PREMIERE PARTIE : MODULES TRANSDISCIPLINAIRES

Module 3 – Maturation et vulnérabilité
Question 46

Sujets en situation de précarité facteurs de risque et évaluation.
Mesures de protection sociale.
Morbidité et comorbidité : diagnostic, complications et traitements.

Redaction : C. MASSOURBRE, V. KOVESS-MASFETY, A.S. GRANAT

Objectif pédagogique général

- Reconnaître les problèmes de santé mentale chez les sujets en situation de précarité.

Objectifs pédagogiques spécifiques

- Savoir reconnaître et dépister la souffrance psychologique chez les sujets en situation de précarité
- Connaître les données épidémiologiques dans le domaine

---

1. LA PRECARITE : définitions

La **précarité** est un état de fragilité et d'instabilité sociale dont l'avenir et la durée ne sont pas assurés et qui risque, s'il se prolonge, de faire glisser ceux qu'il affecte vers l'exclusion.
Elle peut se définir aussi comme "l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de ré-assumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même dans un avenir prévisible". Chacune des insécurités qui peut affecter les individus correspond à différents processus de fragilisation, de précarisation (précarisation de l'emploi et du travail, érosion des solidarités familiales, conséquences des carences de qualifications et de formations initiales, fragilisations dues à la maladie).

Les sujets touchés de manière objective par la précarité ou qui l'ont été récemment représentent probablement 12 à 15 millions de personnes, soit 20 à 25% de l'ensemble de la population. La précarité regroupe donc les personnes sans abri, les RMIstes, les immigrants non réguliers, les personnes à revenus très bas, c'est-à-dire toutes les personnes qui manquent d'une ou plusieurs sécurités (emploi, logement, famille) et toutes les personnes qui risquent de rentrer dans ces catégories, les ménages menacés d'expulsion, les chômeurs en fin de droits, les personnes qui ont un emploi précaire.

L'**exclusion** est une réalité dynamique caractérisée par l'absence pendant une période plus ou moins longue de la possibilité de bénéficier des droits attachés à la situation sociale et à l'histoire de l'individu concerné. Au sens strictement légal du terme, seuls les "sans-papiers" seraient de véritables "exclus". Cependant, plusieurs centaines de milliers de personnes restent aujourd'hui "exclus" et ne bénéficient pas de la solidarité nationale. L'exclusion peut être économique (chômage de très longue durée), sociale (mère célibataire sans soutien familial ni social, personnes âgées isolées, jeunes déscolarisés, etc...) ou même indirecte (immigrés ou handicapés qui ne peuvent profiter des mêmes droits, participer aux mêmes activités que les autres). A l'extrême la population sans abri anciennement appelée sans domicile fixe, est composée des sujets qui dorment dehors dans une sorte de continuum avec ceux qui vivent dans n'importe quel lieu précaire (centre d'hébergement, endroit inadapté pour dormir ou chez des proches ou des amis de manière non permanente). On doit aussi signaler les personnes à risque, notamment les ménages menacés d'expulsion de leur logement ou les personnes qui logent dans les logements accessibles aux bas revenus et qui risquent de basculer dans la catégorie des sans abri.
Le nombre d'exclus avancé est de 0,4 - 0,5% de la population française soit au maximum 300 000 personnes résidant sur le territoire français. Parce qu'il n'existe pas de dispositif de type RMI avant 25 ans, les jeunes représentent une part importante de la population des exclus.

La **grande pauvreté** est définie par l'INSEE comme l'état d'un foyer dont le revenu est inférieur ou égal à un tiers du revenu médian (en 1993, 325 Euros pour une personne seule et 585 Euros pour un couple avec enfant). Les effets de la pauvreté ne dépendent pas uniquement du revenu mais intègrent d'autres réalités (solidarité familiale, ressources et traditions culturelles, etc...). En France, 11% des ménages ont un niveau de vie inférieur à la demi-médiane des revenus de l'ensemble de la population. 16,3% des enfants de moins de 16 ans vivent dans un ménage pauvre. Depuis 10 ans, la pauvreté relative a diminué bien qu'elle touche encore 2,2 millions de ménages. Dans cette population, de nombreux facteurs de risque pour l'état de santé sont mis en évidence (alimentation, comportements à risque, consommation accrue d'alcool et de tabac, insalubrité du logement, difficultés d'accès aux soins, difficultés d'accès au travail, traumatismes).

2. LES FACTEURS de risque

Les personnes issues de milieux défavorisés cumulent tous les facteurs de risque. Elles ont vécu plus d'évènements fragilisants dans leur enfance (placement en institution, divorce des parents, problèmes psychiatriques sévères dans la famille proche).
Elles vivent plus d'éléments négatifs et de difficultés persistantes que les autres et ces évènements ont des impacts plus négatifs. L'absence de travail et le chômage entraînent par eux-mêmes l'exposition à de nombreux facteurs de stress dont la précarité matérielle et la baisse de l'estime de soi, ils ont été mis en relation avec la survenue de problèmes de santé mentale.
Les mécanismes permettant d'atténuer les effets de ces stress sont moins présents : le soutien social et le nombre de relations intimes positives seraient moins nombreux, tandis que les mécanismes de défense utilisés seraient moins efficaces car fondés sur la résignation et le déni plus que sur la maîtrise de la situation.
Enfin, l'accès aux soins est moins bon et l'absence d'un traitement adéquat augmente la chronicité des problèmes et en conséquence la prévalence.

Les niveaux de détresse psychologique sont les plus élevés dans les classes sociales les plus basses, mais les relations entre santé mentale et classe sociale ne sont pas univoques pour tous les types de troubles . Les risques relatifs significatifs entre pauvres et non-pauvres sont présents au maximum pour la schizophrénie (risque multiplié par 80) et la dépression majeure (risque multiplié par 2). Les personnes des classes les moins favorisées ont tendance à ne pas rapporter les troubles psychiques mineurs (troubles anxio-dépressifs et symptômes de détresse psychique). Une prévalence de la dépression est plus élevée chez les personnes dont le niveau d'instruction est moins élevé, l'effet du revenu aussi est très important : les plus bas revenus ayant un risque deux fois plus élevé pour ce trouble.

3 - INFLUENCE DE LA PRECARITE SUR LES DETERMINANTS DE LA SANTE

o Les conditions de stress

Les personnes vivant dans un contexte économique difficile vivent davantage d'évènements traumatisants, surtout ceux qui échappent à leur contrôle. Mais ce n'est pas tant la différence dans le nombre d'évènements que le plus grand impact produit qui semble être la source de différences dans les taux de santé mentale entre les classes sociales. Les individus à bas revenus décrivent des conditions chroniques de stress plus fréquentes qui sont la tension conjugale, les soucis financiers, la maladie chronique et les tensions subies au travail. Ce sont ces conditions beaucoup plus que les évènements dramatiques inéluctables telles la mort ou les accidents qui semblent faire la différence entre les classes sociales.

- **Le soutien social**

Il est difficile de savoir si le soutien social protège les gens exposés à des risques ou si les gens vulnérables n'ont pas les ressources nécessaires pour mobiliser le soutien social autour d'eux. Les contacts entre amis sont moins fréquents dans les milieux défavorisés, l'absence relative du soutien des maris chez les femmes dans les milieux défavorisés pourrait expliquer le taux plus élevé de dépression chez ces femmes ; l'instabilité conjugale touche davantage les classes défavorisées. La violence conjugale ne semble pas être le fait d'une classe sociale ou d'une autre.
La pauvreté ne conduit pas à la détérioration de la santé mentale si le tissu social demeure relativement intact et si une solidarité peut se maintenir à l'intérieur des réseaux.

- **La vulnérabilité psychologique**

Il semble que l'estime de soi ou les ressources personnelles sont plus faibles en milieu défavorisé, les sujets se sentiraient plus dépourvus en présence d'évènements pénibles. La résignation et le déni sont souvent utilisés par les gens pauvres et peuvent constituer un comportement adéquat quand l'individu n'a pas de prise sur son environnement mais risque d'instaurer un cercle vicieux et laisser les évènements prendre le dessus quand ils seraient en mesure d'être maîtrisés.

- **Le vécu durant l'enfance et l'adolescence**

La relation avec les parents durant l'enfance et l'adolescence dans les milieux défavorisés peut expliquer également le plus grand nombre de conflits psychiques dans ce milieu. Les parents des classes pauvres s'occupent beaucoup moins de leurs enfants que ceux des classes moyennes. Les pères hésitent également à se proposer comme modèle d'identification dans les milieux défavorisés et orientent leur comportement en fonction des instances de punition extérieure plutôt qu'en intériorisant les valeurs.
Les personnes qui ont vécu dans des conditions difficiles dans leur enfance (instabilité familiale, maternage inadéquat, tant pour les soins physiques que pour les aspects relationnels) ainsi que celles qui vivaient dans des familles dépendantes de l'aide sociale et dans des habitations surpeuplées avaient plus de dépression que les autres une fois parvenues à l'âge adulte. L'effet d'un maternage inadéquat semble plus marqué pour les femmes. Une minorité d'enfants ayant vécu des situations difficiles ont présenté une dépression à l'âge adulte, ceci peut être dû au fait que sur une longue période les conditions de vie peuvent changer mais surtout qu'il existe des facteurs protecteurs comme l'intelligence, la force de caractère, des qualités de sociabilité ou d'autres traits positifs personnels ou familiaux. Les mécanismes d'action sont de toute façon complexes.

4 - RÔLE DU CHÔMAGE

Les chômeurs présentent une plus mauvaise santé mentale (anxiété, dépression et manque de motivation). Les soucis qui accentuent la baisse de moral sont les problèmes financiers, l'ennui, la baisse de l'estime de soi et la dilution de l'espoir de retrouver du travail. Les principaux effets sont la déstructuration du rythme de la vie quotidienne, des périodes de sommeil plus longues, les contacts plus fréquents et une plus forte probabilité de friction avec un partenaire conjugal et enfin le besoin de se reconstruire une autre image à ses yeux. Plusieurs facteurs peuvent expliquer les effets négatifs directs liés au chômage : l'insécurité liée à la diminution des revenus, la déstabilisation du rythme de vie et des périodes de sommeil, la disparition d'une série d'activités de tous genres reliées directement à l'emploi, la diminution des décisions à prendre à cause de la baisse des revenus et finalement l'exposition à des activités dégradantes pour l'image de soi comme celle d'avoir à rechercher un emploi. L'effet du chômage serait plus constamment marqué chez les hommes que chez les femmes.
C'est à l'âge moyen de la vie que l'effet de la durée du chômage sur la santé mentale se fait le plus sentir.

5 - DESCRIPTION DU VECU DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

L'exclusion mais aussi le chômage et la grande précarité sont indissociables d'un sentiment de honte qui pourra être parfois dénié, caché ou transformé en défi. La honte fait le lit d'une souffrance psychique difficile à supporter et impossible à partager avec quiconque dans la crainte de son mépris. Inavouable, cette honte ronge celui qui se trouve projeté aux marges de la société et le confort dans des stratégies d'isolement et de fuite. Cette honte s'accompagne souvent d'un sentiment d'injustice, d'un vécu d'impuissance et de la rage de subir et de l'absence de perspectives de changements qui forment un magma douloureux dans lequel les mouvements de révolte alternent avec les mouvements d'accablement.
La honte «blanche» serait la plus pathogène, avec pâleur et absence de mimique expressive et mutisme, pathologie de la disparition, l'exclu étant en fait un disparu de la société. L'absence de demande y est associée.
L'exclusion n'est pas une maladie mais une situation pathogène. Les personnes en situation de précarité et qui en souffrent sont désespérées et malheureuses mais ne relèvent pas de la psychiatrie. Celles qui ont des problèmes psychiatriques relèvent bien évidemment de la psychiatrie même s'il n'est pas toujours facile d'adapter des soins à leur situation particulière. Enfin, il y a des personnes qui ont besoin de soins psychologiques même si leurs troubles sont considérés comme liés à leur situation d'exclusion.

6 - ETUDES EPIDEMIOLOGIQUES PORTANT SUR LA SANTE MENTALE DES PERSONNES EN SITUATION DE PRECARITE

- **Enquête sur la santé mentale des RMIstes à Paris** [31-32].

Les facteurs de risque sont plus fréquents chez les bénéficiaires du RMI que chez les témoins. Ils concernent des difficultés actuelles dans la sphère sociale et affective ainsi que des problèmes psychiatriques dans la famille d'origine : alcool, drogues, personnalité antisociale et maladies mentales sévères et facteurs de risques dans l'enfance, divorce, placement en institution et famille d'accueil.
Le pourcentage de personnes souffrant de psychose parmi les RMIstes est pratiquement le même que celui de la population parisienne (de l'ordre de 1%). Les RMIstes ont une prévalence de la dépression sévère très élevée. La dépression est plus chronique parmi les RMIstes, les tentatives de suicide sont aussi plus fréquentes. Il existe aussi une surmorbidité pour les troubles anxieux et les phobies simples.
Des troubles à type de somatisation sont beaucoup plus fréquents. On retrouve une probabilité d'abus et de dépendance à l'alcool chez 10,3% des RMIstes (contre 4,8% pour les témoins), une moindre différence existe chez les femmes.

- **L'utilisation du système de santé**

A âge équivalent et en moyenne, les allocataires du RMI consultent autant les généralistes que les témoins. Toutefois, les RMIstes sont plus nombreux parmi les consultations fréquentes (6 ou plus dans l'année). Ils fréquentent moins les spécialistes et ne voient que rarement le dentiste ainsi que les membres des autres professions paramédicales. En revanche, ils sont hospitalisés aussi souvent que les autres témoins. Ils déclarent beaucoup plus fréquemment une limitation d'activité, souvent depuis plus d'un an en particulier dans l'inaptitude à travailler (16,2% contre 5,5%). Les troubles mentaux sont nettement plus fréquents parmi les RMIstes en tant que cause d'un handicap. De manière générale, les allocataires du RMI consultent moins pour les troubles dépressifs alors qu'ils souffrent de formes plus sévères.

- **Etude sur l'état de santé mentale des personnes sans-abri**

Les études américaines et australiennes ont mis en évidence l'augmentation du nombre de malades mentaux parmi les personnes sans-abri. On peut estimer une prévalence pour la vie entière entre 28 et 37%, 3,3 à 5% de troubles cognitifs graves, 7 à 13 % de troubles schizophréniques, 8,2 à 17,5% de troubles dépressifs majeurs et 5% de troubles bipolaires (prévalence 4 à 5 fois supérieure à celle de la population générale). Les troubles liés à la consommation de drogues et d'alcool sont fréquents (30 à 50% des personnes interrogées) et souvent associés aux troubles mentaux (75% dans un échantillon représentatif de la population sans-abri de Montréal).

Les tentatives de suicide constituent un facteur prédictif important de contact avec le système de santé. La présence concomitante d'une maladie physique augmente le nombre des contacts pour troubles psychiatriques.
Les sujets sans-abri souffrant de troubles délirants sont ceux qui sont le plus souvent hospitalisés et qui reçoivent le plus de psychotropes. Ceux qui présentent des troubles liés à l'utilisation de drogues et d'alcool ont très souvent recours au système de santé et sont en contact avec des médecins généralistes ou des psychiatres ou hospitalisés à peu près aussi fréquemment que les sans-abri schizophrènes. En revanche, les sujets souffrant de troubles dépressifs sont ceux qui ont le moins de contacts.

Bibliographie

- **HCSP (Haut Comité de la santé publique).** La progression de la précarité en France et ses effets sur la santé. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 1998; 285 P.
- **Kovess-Masfety** V. Précarité et Santé Mentale, Ed. Doin, 2001.
- **Maisondieu J.** Exclusion, psychiatrie et fraternité. Information psychiatrique 1998 ; 4 : 333-9.
- **Kovess V, Gysens S, Chanoit PF**. Une enquête de santé mentale : l'enquête de santé des Franciliens. Ann Med Psycho (Paris) 1993 : 624-8.
- **Kovess V, Gysens S, Poinsard R, Chanoit PF**. La psychiatrie face aux problèmes sociaux : la prise en charge des RMIstes à Paris. Information Psychiatrique 1995 ; 3 : 273-85.
- **Kovess V, Mangin Lazarus C.** La santé mentale des sans-abri à Paris : résultats d'une enquête épidémiologique. Rev Fr Psychiatr Psychol Med 1997 ; 9 : 17-24.