

Habitat insalubre et absence de souci de soi

Jean FURTOS

psychiatre chef de service à l'Hôpital du Vinatier à Lyon
directeur de l'Observatoire national des pratiques en santé mentale et précarité

Je suis reconnaissant aux organisateurs de ce Colloque d'avoir rendu possible d'écouter les travaux des chercheurs anglo-saxons, qui sont très avancés. Ce thème important de l'habitat insalubre n'est pas en tant que tel une de mes spécialités. J'ai tout de même toujours été sensible à la question du logement, aussi bien en tant que psychothérapeute qu'au niveau des recherches menées actuellement à l'ONSMP-ORSPERE, notamment en direction des problèmes de voisinage.

Quelques précisions de départ : s'agissant de maladies mentales, je suis sûr de ne pas aller dans le sens d'une causalité directe entre les maladies mentales, comme la schizophrénie, et l'habitat insalubre. On n'est pas là dans le domaine du saturnisme où, si je puis dire, l'objectivation est plus simple.

Sur le plan de la méthode, cette présentation sera un peu pointilliste. Elle ne visera pas à synthétiser mais à ouvrir. Je partirai d'abord de ma mémoire sur une expérience d'hospitalisation à domicile, dans la banlieue Est de Lyon, où j'ai travaillé 23 ans avec une équipe d'infirmières pour soigner des psychotiques pauvres à domicile. Certains, à l'époque, vivaient dans des habitats dégradés.

Je partirai aussi de ce que l'on sait sur les pathologies mentales des personnes sans domicile fixe, mais j'orienterai l'essentiel de mon propos sur un symptôme, un comportement particulier que tout le monde connaît sans nécessairement l'authentifier en tant que tel : je veux parler de l'incurie, c'est-à-dire de la perte du souci de soi dans la vie quotidienne. Elle a des formes bénignes, mais aussi des formes malignes qui peuvent conduire à la mort, et qui touchent entre autres l'habitat ; en fait, les formes graves touchent presque toujours l'habitat. C'est pour cela que j'en parlerai.

Enfin, j'affirme comme un postulat que les personnes ont besoin de se sentir respectées par autrui et par la société pour avoir une santé mentale suffisamment bonne. Dans ce sens, il est certain qu'un habitat insalubre, surtout dans les sociétés riches, constitue forcément un signe de non-respect. Cela a forcément des effets psychiques et existentiels dans un environnement planétaire où les droits de l'homme sont mis en avant pour tous ; si bien que les attaques contre les individus, dans une telle société, apparaissent comme un mensonge quant aux promesses, et augmentent par conséquent la vulnérabilité psychique des individus par le fait de la perte de confiance.

Les données de la clinique

L'hospitalisation à domicile

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

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

boire dans un verre qui n'est pas propre lorsque l'on vous offre à boire ?

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

Je dois dire -et ceci est un point important- que même dans les logements mal tenus et dégradés, il semblait aux infirmières et à moi-même que la précarité passait pour ainsi dire au second plan : seule comptait en premier la relation humaine qui se passait entre le patient, sa famille et ses soignants. C'est à dire que nous avions le sentiment que la relation qui s'instaurait était plus importante que le cadre concret, fût-il péjoratif.

Il en était de même dans la cité pour les rapatriés d'Afrique du Nord. Elle était dégradée, mais il y avait une telle solidarité, une telle convivialité, qu'on finissait par ne plus voir la pauvreté des locaux. En somme, comme cela a été beaucoup dit aujourd'hui, la seule configuration physique des logements et maisons n'est pas suffisante en terme de santé mentale.

Pathologie mentale et personnes sans domicile fixe

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

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

- mais il y a aussi un lien plus direct. S'il n'y a pas de causalités directes avec les maladies mentales authentifiées (au niveau de la science actuelle), il y a une corrélation avec d'autres affections psychiques comme celle de la dépression. Mais là, il faut distinguer la dépression du découragement : le nombre de « découragements » que l'on prend pour des dépressions est considérable¹, même si ces deux types de pathologies sont également augmentées dans le contexte de la précarité sociale.

Le découragement est une pathologie grave, qui peut conduire au suicide ou à l'incurie, et qui ne se traite absolument pas comme une dépression ; en particulier, les antidépresseurs sont inefficaces et il n'y a pas de culpabilité. Quand quelqu'un est découragé, on peut l'encourager, tant qu'il est temps ; par contre, avec un patient déprimé, nous savons que lui dire "allez, vous allez voir, ça va aller mieux" s'avère inadéquat. Il y a vraiment une différence entre la dépression nosographique psychiatrique et le découragement, qui cependant est à authentifier pour éviter des erreurs thérapeutiques. Il faut également citer la honte, qui comme vous le savez, a aussi des formes malignes, surtout la honte qui dure, la honte chronique, qui est le contraire de la fierté d'appartenir à un groupe social. De même, les comportements de polytoxicomanie sont favorisés par ces manières de vivre.

Enfin, et c'est là que je veux en venir, il y a souvent un signe : l'incurie ou l'absence de souci de soi.

¹ Maisondieu J., oct. 1997, « Le syndrome d'exclusion », in *Les actes du colloque de Lyon-Bron Souffrance psychique, contexte social et exclusion*, p. 117-124. Cf. également Maisondieu J., 1997, *La fabrique des exclus*, Paris, Ed. Bayard.

L'absence de souci de soi est, d'une certaine manière, un découragement, mais un découragement qui va passer dans la vie quotidienne d'une manière quelquefois gravissime. On observe l'incurie avec des personnes isolées : malades mentaux, personnes âgées, personnes en grande précarité sociale, et, d'une manière générale, toute personne qui, à un moment de sa vie, se sent coupée de son appartenance à la commune humanité. L'incurie est donc un signe clinique d'exclusion.

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

L'incurie a pour élément cardinal qu'il porte sur l'habitat. Pourquoi ? Parce que l'incurie, quand elle s'aggrave, se signe par un encombrement de son lieu d'habitation par des déchets (venant quelquefois dans des pièces au préalable trop vides) : déchets alimentaires, déchets organiques, déjections du corps, vêtements sales, objets hétéroclites, qui vont s'amonceler comme une montagne d'immondices, sur 50 centimètres ou un mètre, ou plus. Quelquefois, les déchets sont dans des sacs, quelquefois sans sac. Quelquefois, il y a des chemins à travers les immondices, quelquefois il n'y en a pas. Quand il y a un chemin, il est évident qu'il y a davantage d'organisation psychique, parce que, au fond, c'est le dessin concret, dans le quotidien, de l'organisation psychique telle qu'elle est à ce moment. Quelquefois, le lit est respecté, quelquefois le lit lui-même n'est plus respecté. Il y a là

² Furtos J., Laval C., nov. 1997, "Une psychopathologie de la disparition dans le contexte de la précarité et de l'exclusion", in *GESTION HOSPITALIERES*.

une perte de la fonction psychique de décontamination entre ce qui est à jeter et ce qui est à garder³. En fait, malheureusement, la personne elle-même est en train de devenir un déchet. Cela ne veut pas dire qu'elle l'est en tant que sujet, en tant que personne humaine ; mais, en tant que se détruisant progressivement dans son humanité concrète, elle est en train d'apparaître comme un déchet, et donc de disparaître comme un sujet ayant sa dignité sur la scène sociale.

Le syndrome d'auto exclusion

Ce symptôme d'incurie s'inscrit dans un syndrome global que j'ai appelé en 1999 "syndrome d'auto exclusion"⁴. Ce syndrome était décrit par certains auteurs, en France et ailleurs, sous l'angle de la désocialisation. J'ai insisté pour l'appeler "syndrome d'auto exclusion", afin de pointer le fait essentiel de l'activité du sujet humain dans certaines situations d'exclusion : le sujet, pour survivre, est obligé de s'exclure lui-même de sa propre subjectivité. Pour ne pas souffrir, il se coupe de sa souffrance, il s'anesthésie. Pour vivre il s'empêche de vivre. C'est un paradoxe grave. D'une manière générale, nous sommes là dans ce que les psychanalystes, et notamment l'école lyonnaise avec René Roussillon, a nommé les "logiques de la survie" qui ne sont plus des logiques de vie⁵. La logique de la survie, entre autres, n'obéit plus au principe de plaisir/déplaisir qui devient une logique dépassée et qui explique la non tolérance de la personne à sa propre destructivité.

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

- premier signe : inhibition de la pensée et des

³ Colin V., déc. 2001, « Contamination, dé-contamination psychique. Manières d'habiter du sujet SDF », in *Rhizome n°7*, p. 13.

⁴ Décembre 1999, Rapport « *Points de vue et rôles des acteurs de la clinique psychosociale* », résultat de deux recherches-actions ORSPERE-FNARS, 126 p. Cf. également Furtos J., sept. 2002, « Le syndrome d'auto-exclusion », in *Rhizome n°9*, p. 15.

⁵ Roussillon R., « Les situations extrêmes et la clinique de la survivance psychique », in Ouvrage sous la direction de Furtos J., Laval C., (titre encore en discussion), Ed. Eres, dernier trimestre 2005.

émotions. Les gens paraissent bêtes, frustrés, mais ils ne le sont pas. Ils paraissent ne plus avoir d'émotions mais ils en ont. « Simplement », elles sont inhibées, anesthésiées, mises de côté.

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

- Troisièmement, sur ce fond d'émoussement, on observe des troubles du comportement souvent violents, déclenchés souvent par des rapprochements avec autrui ; il s'agit le plus souvent de retour de l'anesthésié, ou psychodynamiquement parlant, du retour du clivé.

- quatrième : diminution de la capacité de demande, voire même abolition de cette capacité. Ce sont des personnes qui ne peuvent plus demander ni aide, ni soin. Au contraire, elles les récuse quand on le leur propose. Il faut donc trouver des stratégies non violentes pour négocier tout de même quelque chose.

- Cinquièmement : rupture active avec sa famille et ses proches. Une recherche de l'ORSPERE⁶, à Lyon, a montré, après la mort de personnes en grande exclusion, qu'elles avaient passé les dernières années de leur vie à couper activement les ponts avec toute personne aimée avec lesquelles elles étaient en lien ; la solitude était activement entretenue, toujours dans une problématique de logique de survie. Dans ce contexte, le lien devient une douleur intolérable.

- sixièmement, il y a une diminution de la honte humanisante. J'ai parlé plus haut d'une honte chronique déshumanisante, basée sur l'humiliation. Mais il y a aussi une « bonne » honte, humanisante⁷, qui est le fait par exemple d'avoir honte de faire quelque chose parce que les autres

considèreraient que vous ne faites plus partie du groupe. En somme, il y a honte humanisante lorsque l'on partage un idéal commun. Dans ce syndrome, les gens perdent la vergogne, et on peut bien leur dire "vous devriez avoir honte, monsieur", le mot honte ne signifie plus rien. Ils sont au-delà, ils sont sans vergogne.

- septièmement : l'incurie, j'en ai parlé, je n'y reviens pas.

- huitièmement : une caractéristique importante a été dite ce matin : ils vivent dans un monde paradoxal, dans un monde à l'envers. Tant qu'on n'a pas compris qu'ils vivent certes dans un monde, mais à l'envers, on ne peut pas communiquer avec eux. Un des exemples a été donné par des intervenants : nous savons que certaines personnes qui sont à la rue ou sans logement correct ne peuvent pas supporter qu'on leur donne un logement salubre. Cela fait partie du monde à l'envers, où des gens demandent un logement depuis des mois ou des années, mais couchent par terre ou laissent la fenêtre ouverte lorsqu'ils en reçoivent un ; ce qui pose des problèmes : c'est-à-dire qu'ils vivent comme s'ils étaient encore dehors, psychologiquement, ou ils se débrouillent pour transformer l'habitat en immondices, et ils se font expulser, quelquefois suite à des troubles du comportement. En fait, il y a un certain nombre de comportements paradoxaux qu'il faut comprendre, notamment la réaction thérapeutique négative : plus on les aide, plus ils vont mal. Il y a des gens qui vont mieux quand on les aide ; il y en a d'autres qui s'aggravent, et ça ne nous fait pas plaisir. Mais, c'est parce qu'ils sont dans un monde à l'envers. C'est là, je pense, qu'on a le plus besoin d'analyses de la pratique avec des psychologues ou des psychanalystes, pour comprendre et pour ne pas être atteint par le dégoût d'un travail qui ne servirait à rien.

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

A la lumière de tout ce que je vous ai dit, il est évident que la conduite à tenir est de refuser le dogme de l'autonomie obligatoire. L'autonomie obligatoire, ce serait de dire ; "Écoutez, Monsieur ou Madame, si vous voulez

⁶ Novembre 2002, Rapport « *Accompagner jusqu'au bout...* », Recherche commanditée sous le titre « *La mort révélatrice de l'histoire des personnes en grande exclusion accueillies dans les structures d'accueil et d'hébergement* », FNARS-ORSPERE.

⁷ Ferrant A., oct. 2003, « La double transparence et la honte », in *Rhizome n°13*, p. 5 et 9.

ne voulez pas être aidé(e), c'est votre vie, c'est votre problème." Quand on dit "c'est votre vie, c'est votre problème" à des gens qui sont en incurie, c'est l'équivalent d'un eugénisme passif. Cela veut dire "mourez si vous voulez, je ne suis pas responsable, je m'en lave les mains." Dans le cadre de la relation d'aide et quelle que soit sa place dans la relation d'aide, il y a à apprendre la capacité de négocier, dans un espace qui est à construire, avec des gens qui, apparemment, n'en veulent pas, mais qui peuvent accepter une aide malgré tout, si on la présente avec tact, avec conviction, et en prenant appui sur ceux qui les connaissent et qui les aiment.

Conclusions

Je parlais il y a quelques minutes du paradoxe. Tout mon exposé est constitué sur un paradoxe : ayant reçu la commande de parler du logement insalubre qui devrait rendre malade les personnes et avoir des effets psychiques négatifs, je vous ai parlé de personnes que l'incurie rend indigne et qui rendent le logement insalubre par incurie. Là comme ailleurs, on s'aperçoit que le paradoxe a de la vérité. C'est-à-dire que nous restons toujours dans la causalité du non-respect que je rappelais en postulat initial. Lorsque des personnes sont et se sentent, de près ou de loin, exclues de la commune humanité, elles ne se sentent plus respectées. L'effet psychique négatif est en fait à l'origine : à ce moment là, elles perdent tout respect pour leur corps, et c'est une violence qu'elles s'infligent, et/ou qu'elles infligent au groupe social. C'est-à-dire que toute personne qui ne se sent plus respectée, c'est-à-dire reconnue comme humaine, peut perdre le souci d'elle-même comme le souci de l'autre.

Deux modèles complètement hétérogènes pour comprendre l'incurie :

- Le modèle des camps de concentration. Dans les camps, on observait des phases terminales d'incurie et des phénomènes qui s'apparentaient à ce que nous reconnaissons individuellement sur certaines personnes isolées. C'est comme si, individuellement, certaines personnes en grande précarité, aujourd'hui, se reconnaissaient comme vivant dans un camp de concentration, c'est-à-dire non reconnues comme humaines par la structure sociale.

- deuxième modèle, la dépression anaclitique du nourrisson, décrite par Spitz en 1947. Vous avez des bébés qui, lorsqu'on s'occupe d'eux uniquement par des mains mercenaires, mais sans sollicitude, sans émotion, sans affect, perdent l'appétit, maigrissent, deviennent "incuriques", perdent leurs compétences, et, si on ne fait rien, meurent. Cela signifie que certaines personnes, qui ne sont plus des bébés depuis longtemps, peuvent, dans des situations de grande vulnérabilité, suivre la même piste de chute humaine que la dépression anaclitique du nourrisson.

Attention : "modèle" ne veut pas dire "situation identique". Mais l'incurie est l'une des voies finales de la perte ressentie d'humanité. Et l'humanité passe souvent par des situations concrètes. L'habitat est une situation concrète privilégiée. C'est un carrefour privilégié de reconnaissance d'humanité.

Une des choses stupéfiante, ces dernières années, c'est que l'approche par la santé est une manière de faire de la politique. Supposons le saturnisme, supposons une famille africaine dans un logement absolument impossible : on dit aux autorités "voici des gens qui vivent dans un logement insalubre"; la réaction est "bon, c'est dommage". Si on dit qu'il y a un problème de saturnisme, "là, il faut faire quelque chose." Pour une raison que je n'ai pas encore totalement élucidée, la santé est devenue un levier à partir de la culpabilité, sur des représentations de l'intolérable, qui est efficace et devient une exigence éthique et un outil politique dans la situation qui est la nôtre. C'est pourquoi, entre autres, ce congrès est intéressant. Je vous remercie.

Questions/Réponses

Question/ Auriez-vous une compréhension de ce qui se passe chez les professionnels qui deviennent agressifs vis-à-vis des personnes qui ne réagissent pas comme ils attendent, ne supportant pas que les solutions qu'ils proposent ne soient pas reçues par les personnes ou les familles ?

Réponse/ C'est un problème considérable : nous sommes tellement contents quand les gens vont bien et nous leur en voulons quand ils refusent d'aller bien. Dès

lors que nous comprenons le pourquoi de l'échec, nous les acceptons dans le niveau symbolique d'humanité où ils sont. Mais il est certain que ce qui se passe classiquement, c'est que "ces gens là", qui sont dans une humanité à l'envers, vivent une souffrance qu'ils ne peuvent pas porter et c'est l'intervenant qui porte cette souffrance à leur place. Ils en prennent plein leur psychisme. C'est intolérable pour eux ; s'ils ne peuvent pas en parler, ils se protègent : cela suscite une violence réactive. Travaillant beaucoup au niveau d'analyse de la pratique dans les milieux sociaux, j'ai compris que quand on travaille avec ces personnes, à ce niveau de difficulté, il faut toujours analyser la contre-agressivité des intervenants. Quand on est dans le métier, on n'a pas le droit d'être agressif. Or ce type d'agressivité suscite des comportements dont il faut être conscient, de type rejet ou mesure de rétorsion.

Question/ Il m'est arrivé souvent d'avoir un dialogue avec des personnes vivant dans un logement insalubre. Beaucoup de personnes ne veulent pas reconnaître qu'il y a une fierté de la personne qui vit dans un habitat absolument indigne. Lorsqu'on les pousse un peu, il y a des personnes qui disent "Oui, je fais du cinéma ; je ne souhaite qu'une chose, c'est de partir d'ici ». Quelle attitude avoir dans ces cas-là ?

Réponse/ Dans tous les cas, au sein d'une relation où il y a de la destructivité, les personnes aidées soit méconnaissent soit dénie cette destructivité. En ce qui me concerne, comme aidant, je prends sur moi et je dis "Pour moi c'est très difficile de vous voir là, ou de vous voir faire ça." Je peux vous donner un exemple : je vais chez un homme qui n'est pas sorti de son logement social depuis 9 ans. On lui amène des repas ; ses copains font des courses pour lui, il est alcoolique. J'arrive chez lui : pour lui, tout allait bien. Quand je lui demande d'éteindre la télévision, parce qu'on ne s'entendait pas, il me dit "Si je ferme, c'est l'enfer". Je comprends qu'il souffre. On discute. Il est sur le point d'être expulsé. A la fin je lui dis "Est-ce que vous souhaitez que je revienne ?". Il me répond "Non, je ne le souhaite pas. Mais vous, est-ce que vous souhaitez revenir ? Je lui dis "Ah oui, je veux revenir !" J'ai pris sur moi sa demande. Il me dit "Vous êtes le bienvenu." Et je suis revenu avec une infirmière. Il est très important de ne pas penser : autonomie obligatoire ! "Monsieur, vous avez 50 ans, vous devez savoir si vous voulez qu'un médecin vienne vous voir ou pas." C'était un assassinat d'âme si je lui parlais ainsi. Il fallait que je comprenne qu'il ne pouvait pas demander, pour conserver sa fierté. Il fallait que ce soit moi qui prenne en charge sa demande à condition d'en faire bon usage.