'incertitude sur le rôle des médecins généralistes – qui contribuent à faire évoluer le diagnostic de la « dépression » en prescrivant des antidépresseurs. Les définitions du trouble psychique et de la santé mentale sont donc l'objet d'un conflit de légitimité, à l'intérieur du champ sanitaire et social. Il y a d'une part les classifications élaborées par la psychiatrie clinique, en particulier la nomenclature du DSM 4 ; d'autre part la définition de l'Organisation mondiale de la santé, qui définit la santé par la notion de « bien-être ». C'est la définition de l'OMS qui se trouve rappelée dans presque tous les programmes de politique sociale. Mais (pour l'instant ?), la définition « scientifique » et socialement légitime de la santé mentale correspond à l'absence de maladie psychiatrique.

Cette observation ne doit pas amener à minimiser le risque, pour la psychiatrie, de perdre la maîtrise de la définition de son objet – et de la population qu'elle a à gérer. Il est significatif que dans les rapports et les programmes sur la santé mentale des personnes en situation de précarité, le point de vue des psychiatres soit occulté ou marginalisé. Dans le rapport DIV/DIRMI, présidé pourtant par le médecin psychiatre Antoine Lazarus (1995), les auteurs introduisent la notion de « souffrance psychique » en commençant par présenter la « plainte » des intervenants sociaux qui « se heurtaient à un problème mal identifié » auquel « ni les outils de diagnostic, ni ceux d'intervention psychiatrique classique » n'apportaient de réponse. Ils posent d'ailleurs la question : « S'agissait-il d'un problème de santé mentale, même si ce n'était pas de maladie ? » À cette question, le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) mis en œuvre par la région Nord - Pas-de-Calais en 1999 apporte une réponse positive puisqu'il préconise de « mieux identifier la souffrance psychique en dehors des lieux traditionnels de la santé mentale » et de « mettre en place des actions, en dehors des soins, labellisés par des professionnels de santé mentale ». La distinction établie entre santé et maladie mentale est un enjeu majeur des relations entre professionnels du soin et professionnels de la prise en charge sociale (Dhume, 1997 ; Autès, Bresson, 2001). L'enjeu s'éclaire si on admet que les mouvements pourraient s'articuler suivant le scénario suivant : l'élargissement de la définition de la santé mentale, s'appuyant sur des catégories encore non légitimes dans la psychiatrie clinique, trouverait des prolongements dans une psychiatrie hétérodoxe ou novatrice (par exemple la psychiatrie « citoyenne » prônée par J.-L. Roelandt et P. Desmons, 2002).

L'émergence de nouvelles catégories pourrait justifier (ou condamner) la prise en charge de ces populations par les professionnels de la psychiatrie.

Les « évidences » ne résistent pas à l'analyse des enjeux de la catégorisation des individus. La santé mentale se définit à la fois sur le versant « dur », médicalisé de la « maladie mentale » et sur le versant « doux », atténué, de la déprime ou de la « panne » sociale. La précarité sociale est située sur une échelle qui va de l'exclusion des sans-abri (conception « dure ») à l'incertitude pour son avenir professionnel du cadre en contrat à durée déterminée. La précarité définie par l'instabilité, les problèmes pour gérer son budget ou pour « bien » s'intégrer socialement s'accompagnent « évidemment » (?) d'un « certain mal-être » des individus. De ce point de vue, l'« évidence » du lien entre santé mentale et précarité sociale repose sur un croisement implicite des conceptions les moins « dures » – mais c'est leur ré-interprétation dans les conceptions « dures » qui est un enjeu social majeur. En effet, la relation entre des catégories sociales définies, bénéficiaires de minima sociaux, demandeurs d'emploi par exemple, et des troubles psychiatriques « reconnus » est une question toute différente. Mais le fossé est souvent franchi.

La représentation du lien entre santé mentale et précarité sociale repose sur une distinction entre normal et pathologique, « travailleur en milieu ordinaire » et « précaire ». Elle n'échappe pas à la construction sociale des normes, ni à ses effets stigmatisants. Elle est aussi un produit de la répartition des territoires et des compétences entre les institutions de la psychiatrie, du « social » et de la médecine générale, dans un contexte de transformations des politiques nationales (réformes de la psychiatrie, lutte contre les exclusions, pouvoir local renforcé). Dans le domaine des politiques publiques, les classements justifient un mode de gestion d'un « problème » (Lovell, 1992). La définition de la précarité, du trouble mental, leur application à des individus sont donc inséparables des réponses au « problème » apportées à tous ces niveaux (ce qu'on appelle ici, l'offre de soins au sens large). En ce sens, le trouble mental est un objet légitime de la sociologie, qui nécessite cependant de renouveler l'étude de l'offre de soins pour combiner tous ses aspects.

Université de Lille 3, GRACC

## BIBLIOGRAPHIE

- Appay B., Thebaud-Mony A. (dir.), *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris, IRESCO, 1997.
- Arveiller J.-P., Chômage, dépression : un couple moderne, *L'information psychiatrique*, n° 78 (1), 2002, p. 37-42.
- Autès M., Bresson M., *Précarité, santé mentale et système local de santé*, Rapport, INSERM, février 2001.
- Bresson M., *Les SDF et le nouveau contrat social*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Brousse C., de la Rochère B., Massé E., Les sans-domicile usagers des services d'hébergement ou des distributions de repas chauds, *Les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale*, Paris, La Documentation française, février 2002.
- Castel R., *Les métamorphoses de la question sociale*, Paris, Fayard, 1995.

- Damon J., Firdion J.-M., Vivre dans la rue, la question SDF, in S. Paugam, *L'Exclusion, l'État des savoirs*, Paris, La Découverte, 1996.
- Davezies Ph., Processus de précarisation, organisation du travail, santé mentale, in Appay B., Thebaud-Mony A., *op. cit.*, p. 37-46.
- Dhume F., *RMI et psychiatrie : deux continents à la dérive ?*, Paris, L'Harmattan, 1997.
- Ehrenberg A., *La fatigue d'être soi. Figures de la dépression*, Paris, Odile Jacob, 1998.
- Fassin D. (dir.), *Les figures urbaines de la santé publique*, Paris, La Découverte, « Recherches », 1998.
- Foucault M., *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Plon, 1961.
- Guesdon I., Roelandt J.-L., Enquête lilloise sur la santé mentale des personnes sans domicile fixe, *L'information psychiatrique*, n° 4, avril 1998, p. 343-357.
- Kovess V., Mangin-Lazarus C., Tavarès Cavalcanti M., Résultats d'une enquête pilote, Rapport polycopié, Association l'Élan retrouvé, 1995.
- Kovess V., Mangin-Lazarus C., Troubles psychiatriques et utilisation des soins chez les sans-abri à Paris, *Alcoologie et addictologie*, n° 22 (2), 2000, p. 121-129.
- Lazarus A., Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du groupe de travail *Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale*, DIV/DIRMI, 1995.
- Lovell A. M., Classification and its risks. How psychiatric status contributes to homelessness policy, *New England Journal of Public Policy*, printemps/été 1992, p. 247-263.
- Médecins du monde, *Les consultations psychiatriques. Mission France-Paris*, Rapport d'enquête portant sur 400 dossiers, réalisé par le groupe des psychiatres, mai 1995.
- Mucchielli L., Clochards et sans-abri : actualité de l'œuvre d'Alexandre Vexliard, *Revue Française de Sociologie*, n° 39 (1), 1998, p. 105-138.
- Murard N., Assurance et Sécurité sociale. Un éclatement des solidarités, in Appay, Thebaud-Mony, *op. cit.*, IRESCO, 1997, p. 151-163.
- Paugam S., *La disqualification sociale*, Paris, PUF, 1991.
- Paugam S., *Le salarié de la précarité*, Paris, PUF, 2000.
- Roelandt J.-L., Desmons P., *Manuel de psychiatrie citoyenne : L'avenir d'une désillusion*, Paris, Éd. In Press, 2002.
- Schnapper D., *L'épreuve du chômage*, Paris, Gallimard, 1981.
- Snow D. A., The myth of pervasive mental illness among the homeless, *Social Problems*, n° 33 (5), 1986, p. 407-423.
- Wright J. D., The mentally ill homeless : What is myth and what is fact ?, *Social Problems*, n° 35 (2), 1988, p. 182-191.
- Wright J. D., Rubin B. A., Les sans-domicile aux États-Unis, Leçons tirées de quinze années de recherche, *Sociétés contemporaines*, n° 30, 1998, p. 35-66.

#### LES CATÉGORIES DU DSM 4 (nomenclature internationale)

- F0 (troubles mentaux organiques symptomatiques y compris).
- F1 (troubles mentaux et comportementaux liés à l'utilisation de substances psychoactives).
- F2 (schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants).
- F3 (troubles de l'humeur (affectifs)).
- F4 (troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress, et troubles somatoformes).



- F5 (syndromes comportementaux associés à des dysfonctionnements physiologiques ou à des facteurs physiques).  
F6 (troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte).  
F7 (retard mental).  
F8 (troubles du comportement psychologique).  
F9 (troubles comportementaux et émotionnels apparaissant habituellement dans l'enfance ou l'adolescence), Diag non psy (Diagnostic non psychiatrique).

## LISTE DES SIGLES UTILISÉS

AAH	Allocation adulte handicapé
CLI	Commission locale d'insertion
CMP	Centre médico-psychologique
RMI	Revenu minimum d'insertion
SDF	Sans-domicile-fixe