

Audition du groupe d'étude santé mentale

Assemblée nationale,
7 mai 2024



Fédération
des acteurs de
la solidarité

Assemblée nationale 7 mai

Audition du groupe d'étude santé mentale

Synthèse	3
Réponses aux questions	5
1. Quels liens y-a-t-il entre précarité et psychiatrie ?	5
2. Comment la précarité affecte la santé mentale ? Quels troubles voit-on se développer ?	6
3. Inversement, le trouble psychique peut-il conduire à la précarité ? Quels sont les processus?	6
4. Quelles particularités psychiques observe-t-on dans les populations touchées par la précarité ?	7
5. Chez les enfants, les personnes sans abri, les personnes exilées, les détenus, les personnes en situation de chômage,	7
6. Quelles évolutions y a-t-il eu ces dernières années en matière de troubles psychiques en lien avec les situations de précarité ?	11
7. Observez-vous des différences selon les milieux sociologiques ? Par exemple, que se passe-t-il en milieu urbain et que se passe-t-il en milieu rural ?	11
8. Y-a-t-il une corrélation entre troubles psychiques, précarité et désertification médicale ?	13
9. Pensez-vous que notre dispositif de soins répond correctement aux situations ?	13
10. Que doit-on développer pour mieux identifier les problématiques ?	14
11. Les dispositifs « aller vers » sont-ils adaptés ? Répondent-ils aux besoins?.....	15
12. Quelles réponses sont souhaitables à court, moyen et long terme? De quels corps professionnels avons-nous besoin pour répondre à ces situations ? Quelle organisation de soins préconisez-vous?	17
13. Quel est l'impact du modèle sociétal sur la santé mentale ?	18
14. Quelles recherches mériteraient d'être menées ?	19
15. La FAS souhaite-t-elle partager une information supplémentaire au groupe d'étude ?	19

Synthèse

La **Haute Autorité de Santé (HAS)** rappelle que **les liens entre précarité sociale et santé mentale sont complexes**. Si les troubles psychiques et en particulier les troubles sévères tels que les psychoses tendent à précariser les personnes en altérant leurs capacités relationnelles et sociales, les situations de grande précarité accentuent la souffrance et les troubles psychiques. **Les personnes sans domicile présentent cependant et en effet un état de santé psychique dégradé par rapport à la population générale** (prévalence d'au moins 1 trouble psychique dans la population sans domicile évaluée à 75% dans la littérature internationale). Il est pour autant difficile de préciser ce qui relève de la cause et de ce qui relève de l'effet : si les problématiques psychiatriques favorisent la probabilité de se retrouver en situation de rue, l'expérience de la survie en rue favorise elle aussi l'émergence de troubles d'ordre psychique ou psychiatrique.

- *La situation de précarité peut donc évidemment affecter la santé mentale puisqu'elle vient fragiliser les personnes, notamment au regard de l'insécurité permanente qu'elles subissent, de l'errance qui peut être épuisante tant physiquement que psychiquement.*

La FAS constate une hausse de la précarité, une hausse des besoins en matière de santé mentale mais aussi une baisse des moyens pour y répondre. La FAS constate également :

- Une demande de plus en plus forte en matière de santé mentale en lien avec des situations qui se précarisent, des représentations négatives ancrées sur les publics et plus globalement sur les troubles de la santé mentale ;
 - Une prise de conscience du secteur social – liée notamment à la crise covid mais pas seulement (en témoigne le nombre de professionnel.le.s, chaque session plus nombreux et nombreuses, qui participent aux webinaires sur la santé mentale que la FAS organise depuis 2 ans) ;
 - Des équipes qui se forment et en demande de formation ;
 - Un manque de réponse du secteur de la santé mentale, lié à de fortes tensions ;
 - Des secteurs encore trop pensés en silo et qui ne favorisent pas une prise en charge et en soin globale, efficiente et adaptée à chacun.e.
- Réponse 9 si besoin de développement

La HAS soulignent aussi des dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes en situation de précarité présentant des besoins en santé mentale :

- Réticences des établissements et structures à accueillir ces personnes au regard du cumul des vulnérabilités, rendant l'accompagnement difficile, et amenant les professionnel.le.s (intervenant.e.s sociales.aux, bailleurs, professionnel.le.s de la santé) à craindre d'être laissés seul.e.s face à ces situations ;
- Des cloisonnements persistants entre champs d'intervention (santé, travail social, mais aussi psychiatrie et addictologie) qui freinent la mise en place d'un accompagnement global ;
- Des phénomènes de non-recours aux dispositifs d'aide et de santé, notamment parce que les personnes ne sont pas toujours en mesure de formuler une demande d'aide ou de soins, voire ont des craintes par rapport aux dispositifs.

Les dispositifs d'aller vers sont adaptés pour répondre aux besoins des publics que nous accompagnons, puisqu'ils permettent d'aller vers celles et ceux qui ne se rendent pas vers le soin et qui en sont les plus éloignés. **Cependant, force est de constater que ces dispositifs ne sont pas suffisants.**

➤ Réponse 11 si besoin de développement

Il existe des particularités dans les troubles psychiques en fonction du genre, du lieu d'habitation, de la catégorie professionnelle (ou de celle des parents), de l'âge, etc.

- Les populations migrantes sont particulièrement concernées par les syndromes psychotraumatiques ;
- Vulnérabilité plus marquée pour les femmes que pour les hommes concernant les violences physiques et sexuelles ainsi que davantage de syndrome dépressif et de stress post-traumatique et un état de santé plus dégradé ;
- Les signes anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents chez les jeunes sortis du système scolaire.

Les géographies de l'isolement se calquent sensiblement sur celles de la précarité, voire de la grande pauvreté. Par ailleurs, malgré un bon niveau de santé, la France reste marquée par de fortes inégalités de santé, l'une des plus marquantes étant la durée et l'espérance de vie.

➤ Réponse 5 et 7 si besoin de développement

Face à ces multiples constats, la FAS préconise – entre autres – de :

- **Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité** (voir question 11) ;
- **Multiplier au sein des structures d'accueil, d'hébergement et de logement, les interventions des professionnel.le.s de la santé mentale**, spécialisées en clinique de la précarité et besoins en santé mentale que peuvent présenter les personnes concernées ;
- Et/ou organiser, au sein des structures, des consultations avancées en santé mentale (en s'inspirant du modèle des consultations avancées en addictologie) avec des professionnel.le.s spécialisé.e.s (psychiatres, psychologues formés aux besoins du public – ex. : psychotrauma) ;
- **Poursuivre le déploiement des dispositifs tels Un chez-soi d'abord ;**
- **Financer l'intervention d'équipes externes spécialisées à la suite d'un évènement pouvant fragiliser les équipes professionnelles ;**
- **Encourager et accompagner la mise en œuvre de partenariats entre les secteurs de l'exclusion sociale et celui de la santé.**
- Voir Réponse à la question 12 pour préconisations exhaustives

Réponses aux questions

1. Quels liens y-a-t-il entre précarité et psychiatrie ?

Attention : il convient de rappeler que la lecture des chiffres présentés ci-dessous ne doit pas participer à la stigmatisation des personnes en situation de précarité et les catégoriser (les faire « entrer dans une case »), d'autant plus au regard du contexte et de la politique actuelle.

Selon la HAS, **les personnes sans domicile présentent en effet un état de santé psychique dégradé par rapport à la population générale**. La prévalence d'au moins un trouble psychique dans la population sans domicile est évaluée à plus de 75 % dans la littérature internationale.

La surreprésentation des troubles psychiques au sein de la population en situation de précarité est bien établie. Bien que nous manquions malheureusement d'études récentes, l'étude **SAMENTA** (SANTé MENTale et Addictions chez les personnes sans logement personnel d'Île-de-France) montrait, en 2009, que :

- 31.5% des personnes sans domicile en Ile-de-France souffraient de troubles psychiatriques sévères (prévalence de troubles psychotiques 10 fois plus importante que dans la pop générale) :
 - ✓ 13,2% d'entre eux présentent des troubles psychotiques ;
 - ✓ 6,7% présentent des troubles sévères de l'humeur ;
 - ✓ 12,3% présentent des troubles anxieux ;
 Considérant qu'une part d'entre eux peuvent souffrir de plusieurs troubles associés.
 - 21.1% présentaient des troubles de la personnalité et du comportement,
 - 15.8% souffraient de troubles de l'humeur légers à modérés (ce qui porte à 22.5% la part totale de celles et ceux souffrant de troubles de l'humeur – cf. troubles sévères de l'humeur),
 - la dépendance ou la consommation régulière de substances psychoactives concernaient près de 30% des personnes,
 - le risque suicidaire moyen ou sévère identifié était plus élevé qu'en population générale : 15% des hommes et 10% des femmes présenteraient un risque suicidaire et 21,8% des répondants déclarent avoir déjà tenté de se suicider (*NB : contre 5% pour la population générale – baromètre santé publique France 2017*),
 - 40 % des personnes sans logement déclaraient avoir subi au cours de leur vie des violences psychologiques ou morales répétées ; près de 30 % déclaraient des violences physiques.
- *Nous pouvons avancer que ces derniers chiffres peuvent être sous-estimés, concernant les femmes plus particulièrement, notre réseau témoignant que toutes ont vécu, au cours de leurs parcours de vie/de rue, au moins un épisode de violence.*

Notons par ailleurs que les troubles psychotiques concernent 3 fois plus les personnes sans domicile nées en France.

Enfin, les troubles présentés sont généralement plus importants en ce qui concerne les personnes hébergées en CHU ou accueillies en Halte de nuit, ce qui suggère que la psychiatrie et la grande précarité s'interdéterminent en partie.

- *Ce que nous questionnons : cette prévalence ne peut-elle pas aussi être la conséquence du fait que les personnes présentant des troubles psychiatriques sont particulièrement difficiles à accompagner et orienter vers des dispositifs d'accueil, d'hébergement et de logement plus pérennes (cf. manque voire quasi aucune place pensée pour les personnes présentant des problématiques psychiatriques sévères) ?*

L'étude SAMENTA a également montré que les personnes en situation de grande précarité présentaient des situations particulièrement complexes, liées notamment :

- Au cumul des vulnérabilités, multiples et profondes (précarité sociale, problèmes de santé somatique, situation administrative, problèmes de santé mentale, souffrance psychique, addictions...) ; certaines situations individuelles peuvent être particulièrement dégradées, appelant des mesures d'urgence ;
- Un désengagement par rapport aux dispositifs sociaux et de santé, du fait du trouble psychique lui-même, mais aussi de barrières multiples ;
- Le fait qu'elles soient souvent sujettes à une forme de rejet institutionnel, du fait de troubles du comportements qui peuvent mettre en tension les institutions, déjà sur-saturées.¹

2. Comment la précarité affecte la santé mentale ? Quels troubles voit-on se développer ?

- Nous pouvons avancer, **au regard de nos expériences de terrain et des remontées que nous avons des adhérents, que la situation de précarité affecte évidemment la santé mentale puisqu'elle vient fragiliser les personnes, notamment au regard de l'insécurité permanente que subisse les personnes concernées, de l'errance qui peut être épuisante tant physiquement que psychiquement.** Elle les oblige à déployer des mécanismes afin de se maintenir « en vie », tant physiquement que psychiquement (état de « survie »). Le risque alors de décompensation pourrait être plus élevé, notamment lorsque les situations se stabilisent – accès au logement par exemple - alors même que les dispositifs existants ne sont pas toujours en mesure de prévenir et accompagner psychologiquement les personnes.

Ainsi, comme le rappelle **la HAS**, si le fait d'être en situation de précarité est psychologiquement et physiquement rude, il est difficile de préciser ce qui relève de la cause et ce qui relève de l'effet : si les problématiques psychiatriques favorisent la probabilité de se trouver en situation de rue, l'expérience de la survie en rue favorise elle-aussi l'émergence de troubles psychiques et/ou psychiatriques.

3. Inversement, le trouble psychique peut-il conduire à la précarité ? Quels sont les processus ?

Comme le précise la **HAS** et tel que nous avons pu le dire précédemment, **les liens entre précarité sociale et santé mentale sont complexes.** Si les troubles psychiques et en particulier les troubles sévères tels que les psychoses tendent à précariser les personnes en altérant leurs

¹ HAS, Grande précarité et troubles psychiques, Novembre 2023

capacités relationnelles et sociales, les situations de grande précarité accentuent la souffrance et les troubles psychiques.

Cependant, selon Maryse BRESSON, « *Si ces travaux sur les sans domicile fixe ont confirmé que la précarité pouvait être à l'origine de diverses pathologies, il est apparu que celles-ci s'entendaient en termes de santé globale, du fait notamment de la difficulté à faire face à des basses températures (lorsqu'on dort dans la rue), du manque de sommeil ou de la fatigue physique et de la tension nerveuse liés à l'impossibilité de rester dans un endroit donné, les SDF étant presque partout jugés indésirables. Aussi difficiles à vivre soient-elles, ces atteintes à la santé ne préjugent pas de troubles de la santé mentale.* »²

En conséquence, si nous ne **pouvons pas affirmer de processus établi concernant l'impact d'un trouble psychique antérieur sur la situation de précarité, nous pouvons avancer que la stigmatisation et les discriminations que subissent les personnes présentant des troubles psychiques et/ou psychiatriques peuvent favoriser l'entrée dans la précarité.**

- Stigmatisation et discrimination sont liées notamment aux représentations encore prégnantes de la société autour des questions de santé mentale, l'isolement et la perte de liens auquel cela peut conduire, les difficultés d'accès aux soins au regard d'un système de santé en tension, ce qui est particulièrement vrai pour le champ de la santé mentale, les difficultés à accéder à un emploi stable compte tenu de certaines problématiques psychiques ou encore des antécédents de vécus de violences ou d'événements traumatiques peuvent favoriser l'entrée dans la précarité.

4. Quelles particularités psychiques observe-t-on dans les populations touchées par la précarité ?

Et,

5. Chez les enfants, les personnes sans abri, les personnes exilées, les détenus, les personnes en situation de chômage, ...

La situation de sans-domicile (et l'expérience de la rue qui lui est inhérente) engendre des épreuves psychologiques et des remises en question déroutantes. La stigmatisation, l'isolement, la violence, la dépendance envers les services sociaux sont autant d'expériences traumatisantes. Comment ne pas imaginer que la rue provoque inévitablement de l'incertitude, du stress, de l'anxiété et des formes de dépression ?

FOCUS Personnes âgées :

Les associations du réseau de la FAS et de la FEHAP dans le secteur social sont de plus en plus confrontées au vieillissement prématuré des personnes hébergées et accompagnées, mais aussi à la dégradation de leur état de santé, à la survenue des dépendances, à des questions de fin de vie et de mort.

Selon la **DREES** :

- 13% des personnes accueillies en CHRS ont plus de 50 ans ;
- 25% ont entre 35 et 49 ans ;
- Dans les autres centres d'hébergement, la part des personnes de plus de 50 ans représente 17% des personnes accueillies tandis qu'elle atteint 55% en pensions de famille / résidences sociales.

² Maryse Bresson, Le lien entre santé mentale et précarité : déconstruire les fausses évidences, Actes du séminaire de recherche de la DREES et de la DARES, 2019

De plus, selon **une enquête de 2017 menée par la FAS Ile de France**, les CHRS répondants indiquent que 25% des personnes accompagnées sont en situation de perte d'autonomie³.

Enfin, la mission **Interface** (Samu Social de Paris) témoigne que 19% des personnes accueillies en centre d'hébergement ont plus de 60 ans (chiffres SIAO 2016). En 2022, la mission Interface a accompagné 800 personnes âgées et 300 en situation de handicap : cet accompagnement a permis la sortie pérenne de 95 personnes.

- *La question de l'orientation de ces personnes vers des dispositifs spécialisés et adaptés tels que les EHPAD se pose, d'autant plus lorsqu'elles présentent des troubles psychiques ou psychiatriques, compte tenu du manque de formation et de connaissance des professionnel.le.s de ce secteur, déjà en tension.*
- *Notons que l'âge moyen au décès s'établit à 48 ans pour les personnes sans domicile fixe selon le décompte du collectif « **Les morts de la rue** » alors que l'espérance de vie est de 79,3 ans pour les hommes et 85,4 ans pour les femmes en 2022 en population générale, tel que le rappelle la **HAS**.*

FOCUS Populations migrantes :

Les populations migrantes présentent des spécificités. Comme le précise la **HAS**, elles sont moins touchées par certains troubles psychiatriques que les autres populations précaires. **En revanche, elles sont particulièrement concernées par les syndromes psychotraumatiques.** Beaucoup d'exilés ont subi des violences multiples dans leur pays d'origine puis dans leur parcours d'exil, (NB : également sur le territoire français). Ils connaissent par ailleurs des situations de grande précarité sociale et administrative qui tendent à renforcer ces troubles.⁴

- *Or, la prise en charge d'un état de stress post traumatique, duquel découlent une palette de symptômes pouvant être extrêmement invalidants au quotidien, nécessite d'être conduite par des professionnel.le.s de la santé mentale formé.e.s et spécialisé.e.s qui sont en capacité d'en mesurer tous les enjeux et impacts et d'adapter leurs postures et leurs accompagnements aux spécificités de ce syndrome.*

L'étude de France Terre d'Asile⁵ , parue en juillet 2023, concernant la santé mentale des exilé.e.s vient confirmer qu'il s'agit d'un enjeu majeur dans leur accompagnement. Cette étude relève :

- Que la santé mentale reste un tabou pour beaucoup de demandeurs.ses d'asile : ceux-ci et celles-ci parlent peu de détresse psychologique bien que des symptômes associés sont mentionnés,
- Ils et elles sont parfois défiantes envers l'aide psychologique et peuvent ainsi renoncer aux soins, d'autant plus lorsqu'ils et elles manquent de connaissance sur leurs droits, font face à la barrière de la langue, se trouvent dans des centres d'hébergement implantés dans des « déserts médicaux » ou encore en raison du délai de carence de 3 mois,
- ¼ des personnes exilées présentent des pensées suicidaires ou ont déjà fait une tentative de suicide (selon le **Comède** – comité pour la santé des exilé.e.s),
- 68% de ce public relève de psycho traumatisme (**chiffres MDM**),
- 41% d'entre eux a été victimes de violences psychiques.

³ Plaidoyer Vieillesse et précarité de la FAS

⁴ HAS, Note de cadrage Grande précarité et troubles psychiques, 7 septembre 2021

⁵ https://www.france-terre-asile.org/images/stories/publications/pdf/etude_sante_mentale_web.pdf

Or, comme le rappelle cette étude, la demande d'asile est un processus éprouvant, exigeant que le demandeur livre un récit détaillé de son parcours de vie ce qui peut nuire à sa capacité de résilience et à sa capacité à défendre son droit de protection internationale.

- *Nous estimons qu'il y a urgence à mieux considérer et accompagner les personnes exilées en matière de santé mentale, et rejoignons les résultats de l'étude qui considère qu'il s'agit aussi d'un enjeu de santé publique.*

FOCUS Chômeurs :

Selon les baromètres **Santé 2005 et 2010 de l'INPES** :

- Les chômeurs déclarent avoir eu significativement plus d'épisodes dépressifs majeurs au cours des douze derniers mois que les actifs occupés.
- 17,4 % des chômeurs ont consommé des médicaments psychotropes dans les 12 derniers mois contre 13,8 % et 16,7 % des actifs occupés en 2005 et 2010 respectivement.

Cette différence réduite s'explique plus par une dégradation des conditions de travail que par une amélioration de la santé mentale des chômeurs.

Selon **l'OCDE en 2012** (Organisation de coopération et de développement économiques), la prévalence de troubles mentaux et les différences entre chômeurs et actifs occupés semblent augmenter avec la durée de chômage.

Notons enfin que les chômeurs sont 2 fois plus concernés par l'isolement relationnel que les actifs occupés, ce qui impacte évidemment la santé mentale (**source INSEE**).

- *Cette différence en matière de santé mentale entre actifs occupés et chômeurs s'explique par une perte du capital social, l'immersion dans une situation stressante. Soulignons aussi la stigmatisation dont sont victimes les personnes sans emploi/en recherche d'emploi.*

FOCUS Femmes :

Dans son dernier rapport, la **Délégation aux droits des femmes et à l'égalité des chances** entre les hommes et les femmes constate que le manque de connaissance, conjugué au fait que la **médecine est pensée et organisée par rapport à un modèle de référence masculin**, explique que les spécificités féminines dans le domaine de la santé mentale sont généralement méconnues, alors que l'environnement dans lequel évoluent les femmes a un impact déterminant sur leur santé mentale. Comme le souligne **le rapport d'élaboration de la HAS** « Grande précarité et troubles psychiques », la recherche consacrée à la santé mentale des femmes sans-abris est très « pauvre » avec une distinction entre l'expérience des hommes et des femmes, complexifiée par les **stratégies d'invisibilisation que les femmes mettent en place pour se protéger**.

Les résultats d'une étude⁶ attestent :

- D'une vulnérabilité plus marquée pour les femmes que pour les hommes concernant les violences physiques et sexuelles,

⁶ Neuropsychiatr Dis Treatment, Tinland A, Boyer L, Loubière S, Greacen T, Girard V, Boucekine M, et al. Victimization and posttraumatic stress disorder in homeless women with mental illness are associated with depression, suicide, and quality of life, n°2018:14

- De davantage de syndromes dépressifs et de stress post-traumatique,
- D'un état de santé plus dégradé.

En outre, les femmes concernées par des troubles psychiques sont plus vulnérables aux violences physiques ou sexuelles avec un risque suicidaire plus important que les hommes dans la même situation (51.2% contre 41.8% chez les hommes).

Dans son **plaidoyer « Santé des femmes en situation de précarité »⁷**, paru en mars 2024, la **FAS** a mis en avant les besoins en santé mentale des femmes en situation de précarité et préconise de :

- Encourager les partenariats entre les secteurs de l'exclusion sociale et de la santé mentale et développer des lieux de soins en santé mentale spécialisés dans l'accompagnement des femmes en situation de précarité : prises en charge du psycho-trauma notamment, ou encore des conduites addictives, prises en soins des enfants co-victimes ou victimes,
- Organiser, au sein des structures, des consultations avancées en santé mentale (en s'inspirant du modèle des consultations avancées en addictologie) avec des professionnel-le-s spécialisé-e-s (là encore : psycho traumatisme, notamment pédopsychiatrie),
- Développer les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) et renforcer leurs moyens, afin d'assurer une meilleure prise en charge psychiatrique aux femmes en situation de précarité,
- Faire de la lutte contre la dépression du post-partum une priorité de santé publique, en systématisant l'information des mères pendant la grossesse, en mettant en place des grilles d'évaluation en prénatal comme en postnatal, en assurant un accompagnement renforcé des mères en postnatal, tant sur le plan matériel que psychologique, en renforçant les moyens et le personnel (présence de psychologues et d'addictologues) des services de protection maternelle et infantile (PMI),
- Déployer et renforcer le dispositif « Un chez soi d'abord » notamment rural et jeune,
- Inciter les acteurs de l'exclusion sociale à intégrer les dynamiques territoriales comme les Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) et les Centres Locaux de Santé Mentale (CLSM) en les accompagnant et les outillant pour une meilleure prise en compte dans la construction des politiques locales,
- Promouvoir auprès des acteurs-rices les expériences probantes et outils tels que La ligne d'écoute nationale de prévention du risque suicidaire, le 3114, ou les ressources publiées par le Psycom comme le Cosmos mental, le jardin du dedans, la santé mentale des parents.

FOCUS Addiction :

En décembre 2023, la FAS a porté, en partenariat avec la Fédération Addiction, un plaidoyer autour de la thématique « Précarité et addiction »⁸, nourri des expériences et projets que nous avons conduits, avec notre réseau, ces dernières années.

Les chiffres témoignent d'une prévalence, pour la population générale, de 50% environ de pathologies duelles soit l'association de troubles psychiatriques et de troubles addictifs (source : **traité d'addictologie**, 2016). Pourtant les personnes concernées sont encore trop rarement accompagnées sur ces deux versants et nous constatons un manque criant de réponses adaptées aux besoins de ces personnes.

⁷ https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2024/03/Mars-2024_Plaidoyer-Sante-et-Droits-des-femmes_VF_web.pdf

⁸ <https://www.federationsolidarite.org/wp-content/uploads/2023/12/Plaidoyer-addiction-et-precarite-VF.pdf>

Aujourd'hui, nous sommes confronté.e.s à une réponse des pouvoirs publics insatisfaisante : certains financements nous sont refusés au regard du fait que les projets présentés ambitionnent d'accompagner les personnes à la fois sur le versant de la santé mentale, à la fois sur celui relatif à leur addiction ; ou bien encore, il est considéré que le travail de revalorisation, de remobilisation et de « prendre soin de soi » ne peut pas faire partie d'une prise en charge liée à une problématique d'addiction. C'est, selon nous, nier l'impact des addictions sur la santé mentale et réciproquement d'autant plus quand les études témoignent du fait que la plupart des personnes présentant des conduites addictives présentent des parcours de vie ponctués d'événements à caractère traumatique qui influent sur leurs conduites addictives.

Aussi affirmons-nous que l'addiction ne doit pas être considérée de façon isolée, mais bien dans une démarche de santé globale, ce que nous préconise également la HAS dans la prise en soin et en charge des addictions.

Nous ne pouvons demander à notre secteur de prendre en charge les personnes présentant des addictions sans nous donner les moyens pour ce faire.

6. Quelles évolutions y a-t-il eu ces dernières années en matière de troubles psychiques en lien avec les situations de précarité ?

La FAS constate une hausse de la précarité, une hausse des besoins en matière de santé mentale mais aussi une baisse des moyens pour y répondre.

- Un/des secteur(s) en tension qui ne sont pas en mesure de prendre en charge et en soin les plus précaires.

7. Observez-vous des différences selon les milieux sociologiques ? Par exemple, que se passe-t-il en milieu urbain et que se passe-t-il en milieu rural ?

Différences en matière de CSP – Chiffres et éléments issus de l'ouvrage France, portrait social, de l'INSEE – 2023 :

En matière de santé mentale, entre 10 et 12 % des enfants de binôme parental inactif, monoactif employé ou ouvrier, ou à dominante employée présentent des signes anxio-dépressifs, contre 8 % des enfants de binôme parental à dominante cadre ou ouvrière. Ces écarts persistent à autres caractéristiques comparables. **Les signes anxio-dépressifs sont particulièrement fréquents chez les jeunes sortis du système scolaire (12 %),** mais inférieurs à la moyenne chez les apprentis (6 %).⁹

La faible part des apprentis présentant des signes anxio-dépressifs est due en partie au fait que les garçons ont moins tendance que les filles à déclarer de tels signes (5 % contre 14 %), et qu'ils constituent près des trois quarts des apprentis. Toutefois, y compris à autres caractéristiques comparables dont le sexe, les apprentis ont moins de risques de présenter des signes anxio-dépressifs que les jeunes en lycée général et technologique.

Les enfants de binôme parental à dominante cadre ou ouvrière sont également les moins nombreux à avoir fait, au cours de leur vie, une tentative de suicide les ayant menés à l'hôpital (3 %), contre 5 % des jeunes dont les binômes parentaux sont inactifs ou monoactifs employé ou ouvrier. Ces tentatives de suicide affectent 3 % des élèves des lycées généraux et

⁹ Insee, France, portrait social, Edition 2023

technologiques, 4 % des élèves des lycées professionnels, 7 % des apprentis et 10 % des jeunes sortis du système scolaire.

À autres caractéristiques identiques, l'association entre tentative de suicide et catégorie sociale s'estompe, mais le lien avec la situation scolaire se confirme : par rapport aux lycéens en voie générale ou technologique, les jeunes de 17 ans sortis du système scolaire ont 4,3 fois plus de risques d'avoir fait une tentative de suicide et les apprentis 3,7 fois plus de risques.

Les plus précaires toujours plus exposés à l'isolement

Entre 2022 et 2023, l'isolement relationnel des personnes disposant de faibles ressources reste stable (Figure 3). Toutefois, elles sont toujours plus exposées que les autres catégories de la population à cette situation : 14 % d'entre elles sont isolées au début de l'année 2023, soit 3 points de plus que l'ensemble de la population.

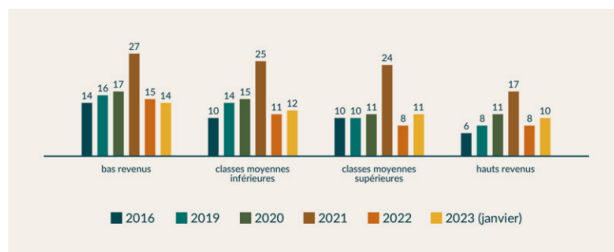


Figure 3
Évolution de la part des personnes isolées selon le niveau de revenus

Source : Crédoc, enquêtes Conditions de vie et aspirations, de janvier 2020 à janvier 2023, champ : personnes âgées de 15 ans et plus. Note de lecture : en janvier 2023, 14 % des personnes disposant de bas revenus sont en situation d'isolement relationnel.

En janvier 2023, les personnes au chômage sont, comme en 2022, deux fois plus concernées par l'isolement relationnel que la moyenne de la population (Figure 4).

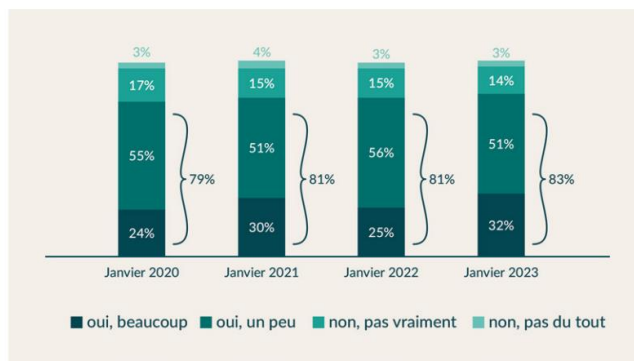
La solitude plus douloureuse au quotidien

Si, comme l'isolement, le sentiment de solitude se stabilise et ne fait pas l'objet d'évolutions majeures, il est en revanche perçu comme plus douloureux que les années précédentes. Une personne sur cinq (21 %) indique se sentir régulièrement seule, une proportion

Figure 5

« Souffrez-vous du fait de vous sentir seul ? »

Source : Crédoc, enquêtes Conditions de vie et aspirations, de janvier 2020 à janvier 2023, champ : ensemble des personnes ayant indiqué se sentir seules « Tous les jours ou presque » ou « souvent »
Note de lecture : en janvier 2023, parmi les personnes ayant indiqué se sentir seules, 32 % déclarent beaucoup souffrir de ce sentiment de solitude.



En juillet 2023, 28% des habitants de l'agglomération parisienne et des communes de plus de 100 000 habitants se sentent seuls contre 24% des habitants des communes rurales.

Les populations socialement insérées, diplômées et aux revenus confortables jouissent d'une sociabilité plutôt vive, notamment dans des lieux publics (cafés, bars, restaurants) dans lesquels les groupes aux revenus plus modestes se rendent peu.

Enfin, si l'on s'intéresse à la précarité et la grande exclusion – deux facteurs majeurs de production d'isolement – c'est aussi en ville que ces situations sont le plus communément observées. Dans son rapport de 2022 sur l'évolution de la pauvreté en France, **l'Observatoire des inégalités** souligne que la pauvreté se concentre essentiellement dans les centres des communes les plus riches et que 63% des personnes en situation de pauvreté vivent en ville et

dans les quartiers défavorisés. **On comprend dès lors que les géographies de l'isolement se calquent sensiblement sur celles de la précarité, voire de la grande pauvreté.**¹⁰

8. Y-a-t-il une corrélation entre troubles psychiques, précarité et désertification médicale ?

9. Pensez-vous que notre dispositif de soins répond correctement aux situations ?

Malheureusement la réponse est insuffisante et ne répond pas aux besoins des personnes concernées, ni aux besoins de celles et ceux qui les accompagnent.

Nous constatons :

- **Une demande de plus en plus forte en matière de santé mentale en lien avec des situations qui se précarisent**, des représentations négatives ancrées sur les publics et plus globalement sur les troubles de la santé mentale ;
- **Une prise de conscience du secteur social – liée notamment à la crise covid mais pas seulement.** En témoigne le nombre de professionnel.le.s, chaque session plus nombreux et nombreuses, qui participent aux webinaires sur la santé mentale que la FAS organise depuis 2 ans (400 connexions pour la dernière session sur les besoins en santé mentale des femmes en situation de précarité) ;
- Des équipes qui se forment et en demande de formation : 60% des professionnel.le.s sensibilisés aux questions de santé mentale inhérentes au public accompagné au sein de notre réseau ;
- **Un manque de réponse du secteur de la santé mentale**, lié à de fortes tensions : manque de moyens, manque de professionnel.les, manque de structures de soins adaptées aux problématiques spécifiques du public, manque de professionnel.le.s de santé formé.e.s à la clinique de la précarité ;
- L'obligation pour les travailleurs.euses sociales.aux de mener des entretiens autour des questions de santé auprès des personnes accueillies/accompagnées, alors même que ça n'est pas leur cœur de métier, faute d'avoir, au sein de leurs équipes des professionnel.le.s de santé ;
- Des **secteurs encore trop pensés en silo** : quid des personnes présentant des pathologies duelles par exemple ? Les personnes vont de structures en services sans que personne soit en mesure de s'engager (CF. plaidoyer addiction) ;
- L'impact de la sectorisation en santé mentale sur les demandes de soin des personnes en situation de précarité : cela représente un frein pour les personnes en précarité, d'autant plus lorsqu'elles sont mobiles.

¹⁰ Fondation de France, Solitudes 2023, 2024

Conséquences :

- Des personnes qui ne peuvent être orientées, ou difficilement, lorsqu'émerge une demande de soin ou une temporalité inadaptée (plusieurs semaines voire mois d'attente en pour un premier RDV en CMP qui ne présage pas toujours d'un suivi, idem pour les structures/associations spécialisées (ex. : Minskowska, Primo Levi, etc.) ;
- De grandes difficultés à obtenir un RDV (davantage encore un suivi) avec un psychiatre pour une personne qui nécessiterait un traitement et/ou des soins, d'autant plus lors de comorbidité en particulier les conduites addictives;
- Cela amène à des situations des non-recours au soin et/ou d'errance médicale : les personnes concernées finissent par se décourager entraînant une non demande voire rejet des dispositifs.

Nous rejoignons donc la **HAS qui soulignent des dysfonctionnements dans la prise en charge des personnes en situation de précarité présentant des besoins en santé mentale, à savoir :**

- **Réticences des établissements et structures à accueillir ces personnes au regard du cumul des vulnérabilités**, rendant l'accompagnement difficile, et amenant les professionnel.le.s (intervenants sociaux, bailleurs, professionnel.le.s de la santé) à craindre d'être laissé.e.s seul.e.s face à ces situations ;
- **Des cloisonnements persistants entre champs d'intervention** (santé dont la psychiatrie et l'addictologie, travail social, emploi, logement) qui freinent la mise en place d'un accompagnement global ;
- **Des phénomènes de non-recours aux dispositifs d'aide et de santé**, notamment parce que les personnes ne sont pas toujours en mesure de formuler une demande d'aide ou de soins, voire ont des craintes par rapport aux dispositifs.

La HAS précise que face à la complexité de ces situations, les professionnel.le.s peuvent parfois céder à un sentiment d'impuissance conduisant à un évitement.

10. Que doit-on développer pour mieux identifier les problématiques ?

Préconisations concernant les politiques publiques – issues et adaptées notamment des plaidoyers portés par la FAS sur les questions de santé (Vieillesse, Addiction & précarité, Santé des femmes en situation de précarité) :

- Pour les personnes précaires vieillissantes, qui cumulent les vulnérabilités en cas de problématiques de santé mentale, **l'accès aux établissements spécialisés du secteur gérontologique doit être facilité**, quand la personne le souhaite : penser et construire un accès facilité à l'aide sociale à l'hébergement, encourager les dérogations à la règle de l'âge d'éligibilité (60 ans en cas d'incapacité au travail) ;
- Harmoniser les pratiques à tous les niveaux (régional, départemental), et surtout **décloisonner les politiques publiques** notamment dans les logiques de financement et de pilotage des dispositifs qui sont à l'intersection de différentes politiques publiques (ex. ACT¹¹ « Un Chez-soi D'Abord ») ;

¹¹ Appartement de Coordination Thérapeutique

- Dans cette logique de financement que nous considérons inadaptée, nous constatons une **inégalité en fonction des territoires**. Or, il est nécessaire de penser une réponse commune et équitable en lien avec les spécificités et les besoins des territoires ;
- **Sortir de la logique court-termiste des AAP et AMI** qui empêche la poursuite des actions, essouffle les équipes, oblige les différents acteurs à une mise en concurrence, ce qui crée des disparités et des inégalités dans l'accompagnement des personnes et également entre les territoires ;
- **Pérenniser et essaimer les expérimentations** conduites ces dernières années et qui ont fait leur preuve et/ou renforcer et développer les dispositifs existants ;
- Les réseaux de santé, qui avaient pour objet de rassembler les acteurs du social, du médico-social et de la santé, ont été supprimés progressivement et remplacés par des CPTS¹² dont la feuille de route dépend des adhérents et est souvent orientée vers des enjeux sanitaires, moins de santé mentale. Nous affirmons donc la nécessité de **(re)penser des espaces de rencontres intersectorielles**, réunissant de fait les acteurs du social, du médico-social et de la santé, avec le soutien des agences régionales de santé (ARS) et des directions régionales de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) ;
- **Donner les moyens au système de santé d'être efficient et un relais solide au travail social** mené par les associations de notre réseau, pour une meilleure articulation entre les différents secteurs ;
- **Déployer les centres de santé¹³ ainsi que les maisons de santé pluridisciplinaire¹⁴**, intégrant de fait la prise en compte et en soin en santé mentale afin de lutter contre les « désert médicaux » : l'isolement est non seulement une barrière à l'accès aux soins mais il représente aussi un facteur de risque.

11. Les dispositifs « aller vers » sont-ils adaptés ? Répondent-ils aux besoins?

Rapide état des lieux :

La mesure 27 du Ségur de la santé a permis le renforcement des équipes mobiles pour aller vers les personnes, sur le principe d'inconditionnalité, et favoriser leur prise en charge sur le plan de la santé globale.

Au-delà de ce renforcement, elle a **permis de déployer une soixantaine de PASS mobiles** et la création de nouveaux modèles d'équipes mobiles « santé social », à savoir :

- Les équipes mobiles « santé précarité » qui ont pour enjeu de repérer, orienter et accompagner vers le soin après un premier diagnostic sanitaire et social, et d'assurer

¹² Communautés professionnelles territoriales de santé : espaces construits à l'initiative des professionnel-le-s libéraux afin de faciliter la coordination de soins des personnes accompagnées et les conditions d'exercice des professionnel-le-s du territoire.

¹³ Inscrits dans l'article L6323-1 du code de santé publique, les centres de santé sont créés et gérés par des organismes à but non lucratif. Lieux d'exercice collectif, ils appliquent le tiers payant sans dépassement d'honoraires et les équipes médicales sont salariées du gestionnaire du centre.

¹⁴ Structures pluri professionnelles constituées de professionnel-le-s, essentiellement libéraux. Les maisons de santé concluent un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens avec les ARS et un accord conventionnel interprofessionnel avec les CPAM, préalablement au versement d'une aide financière.

l'articulation avec les acteurs de santé, du médico-social, de l'hébergement et de la veille sociale ;

- Les équipes spécialisées en soins infirmiers « précarité » qui apportent des soins infirmiers aux personnes vivant en structures d'hébergement, dans les lieux de vie alternatifs ou des campements.

Ces équipes mobiles se sont ajoutées aux équipes déjà existantes, notamment les EMPP (équipes mobiles psychiatrie précarité) dont les missions sont d'aller vers les personnes en situation de précarité pouvant présenter des troubles d'ordre psychique ou psychiatrique, de favoriser leur accès aux soins en fonction de leurs besoins et de soutenir les équipes sociales (éclairage clinique par ex.).

Les dispositifs d'aller vers sont évidemment adaptés pour répondre (en partie) aux besoins des publics que nous accompagnons, puisqu'ils permettent d'aller vers celles et ceux qui ne se rendent pas vers le soin et qui en sont les plus éloignés.

Cependant, force est de constater que ces dispositifs ne sont pas suffisants : en termes de présence sur le territoire, mais également insuffisamment dotés en professionnel.le.s, notamment de la santé mentale, puisqu'il est particulièrement difficile d'accompagner une personne en situation de précarité qui présente une vulnérabilité psychique.

Il est important de considérer le travail de lien, préalable à toute demande de soin, qui doit être mené par les équipes : ce **travail peut être long**, nécessiter plusieurs rencontres et doit se poursuivre jusqu'à l'inscription mais aussi l'adhésion à un parcours de soin.

Or, aujourd'hui, nos adhérents ne sont pas toujours en mesure de répondre à ces besoins.

Il serait donc **pertinent de** :

- **Renforcer les équipes mobiles en y incluant systématiquement des professionnel.le.s de la santé mentale**, et idéalement des professionnel.le.s spécialisé.e.s dans les problématiques qui peuvent particulièrement toucher le public accompagné : addiction, psychotraumatisme, psychiatrie... Ces professionnel.le.s pourront effectuer un premier diagnostic ou une première évaluation des besoins et favoriser, pour l'ensemble de l'équipe et via un apport clinique, une posture et une approche adaptée ;
- **De multiplier et déployer ces équipes mobiles sur tous le territoire**, inégalement dotés pour que chacun et chacune puisse espérer avoir accès aux soins ;
- Que ces équipes aient aussi pour mission d'accompagner la personne dans son parcours de soin, en étant identifiées comme **acteur privilégié dans le parcours de soin** par le secteur de la santé, dans la mesure où un lien de confiance a pu s'établir avec la personne concernée.

Cela nécessite de donner davantage de moyens – financiers, humains - à ces équipes.

Notons enfin que les adhérent.e.s nous alertent sur le nombre en constante augmentation de mineur.e.s victimes de prostitution et de femmes en situation de prostitution. En raison de l'évolution des pratiques prostitutionnelles via internet, le travail des maraudes et des équipes sociales devient de plus en plus difficile, pour à la fois repérer et identifier les personnes en situation de prostitution, proposer un accompagnement médico-social et proposer une sortie de la prostitution.

12. Quelles réponses sont souhaitables à court, moyen et long terme? De quels corps professionnels avons-nous besoin pour répondre à ces situations ? Quelle organisation de soins préconisez-vous?

Nous reprenons tout d'abord les recommandations de la HAS :

- ➔ Au-delà de réponses immédiates, c'est **une mobilisation précoce et globale contre les inégalités sociales de santé qui est nécessaire** pour répondre aux enjeux des situations des personnes en situation de grande précarité souffrant de troubles psychiques.
- ➔ Depuis plusieurs années, des acteurs se mobilisent pour apporter des réponses à ces personnes, notamment :
 - Les équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) ;
 - Le programme « un chez-soi d'abord » ;
 - Les résidences accueil et les solutions de logement accompagné ;
 - De manière plus récente, des mesures de renforcement de l'accès aux soins et en particulier aux soins psychologiques pour les populations les plus éloignées du soin (interventions de psychologues en centres d'hébergement, renforcement des démarches d'« aller vers », etc.).
- ➔ Les réponses restent insuffisantes au regard des besoins, et les initiatives locales, reposant souvent sur une volonté des acteurs et des financements fragiles, ne se diffusent pas ou peu.

Ainsi, la FAS préconise de (*propositions pour partie issues et adaptées des plaidoyers santé*) :

- **Renforcer les équipes mobiles psychiatrie précarité** (voir question 11) ;
- **Multiplier au sein des structures d'accueil, d'hébergement et de logement, les interventions des professionnel.le.s de la santé mentale**, spécialisées en clinique de la précarité et besoins en santé mentale que peuvent présenter les personnes concernées ;
- Et/ou organiser, au sein des structures, des consultations avancées en santé mentale (en s'inspirant du modèle des consultations avancées en addictologie) avec des professionnel.le.s spécialisé.e.s (là encore : psycho traumatisme, notamment psychiatres) ;
- **Poursuivre le déploiement des dispositifs tels Un chez-soi d'abord ;**
- **Former et sensibiliser toutes les équipes sociales comme les PSSM¹⁵ ou à la formation PRISME¹⁶ ;**
- **Prendre soin également des professionnel.le.s qui accompagnent** : doter les établissements de financement permettant la mise en place de groupes d'analyse des pratiques, car quelle prise en compte de la santé mentale de celles et ceux qui accompagnent ces personnes ? De ce que l'écoute d'un récit de vie traumatique peut susciter chez celui ou celle qui le reçoit ? Du sentiment d'impuissance face à l'incapacité de prendre soin ?
- Dans cette lignée, prévoir – et financer – **l'intervention d'équipes externes spécialisées à la suite d'un évènement pouvant fragiliser les équipes professionnelles**

¹⁵ pssmfrance.fr

¹⁶ [Formations Prisme Précarité et santé mentale - Orspere-Samdarra](#)

(décompensation psychique, violences hétéro ou auto agressives) pour faire face et accompagner les situations de plus en plus complexes, dans la lignée des recommandations des CUMP après un évènement à caractère traumatique collectif ;

- **Assurer l'accès à l'interprétariat assermenté** pour que toutes et tous ait accès aux soins ;
- **Encourager et accompagner la mise en œuvre de partenariats entre les secteurs de l'exclusion sociale et celui de la santé**, plus spécifiquement le champ de la psychiatrie et de la santé mentale ;
- **Développer, déployer des lieux de soins spécialisés** tels que les consultations transculturelles, les consultations en psychotrauma, etc. soit :
 - Donner les moyens (financiers) au secteur de la santé mentale et de la psychiatrie de prendre soin des personnes : plutôt que de chercher à innover ou créer de nouveaux dispositifs, renforcer ce qui existe et fonctionnerait d'autant mieux si les moyens suivaient comme les CMP, les consultations spécialisées pour que les accompagnements soient effectifs, adaptés et dans une temporalité réduite. Cela sous-tend de renforcer l'offre de soins et de services en santé mentale au-delà de la mesure 27 et 31 du Ségur de la Santé, mais aussi de questionner la sectorisation au regard des limites et freins qui en découlent dans les prises en compte et en charge des personnes en précarité qui peuvent être mobiles. Aujourd'hui, la psychiatrie souffre d'un manque criant de moyens qui impacte directement le secteur social.
- **Former les professionnel.le.s de santé aux questions et enjeux autour de la précarité**, idéalement en incluant des modules obligatoires dans les formations initiales. Nous encourageons également la mise en œuvre de stages/formations croisées dans une logique de coopération intersectorielle.

Concernant la mesure 9 des Assises de la santé mentale : si nous saluons cette dernière, nous constatons une application difficile au sein de notre réseau. Celui-ci nous alerte sur le fait que peu de temps est alloué, que les postes peuvent être insuffisamment pensés avec des feuilles de route qui ne sont pas toujours tenables pour les professionnel.le.s concerné.e.s.

A ce sujet, nous préconisons donc de :

- Penser des feuilles de route précises, répondant aux besoins et qui doivent en conséquence être co-construites avec les acteurs du champs social, les professionnel.le.s de la santé mentale et les personnes concernées ;
- Dédier plus de moyens humains et financiers (avec financement pérenne) ;
- Ouvrir ce dispositif à d'autres structures du champ social et médico-social.

13. Quel est l'impact du modèle sociétal sur la santé mentale ?

Pour le **sociologue Alain Ehrenberg**, la modernité, par ses injonctions à l'émancipation, perturbe collectivement l'intimité de chacun, au point d'accentuer la propagation de certaines maladies comme la dépression. L'individu moderne est tourmenté par la compétition sociale sommant les individus à construire leur identité à l'heure où les groupes conventionnels tendent à disparaître (la religion, la famille, les syndicats, etc.) et avec eux les référents identitaires traditionnels (le sexe, la classe sociale). Les normes de la société se déplacent de la culpabilité

et la discipline à la responsabilité et l'initiative, fatiguant psychiquement les acteurs pris en tenaille par des conflits internes ou des ambitions contradictoires¹⁷.

Aujourd'hui la domination presque sans partage de l'économie de marché et du modèle libéral exacerbe les concurrences interindividuelles, en particulier dans le champ économique, mais aussi dans le système scolaire et, d'une certaine façon, à l'intérieur même des structures familiales et des relations affectives où l'instabilité devient la règle. N'ayant plus tant à correspondre à ce que l'on attend de lui qu'à être force de proposition, l'individu est sommé d'être lui-même et donc de s'inventer, de se construire son identité à travers tous les possibles. On est passé à un nouveau système de normes «qui incitent chacun à l'initiative individuelle en l'enjoignant à devenir lui-même». La dépression, dont le nombre de cas ne cesse d'augmenter, devient alors une «maladie de la responsabilité» et le dépressif un individu incapable de se saisir de toutes les potentialités que lui offre le recul des limites du possible.¹⁸

14. Quelles recherches mériteraient d'être menées ?

Plusieurs thématiques nous semblent importantes, notamment :

- Etudes liées au genre, considérant le manque d'éléments dont nous disposons autour des questions relatives à la santé des femmes et plus spécifiquement ici la santé mentale des femmes,
- Etudes généralistes autour des questions de précarité et de santé mentale, les derniers chiffres et éléments dont nous disposons étant datés de plusieurs années, à mener sur le plan national et considérant les spécificités des territoires.

15. La FAS souhaite-t-elle partager une information supplémentaire au groupe d'étude ?

La FAS s'est engagée comme partenaire du collectif composé d'une vingtaine d'acteurs soutenant la «santé mentale comme grande cause nationale 2025». Elle a signé le manifeste produit par ce collectif et encourage son réseau à être signataire également.

Le but est de mettre en lumière des solutions et des initiatives innovantes sur l'ensemble du territoire et d'apporter des réponses concrètes à nos concitoyens pour faire progresser la société tout entière. Faire de la Santé mentale une Grande Cause nationale permettrait de poursuivre trois objectifs :

- **Informier** : faire en sorte que chacun puisse mieux comprendre ce qu'est la santé mentale ; apprendre dès le plus jeune âge à identifier les facteurs de risque susceptibles de la mettre à mal et les actions qui permettent d'en prendre soin ; mieux connaître les maladies qui s'y rapportent.
- **Prévenir** : mettre en place une véritable politique de promotion de la santé mentale, faire progresser la prévention, développer le repérage précoce et les réponses graduées pour une prise en charge de la souffrance psychique à la hauteur des besoins de notre société, en formant et informant sans relâche.
- **Déstigmatiser** : faire évoluer les représentations sur les troubles psychiques pour restaurer l'espoir, en montrant que le rétablissement est possible, que la recherche et les innovations, mais aussi les réponses aux personnes en situation de handicap psychique, peuvent améliorer la vie de ceux qui souffrent de même que la vie de leurs proches.

¹⁷ Ehrenberg Alain, *La Fatigue d'être soi. Dépression et société*, 1998

¹⁸ Compte rendu de Michel Pinçon et Monique Pinçon Charlot, Revue française de sociologie, 1999

La Fédération des acteurs de la solidarité (FAS) est un réseau de plus de 900 associations et structures qui accueillent et accompagnent les personnes en situation de précarité. Elle est composée d'une fédération nationale et de 13 fédérations régionales sur l'ensemble du territoire.

La Fédération lutte contre les exclusions, promeut l'accompagnement social global et favorise les échanges entre tous les acteurs du secteur social.

La Fédération représente les établissements et services adhérents dans les secteurs de l'insertion par l'activité économique, de la veille sociale, de l'hébergement, du logement adapté, du médico-social ou encore dans l'accueil des demandeurs d'asile et des réfugiés.

La Fédération soutient ses adhérents, les forme et les conseille. Elle agit également auprès des pouvoirs publics pour promouvoir une société plus juste et plus solidaire.

Elle participe enfin à des projets d'innovation sociale dont plusieurs sont soutenus par l'Etat, tels que les programmes SEVE Emploi et Respirations.