

SANTÉ MENTALE & VULNÉRABILITÉ

Dr. Stéphanie VANDENTORREN

Direction scientifique et International – Santé publique France

LA VULNÉRABILITÉ



PERIODES : VIENT DU LATIN VULNUS, VULNERIS (LA BLESSURE) ET VULNERARE (BLESSER)

Judéo-chrétienne (XVIII^e): vulnérabilité existentielle, biologique, propre de l'homme depuis la faute originelle

Modernité (XIX-XX^e): vulnérabilité perçue comme maîtrisable (protection sociale républicaine, essor médecine)

Depuis **fin XX^e**: vulnérabilité ambivalence entre conscience accrue des risques et impossibilité de les maîtriser tous (guerres, catastrophes naturelles et écologiques, chômage, pandémies)

CONCEPT

universelle: nous sommes tous vulnérables

potentielle: concrétisation d'un facteur de risque spécifique à une personne ou un groupe

relationnelle et contextuelle: nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné, et en fonction des protections dont nous bénéficions ou pas

individuelle: elle ne frappe pas tous les individus de la même façon : face à une même exposition, certains seront plus vulnérables et donc plus touchés que d'autres

réversible: il est possible d'agir sur les facteurs de risque et le contexte

→ **l'exposition à la vulnérabilité est donc commune à tous, mais touche différemment les personnes et les groupes**

LES VULNÉRABILITÉS

- Les personnes en situation de vulnérabilité, présentent une fragilité particulière
 - sur le plan **physique** (jeune, grand âge, handicapés..)
 - sur le plan **psychologique** (victimes de violences...)
 - sur le plan **social**
 - économiquement démunis: **SDF, chômeurs...**
 - administrativement exclus : **sans papier, déboutés du droit d'asile...**
 - culturellement à distance des normes majoritaires : **illettrés, migrants, GDV**
 - stigmatisés : comportements (**usage de drogue**), orientations **sexuelles, minorités**

QUELS INDICATEURS ?

- Les indicateurs de position sociale sont multiples, en pratique, choix pragmatique en fonction du sujet MAIS surtout de la **disponibilité des données** ++
- L'essentiel: le triptyque de la position sociale (genre, origine et niveau socio-éco: niveau d'étude, revenu et emploi...) influent sur conditions de vie et de travail
- Or, ces données ne sont pas habituellement disponibles dans les bases de données de santé! (complémentaire santé solidaire)
- Nécessité de faire des **études spécifiques** +++

→ « **Santé mentale et grande précarité** » de l'Observatoire Samu social de Paris



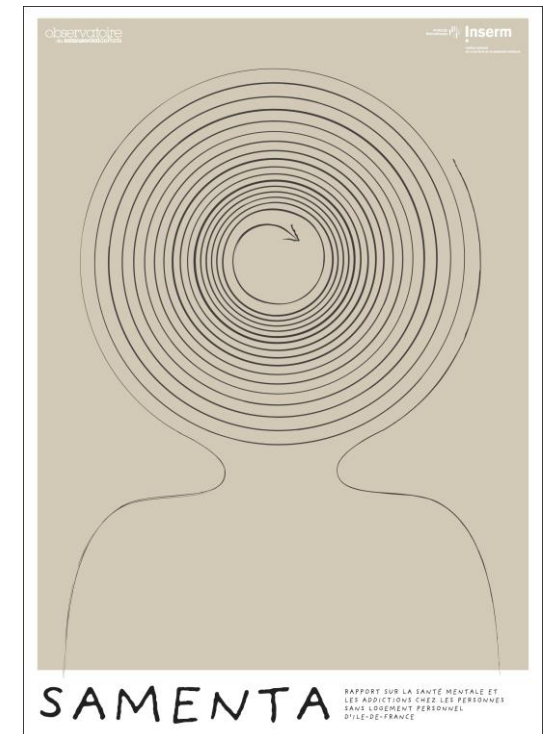
SANTÉ MENTALE ET ADDICTIONS DES PERSONNES SANS LOGEMENT PERSONNEL EN ILE-DE-FRANCE

Contexte et Objectif

- Difficultés dans la prise en charge pour les acteurs de l'urgence sociale
 - Préoccupation croissante sur les relations entre exclusion sociale et santé mentale avec besoin de données pour les décideurs (rapport orain/chambaud, 2008)
 - Données insuffisantes : appel d'offre en région parisienne pour une étude « sur les personnes à la rue atteintes de troubles psy ou de comportement »
- Estimer la prévalence des **principaux troubles psychiatriques et des addictions chez les personnes sans domicile** en IDF

Méthode

- Questionnaire en face-à-face avec le Mini International Neuropsychiatric Interview. Des enquêteurs professionnel/psychologue clinicien
- Débriefing avec un psychiatre et location de camping-cars pour enquêter les « points soupe »
- Recueil de données : février- avril 2009 dans les CHRS, CHU, Centres maternels, LHSS, hôtels sociaux, points distributions repas, accueil jour



PREVALENCE DES TROUBLES PSY (Etude Samenta)

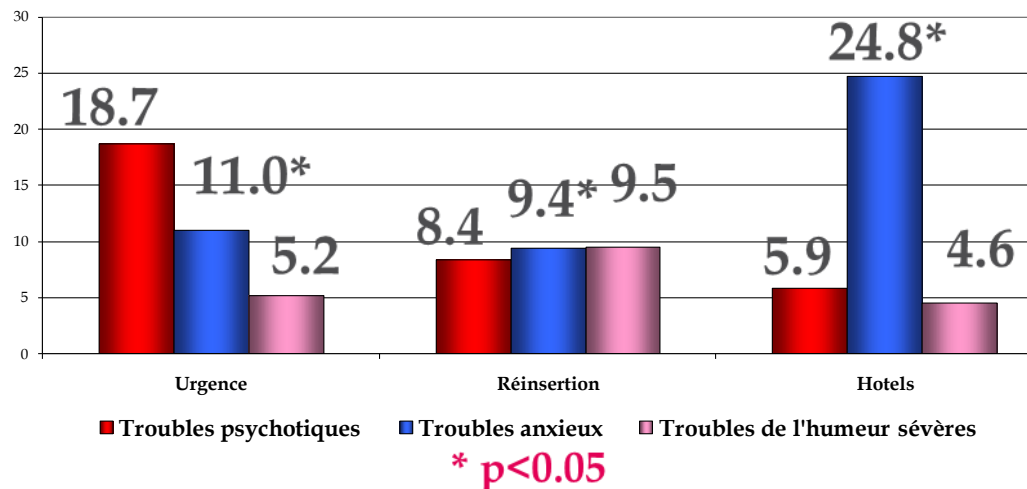


Taux de participation: 71 % avec taille estimée de la population à 21 176 (IC95% [17 582-24 770])

- 1/3 des personnes ont un trouble psy sévère (13% psychotique, 12% troubles anxieux et 7% troubles sévères de l'humeur)
- Distribution différente selon lieu et donc selon population +++

Population: 65 % d'hommes, âge moyen = 38 ans (min=18, max=82)

- Femmes significativement plus jeunes (32 versus 41 ans)
- dont 40% nées en France



	Services d'urgence (n = 10 587)	Réinsertion (n = 7 747)	Hôtels sociaux (n = 2 842)	Tous services (n = 21 176)
Femmes (%)	15,2	47,8	73,4	34,9 (n = 7 399)
Moyenne d'âge (années)	41,9	34,4	33,7	38
Nées en France (%)	41,6	48,8	10,5	40,0 (n = 8 469)
Vivant Seules (%)	88,5	67,5	9,2	70,2 (n = 14 857)
Vivant avec un enfant (%)	6,0	27,1	80,8	23,8 (n = 5 028)

FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES PSY (Etude Samenta)

Poids des violences au cours de la vie

- Violences psychologiques répétées :
50% au moins un trouble sévère vs
23,6% aucun trouble
- Violences physiques répétées :
38,7% au moins un trouble sévère vs
16,9% aucun trouble
- Violences sexuelles :
26,9% au moins un trouble sévère vs
<3% aucun trouble

Tableau 16 : Fréquence des violences subies au cours de la vie, par sexe en fonction de la présence ou non d'au moins un trouble psychiatrique sévère chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France, enquête Samenta, 2009.

Violences subies au cours de la vie	Pas de trouble diagnostiqué (%) (n=303, N=6 597)			Troubles psychiatriques sévères (%) (n=259, N=6 667)		
	Homme	Femme	Ensemble	Homme	Femme	Ensemble
Violences psychologiques	7,9	46,8 ***	23,6	52,4	53,6	52,9
Violences physiques	7,1	31,2 **	16,9	35,4	43,7	38,7
Violences sexuelles	0,1	6,8 ***	2,7	24,0	31,4	26,9

*** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

La dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives (alcool, drogues illicites et/ou médicaments détournés de leur usage) concernent près de **trois personnes sur dix**.

Les personnes d'origine française, ayant vécu avant 18 ans un évènement adverse (fugue, violence sexuelle, addiction) et ceux ayant été sans domicile avant 26 ans avaient un risque accru de troubles psychiatrique sévère

LE RECOURS AUX SOINS (Étude Samenta)



- **Le recours aux soins psychiatriques**

- Le recours aux soins tout au long de la vie : 68,7%, mais peu de personnes ont été suivies pour leurs troubles (18,2%) ; les personnes présentant un trouble psychotique ont été plus fréquemment suivies (36,5%) que les autres
- parmi les personnes suivies 63% prenaient des médicaments.
- l'accès aux soins semblait préservé, mais **le maintien des soins reste problématique** avec 72,3 % des personnes ayant renoncé aux soins

- **Les facteurs associés aux recours**

- âge < 42 ans, plus éduqué, avoir une couverture sociale, et des antécédents (trouble psychotique, trouble de la personnalité, risque de suicide, maladie chronique somatique, perception de la souffrance mentale).
- Les personnes vivant dans un hôtel **ont un moindre recours**

> [Int J Environ Res Public Health](#). 2020 Nov 4;17(21):8144. doi: 10.3390/ijerph17218144.

Mental Healthcare Utilization among Homeless People in the Greater Paris Area

Valérie Dauriac-Le Masson ¹, Alain Mercuel ², Marie Jeanne Guedj ³, Caroline Douay ⁴, Pierre Chauvin ⁵, Anne Laporte ⁶

LA SANTÉ MENTALE DES MÈRES ET DES ENFANTS EN SITUATION DE GRANDE VULNERABILITÉ EN ÎLE-DE-FRANCE (Étude Enfams)



CONTEXTE: Augmentation du nombre de familles prise en charge par le 115 de Paris, hébergées en hôtel : Population en majorité non francophone avec forte instabilité résidentielle

OBJECTIF: Impact du sans abris sur santé des familles

Cumul de 3 facteurs de risques : précarité, sdf, migrants

سارادب ئكراشمالا عىل ع قىفاوم

Дети и семейства без подслон

Enfants et familles sans logement



Rapport d'enquête ENFAMS
Enfants et familles sans logement
personnel en Ile-de-France

орон байргүй хүүхэд, өрх гэрүүд

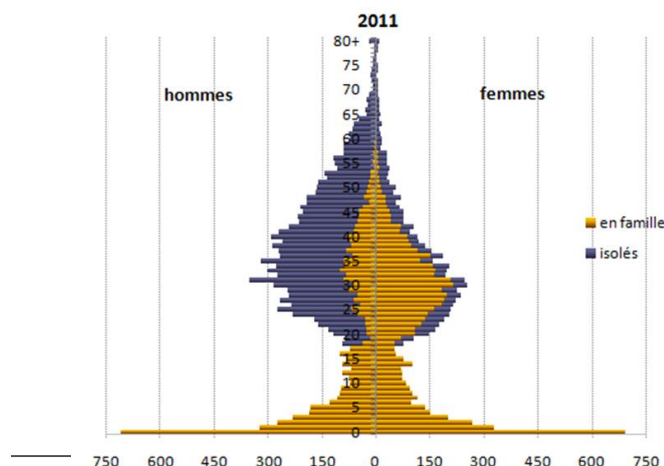
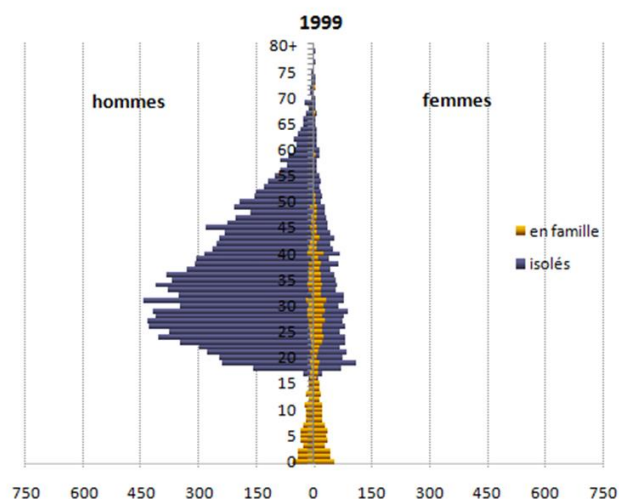
Copii și Familii Fără locuință

HOMELESS CHILDREN AND FAMILIES

ДЕТИ И СЕМЬИ БЕЗ ПОСТОЯННОГО ЖИЛЬЯ

தமிழ்மற்ற பிள்ளைகளும் குடும்பங்களும்

observatoire
de la précarité



PRÉVALENCE DES TROUBLES ET FACTEURS ASSOCIÉS (Étude enfams)



Dépression des mères

- Prévalence : 28,8%
- Facteurs associés :
 - Savoir parler français (OR 1,88)
 - ESPT et le risque suicidaire (2,26)
 - **Renoncement à des soins** (1,97)

Etat de Stress Post Traumatique des mères

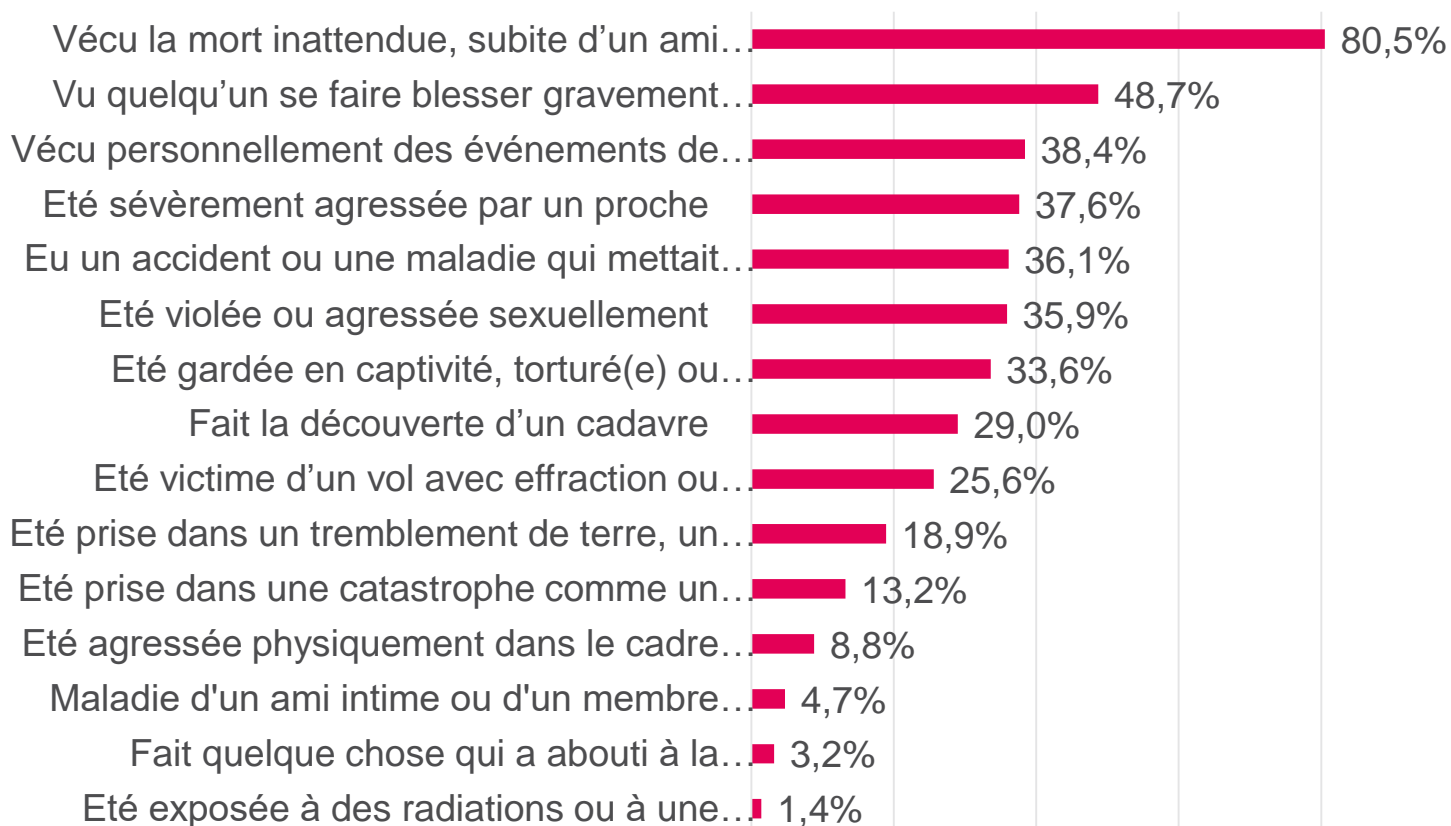
- Prévalence des ET : 62,4%
- Prévalence de l'ESPT : 18,9%
- Facteurs associés :
 - **Départ du pays d'origine pour une cause violente** (OR: 1,45)
 - Dépression (1,82)
 - **Instabilité résidentielle** (1,82)

Difficultés émotionnelles et comportementales des enfants

- Moyenne 11,3 (vs 8,9 pop gen)
- Prévalence des DEC : 20,8%
- Facteurs associés :
 - **Instabilité résidentielle**
 - Problèmes de santé, surpoids et sommeil des enfants
 - Risque suicidaire des mères
 - **Ne pas aimer son hébergement et être victime de moqueries**

ÉVÈNEMENTS TRAUMATIQUES DES MÈRES

62,4% des mères ont vécu un événement traumatique



LES COMPORTEMENTS DE SANTÉ

DIFFICULTÉS RECOURS AUX SOINS

- Rapport au temps : en dehors de l'urgence, pas de priorité
- Priorité aux besoins primaires : l'hébergement, l'alimentation, la santé des enfants sont prioritaires (d'où des difficultés à reconnaître ses besoins de santé)

- **COMPORTEMENTS**

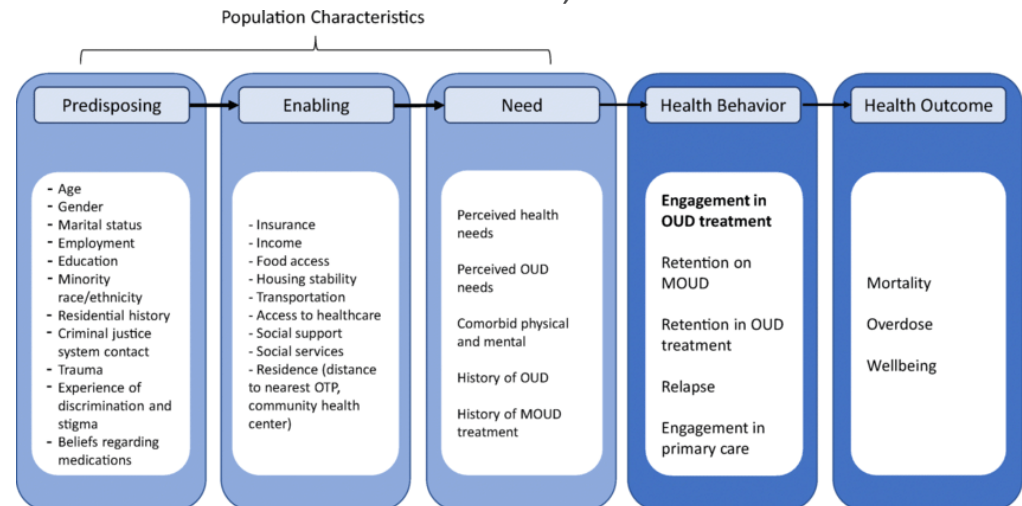
Tabac, alcool, activité physique,

Alimentation, sexualité

- Forte **différenciation sociale**

- Les comportements de santé **ne sont pas de simples choix individuels**, indépendants des conditions dans lesquelles ils sont exercés.

- Ils renvoient à des **dimensions, trajectoires et des identités sociales**



CONCLUSION

- Interaction santé mentale et vulnérabilité sociale +++
- Difficultés de recours soins
- Poids des violences et des facteurs structurels

→ **IL EST POSSIBLE D'AGIR ET DE PRÉVENIR: AMÉLIORER LA STABILITÉ DE L'HÉBERGEMENT OU L'ACCÈS À UN LOGEMENT PERMET D'AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS ET LA SANTÉ MENTALE**

- **DIFFÉRENTS PROJETS « HOUSING FIRST » DEPUIS 1992 / « UN CHEZ-SOI » (TINLAND, 2013) :**

Accès direct à un logement standard

Prise en charge psychiatrique

Mise en place de médiation par les pairs au sein du parcours de droit commun

- **PROJET « ECOLOGICALLY BASED TRAITMENT » (GUO, 2016) SUR LES DEC DES ENFANTS**

Accès à un logement associé au soutien à la santé mentale fait mieux que soutien seul

ENJEUX AUTOUR DE LA VULNÉRABILITÉ



Concept dérivé des études environnementales, la vulnérabilité s'inscrit dans une **approche dynamique** qui renvoie à **des situations de risque ou d'incertitude** → l'action publique tend à évoluer de la protection (soutien aux personnes en difficulté) vers la **prévention** auprès des vulnérables

Le niveau de vulnérabilité s'apprécie au regard de la résilience, **de la capacité pour un individu à absorber un choc**, à y faire face puis à se reconstruire. autour du concept de « vulnérabilité », l'action publique tend à évoluer **de la protection vers la prévention**.

VULNERABILITE = EXPOSITION / CAPACITÉ À Y FAIRE FACE

universelle et catégorielle → politique universelle et ciblée

contextuelle et structurelle → rendre environnement moins « vulnérabilisant » (politique emploi, logement, éducation)

situation individuelle → sur-mesure, maillage pluridisciplinaire et interinstitutionnel, sanitaire/social, privé/public, guichet unique

MERCI DE VOTRE ATTENTION!