

Chapitre 2

Santé mentale et précarité

Dr Halima Zeroug-Vial, Dr Édouard Leane, Nicolas Chambon

I. La précarité et la souffrance psychosociale

Les derniers chiffres de l'Insee font état d'une augmentation des conditions de vie précaires au sein de la société française (Yaouancq et al., 2013). En effet, en 2012, 103 000 adultes ont utilisé au moins une fois les services d'hébergement ou de restauration dans les agglomérations de 20 000 habitants ou plus. En incluant les 8 000 sans-domicile des communes rurales et des petites agglomérations et les 22 500 personnes en centres d'accueil pour demandeurs d'asile, 141 500 personnes étaient sans domicile en France métropolitaine début 2012, soit une progression de près de 50 % depuis 2001. À l'heure actuelle, un quart des sans-domicile sont de nationalité étrangère, près de deux sur cinq sont des femmes, un quart des sans-domicile ont un emploi, près de la moitié sont au chômage et plus du quart sont inactifs.

L'abord psychopathologique des effets de la souffrance psychique d'origine sociale s'origine dans les préoccupations portées sur l'exclusion et la « fracture sociale » au cours des années 1990 (Castel, 1995) qui remet en question les principales relations de solidarité, et notamment les droits sociaux. Pour Castel, une dynamique de décollectivisation ou de désolidarisation fragilise et précarise l'individu. C'est le versant négatif du mouvement d'individualisation, avec des personnes qui sont laissées pour compte: qu'ils soient chômeurs de longue durée, migrants en situation de précarité ou sans domicile fixe. C'est à cette période que la « souffrance d'exclusion », « qu'on ne peut plus cacher » (Lazarus, Strohl, 1995) s'est immiscée dans le débat public à

partir de la figure du grand précaire, du SDF. Les travaux de l'Orspere documentent dès lors la souffrance psychosociale propre aux individus les plus précarisés. On retrouve cette problématique, de manière indifférenciée, dans les lieux du social (notamment auprès des travailleurs sociaux) ou de la psychiatrie. Et les différents professionnels font face à une forme d'impuissance pour accompagner et soigner ce public dans les cadres institutionnels et théoriques habituels.

De nombreux marqueurs socio-économiques présentent un effet majeur sur la santé mentale, bien que les modalités précises d'action de ces facteurs de risque ne soient que partiellement élucidées. L'effet de la précarité ne concerne pas uniquement les pathologies dites réactionnelles telles que la dépression, les troubles anxieux et addictifs ou les troubles de l'adaptation, mais également des pathologies décrites comme davantage « biologiques » telles que la schizophrénie ou l'autisme. Bien que la réalité des liens entre santé mentale et précarité soit régulièrement discutée (Besson, 2003; Ehrenberg, 2011), cette nécessaire réflexion sur les déterminants sociaux et leurs effets psychiques ne doit pas faire oublier la réalité de santé publique que recouvre la santé mentale des plus démunis. En effet, si le risque de « psychiatriser » les problèmes sociaux doit être évité, il semble cependant nécessaire de pointer les effets délétères que peuvent avoir les conditions sociales d'existence précaire sur la santé mentale des individus.

❖ La santé mentale des personnes sans-domicile fixe

La population des sans-abris est particulièrement soumise à la précarité et à ses conséquences, avec notamment une morbidité particulièrement majorée en termes de santé mentale. Une revue de la littérature de 2008 (Fazel et al., 2009), portant sur 29 études internationales publiées entre 1979 et 2005 et sur un total de 5 864 personnes sans domicile fixe, a démontré l'existence d'une prévalence élevée pour la plupart des troubles mentaux, à hauteur de 34 % pour la dépendance à l'alcool, de 24 % pour la consommation de drogues, de 23 % pour les troubles de personnalité, de 13 % pour les pathologies psychotiques et de 11 % pour les troubles dépressifs majeurs. Ces résultats sont concordants avec ceux de l'étude française SAMENTA réalisée en 2009 par le SAMU Social en Ile-de-France (Laporte et al., 2009), qui retrouvait une prévalence de 21 % pour la dépendance alcoolique et les troubles de personnalité, de 20 % pour les troubles dépressifs majeurs, de 17 % pour la consommation de drogues, de 13 % pour les troubles psychotiques et de 4 % pour le trouble anxieux généralisé.

Les chiffres concernant les addictions et les troubles psychotiques sont significativement supérieurs à ceux relevés dans la population générale. En effet selon l'étude Santé Mentale en Population Générale (SMPG, Drees, 2004), réalisée en France entre 1999 et 2003, les troubles psychotiques touchent seulement 2,8 % de la

population française, tandis que les problèmes d'alcool sont observés chez 7 % des hommes et 1,5 % des femmes, et des problèmes de drogues chez 4 % des hommes et 1 % des femmes. En revanche, les troubles dépressifs et anxieux paraissent moins surreprésentés dans les populations précaires, les troubles dépressifs concernant environ 9 % des hommes et 13 % des femmes en population générale, tandis que les troubles anxieux généralisés concernent 11 % des hommes et 15 % des femmes de la population française.

Tableau 1. Prévalence des troubles mentaux en population générale (Roelandt et al., 2007) et au sein des populations SDF (Fazel et al., 2009 ; Laporte et al., 2009)

	Fazel et al., 2009	SAMENTA (Laporte et al., 2009)	SMPG (Roelandt et al., 2007) Hommes-Femmes
Dépendance alcoolique	34 %	21 %	7 % - 1,5 %
Dépendance à d'autres drogues	24 %	17 %	4 % - 1 %
Troubles psychotiques	13 %	13 %	3,1 % - 2,5 %
Troubles dépressifs	11 %	20 %	9 % - 13 %
Trouble anxieux généralisé	-	4 %	11 % - 15 %

La double occurrence des addictions et des troubles psychotiques apparaît ainsi au premier plan des problématiques de santé mentale liées à la précarité et l'exclusion sociale. De par leur fort retentissement psychosocial, ses pathologies sévères tendent à favoriser la pérennisation de conduites d'exclusion et de retrait social et à entraver les capacités d'inclusion dans la société, du point de vue du logement, de l'emploi ou de l'accès aux droits et besoins fondamentaux (HCH Clinician's Network, 2003). La stigmatisation que génèrent ces troubles est également impliquée dans des parcours individuels d'exclusion de plus en plus marqués au cours du temps (National Coalition for the Homeless, 2009). La non-demande de soin se trouve ainsi fréquente et confronte les professionnels à une impuissance dans la prise en charge. Les personnes sans-abri ont des profils qui se sont nettement modifiés au cours des dernières années car elles font face à un vécu de précarité aux facettes multiples : précarité économique et administrative, affective mais aussi relationnelle. Se pose cependant la question de savoir si ce sont les troubles psychiatriques qui tendent à favoriser le sans-abrisme par effet de « dérive » sociale (*social drift theory*) ou si au contraire ce sont la précarité et l'exclusion qui sont des facteurs d'émergence de troubles psychiatriques (*causation theory*).

Un indice en faveur de la théorie de la causalité est représenté par la forte majoration du risque de suicide dans la population des sans-abri, où il influe fortement sur la mortalité globale qui est nettement supérieure comparativement à celle de la population générale. Plusieurs études ont en effet rapporté une mortalité par suicide allant jusqu'à 150 pour 100 000 (Nilsson et al., 2013; Nielsen et al., 2011), qui est dix fois supérieure au taux moyen de 15 pour 100 000 à l'échelle mondiale (OMS, 2014). Cette fréquence du suicide s'explique à la fois par la confrontation à de nombreux événements d'adversité sociale au quotidien, ainsi que par la forte prévalence des pathologies psychiatriques et addictives ainsi que des conduites suicidaires répétées chez les sans-abri.

☒ Santé mentale et migration

Autres populations particulièrement paupérisées et soumises à l'exclusion, les personnes migrantes (réfugiés, demandeurs d'asiles, etc.) souffrent également dans les pays occidentaux d'une morbidité accrue du point de vue de la santé mentale. Le *healthy migrant effect*, voulant qu'à leur arrivée dans le pays d'accueil les migrants aient une santé globale meilleure que la population autochtone, se trouve rapidement mis à défaut en termes de santé mentale. En effet, la dégradation progressive de l'état de santé des populations migrantes se vérifie du point de vue des troubles psychiques. Une étude récente portant sur 1,3 million de personnes en Suède fait état d'une augmentation de risque de schizophrénie chez les personnes réfugiées comparativement à la population générale, mais aussi aux migrants non réfugiés (Hollander et al., 2016). Les auteurs font l'hypothèse du rôle possible des événements traumatiques passés et des conditions d'accueil dans la survenue d'états psychotiques dans cette population. D'autres travaux ont par ailleurs démontré le rôle psycho-traumatique des conditions d'adversité sociale rencontrées dans les pays d'accueil par les demandeurs d'asiles et réfugiés (difficultés d'accès au logement, à l'emploi ou aux soins, insécurité liée à la procédure administrative, délais d'attente, discrimination, précarité sociale...)(Aragona, 2013).

Le nombre de demandeurs d'asile a doublé entre 2007 et 2016. Et en 2016, le nombre de migrants en situation irrégulière, titulaires de l'Aide Médicale d'État avoisine les 300 000. La précarité sociale, l'expérience de la procédure, de l'attente, de la migration vont être perçues comme étant des facteurs de vulnérabilisation qui peuvent entraîner une souffrance psychique et psychosociale. Dans cette optique, l'exil, les effets des procédures administratives et les différences culturelles impactent la santé mentale de ce public mais ils ne le définissent pas *a priori*. Autrement dit, les problématiques sociales doivent être abordées de façon extensive et ne peuvent être réduites à la question culturelle.

❖ Les effets psychiques de l'exclusion sociale

Se pose ainsi la question des effets psychiques que peut engendrer le vécu d'exclusion sociale. Les études visant à mieux comprendre les ressorts des liens entre santé mentale et précarité montrent que le vécu d'exclusion entraîne de manière immédiate des effets importants du point de vue comportemental, émotionnel, cognitif et phénoménologique (Twenge et al., 2007, 2003, 2002). Ainsi, les personnes ayant expérimenté l'exclusion présentent quelques minutes après l'expérience un état d'anesthésie émotionnelle et physique, une apathie, une perte des repères temporels, une diminution des capacités d'empathie, un déclin de leurs performances cognitives, une diminution des capacités autobiographiques, une majoration des comportements d'échec associée à une diminution des comportements pro-sociaux et de prévention du point de vue sanitaire. Le « syndrome d'auto-exclusion », décrit par le psychiatre Jean Furtos, pourrait à ce titre correspondre à un état réactionnel à cette douleur sociale (Furtos, 1998). Ce dernier distingue en effet trois signes principaux du syndrome d'auto-exclusion que sont l'anesthésie ou hypoesthésie corporelle, l'émoussement affectif et l'inhibition intellectuelle auxquelles peuvent s'associer des signes paradoxaux tels que la non-demande de soin, la rupture de liens sociaux ou encore une réaction thérapeutique négative.

❖ Les dispositifs de santé mentale et précarité

Le développement de structures médico-sociales à destination des précaires a été étendu dans le cadre de la loi relative à la lutte contre les exclusions de 1998¹. Cette loi a permis la création des Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS). Ainsi, les nouveaux programmes de santé publique, notamment les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS²) puis ensuite les Programmes Régionaux de Santé publique (PRSP) proposent d'encadrer le traitement de ces problématiques nouvelles de « souffrances psychiques » liées à des situations d'exclusion et de précarité sociale. Il y a 42 PASS en région Rhône Alpes dont 6 PASS en milieu psychiatrique.

Ces dispositifs initialement pour les précaires, sont aujourd'hui majoritairement sollicités par des migrants dans les aires urbaines. Depuis 2013, l'Orspere-Samdarra tente de comprendre et d'objectiver les souffrances de ce public, sous la terminologie de « migrant précaire ». Dans les recherches de l'Observatoire, les principaux constats sont :

- des difficultés d'accès aux soins (problèmes de la sectorisation, de la langue),
- des difficultés de repérage des symptômes de souffrance psychique par les intervenants sociaux,

1. Notamment avec l'article 71 de la loi du 29 juillet 1998.

2. Créés par la loi du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, les programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins visent à favoriser, au sein de chaque région, une approche globale et coordonnée des problèmes de santé des publics en difficulté, pour lutter contre les inégalités d'accès aux soins et à la prévention.

- des spécificités psychopathologiques auxquelles les soignants ne sont pas toujours sensibilisés,
- enfin l'isolement des professionnels, le manque d'espaces d'échanges et de réflexions et le peu de passerelles entre le champ des pratiques et de la recherche reviennent comme étant des freins à la prise en charge des migrants en situation de précarité.

- l'essentiel

La santé mentale des populations précaires est marquée par une forte prévalence des conduites addictives et des troubles psychotiques ainsi que des conduites suicidaires

Le retentissement de ses troubles psychiatriques sévères entravent les possibilités d'inclusion et d'accès aux droits et besoins fondamentaux (logement, emploi, aides sociales...)

Les populations demandeuses d'asiles et réfugiées présentent des effets psychopathologiques liés aux conditions d'adversité sociale rencontrées dans les pays d'accueil qui peuvent conduire à des troubles mentaux sévères

Les effets précoces de l'exclusion sociale du point de vue émotionnel, cognitif, comportemental ou relationnel tendent à démontrer le rôle direct de l'adversité sociale dans la survenue de pathologies mentales

Les dispositifs dédiés à la double occurrence de la précarité et des problématiques de santé mentale se trouvent débordés par le nombre de demandes et les mutations récentes des visages de la précarité

☞ Bibliographie

- Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Geraci S. Post-migration living difficulties as a significant risk factor for PTSD in immigrants : a primary care study, *Italian Journal of Public Health*, Vol 9, n° 3, 2012
- Bresson M., Liens entre Santé Mentale et précarité sociale : une fausse évidence, cahiers internationaux de sociologie 2003- vol 2-numéro 115 – 311- 326
- Castel Robert ; Les pièges de l'exclusion, *Lien social et Politiques*, n° 34, 1995, p. 13-21
- Castel Robert, La face cachée de l'individu hypermoderne : l'individu par défaut, in Nicole Aubert (Dir.), *L'individu hypermoderne*, Eres, 2006
- Drees, Troubles mentaux et représentations de la santé mentale : premiers résultats de l'enquête Santé Mentale en Population Générale, *Etudes et Résultats*, n° 347, 2004
- Ehrenberg A., « La question mentale », in Jean Furtos et Christian Laval, *La santé mentale en actes*, ERES « Études, recherches, actions en santé mentale en Europe », 2005 p. 255-262
- Ehrenberg A., *La société du malaise*, Paris Édition Odile : Jacob 2011

- Fazel S., Khosla V., Doll H., Geddes J, The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries = systematic review and meta-regression analysis – PLoS Med. 2008 Dec 2; 5 (12): e225
- Furtos J. (dir.), *Les cliniques de la précarité, contexte social, psychopathologie et dispositifs*, Masson, 1998
- HCH Clinician's Network, A comprehensive approach to substance use and homelessness, Healing Hands, Vol 7, n° 5, 2003
- Hollander AC, Dal H, Lewis G, Magnusson C, Kirkbride JB, Dalman C. Refugee migration and risk of schizophrenia and other non-affective psychoses: cohort study of 1.3 million people in Sweden. *BMJ*. 2016 Mar 15; 352: 1030
- Yaouancq F, Lebrère Y, Marpsat M, Regnier V, Legleye S, Quaglia M. L'hébergement des sans-domicile en 2012: des modes d'hébergement différents selon les situations familiales, *Insee première*, n° 1455, juillet 2013
- Laporte A., Chauvin P., Samenta: rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, Observatoire du Samu Social 2010
- Lazarus A., Strohl H., Une souffrance qu'on ne peut plus cacher, Rapport du Groupe de Travail « Ville, santé mentale, précarité et exclusion sociale »
- National Coalition for the Homeless, Substance Abuse and Homelessness, Bringing America Home, juillet 2009
- Nielsen SF, Hjorthøj CR., Erlangsen A., Nordentoft M., Psychiatric disorders and mortality among people in homeless shelters in Denmark: a nationwide register-based cohort study. *The Lancet*. vol 377, 9784, 2205-2214
- Nilsson S., Hjorthøj CR., Erlangsen A., Nordentoft M., Suicide and unintentional injury mortality among homeless people: a Danish nationwide register-based cohort study. *Eur J. Public Health*, 2013 Mar 12
- OMS: Prévention du suicide – État d'urgence mondial 2014
- Rechtman R, La psychiatrie à l'épreuve de l'altérité. Perspectives historiques et enjeux actuels. In D. Fassin (éd.), *Les nouvelles frontières de la société française*. La Découverte, Paris, 2010
- Twenge, J. M., Baumeister, R. F., DeWall, C. N., Ciarocco, N. J., & Bartels, J. M. (2007). Social exclusion decreases prosocial behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 92(1), 56–66.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2002). Social exclusion causes self-defeating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83(3), 606–615.
- Twenge, J. M., Catanese, K. R., & Baumeister, R. F. (2003). Social exclusion and the deconstructed state: time perception, meaninglessness, lethargy, lack of emotion, and self-awareness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(3), 409–423.