

A large orange circle is positioned on the left side of the slide, partially cut off by the edge.

Sans-abrisme et psycho- traumatismes

- Docteur Anne KUMMER
- UMIPPP et PASS psychiatrique
- Hôpital La Colombière
- CHU Montpellier
- Formation du 19 septembre 2025



Sans- abrisme : définition

Absence d'accès à un logement sûr, abordable et convenable ce qui nuit à la santé des personnes concernées, provoque chaque année des décès prématurés et évitables. Le sans-abrisme est stigmatisé et fait souvent l'objet d'une criminalisation, de violences et de politiques agressives qui violent les droits des personnes au lieu de les protéger. Les personnes sans abri sont victimes de discrimination en raison de leur situation en matière de logement ou du fait qu'elles n'ont pas d'adresse officielle ce qui affecte leurs droits politiques, économiques et sociaux notamment leur droit de participer aux élections, leur droit au travail ou leur droit à certaines prestations sociales.

Différentes formes de sans-abrisme : vie à la rue, dans des voitures, des squats, des hébergements d'urgence temporaires, des camps de déplacés, de migrants, des logements inadéquats et précaires.

Parcours de vie favorisant le sans- abrisme

- Importance des troubles de l'attachement (anxieux, évitant, désorganisé) depuis l'enfance : en lien avec des carences affectives, abus sexuels, inceste, maltraitance, négligence, placement ou adoption raté, parents malades mentaux, addicts, des deuils traumatiques avec absence de tuteurs de résilience.
- Perte de confiance en soi et en l'autre, mécanismes de défense adaptatifs, autarcie, refus de l'aide, marginalisation « choisie », risque d'abus de toxiques précoce et de « choix » de relations toxiques qui vont favoriser répétition des traumatismes (violences conjugales, prostitution) .
- Diminution des capacités à demander et accepter l'aide à l'âge adulte, à nouer et à maintenir un lien de qualité sans l'attaquer
- Mauvaise expérience de soutien psychologique et/ou psychiatrique parfois imposé et non investi qui n'incite pas à accepter des soins ultérieurs
- Parcours de vie émaillée de ruptures et de placement : 20 à 30 % des jeunes sortant de l'ASE se retrouvent SDF fait de leurs fragilités propres mais aussi parce qu'ils sont confrontés à des exigences de réussite et à moins de soutien que les autres jeunes du même âge
- Traumatismes répétés précoces pourraient être un facteur étiologique de fonctionnement limite entretenu à travers événements biographiques défavorables (séparation, licenciement, deuil) que le sujet rencontre plus tard dans l'existence. Le fonctionnement limite est à l'origine de conduites inadaptées et de stratégie d'ajustement dysfonctionnelles vis-à-vis du stress et de l'angoisse de sorte qu'il existerait une boucle rétroactive entre organisation de la personnalité et réaction aux facteurs de stress extérieurs. On parle aussi de trouble de stress post-traumatique complexe fréquent chez les personnes précaires qui favorise marginalisation sociale et est associé à de nombreuses comorbidités : conduites suicidaires, addictions, troubles du comportement avec auto et hétéro-agressivité, troubles psychotiques. Ces comorbidités vont favoriser également rupture, isolement, incarcération et désinsertion sociale.

Risques de traumatismes surajoutés favorisés par situation de sans-abrisme

- Importance des vols, violences variées, agressions sexuelles, situations d'insécurité subis par personnes en situation de précarité. Néanmoins certains se sentent plus à l'abri seul dehors que dans certains hébergements collectifs où ils vivent mal promiscuité, absence d'intimité. Difficultés spécifiques des enfants.
- Les médias se font écho de violences commises par des personnes sans-abri mais avant tout elles sont des victimes potentielles.
- Difficultés à demander de l'aide, à porter plainte (lien avec police nationale pour faciliter plainte)
- Effets dévastateurs de la situation d'exclusion elle-même si elle se prolonge qui peut dépasser capacités d'adaptation des sujets et aller jusqu'à l'auto-exclusion (Furtos J., 2008) c'est-à-dire passer de la revendication et la révolte à une façade d'indifférence voire de léthargie, d'abandon de soi total.

Chez les migrants

- Fréquence également des traumatismes multiples dans enfance: pauvreté, précarité, abandon, deuil, violence intrafamiliale, inceste, excision, enfant soldat, puis à adolescence : mariage forcé, rejet en tant que minorité sexuelle, confrontation à des situations de guerre, d'attentat, de répression en tant qu'opposant politique, de détention abusive, de tortures, de conflits interethniques, interreligieux, parcours de prostitution dans le pays d'origine.
- Rupture identitaire, désaffiliation avec communauté d'appartenance : refus excision, homosexualité
- Traumas associés au parcours d'exil : violences variées, naufrage, deuils, prostitution
- Difficultés à l'arrivée souvent non anticipées avec parcours de sans-abrisme parfois durable en particulier si dubliné, débouté, multiples tentatives de DA à travers l'Europe. Certains ont pu fuir avant agression dans leur pays et sont venus en avion mais tous sont confrontés à insécurité résidentielle et administrative à arrivée, perte de repères, culture, langue, famille, statut social, professionnel, racisme, rejet, ..
- Difficultés spécifiques des MNA.

Enquête SAMENTA 2009 auprès de 859 franciliens sans logement personnel

- 32% des personnes rencontrées sont atteintes des troubles psychiatriques sévères (40% chez les 18-25 ans)
- 13% présentent un état psychotique (17% chez les 18-25 ans) contre 1 à 2% en population générale
- 7% de dépressions (9% des 18-25ans) contre 4,2% en population générale
- États anxieux invalidants 12% (17% des 18-25 ans) contre 5% en population générale
- 21% présentent un trouble de la personnalité (32% des 18-25 ans) surtout borderline et psychopathique
- 70% ont déjà eu recours aux soins. 25 % ont déjà été hospitalisés dont 18% sous contrainte. Parmi celles ayant eu recours aux soins, 72% ont arrêté leur suivi dont 40% de psychotiques
- Parmi les 13% présentant un état psychotique, une personne sur deux a une conduite addictive.

Laporte A, Chauvin P. Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile de France. Paris, Samu social/INSERM, 2010.

Enquête à actualiser : place croissante des migrants parmi les sans-abris, et des personnes souffrant de psycho-traumatismes complexes peut être pas repérés en tant que tels mais par des comorbidités associées qui sont au premier plan et mieux identifiées.

- ESPT++ chez personnes sans titre de séjour 16 % d'après une étude publiée en 2022

Quelle prise en charge?

- Repérer souffrance associée à un stress aigu, ESPT, TSPTC ou une comorbidité
- Proposer rencontre d'un soignant en favorisant l' »aller vers »: Ide Samu social, Ide SG, Ide UMIPPP, psychologue présent sur site (association, mesure 9), RVS OFIL.
- Orientation urgences somatiques, psy , psychiatre, psycho UMIPPP
- Orientation droit commun : CRP (thérapie d'exposition, EMDR,..), CMP, psychiatrie périnatale, maison des femmes, Via voltaire (psychothérapie, soins à médiation), psy libéral (si droits ouverts, mon psy accessible avec AME), médecin généraliste (Gammes santé, Human santé, ..), CSAPA
- Place PASS psy et somatique pour permettre soins à hôpital avant ouverture des droits si soins nécessaires rapidement et délivrance supervisée d'un traitement
- Orientation F Fanon pour migrants (psychothérapie individuelle, groupale, parcours kitsungi, soutien administratif)
- Orientation médecine légale, CEGIDD, ADIAV, La Cimade, La Babote, La LGBT, le Refuge, CIDFF, défenseur des droits, commissariat.

Comment intervenir?

- Prise en charge pluriprofessionnelle, rencontrer, nouer et maintenir un lien, respecter temporalité et cheminement de la personne sauf situation de danger manifeste pour elle ou autrui. Oser poser des questions, accueillir le récit traumatique sans le mettre en doute mais limiter répétition, risque réactivation traumatisme et dissociation. Soutenir dévoilement des raisons réelles de exil afin de favoriser obtention protection (honte, pudeur, indicible) sans réactiver traumatisme si possible.
- Orienter en fonction des capacités de la personne à s'inscrire dans cadre proposé. Accompagnement physique si nécessaire. Place de interprétariat si besoin.
- Supporter attaque du cadre jusqu' à un certain point, éviter répétition de rejets connus antérieurement même si nécessité exclusion temporaire parfois nécessaire.
- Favoriser mise aabri dès que possible pour personnes qui le souhaitent mais changement fréquent de lieu aussi dommageable, perte des repères et liens difficilement créés après. Signalement 115, dossier medzo (OFII), LHSS

Comment intervenir?

- Intérêt du certificat médical pour OFPRA ou CNDA surtout quand la personne ne peut évoquer les faits, amnésie partielle ou risque de dissociation à évocation, possibilité de différer audience parfois.
- Place du DASEM : obtention rarissime à l'heure actuelle pour ESPT sans pathologie somatique associée . Risque d'être enfermé dans ce statut si aller mieux = perte titre de séjour, droits MDPH,...
- Avoir sécurités de base avant prise en charge plus spécifique des ESPT (un abri, un statut, un entourage)
- Favoriser prise en charge des troubles somatoformes, des algies variées (éliminer pathologie organique avec traitement spécifique), des troubles mnésiques.
- Favoriser prise en charge des troubles du sommeil (hygiène de vie, relaxation, psychotropes), des comorbidités, RDR.
- Favoriser possibilité d'accès à une activité bénévole ou non, à une formation, pour retrouver un rôle social, une place dans la communauté humaine, restaurer estime de soi.

Conclusions

- Importance d'une intervention précoce et en particulier auprès des enfants et des futurs parents pour limiter impacts des traumatismes, éviter transmission transgénérationnelle (épigénétique) favorisée par les non dits : ex descendants de victimes de la Shoah, des harkis, soutien des mères avec enfants issus d'un viol lors du parcours migratoire, victimes d'inceste,...
- Importance du travail en partenariat autour d'une situation complexe avec travailleurs sociaux, soignants, défenseurs des droits, associations d'aide aux victimes, Importance d'améliorer formation initiale et continue sur le psycho-traumatisme en situation transculturelle ou non et l'accès à prise en charge en dehors des structures spécialisées trop peu nombreuses.
- Importance de l'accès à un interprétariat de qualité.
- Action sociale et politique pour favoriser conditions d'accueil dignes et droit à hébergement inconditionnel, accès aux soins (défense PASS, psychiatrie générale, CSS, AME)
- Supporter notre impuissance, ne pas vouloir guérir à tout prix mais accompagner et rester en lien
- Se protéger du risque de traumatisme vicariant par partage, analyse de pratiques, échanges bienveillants en équipe, thérapie personnelle, formation complémentaire,

Bibliographie

- Chobeaux F., 1996. Les nomades du vide. Intervenir auprès des jeunes en errance. Editions la découverte
- Courtecuisse A., 2019. Histoire d'un sans-abri. Pour une clinique de la rue. Eres
- Furtos J, 2009 . De la précarité à l'auto-exclusion. Rue d'Ulm.
- Furtos J et al., 2008. Les cliniques de la précarité. Contexte social, psychopathologie et dispositifs. Masson.
- Girard V., Estecahandy P., Chauvin P., 2010. La santé des personnes sans chez soi. Plaidoyer et propositions pour un accompagnement des personnes à un rétablissement social et citoyen. La documentation française. Inserm.
- Guedeney N., 2010. L'attachement : un lien vital. Fabert.
- Hermant E., 2004. Clinique de l'infortune. La psychothérapie à l'épreuve de la détresse sociale. Les empêcheurs de penser en rond.
- Lopez G. et al., 2016. Traiter les psycho-traumatismes. Dunod
- Mercuel A., 2012. Souffrance psychique des sans-abris. Vivre ou survivre. Odile Jacob
- Sassolas M., 1997. Les soins psychiques confrontés aux ruptures du lien social. Eres.
- Une personne sans titre de séjour sur six souffre d'un ESPT en France. Mars 22. N° 266. Questions d'économie de la sante. IRDES
- **Soigner le traumatisme? Revue rhizome n°69-70. Décembre 2018. Bulletin national sante mentale et précarité.**