



**HAL**  
open science

## Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale

Stéphanie Vandentorren

► **To cite this version:**

Stéphanie Vandentorren. Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale.  
Journal de droit de la santé et de l'assurance maladie, 2024, 40. hal-04769923

**HAL Id: hal-04769923**

**<https://hal.science/hal-04769923v1>**

Submitted on 6 Nov 2024

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

## La santé mentale des publics vulnérables : entre accès aux soins et maintien de l'ordre public

### Point sur les interactions entre situation de vulnérabilité et santé mentale

**Stéphanie Vandentorren**

Épidémiologiste, Coordinatrice du programme Inégalités sociales et territoriales de santé – Santé publique France

#### Résumé

La vulnérabilité, universelle et individuelle, dépend du contexte et des protections disponibles. Les politiques de santé publique modernes cherchent à prévenir la vulnérabilité en reconnaissant sa complexité. Les inégalités de santé, notamment mentale, sont influencées par des facteurs sociaux souvent sous-documentés, rendant cruciales les études épidémiologiques. Des enquêtes menées par l'Observatoire du Samu social de Paris, comme SAMENTA et ENFAMS révèlent l'impact des conditions de vie sur la santé mentale des personnes sans logement. Les troubles psychiatriques sévères peuvent affecter particulièrement cette population, exacerbés par les conditions de vie difficiles et les violences subies. Les familles sans logement, notamment, cumulent des risques de précarité et de migration, impactant fortement leur santé mentale. L'accès aux soins est souvent entravé par des barrières structurelles. La réponse à la vulnérabilité sociale requiert une approche globale et intégrée, combinant des actions universelles et ciblées, pour renforcer la résilience des individus et améliorer leur bien-être.

#### Mots-clés

Vulnérabilité ; Santé mentale ; Politique de santé publique ; Approche globale de la santé.

#### Abstract

Vulnerability, both universal and individual, depends on the context and available protection. Modern public health policies seek to prevent vulnerability by recognizing its complexity. Inequalities in health, particularly mental health, are influenced by social factors that are often under-documented, making epidemiological studies crucial. Surveys carried out by the Observatoire du Samu social de Paris, such as SAMENTA and ENFAMS, reveal the impact of living conditions on the mental health of homeless people. Severe psychiatric disorders can particularly affect this population, exacerbated by difficult living conditions and violence. Homeless families, in particular, are at high risk of precariousness and migration, which have a major impact on their mental health. Access to healthcare is often hampered by structural barriers. Responding to social vulnerability requires a comprehensive and integrated approach, combining universal and targeted actions, to strengthen people's resilience and improve their well-being.

#### Keywords

Vulnerability ; Mental health ; Public health policy ; Comprehensive approach to health.

La vulnérabilité revêt diverses formes et évolue dans le temps et selon les contextes géographiques. Ce terme, dérivé du latin, évoque la potentialité à être blessé, induisant une certaine fragilité.

Durant la période judéo-chrétienne, la notion de vulnérabilité était associée à une dimension existentielle propre à l'homme biologique depuis la faute originelle. Cette définition, imprégnée de connotations religieuses, accordait une importance sociale considérable aux individus vulnérables, les présentant comme ayant une utilité sociale majeure. En effet, selon cette vision, le soutien aux personnes socialement défavorisées était perçu comme un échange de biens terrestres contre des bénédictions célestes, instaurant ainsi un système de réciprocité où l'acte de charité était récompensé par une part de paradis. Cette perspective souligne l'importance de l'utilité sociale dans la construction de l'inclusion des personnes vulnérables au sein de la société.

Par la suite, avec l'avènement de la modernité, la vulnérabilité a été perçue comme un phénomène maîtrisable. Cette époque a été marquée par le développement de la médecine et l'émergence de la protection sociale républicaine, qui visaient à contrôler et à minimiser les risques associés à la vulnérabilité. Cette approche individualisait davantage la notion de vulnérabilité, la considérant souvent comme le résultat d'une situation et d'une responsabilité personnelle.

Durant la période de la modernité, la vulnérabilité était parfois associée à une certaine utilité sociale, notamment dans le contexte de l'émergence du prolétariat et du développement de l'économie libérale. Cependant, cette période a également été marquée par des politiques répressives envers les personnes en situation de pauvreté sociale, mettant en lumière une vigilance accrue quant au maintien des droits publics.

À partir de la fin du XX<sup>ème</sup> siècle, une prise de conscience progressive a émergé concernant l'ambivalence de la vulnérabilité. En effet, l'incapacité à maîtriser tous les risques, illustrée par la multiplication des conflits armés, des catastrophes naturelles et écologiques, du chômage et des pandémies, a conduit à une reconsidération du concept de vulnérabilité. Cette évolution a favorisé l'émergence d'une conception plus dynamique de la vulnérabilité, mettant l'accent sur la prévention et la réduction des risques. Ainsi, au-delà de la lutte contre la pauvreté, les politiques publiques se concentrent désormais sur la prévention de la vulnérabilité, reconnaissant celle-ci comme un état évolutif et complexe. Cette nouvelle perspective joue un rôle crucial dans la formulation des politiques de santé et de bien-être social.

La vulnérabilité est un concept universel qui touche chaque individu, de la naissance à la mort. Elle est potentielle, car elle représente un facteur de risque spécifique à une personne ou à un groupe. Cette vulnérabilité est également relationnelle et contextuelle, c'est-à-dire qu'elle dépend du contexte dans lequel elle se manifeste et des protections dont bénéficie l'individu. Par ailleurs, la vulnérabilité est individuelle, ce qui signifie qu'elle n'affecte pas tous les individus de la même manière. Face à une même exposition, certains seront plus vulnérables et donc plus touchés que d'autres. Il est crucial de comprendre que la vulnérabilité n'est pas une fatalité, mais qu'elle est réversible. Cette prise de conscience ouvre la voie à des interventions visant à réduire la vulnérabilité et à renforcer la résilience des individus et des communautés.

L'analyse de la vulnérabilité dans le domaine de la santé est d'une importance capitale, car elle permet de mieux comprendre les disparités en matière de santé et de mettre en place des politiques et des interventions adaptées pour promouvoir la santé et le bien-être pour tous. En effet, la vulnérabilité est une réalité partagée par tous, mais elle affecte chaque individu et groupe de manière différente. Cette exposition à la vulnérabilité est universelle, mais ses conséquences varient en fonction des circonstances individuelles et des contextes sociaux. L'analogie de la pandémie met en lumière cette diversité des vulnérabilités. En effet, il existe la vulnérabilité sociale, mais également d'autres formes de vulnérabilité, telles que la vulnérabilité physique, notamment aux extrémités de la vie ou en cas de handicap, ainsi que la vulnérabilité psychologique. Sur le plan social, les vulnérabilités se manifestent de différentes manières. Il existe des personnes économiquement démunies ou socialement exclues, du logement ou de l'emploi, comme les sans-abri ou les chômeurs, ainsi que des individus administrativement exclus, tels que les déboutés du droit d'asile. En outre, certaines populations peuvent être culturellement éloignées des normes majoritaires, ce qui les expose à une forme particulière de marginalité sociale.

La reconnaissance de la diversité des vulnérabilités est essentielle pour élaborer des politiques et des interventions adaptées visant à réduire les inégalités de santé et à promouvoir l'inclusion sociale et la santé pour tous.

En épidémiologie, la prise en compte des déterminants sociaux de santé, dont la position sociale sont essentiels pour comprendre les inégalités en matière de santé. Cependant, il y a des difficultés à croiser ces indicateurs avec les données de santé, y compris en ce qui concerne la santé mentale. Les données sociales ne sont souvent pas incluses dans les systèmes de surveillance de la santé et cette lacune empêche une documentation et donc par là une compréhension complète des déterminants sociaux de la santé mentale et reste un défi pour l'intervention de Santé publique. Par exemple, les données sur le genre, l'origine, le niveau d'études, les revenus et l'emploi sont essentielles pour comprendre les conditions de vie et de travail, ainsi que leur impact sur la santé, y compris la santé mentale, mais sont souvent indisponibles, notamment dans les bases de données telles que le Système National des Données de Santé (SNDS), où seules des informations limitées telles que la Couverture santé sont disponibles, ainsi que le lieu de résidence permettant de recueillir des informations contextuelles sur la défavorisation de la zone géographique où vit la personne. Ce manque de données à l'échelle individuelle nécessite la réalisation d'études épidémiologiques spécifiques pour mieux étudier le lien entre la vulnérabilité sociale et la santé mentale, tout du moins pour les populations les plus exclues socialement.

Deux études menées par l'Observatoire du SAMU Social de Paris peuvent être une bonne source de documentation. La première étude porte sur la santé mentale et les addictions des personnes sans logement en Île-de-France, l'étude SAMENTA, commanditée en réponse à une préoccupation croissante quant à la difficulté de prise en charge de ces personnes. La seconde étude se concentre sur les enfants et les familles sans logement, l'étude ENFAMS, soulignant l'impact des conditions de vie sur la santé mentale de ces enfants. Ces exemples mettent en évidence l'importance des études épidémiologiques pour mieux comprendre les liens entre l'exclusion sociale et la santé mentale, en dépit des défis liés à la disponibilité des données. L'enquête SAMENTA visait principalement à estimer la prévalence des principaux troubles psychiatriques et des addictions au sein de la population étudiée. Elle a été menée à l'aide d'un outil psychométrique standardisé, le Mini International Neuropsychiatric Interview, permettant de poser des suspicions de diagnostic. Une caractéristique notable de cette enquête était la présence d'enquêteurs en binôme, composés de professionnels et de psychologues, offrant ainsi une double perspective sur les données recueillies, suivie d'un débriefing avec un psychiatre.

L'étude a été réalisée en 2009 auprès de diverses populations, notamment celles vivant dans des centres sociaux de réinsertion sociale, des centres d'urgence, des centres maternels, des lits haltes soins santé, des hôtels sociaux, des points de distribution de repas et des accueils de jour. La population totale estimée était de 21 000 personnes en situation de sans-abrisme ou d'hébergement précaire en Île-de-France.

Les résultats de l'enquête ont révélé qu'un tiers de cette population présentait des troubles psychiatriques sévères, dont 13 % de troubles psychotiques, 12 % de troubles anxieux et 7 % de troubles sévères de l'humeur. Cependant, il convient de noter que la prévalence de ces troubles variait considérablement selon le lieu d'enquête. Par exemple, les troubles psychotiques étaient plus fréquents dans les centres d'hébergement d'urgence, tandis que les troubles anxieux étaient plus répandus dans les hôtels sociaux.

La répartition de la population étudiée révélait des différences significatives selon les lieux d'hébergement. Les centres d'hébergement d'urgence accueillaient principalement des hommes nés en France, souvent avec des comorbidités et des addictions, tandis que les hôtels sociaux abritaient davantage de femmes, voire des familles immigrées, composées principalement de femmes jeunes avec enfants.

Un élément central mis en évidence était l'association entre les troubles psychiatriques et les violences subies tout au long de la vie. Les données montraient que les personnes ayant été victimes de violences psychologiques, physiques ou sexuelles présentaient un risque accru de troubles psychiatriques sévères. Par exemple, près de 50 % des personnes ayant subi des violences psychologiques répétées avaient au moins un trouble sévère, contre seulement 23 % de ceux qui n'avaient pas subi de violences. Une dépendance ou une consommation régulière de substances psychoactives concernait près de trois personnes sur dix de cette population. Il a également été observé que les personnes d'origine française ayant vécu des événements adverses avant l'âge de 18 ans, comme des violences, des addictions ou des fugues, ainsi que celles ayant été sans domicile avant l'âge de 26 ans, présentaient un risque significativement accru de troubles psychiatriques sévères. Ces constats soulignent l'importance des premières expériences de vie dans le développement des troubles psychiatriques.

Malgré cela, les personnes souffrant de troubles psychiatriques rencontraient de nombreuses barrières à l'accès

aux soins. Bien que 68 % de ces individus aient eu recours aux soins tout au long de leur vie, seulement 18 % avaient été suivis pour leurs troubles, et parmi eux, une majorité prenait des médicaments. Cette situation met en lumière les défis persistants en matière d'accès aux soins pour cette population vulnérable.

L'accès aux soins ne semble pas être le principal obstacle, mais plutôt le maintien dans le système de santé, comme le souligne le constat selon lequel 72 % des personnes avaient renoncé au suivi et aux soins. Les facteurs associés à ce recours aux soins comprennent la jeunesse, un niveau d'éducation plus élevé, une couverture sociale et des antécédents de pathologies mentales. En revanche, ceux qui avaient le moins recours aux soins étaient ceux qui résidaient dans les hôtels sociaux, principalement des femmes avec enfants.

Une analyse de la pyramide des âges mettait en évidence une évolution significative au cours des dernières années. Alors qu'auparavant, la population sans domicile était principalement composée d'hommes d'âge moyen, la structure démographique a évolué vers une plus grande proportion de femmes, avec une concentration importante d'enfants, notamment les nourrissons. Dans l'étude ENFAMS, ces familles sans logement cumulaient les facteurs de risque de précarité, de sans-domicile et de migration, ce qui entraînait une instabilité résidentielle marquée, avec en moyenne trois déménagements par an. Les mères, en particulier, présentaient un fort taux de dépression.

Cette évolution de la composition démographique et des défis rencontrés par ces familles souligne l'importance d'une approche globale dans la prise en charge des problèmes de santé mentale et sociale auxquelles elles sont confrontées. Un tiers des mères de famille sans logement étaient affectées par la dépression, avec des facteurs associés tels que la barrière linguistique, le stress post-traumatique et les comorbidités liées au risque suicidaire. Plus de deux tiers d'entre elles avaient souffert d'un stress post-traumatique à un moment de leur vie, avec une prévalence de 10,8 % dans l'année écoulée. Les causes de ces traumatismes incluaient souvent des départs forcés de leur pays d'origine à la suite de violences, ainsi que l'instabilité résidentielle, qui agit comme une forme de violence structurelle entravant la résilience et exacerbant les troubles post-traumatiques. Les enfants de ces familles étaient également affectés, avec des difficultés émotionnelles et comportementales mesurées par des scores moyens élevés. Environ un enfant sur quatre présentait ces difficultés, avec des facteurs associés tels que l'instabilité résidentielle, les problèmes de santé comme le surpoids et les troubles du sommeil, ainsi que le risque suicidaire maternel et les expériences de victimisation à l'école. Les mères elles-mêmes avaient été exposées à des événements traumatiques, avec plus de deux tiers ayant vécu au moins un événement traumatique dans leur vie. Ces événements incluaient la perte d'un proche, des accidents graves, des agressions physiques ou sexuelles, voire des périodes de captivité ou de torture. Il est important de noter que ces troubles peuvent souvent coexister, avec des causes et des facteurs de risque qui se renforcent mutuellement, soulignant ainsi la complexité des défis auxquels sont confrontées ces familles sans logement.

Les comportements liés à la santé sont profondément influencés par la précarité sociale et la santé mentale, qui engendrent un ensemble de difficultés. La priorité est souvent accordée aux besoins de survie immédiats, tels que le logement et l'alimentation, reléguant la santé au second plan. Les familles, en particulier, placent la santé de leurs enfants en priorité, au détriment parfois de leur propre santé. Un modèle de vulnérabilité de la population met en lumière les facteurs qui prédisposent ou entravent le recours aux soins. Les expériences de discrimination, les traumatismes, le statut résidentiel et judiciaire sont autant de barrières au recours aux soins, tandis que la stabilité financière, résidentielle, et l'accès aux services de santé facilitent l'accès aux soins. L'interaction entre la santé mentale et la vulnérabilité sociale est étroite. Les comportements de santé ne sont pas simplement des choix individuels, mais sont profondément ancrés dans les conditions sociales et les expériences vécues. Ils reflètent des dimensions et des trajectoires sociales, voire des identités sociales. En fin de compte, la santé mentale et la vulnérabilité sociale s'influencent mutuellement, mettant en évidence la nécessité d'une approche holistique dans la prise en charge des individus affectés par ces problématiques.

Le constat dressé met en lumière l'urgence d'agir et de prévenir plutôt que de se retrouver dans une situation d'urgence. Les personnes en exclusion sociale, en particulier celles touchées par le problème du logement, rencontrent d'énormes difficultés d'accès aux soins malgré des besoins de santé souvent plus pressants. Les violences et les facteurs structurels jouent un rôle prépondérant dans la genèse de troubles mentaux sévères, soulignant ainsi la nécessité d'intervenir précocement dans la vie des individus. Des actions sur les facteurs structurels, tels que l'amélioration de la stabilité du logement et l'accès à un hébergement adéquat, ont démontré leur efficacité

non seulement dans l'amélioration de l'accès aux soins, mais aussi dans la promotion de la santé mentale. Des initiatives telles que le projet Housing First et le projet Écotraitement illustrent ces approches intégrées. La notion de vulnérabilité, initialement issue des études environnementales, s'inscrit dans une approche dynamique, soulignant les situations de crise et d'incertitude. L'évolution des politiques publiques, notamment dans le domaine de la santé, tend désormais vers la prévention plutôt que la simple protection des individus en difficulté. Cette approche s'appuie sur un universalisme proportionné et ciblé, combinant des actions universelles avec des interventions spécifiquement adaptées à certaines populations. Elle reconnaît également l'importance d'agir à la fois sur les facteurs contextuels et structurels, nécessitant une coordination intersectorielle et une collaboration étroite entre les acteurs sociaux et sanitaires. En définitive, la prise en charge de la vulnérabilité nécessite une approche globale sur les déterminants sociaux structurels de la santé, mais qui soit également individualisée, pluridisciplinaire et interinstitutionnelle, visant à renforcer les facteurs de protection et la résilience des individus face aux défis qu'ils rencontrent.

**Stéphanie Vandentorren**