



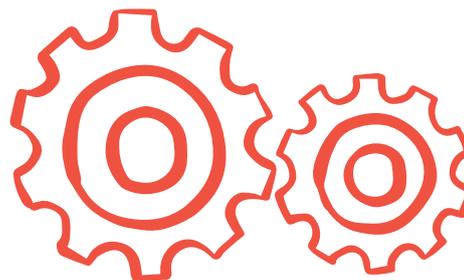
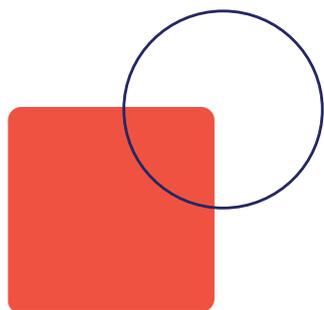
**Les invités  
au festin®**

PSYCHIATRIE CITOYENNE

Fiche synthèse  
**SANTÉ MENTALE & PRÉCARITÉ**

*travailler* **potentiel**  
*manière*  
*apporter* **précarité** *communauté*  
*mesure*  
*vie* **mentale** *succès*  
*contribution*  
*réaliser* **état** *normales*  
*productive* **face**  
**difficultés**

# SANTÉ MENTALE & PRÉCARITÉ : UN FREIN AU RÉTABLISSEMENT ?



## I. LA SANTÉ MENTALE

La santé mentale, selon l'OMS, est qualifiée d'un « **état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.** »

Au-delà d'une capacité à produire et à maintenir un emploi, la santé mentale est plus globalement caractérisée par un état de bien-être, un équilibre psychique permettant aux personnes de s'adapter à leur environnement et de faire face aux difficultés normales de la vie.

Les troubles psychiques sont dus à différents facteurs : génétiques, environnementaux, liés aux consommations de substances psycho-actives, évènements traumatiques, carences ou maltraitements infantiles...

La notion de handicap est centrale et fait l'objet d'une compensation à la restriction de la participation à la société comme le prévoit la loi du **11 février 2005** pour « l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées ». En effet, une pathologie psychique est reconnue dans le cadre d'un diagnostic établi par un professionnel habilité et peut faire l'objet de prestations compensatrices du handicap (PCH).

## II. LA PRECARITE

La précarité, quant à elle, est définie comme « **un état d'instabilité sociale caractérisée par l'absence d'une ou de plusieurs sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux.** », selon le rapport du CESE sur la grande pauvreté et la précarité économique et sociale paru en 1987.

**La précarité est une notion distincte de la pauvreté, bien que souvent liée.** La précarité est caractérisée par une somme de « manques », dans plusieurs aspects de la vie d'une personne et qui génère un état d'instabilité, de « survie ». La précarité fait référence à une dimension de vulnérabilité sociale et de cumul des difficultés menant à une forme d'exclusion sociale. Absence de revenus, de liens familiaux, de logement, parcours jonchés de ruptures... La pauvreté, quant à elle, est calculée en fonction des revenus. En 2024, le seuil de pauvreté est fixé à 60 % du niveau de vie médian. On qualifie de « pauvre » une personne dont le revenu est égal ou inférieur à 1158€ par mois.

Selon une étude réalisée dans 24 pays de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economique), un descendant d'une famille pauvre devra attendre en moyenne cinq générations avant d'atteindre le revenu moyen. En France, il faut même compter six générations.

À titre d'exemple, un étudiant ayant un revenu mensuel de 600€ par mois vit sous le seuil de pauvreté et est considéré comme « pauvre » au regard de ses ressources financières. Cela dit, il n'est pas forcément dans une situation précaire : projet professionnel, entourage présent et soutenant, ressources financières, accès au droit et au soin... La précarité relève davantage d'une situation d'instabilité, de l'incapacité de savoir de quoi demain est fait et/ou d'une situation d'errance.

*« Il est grand temps de déconstruire le mythe selon lequel les inégalités motivent les gens à travailler plus dur. C'est plutôt le contraire qui se produit : les inégalités réduisent la mobilité sociale et renforcent les privilèges et la pauvreté sur des décennies. Une vision fétichiste du mérite a trop longtemps stigmatisé les personnes en pauvreté à qui il est reproché d'être responsables de leur situation », a expliqué l'expert de l'ONU. « La pauvreté n'est pas imputable aux erreurs que l'individu a commises ; elle est une responsabilité de la société toute entière ». Olivier De Schutter, rapport de l'ONU.*

## III. LES FACTEURS DE RISQUES CONCERNANT LA PRECARITE

**Il existe différents types de précarité : économique, énergétique, informatique, affective, d'accès aux droits, liée au logement et à l'emploi, socio-culturelle...**

Selon l'INSEE, en 2021, 14,5% de la population française vit sous le seuil de pauvreté. Les publics les plus concernés par la précarité sont les populations dans les situations suivantes : absence de couverture maladie, famille monoparentale, être une femme (emplois les plus précaires, écart salarial et travail domestique et éducatif non rémunéré), travailleurs pauvres ou bénéficiaires du chômage et du RSA, retraités, étudiants, sans abris, situation de handicap, migration.

**En bref, la précarité est multifactorielle et le résultat d'une hiérarchisation sociale qui a de nombreux impacts en termes d'insertion, de stigmatisation et d'accès au droit.** Elle fait suite à de nombreux facteurs de vulnérabilité et à la réduction du soutien social, pouvant entraîner une situation d'exclusion sociale. La précarité est un enjeu majeur de santé publique car elle entraîne des situations de fragilité sociale complexe et favorise les problématiques de santé physique et mentale, une espérance de vie réduite et de nombreuses inégalités sociales.

## IV. LE RETABLISSEMENT

Le rétablissement, en matière de psychiatrie, est une notion relativement récente et émergente. Elle s'inscrit dans un nouvel esprit du soin, davantage tournée vers l'autodétermination et plaçant le patient au coeur de son accompagnement thérapeutique et de son projet de soin. Le rétablissement se caractérise par un processus individualisé et unique qui vise à retrouver un niveau de bien-être satisfaisant, de retrouver une place au sein de la communauté ainsi qu'une capacité à agir et à pouvoir faire des choix. Il contribue à restaurer un équilibre de vie sain, sans occulter la maladie psychique ni en se définissant uniquement par celle-ci.

Il s'agit de s'appuyer et de renforcer les capacités, les ressources, les potentialités des personnes en situation de souffrance psychique, par l'acquisition de connaissances de leur trouble et d'un accompagnement adapté et centré sur la personne tenant compte des priorités de ces dernières.

Le rétablissement adopte une approche dite « capacitaire », qui s'appuie davantage sur ce qui fonctionne et qui peut évoluer plutôt que sur ce qui dysfonctionne. Les méthodes en rétablissement s'appuient également sur l'évolution de la personne, le contrôle des symptômes et non leur disparition, le sentiment « d'aller mieux » ou de voir des changements positifs s'opérer dans la qualité de vie des personnes concernées.

### Les dimensions du rétablissement :

- **Le pouvoir d'agir** : retrouver un niveau de choix, de prise de décision et de contrôle.
- **Retrouver du sens** : construire une vie en accord avec ses valeurs, retrouver de l'espoir et mettre son expérience au service de la communauté.
- **Se redéfinir** : au niveau identitaire, opérer des changements sur sa perception de soi moins stigmatisante, moins enfermante et dévalorisante. Créer un accompagnement personnalisé, sur-mesure avec un maximum de personnes et de lieux ressources à disposition.
- **Construire ou reconstruire des relations de qualité**, faire alliance avec les professionnels, l'entourage et ainsi, gagner en confiance en soi/autres.
- **Favoriser l'expérience** comme un outil et un moyen d'apprentissage de soi.
- **Favoriser la pratique de la pair-aidance** au sein des institutions comme un mouvement de personnes concernées, légitimes à soutenir et à apporter une forme d'expertise à leurs pairs.

Ces nouvelles perspectives en matière d'accompagnement des personnes impliquent de revoir les pratiques professionnelles traditionnelles. En effet, l'accompagnement dans les domaines du soin et de l'accompagnement social induisent bien souvent une relation asymétrique et peut faire autorité sur les personnes accompagnées.

Les conditions favorables pour accéder au rétablissement sont les suivantes : situation de logement stable, situation financière satisfaisante, entourage soutenant, thérapies et offre de soin adaptée, éducation thérapeutique, bonne hygiène de vie et investissement du patient autour de son projet de soin et de rétablissement.

À titre d'exemple, la politique de l'association « un chez soi d'abord », a renversé les principes classiques de l'accompagnement social. Ce dispositif innovant a permis à de nombreuses personnes en situation de handicap psychique et de vulnérabilité sociale d'accéder au logement, de façon inconditionnelle, et donc d'accéder à un niveau de vie plus qualitatif et ainsi, de libérer l'espace mental afin de travailler sur d'éventuelles perspectives de rétablissement.

## V. LIENS ET PREVALENCES ENTRE SANTE MENTALE ET PRECARITE

Les troubles psychiques induisent bien souvent un état précaire : minimas sociaux (AAH), difficulté à conserver un emploi, emploi en milieu protégé, mobilité réduite, hospitalisations à répétition, difficultés en termes d'insertion sociale, difficultés relationnelles et sociales, temporalité altérée. Les situations de précarité renforcent donc les troubles psychiques et ont pour conséquences l'isolement, le repli social et le manque d'accès au droit et au soin.

Cet engrenage agit comme un réel cercle vicieux : les troubles psychiques induisent des situations de précarité et la précarité favorise les troubles psychiques (leur apparition ou l'aggravation des symptômes).

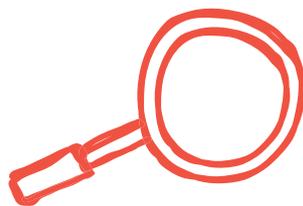
*« Les personnes en situation de précarité sont plus touchées par les troubles mentaux que la population générale : il s'agit d'une inégalité sociale en santé (ISS) mentale, causée par une répartition injuste des déterminants sociaux de santé (c'est-à-dire les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent). En effet, les personnes en situation de grande précarité cumulent souvent de nombreuses vulnérabilités : celles-ci sont liées à la précarité sociale, à des problématiques administratives complexes, à une santé somatique dégradée, à des situations de violence physique ou symbolique, à une souffrance psychique importante, etc. »*

**-> Grande précarité et troubles psychiques, étude publiée par l'HAS.**

Les freins pour l'accès au soin et au rétablissement, dans un contexte de précarité, sont multifactoriels : délais de prise en charge de plus en plus longs, prix des consultations en libéral onéreux, violences psychiatriques induisant une méfiance d'aller vers le soin ou les institutions compétentes, manque de moyen de l'hôpital publique qui induit un « tri » des patients, situations de santé mentale de plus en plus urgentes et nombreuses, refus du soin.

*« Les liens entre santé et précarité représentent à l'heure actuelle un des enjeux majeurs dans le champ des politiques de santé publique en France et en Europe. De nombreux travaux ont souligné l'impact de la précarité sur l'état de santé physique ainsi que son rôle dans l'augmentation de la prévalence des troubles psychologiques (cf. Lebas et Chauvin, 1998). Face à la diversité des situations que recouvre la notion de précarité, ces questions ont suscité de nombreux travaux multidisciplinaires. Ceux-ci se sont attachés à la fois à parvenir à une définition opérationnelle de ce phénomène, à mettre en évidence les variables sociales, psychosociales et psychologiques qui y sont liées, ainsi qu'à étudier son impact sur le bien-être et la souffrance psychologique. »*

**-> Article Cairn, « Précarité et troubles psychologiques », Nicolas Fieulaine, Thémistoklis Apostolidis, Fabien Olivetto.**



## Étude publiée par l'HAS concernant la prévalence entre troubles psychiques et grande précarité :

	Prévalence pop. sans domicile (IC 95 %)	Pop. Générale	Sources (auteur, date)	Nombre d'études et critères principaux
Troubles psychotiques	21,2 % (IC 95 % : 13,7 %-31,3 %)	1-2 %	(Ayano, 2019) (10)	18 études jusqu'à 2017 dans tous pays*
Trouble du spectre de la schizophrénie	12,4 % (IC 95 % : 9,5 %-15,7 %)		(Gutwinski, 2021) (9)	35 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Schizophrénie	10,3 % (IC 95 % : 6,4 %-16,0 %)	1 %	(Ayano, 2019) (10)	24 études jusqu'à 2017 dans tous pays*
Troubles schizophréniformes	2,48 % (IC 95 % : 0,16 %-28,11 %)		(Ayano, 2019) (10)	2 études jusqu'à 2017 dans tous pays
Troubles schizoaffectifs	3,53 % (IC 95 % : 1,33 %-9,05 %)		(Ayano, 2019) (10)	2 études (jusqu'à 2017 dans tous pays)
Troubles psychotiques autres	9 % (IC 95 % : 6,92 %-11,62 %)		(Ayano, 2019) (10)	4 études (jusqu'à 2017 dans tous pays)
Troubles bipolaires	11,4% (IC 95 % : 7,5 %-16,9 %) 4,1% (IC 95 % : 2 %-6,7 %)	1-2.5%	(Ayano, 2020) (11) (Gutwinski, 2021) (9)	10 études jusqu'à 2017 dans tous pays* 14 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Symptômes dépressifs	46,7 % (IC 95 % : 37,8 %-55,9 %)	11 %	(Ayano, 2021) (12)	21 études jusqu'à 2018 dans tous pays*
Trouble dépressif majeur	Médiane 33,5 % (min 9,9 %-max 68,2 %) 26,2 % (IC 95 % : 21,0 %-32,2 %)	5 %	(Maestrelli, 2022) (13) (Ayano, 2021) (12)	18 études jusqu'à 2020 hors États-Unis* 20 études jusqu'à 2018 dans tous pays*
Dysthymie	12,6 % (IC 95 % : 7,9 %-18,2 %) 8,2 % (IC 95 % : 4,8 %-11,9 %)	3 à 6 %	(Gutwinski, 2021) (9) (Ayano, 2021) (12)	18 études (2007-2021) pays à revenus élevés 5 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Trouble de stress post-traumatique	27,4 % (IC 95 % : 22,0 %-33,6 %)	2-3 %	(Ayano, 2020) (14)	19 études entre 2008 et 2017 dans tous pays*
Tentatives de suicide	Vie entière 28,8 % (IC 95 % : 21,7 %-37,2 %)	Vie entière 3,4 %	(Ayano, 2019) (15)	13 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Idées suicidaires	Vie entière 41,6 % (IC 95 % : 28,6 %-56,0 %)	Vie entière 12,4 %		8 études jusqu'à 2018 dans tous pays
Trouble lié à l'usage d'alcool	36,7 % (IC 95 % : 22,7 %-46,2 %)	3-15 %	(Gutwinski, 2021) (9)	29 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Dépendance autres substances psychoactives (hors tabac)	21,7% (IC 95 % : 13,1 %-31,7 %)	2-6 %	(Gutwinski, 2021) (9)	23 études (2007-2021) pays à revenus élevés*
Troubles neurocognitifs	Méta-analyse de Depp, 2015 : 25,4 % de tb cognitifs. Revue d'Ennis, 2015 : 18 à 55 % de déficit cognitif		(Hossain, 2020) (8)	6 revues de la littérature entre 2002 et 2019*
Troubles de la personnalité	25,4 % (IC 95 % : 10,9 %-43,6 %)	5-10 %	(Gutwinski, 2021) (9)	14 études (2007-2021) pays à revenus élevés

\* Revue intégrant des données françaises



**Cette étude démontre que les personnes sans domicile et en situation de grande précarité multiplient environ par 10 les chances de rencontrer une ou plusieurs problématiques de santé mentale au cours de leur vie.**

« Les publics précaires présentent un risque accru de pathologies lourdes, psychiatriques, cardiovasculaires ou encore de diabète : l'espérance de vie des personnes ayant vécu à la rue à un moment de leur vie est ainsi réduite d'au moins dix ans. Ces personnes souffrent deux fois plus que le reste de la population de troubles psychiques et addictologiques. A ces risques s'ajoutent un déficit d'offre de soins (l'offre de soins de proximité dans les quartiers de la politique de la ville est 1,8 fois inférieure au reste du territoire) ainsi que des renoncements et des refus de soins, la santé étant souvent reléguée au second plan pour ces personnes confrontées à l'urgence du quotidien et à des graves difficultés financières. » déclare le **Ministère des solidarités dans le Bilan 2021 des mesures dédiées à la précarité dans le Ségur de la santé.**

## **Pourquoi la précarité renforce les troubles psychiques et inversement : pourquoi les troubles psychiques renforcent la précarité ?**

- Ruptures de soin, institutionnelle, rupture des liens sociaux et familiaux.
- Difficultés à maintenir un emploi, un logement, une situation administrative stable.
- Errance médicale, délais de prise en charge très longs, CMP engorgés, peu d'accès aux soins en libéral ou spécialisés.
- Refus ou absence de soins.
- Difficultés et troubles associées à la maladie : conduites addictives et à risque, isolement, stigmatisation, exposition aux violences.
- Manque de lits en hospitalisation et plus généralement, manque de moyens de l'hôpital.
- Minima sociaux (AAH) / difficulté à intégrer les dispositifs de droit commun.
- Dispositif « mon parcours psy » mis en place pour lutter contre le manque d'accès aux professionnels de la santé mentale peu concluant (conditions, professionnels disponibles, suivi des patients)
- Difficultés d'accès aux thérapies brèves en raison de leurs coûts : TCC / EMDR / PNL, qui ont pourtant de bons résultats, plus particulièrement sur le TSPT et les troubles anxieux.
- Hypervigilance, difficulté à faire confiance et à accepter une alliance thérapeutique, réalité et temporalité altérées par les troubles.

Si les troubles psychiques ne sont pas pris en charge assez tôt ou de façon suffisamment qualitative, il y a un risque de chronicisation ou d'aggravation des symptômes. Les freins au soin et au rétablissement et transversalement, la lutte contre la précarité, sont donc de véritables enjeux de santé publique.

## **VI. BONNES PRATIQUES PROFESSIONNELLES**

Cette porosité entre la précarité et les troubles de santé mentale alimente et induit un mécanisme de vases communicants : il existe cependant certaines recommandations en matière d'accompagnement des publics précaires. Ces recommandations sont issues de la stratégie nationale de santé (2018-2022) et préconisent :

- de lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé, notamment en renforçant l'accès aux droits sociaux et en accompagnant le recours aux services de santé des personnes vulnérables,
- d'améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale et de réduire les inégalités d'accès aux soins psychiatriques des personnes en situation de précarité,
- de mettre en place les projets territoriaux de santé mentale (PTSM) s'appuyant sur un diagnostic partagé et articulés autour de priorités dont : - « Le repérage précoce, l'accès aux diagnostics, aux soins et aux accompagnements conformément aux données actualisées de la science et aux bonnes pratiques professionnelles »,
- Le parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, notamment pour les personnes présentant des troubles psychiques graves et s'inscrivant dans la durée, en situation ou à risque de handicap psychique, en vue de leur rétablissement et de leur insertion sociale »,
- Le respect et la promotion des droits des personnes présentant des troubles psychiques, le renforcement de leur pouvoir de décider et d'agir et de la lutte contre la stigmatisation des troubles psychiques.

De plus, un groupe de travail financé par l'assurance maladie a construit en 1998, le score EPICES (Évaluation de la Précarité et des Inégalités de santé dans les Centres d'Examens de Santé) qui permet d'évaluer cette dimension et de repérer les situations à risque.

## VII. LES FACTEURS DE RETABLISSEMENT EN PSYCHIATRIE

Le rétablissement n'a pas vocation à « guérir » mais plutôt à effectuer un travail de fond sur les symptômes et l'environnement de vie afin de retrouver un quotidien assez satisfaisant. Il s'agit également d'outiller suffisamment une personne, dans une démarche personnalisée, afin de développer les ressources nécessaires pour lutter contre les aspects invalidants, négatifs et handicapant des différents troubles. L'objectif étant de stabiliser les parcours, éviter les rechutes, les hospitalisations, permettre à la personne une meilleure connaissance d'elle et de sa maladie, d'identifier ses limites, les situations qui engendrent une crise ou des symptômes envahissants et de pouvoir organiser des directives anticipées, développer des ressources, des outils et les mettre au quotidien et en amont des difficultés possibles.

*« La priorité n'est plus de contenir la maladie, mais de soutenir un projet, en veillant à optimiser le recours aux ressources de la personne et à respecter la singularité de sa démarche. En ce sens, ce type de pratique est guidé prioritairement par des valeurs – en particulier de respect et de promotion de l'autodétermination, plus que par des critères d'efficacité. Ces valeurs impliquent une assez profonde redéfinition des rapports entre « accompagnants » et « accompagnés », sur un mode de partenariat. La perspective du rétablissement requiert une stratégie différente et complémentaire de celle des soins. Elles n'ont pas les mêmes objectifs, ne prennent pas en compte les mêmes dimensions et requièrent des principes d'intervention différents. »*

-> « **Se rétablir des troubles psychiatriques** » Bernard Pachoud.

## CONCLUSION

La précarité apparaît comme un réel frein au rétablissement, mais également au soin en matière de santé mentale. En effet, les situations de vulnérabilité, d'instabilité et du cumul des difficultés rencontrées par les publics précaires ou engendrées par ceux-ci, rendent difficile la prise en charge et l'espoir d'un rétablissement. Ces situations inter dépendantes agissent comme un cercle vicieux dont il faut saisir tous les aspects pour pouvoir optimiser et proposer un accompagnement réaliste et adapté aux besoins singuliers des personnes psychiatisées.

Travailler de façon pluridisciplinaire et en respectant les choix, la temporalité et le projet de soin des personnes en situation de handicap psychique apparaît alors comme un impératif social et éthique au sein des secteurs de soin et médico-social. Le rétablissement répond également à un enjeu de santé publique, en luttant contre les inégalités sociales, en permettant à tous d'accéder à des conditions de vie dignes et un niveau de bien-être satisfaisant.

*« D'un côté, l'expérience de la précarité est cause de souffrance et de stress et tend à fragiliser les personnes sur le plan psychique ; De l'autre, les troubles psychiques peuvent isoler et précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et leur « habileté sociale ».*

-> Article Cairn « **Précarité et insécurité sociale** », Nicolas Duvoux.

Il paraît alors pertinent de reconnaître et d'agir sur la dimension sociale des troubles et de s'éloigner d'une vision médico-centrée axée sur la maladie psychique, indépendamment du reste.

