



**HAL**  
open science

# L'accès à la santé mentale en situation de vulnérabilité sociale : de l'importance de la recherche dans la réduction des inégalités

Batoul Mahamat

► **To cite this version:**

Batoul Mahamat. L'accès à la santé mentale en situation de vulnérabilité sociale : de l'importance de la recherche dans la réduction des inégalités. Sciences de l'Homme et Société. 2021. dumas-03582431

**HAL Id: dumas-03582431**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03582431v1>**

Submitted on 21 Feb 2022

**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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License



**L'ACCÈS À LA SANTÉ MENTALE EN SITUATION DE  
VULNÉRABILITÉ SOCIALE : DE L'IMPORTANCE DE LA  
RECHERCHE DANS LA REDUCTION DES INEGALITES**

MAHAMAT Batoul

Sous la direction de Hoyez Anne-Cécile

Mémoire de Master 2 mention Urbanisme et aménagement, département Géographie.

Spécialité : Dynamiques sociales et aménagement du territoire

Session 2021

## **Remerciements :**

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier l'ensemble des personnes ayant contribué à la réalisation de ce travail.

Je remercie tout particulièrement Anne-Cécile Hoyez et Eugénie Terrier pour l'accompagnement et les conseils prodigués tout au long de la période de stage, mais aussi lors de la réflexion et de rédaction de cet écrit.

J'adresse aussi toute ma reconnaissance envers ma sœur, Maryam Mahamat et mes parents qui m'ont largement soutenue et encouragée durant mes années d'étude. Je remercie aussi mes amis les plus proches, à Rennes ou à Nantes pour les années partagées et leur soutien inconditionnel.

Enfin, je tiens à saluer l'association Keur Eskemm pour m'avoir fait découvrir une multitude de choses, pour m'avoir fait rencontrer des personnes passionnantes, pour m'inciter à réfléchir et à débattre à chaque instant, pour m'avoir fait voyager...

<b>Introduction</b>	<b>1</b>
<b>I. La santé mentale, un miroir grossissant des inégalités d'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité</b>	<b>5</b>
Parcours de santé et vulnérabilités – quelles définitions, quelles imbrications ?	5
b) L'accès à la santé mentale, des difficultés exacerbées pour les publics en situation de précarité	14
c) De l'importance des ressources dans les parcours de santé, leur participation dans l'accès au bien-être	22
<b>II. Une démarche d'enquête collaborative en situation de crise sanitaire</b>	<b>29</b>
a) Le choix de territoires marqués par les inégalités : des quartiers Politique de la Ville aux communes rurales.	29
b) L'offre en santé mentale dans les communes rurales du Centre Bretagne et les Quartiers Prioritaires	35
c) Une démarche d'enquête "au fil de l'eau"	41
d) De la coopération à la collaboration	51
<b>III. La recherche comme outil d'objectivation de la parole des personnes accompagnées</b>	<b>55</b>
a) Prendre en compte les vulnérabilités : entre urgence et insertion	55
b) Recueillir la parole des personnes accompagnées : une objectivation des écarts entre l'offre de soin et les représentations	59
c) L'entretien est-il une méthode d'enquête suffisante pour intégrer les personnes accompagnées à la recherche ?	63
<b>Conclusion</b>	<b>67</b>
<b>Annexes</b>	<b>77</b>
Annexe 1 : composition du groupe de travail et organisation	77
Annexe 2 : liste non exhaustive des aides en santé mentale	79
Annexe 3 : Liste non exhaustive de l'offre de soin en santé mentale à Rennes	82
Annexes 4 : documents de présentation de l'enquête	84
Protocole de recherche à destination des professionnels :	84
Affichettes de présentation à destination des familles :	85
Note d'information à destination des familles enquêtées :	86
Annexe 5 : Grille d'entretien	87

# Introduction

L'articulation entre les secteurs sanitaire et social est aujourd'hui un objet étudié par la recherche à travers différents angles d'analyse et différents champs scientifiques. Dans le travail présenté ici, cette articulation sera analysée par le prisme de l'analyse de l'expérience des personnes accompagnées socialement. La réflexion tend à saisir l'importance de certains acteurs ou lieux quant à l'orientation dans le soin. La question des ressources mobilisées par les personnes en situation de vulnérabilité sera au cœur de l'analyse dans le but de mieux comprendre les stratégies, le "bricolage" (au sens anthropologique du terme)<sup>1</sup> pouvant être mis en place par les individus pour s'orienter dans les parcours de soin. Partir de l'analyse de l'expérience des personnes accompagnées permet d'apporter un regard nouveau et de mettre en lumière les enjeux concernant l'articulation des deux secteurs mais aussi de valoriser les moyens d'action, les lieux et individus sur lesquels s'appuient ces personnes. Nous considérerons ici ce qui relève des activités d'accompagnement des personnes concernant la santé et l'aide sociale comme appartenant aux secteurs sanitaire et social. Ainsi, les domaines médicaux, de santé mentale ou encore l'assistance sociale par exemple font partie de notre terrain d'enquête.

Malgré un système de santé réputé et un accès aux soins facilité par la couverture sociale, il persiste des inégalités diverses. On sait par exemple, qu'il existe un écart de plus de six ans d'espérance de vie entre les hommes cadres et les ouvriers<sup>2</sup>, que le taux de mortalité des personnes bénéficiant de la CMU (*la couverture maladie universelle, aujourd'hui appelée Protection universelle maladie, permet l'accès, le remboursement des soins et médicaments aux personnes n'étant pas couvertes par le régime de sécurité sociale souvent du fait de trop faibles revenus*)

---

<sup>1</sup> « La notion anthropologique et sociologique de « bricolage » permet d'exprimer la condition des individus devant, dans leurs vies (personnelles, professionnelles) composer et recomposer avec les moyens qui sont à leur disposition. L'anthropologue Claude Lévi-Strauss (1962) définit le « bricoleur » comme suit : « la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures » (Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg, [Rapport de recherche,] UMR ESO 6590 CNRS. 2019).

<sup>2</sup> « Les inégalités d'espérance de vie entre les catégories sociales se maintiennent », Observatoire des inégalités,

double par rapport au reste de la population<sup>3</sup>, ou encore que des inégalités territoriales d'accès au 88 soins persistent du fait de différents facteurs sur lesquels nous reviendrons. Ainsi, les personnes accompagnées sont victimes de ces inégalités qui impactent leur accès au soin et donc, par définition, leur santé. Le secteur social peut en revanche favoriser ou faciliter cet accès, c'est pourquoi il semble pertinent d'interroger les liens que ces domaines peuvent entretenir. Ce sont donc aussi les ressources mobilisées par les personnes que nous souhaitons mettre en lumière (que ce soient des lieux ou des personnes) pour les aider à s'orienter dans le système de soin. Ces ressources pouvant relever du secteur social mais aussi de façon plus large, l'entourage socio-familial, associatif etc.

Concernant la problématique autour de l'accès au soin des personnes en situation de vulnérabilité, un focus sur la santé mentale apparaît comme pertinent. En effet, tout d'abord, il est possible de faire l'hypothèse qu'il existe des inégalités en termes d'accès à la santé (même générale), à l'instar des inégalités sociales observées plus largement. La santé mentale serait alors un secteur où les difficultés d'accès sont exacerbées du fait de la méconnaissance des réseaux de professionnels, des séances non remboursées, de la stigmatisation autour de ce domaine etc. Ainsi, pour l'enquête du CRTS, il a été décidé de s'intéresser aux parcours de santé des familles en situation de vulnérabilité ayant un ou des enfant(s) mineur(s) pour le(s)quel(s) un soutien en santé mentale ou psychique est identifié, recommandé ou mis en œuvre. En effet, les constats expriment le fait que l'accès aux soins en santé mentale pour ces familles est limité, dû par exemple aux structures de prise en charge gratuite très souvent saturées.

Pour ce travail de recherche, une prise de distance sera observée afin de questionner à la fois l'accès à la santé mentale, mais aussi le rôle de la recherche concernant la transformation sociale. Ainsi, cette enquête tend à interroger les rapports entre les territoires et le social pour relever les inégalités sociales de santé, notamment en termes d'accès aux soins. En effet, il existe à la fois des inégalités territoriales de répartition de l'offre de soin mais aussi des inégalités sociales pouvant impacter l'accès aux soins. Ces déséquilibres touchent notamment certaines populations marginalisées ou défavorisées en raison du manque de moyens financiers, du statut juridique, de la complexité du système de santé, du manque de confiance envers les corps médical ou social etc. Ces difficultés sont alors exacerbées dans certains territoires, en milieu rural ou en quartier politique de la ville par exemple, où l'on retrouve un cumul de handicaps pour certains foyers. Aussi, le cumul de ces vulnérabilités participe à leur invisibilisation dans certains cas (on parle par exemple

---

<sup>3</sup> Monconduit, Mathieu. « Le système de santé français, espoirs et réalités. À propos de la Loi santé du 17 décembre 2015 », *Études*, vol. -a, no. 7-8, 2016, pp. 43-56.

d'un effacement idéologique des classes populaires mais aussi d'une invisibilisation urbaine<sup>4</sup>). C'est avec ces différents éléments s'inscrivant dans une analyse en géographie sociale, que s'est construite la problématique. Par ailleurs, l'enquête menée jusqu'à lors apparaît aussi pertinente à étudier : ses ambitions, sa méthodologie scientifique, son application et ses effets.

Nous nous intéresserons donc aux lieux et individus ressources pour les personnes accompagnées, les aidant à s'orienter dans le système social et de santé. Ces lieux et personnes ressources s'entendent comme étant des facilitateurs dans les parcours de soin, sur lesquels s'appuient les personnes accompagnées. Ces ressources peuvent donc être non-institutionnelles et englober un cercle large d'aidants (les pairs, la famille etc.). Ce sont des sujets à qui les personnes donnent leur confiance et qui peuvent les aider à s'orienter dans l'aide sanitaire et sociale.

Plusieurs dimensions seront explorées dans cette recherche, à savoir : comment les personnes en situation de vulnérabilité expérimentent et pratiquent leur parcours de soin ; au rôle des réseaux professionnels et de proches dans leur orientation ; à l'intérêt de la recherche dans la prise en compte de la parole des personnes accompagnées.

Nous tenterons donc de comprendre comment les situations de vulnérabilité impactent l'accès à la santé mentale et dans quelle mesure la recherche peut-elle contribuer à transformer cet accès à la santé mentale des personnes en situation de vulnérabilité.

Pour répondre à ces questionnements, nous étudierons dans un premier temps les inégalités d'accès à la santé mentale pour les personnes en situation de vulnérabilité (I). Dans un deuxième temps, un retour sur la démarche d'enquête sera observé (II). Enfin, en dernier lieu, nous tenterons d'analyser les effets de la prise en compte de la parole des personnes accompagnées grâce à la recherche.

---

<sup>4</sup> Garnier, Jean-Pierre. « L'invisibilisation urbaine des classes populaires », *L'Homme & la Société*, vol. 197, no. 3, 2015, pp. 169-189.

### **Précisions méthodologiques :**

Cette thématique a été développée lors d'une enquête portée par le Comité régional du Travail Social (CRTS), un espace de concertation, mettant en réseau une cinquantaine d'acteurs du travail social, médico-social et sanitaire à l'échelle de la Région Bretagne. Cette instance vise à questionner l'évolution des politiques sociales et des métiers et formations du même secteur. Un autre organisme participant à cette enquête est Askoria, organisme de formation du travail social à Rennes. Une composante de cette institution est le Centre de recherche, qui a pour mission « d'analyser les évolutions sociales, institutionnelles et professionnelles dans le domaine de l'action sociale » dans le but de mieux saisir les phénomènes sociaux et territoriaux pour mieux accompagner les travailleurs sociaux et médico-sociaux. Les recherches, dans lesquelles s'inscrit l'enquête sur les parcours de santé, visent à produire de la connaissance mais aussi un usage social.

La genèse du cycle de travail au sein du CRTS de Bretagne pour cette recherche date de la fin de l'année 2018, la phase exploratoire ayant ensuite eu lieu entre mai 2019 et février 2020 dans le but de préciser et affiner la problématique alors trop large. C'est grâce à cette première phase de travail, proposant un état des lieux concernant la coordination entre les secteurs sanitaire et social, une radiographie des dispositifs de coordination en Bretagne et une campagne d'auditions auprès de professionnels et scientifiques que certains constats ont été mis en lumière. Il est ainsi possible de remarquer que les nombreux dispositifs rendent compliquée la connaissance par les personnes, des offres d'accompagnement. On observe aussi certains freins de nature professionnelle entre les deux domaines, c'est-à-dire que la culture professionnelle de chacun va entrer en compte dans la façon de percevoir les enjeux. Il existe aussi une méconnaissance des dispositifs existants d'un domaine d'intervention à l'autre. De plus, malgré le nombre important de travaux sur la question, cette première phase a aussi permis de rendre compte que peu étaient écrits partant du point de vue des personnes accompagnées.

C'est dans la deuxième phase d'enquête que j'ai alors pu effectuer un stage sur la période février-juin 2021 visant à préparer et réaliser l'enquête qualitative en collaboration avec les chercheuses et les professionnels du groupe de travail du CRTS<sup>5</sup>. Pour ce faire, une première étape d'appropriation des résultats de la phase exploratoire précédait à la précision de la problématique, à la réalisation d'une grille d'entretien et à la mise en place d'une méthodologie d'enquête. Enfin, selon le contexte et la faisabilité, le stage visait à faire passer les entretiens, les retranscrire et participer à leurs premières analyses. Cependant, l'enquête de terrain censée mener à des entretiens auprès de personnes accompagnées a dû être reportée du fait de la crise sanitaire du Covid-19 principalement mais aussi pour d'autres raisons sur lesquelles nous reviendrons. Un rapport a donc été réalisé pour pallier le nonaccès au terrain et pour permettre de rendre compte de l'avancée de la recherche. Ce rapport revient sur la problématisation, les différents choix effectués et les difficultés rencontrées. J'ai été entourée et accompagnée pour ce stage, par l'équipe de travail composée de Eugénie Terrier chargée de recherche à Askoria, docteure en géographie sociale et chercheuse associée au laboratoire Espaces et sociétés (ESO) et Anne-Cécile Hoyez, chargée de recherche au CNRS, UMR ESO Espaces et Sociétés (Université Rennes 2).

---

<sup>5</sup> L'enquête a été co-construite par l'équipe de recherche, en concertation avec le groupe de travail (cf. annexe 1) et le secrétariat du CRTS

# **I. La santé mentale, un miroir grossissant des inégalités d'accès aux soins pour les personnes en situation de vulnérabilité**

L'accès à la santé est, comme d'autres secteurs, théâtre d'inégalités. En effet, la vulnérabilité sociale pèse sur l'accès aux soins par différents biais et rend plus difficile l'accès et l'orientation dans un parcours de santé (a). Au sein du secteur sanitaire, la santé mentale est d'autant plus touchée par ces inégalités : délais d'attente importants, potentiels coûts, méconnaissance... participent aux difficultés d'accès (b). Cependant, l'inscription dans un parcours n'est pas impossible, l'appui sur des personnes et ou lieux ressources aux yeux des individus concernés peut faciliter l'entrée mais aussi l'orientation dans un suivi (c).

## **Parcours de santé et vulnérabilités – quelles définitions, quelles imbrications ?**

Nous entendons la « santé » au sens large selon la définition de l'OMS comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou d'infirmité" (Lajarge, Éric, Hélène Debiève, et Zhou Nicollet, 2013). Cette acception permet de prendre en compte tous les déterminants de la santé, en la considérant dans sa globalité, pouvant ainsi s'inscrire dans différents paradigmes, dont celui du « parcours ». La notion de « parcours » est apparue comme une entrée intéressante pour interroger l'articulation entre le secteur social et sanitaire (cf synthèse documentaire du CRTS de Bretagne « Parcours de santé. Articulations entre secteur social et secteur sanitaire » (Mars 2020).

La notion de 'parcours' peut être entendue de diverses manières, en fonction du secteur d'intervention. En effet, pour les institutions des secteurs sanitaire et social, cette notion vise à

décloisonner et coordonner les interventions, en termes de prise en charge et d'accompagnement des personnes. Ainsi du côté du secteur social, cela ira du parcours d'insertion au référent de parcours. Quant au point de vue sanitaire, cela ira du parcours de soin au parcours de santé. Le parcours de santé n'a, par ailleurs, pas la même signification selon les contextes. Pour la Haute Autorité de Santé (HAS), le « parcours de soin » fait référence à la prise en charge par le secteur médical et le parcours de santé articule les soins avec en amont la prévention en santé, et en aval l'accompagnement médico-social et social, le maintien et le retour à domicile. En revanche, en sciences sociales, le parcours de santé fait plutôt référence à l'évolution de l'état de santé de la personne et c'est le « parcours de soin » (soin vu au sens large) qui nomme la trajectoire de prise en charge/d'accompagnement.

En effet, en sciences sociales et plus particulièrement en géographie de la santé, le parcours de santé se définit par les interactions entre le parcours de vie d'une personne, l'évolution de l'individu au fil de la vie et son parcours de soins (évolution de l'individu entre soins de ville, hospitaliers, médico-sociaux, (Vialard, Bochaton & Charreire, 2019). Ainsi, le parcours d'une personne se compose d'un entremêlement de diverses trajectoires issues des sphères de l'existence : familiale, professionnelle, associative, scolaire etc (Cavalli, 2007). L'idée est donc de partir du besoin des personnes pour faire évoluer l'offre : faire du lien entre les différentes structures mais aussi offrir un cheminement adapté aux personnes. Cette approche se calque sur le « modèle des soins chroniques » (*Chronic care model*) au niveau international où l'organisation des soins est recentrée autour du patient pour dépasser la seule dimension sanitaire et rendre l'offre plus personnalisée et évolutive<sup>6</sup>. Cette notion de parcours est apparue en France au milieu des années 2000 (*loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie considérée comme la première à instaurer la notion de parcours de soins même si le terme n'y est pas cité. On retrouve en revanche le terme "coordination" 14 fois*) dans le cadre de la structuration des soins de premier recours pour créer un parcours coordonné, en passant par le médecin traitant en premier lieu, cela dans une volonté de rationalité économique. Après cette phase, se sont développées les notions de « parcours de santé » et « parcours de vie », ce phénomène a impliqué « une personnalisation de l'évaluation et de la prise en charge, une prise en compte des multiples dimensions de la vie des personnes, et un accompagnement sur le long terme

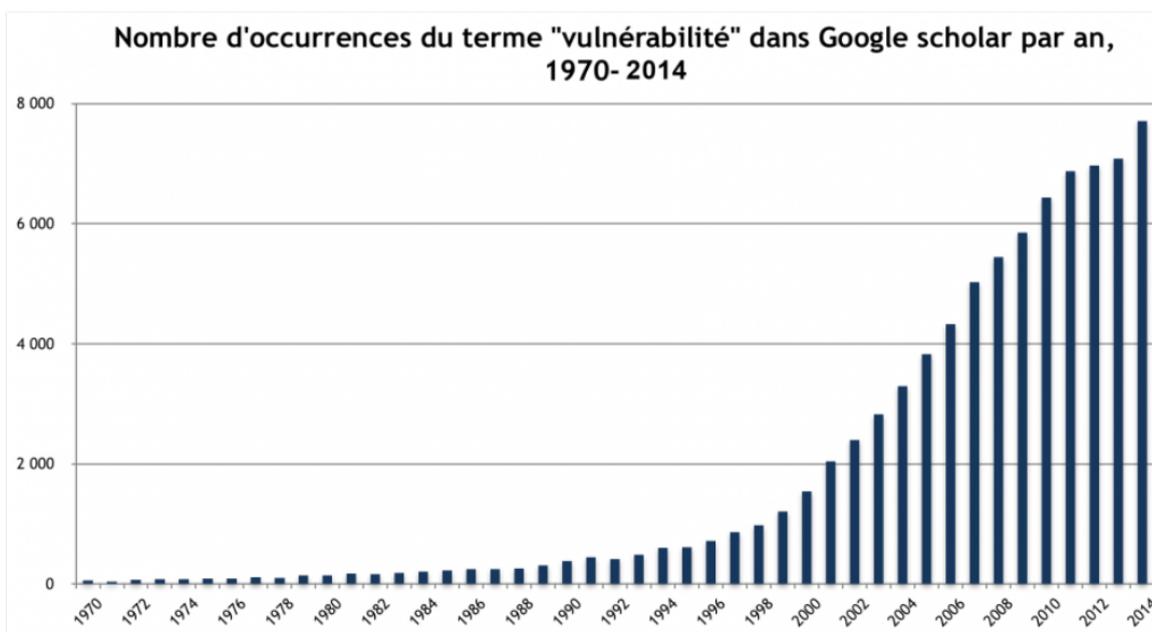
---

<sup>6</sup> Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. « De la coordination aux parcours : un changement de paradigme », , *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, sous la direction de Bloch Marie-Aline, Hénaut Léonie. Dunod, 2014, pp. 113-134.

qui comprend aussi la prévention” (Bloch et Hénaut, 2014). Enfin, aujourd’hui, les administrations et institutions sont dans une dynamique de formalisation de ces parcours de santé dans le but de les optimiser.

Une acception positive et large de la santé permet de considérer le bien-être des personnes comme vecteur de bonne santé et donc d’appréhender le parcours de soin de façon globale. Ce dernier sera donc, en effet, mis en parallèle avec l’histoire personnelle, familiale et l’environnement des personnes.

La question de la vulnérabilité des personnes est aussi un point central de l’enquête. En effet, les personnes les plus précaires sont aujourd’hui les plus mal soignées, un certain nombre de personnes sont alors exclues ou peinent à intégrer le système de soin (Médecins du monde, 2017), cela pour diverses raisons. La vulnérabilité s’entendant en termes « d’exposition, de menaces, de risques, de réduction de préjudice et de capacité. Être vulnérable, c’est être exposé à des facteurs de risque (personnel, sociaux, environnementaux) qui mettent à l’épreuve un certain nombre de ressources détenues par des individus, des groupes et des communautés sur un territoire ». La vulnérabilité peut alors revêtir divers aspects, qu’elle soit économique, psychologique, psychique etc. Quand elle est sociale, la vulnérabilité se comprend dans une acception collective, issue d’un processus long et cette vulnérabilité sociale peut mener à un risque de fragilisation de l’individu pouvant aboutir à sa ‘désaffiliation’. Pour Robert Castel, il existe deux marqueurs importants : l’intégration à la société salariale et le réseau de sociabilité. Ainsi, la vulnérabilité se trouve entre désaffiliation - c’est-à-dire un isolement social et salarial- et intégration -intégration à la société salariale et aux garanties qu’elle offre, et intégration à un réseau socio-familial et communautaire- (Claude Martin, 2013). La vulnérabilité est donc un terme polysémique qui a pris une importance croissante durant ces dernières décennies (voir graphique 1). Elle peut être associée à certains âges de la vie tels que les jeunes enfants, les personnes âgées etc., au genre, à des troubles socio-psychologiques, des facteurs sociaux ou encore à des événements traumatiques.



Source graphique 1 : Axelle Brodriez-Dolino, *Le concept de vulnérabilité, la vie des idées*, Collège de France, 11

février 2016

Cet état peut alors entraîner des difficultés dans le quotidien des personnes, notamment en ce qui concerne les parcours de soin et suivis sanitaires. Nous savons qu’il existe un “gradient social des principaux indicateurs de santé (mortalité, morbidité)”<sup>7</sup> et que les inégalités socio-économiques et socio-culturelles jouent un rôle dans le développement de certaines pathologies. Ce gradient social sert à “décrire le phénomène par lequel ceux qui sont au sommet de la pyramide sociale jouissent d’une meilleure santé que ceux qui sont directement en dessous d’eux et ainsi de suite jusqu’aux plus bas échelons” (Guichard, Potvin, 2010). Les recherches en sciences sociales ont longtemps été polarisées avec d’un côté les questions de santé, de l’autre les questions sociales. Cette distinction a été questionnée grâce aux avancées et nombreux travaux ont alors démontré le lien intrinsèque entre la hiérarchie sociale et l’état de santé des personnes. Ces objets de recherche et problématiques ont d’ailleurs, pour certains, pu passer du registre sanitaire au registre social et inversement. Il existe donc des inégalités de santé pouvant être définies comme “toute relation entre la santé et l’appartenance à une catégorie sociale” (Guichard, Potvin, 2010). Cette définition traduit

<sup>7</sup> Vulnérabilités sanitaires et social, ANR, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris, 14, 15 novembre 2013

donc le lien entre le social et le sanitaire mais aussi l'idée que ces inégalités ne relèvent pas d'un caractère simplement biologique mais bien de déterminants sociaux construits. En plus des facteurs héréditaires, s'ajoutent les comportements individuels, les conditions de vie et de travail et les conditions économiques, culturelles et environnementales. Par conséquent, parler d'inégalités de santé renvoie à l'idée que les catégories les plus favorisées sont en meilleure santé que les autres, et inversement. Concrètement, à chaque catégorie sociale correspond un niveau de ressources et un certain nombre de facteurs de risques (voir tableau 1). Les inégalités sociales de santé résultent de la combinaison entre ces ressources et ces risques.

Tableau 1 : Quelques exemples d'inégalités sociales de santé<sup>12</sup> en France

Types d'indicateurs de santé	Indicateurs	Modalité de mesure des inégalités sociales de santé
Espérance de vie	Espérance de vie à 35 ans	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier est inférieure de 5 ans à celle d'un cadre.
	Espérance de vie à 35 ans en bonne santé perçue	A 35 ans, l'espérance de vie d'un ouvrier en bonne santé perçue est inférieure de 9 ans à celle d'un cadre.
Mortalité	Mortalité avant 65 ans	Les hommes sans diplômes ont 2,5 fois plus de risques de décéder avant 65 ans que les hommes ayant effectué des études supérieures (la différence est de 1,9 pour les femmes) <sup>13</sup> .
	Mortalité par cancer	A âge égal, la mortalité par cancer du poumon des hommes sans diplôme est multipliée par 3,5 par rapport aux hommes dont le niveau d'études est « bac et plus » (écart de 10 pour le cancer du pharynx) <sup>14</sup> .
	Mortalité par maladies cardiovasculaires	Entre 1982 et 1990, la mortalité par maladies coronariennes a baissé de 47 % chez les cadres et professions libérales contre 14 % chez les employés et ouvriers.
Incidence et prévalence des pathologies	Hypertension artérielle	La prévalence de l'hypertension artérielle varie de 25 à 38 % entre le tiers de la population dont le niveau d'études est le plus élevé et celui dont le niveau d'études est le plus faible.
	Episodes dépressifs	La fréquence d'épisodes dépressifs au cours de la semaine précédente est de 9 % en population générale, mais de 16 % chez les chômeurs et inactifs <sup>15</sup> .
Accès au système de santé	Dépistage du cancer du sein	56 % de femmes de plus de 40 ans ayant un niveau d'étude secondaire ou supérieur ont fait une mammographie au cours des deux dernières années, contre 40 % de celles ayant un niveau d'études primaire.
	Traitement des accidents coronariens	La survie à 28 jours d'un événement coronarien est 2,5 fois plus élevée pour un cadre supérieur que pour une autre catégorie socioprofessionnelle.

Source : Données citées dans l'ouvrage d' A. Leclerc, M. Karminski, T. Lang

8

Ce tableau est à lire à titre d'exemple mais ne prend pas en compte toutes les diversités possibles et la complexité des déterminants.

<sup>8</sup> Tableau tiré de Moleux M, Schaezel F, Scotton C, Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection générale des affaires sociales, mai 2011

De plus, il est important de noter que la seule pauvreté ne suffit pas à expliquer les inégalités de santé car elles continuent même au-delà d'un seuil de revenu. mais reste une partie importante de la problématique ayant des effets directs et indirects sur la santé des personnes.

Une tentative de réduction de ces fragilités passe par les politiques publiques, qui vont viser à faciliter l'accès aux soins pour tous (*le droit fondamental en protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles. Les établissements de santé doivent garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible (article L.1110-1 du Code de la Santé Publique), cela traduit un principe de non-discrimination dans le traitement*). Cela passe par exemple par des dispositifs tels que les PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé) ou encore les EMPP (Équipes mobiles psychiatrie précarité), toutes deux créées en 2002. Ces dispositifs ont été mis en place pour faciliter l'accès aux soins des personnes en offrant une prise en charge à la fois sanitaire et sociale. Cependant et malgré ces dispositifs, des déficiences subsistent que les politiques publiques ne suffisent pas à combler. En effet, il existe des mécanismes internes et externes qui compliquent l'accès au soin pour les individus, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité. Selon Caroline Desprès, différents facteurs interviennent dans le non-recours, allant de la complexité des démarches administratives à la difficulté de compréhension des règles de remboursement (ou la méconnaissance) en passant par les aspects matériels (pas de voiture ou de moyen de transport etc.), les frais non remboursés et l'inquiétude vis-à-vis du travail (arrêt, hospitalisation etc.) (Desprès Caroline, 2018).

Aussi, d'un point de vue individuel, la personne doit tout d'abord percevoir un besoin de santé pour formuler une demande. Dans le cas de personnes en situation de vulnérabilité, il faut aussi pouvoir mettre une priorité sur la nécessité d'entreprendre une démarche de soin par rapport à d'autres besoins qui peuvent apparaître comme plus urgents tels que les repas, l'hébergement... Après cela, il faut ensuite se repérer et se rendre jusqu'à une structure de santé adéquate, financer ses soins et enfin suivre dans le temps les soins prescrits. Toutes ces étapes favorisent le non-recours. Les soins sont alors repoussés, abandonnés ou remplacés par des alternatives. On assiste alors à une mise en tension entre ce que l'on exige de l'individu, les manières d'y répondre et l'articulation des différentes ressources.

En outre, concernant la mise en place de stratégies de réduction des inégalités sociales de santé, il est possible de se rendre compte qu'améliorer l'état de santé moyen de la population ne suffit pas car les inégalités continuent malgré tout à se creuser. Par exemple, la proportion d'enfants obèses en classe de CM2 était dix fois plus élevée chez les ouvriers que chez les cadres en 2008, alors qu'elle était "seulement" quatre fois plus élevée en 2002. De plus, les seules actions sur les systèmes de soins et de prévention ne suffiront pas à enrayer les inégalités. Les problématiques se déterminent en effet en amont de la prise en charge, dans les conditions d'existence (vie, travail, environnement etc.)<sup>9</sup>

C'est en partant de ces différents constats qu'ont été orientés les questionnements de cette enquête. La notion de parcours permet d'appréhender l'histoire des individus dans son entièreté. Nous nous sommes intéressés en effet à la manière dont s'articulent entre eux les parcours de soin et l'accompagnement social mais aussi avec les autres dimensions des parcours de vie des personnes. C'est pour cela qu'une définition large des parcours de santé est retenue, telle que celle de géographie de la santé, afin d'interroger les interactions entre le parcours de vie d'une personne et son parcours de soin. Plus particulièrement, cela permettant de faire le lien avec les ressources territoriales et sociales identifiées et mobilisées par les personnes pour s'orienter dans le cadre de leur parcours de soin. Le soin faisant référence ici à la fois aux soins médicaux et à l'accompagnement social. Nous nous sommes donc concentrés sur deux dimensions structurantes et communes à l'ensemble des travaux et définition du « parcours de soin/santé » : les étapes de l'orientation des personnes par rapport à l'offre (sociale/médicale...) et l'accès à cette offre. Les dimensions temporelle (reconstruction de la trajectoire de soin) et spatiale (contextualisation territoriale) caractérisent également notre approche.

Par ailleurs, il a semblé important de cibler plus précisément afin de pouvoir monter en généralités et ne pas avoir de variables trop diverses. L'idée d'interroger le parcours de soin et d'accompagnement social de familles avec enfants(s) semble pertinente, permettant de prendre en compte divers champs du secteur d'intervention sociale (tels que l'insertion, la protection de l'enfance, le handicap, le logement, la jeunesse, la famille, les liens intergénérationnels...).

---

<sup>9</sup> Moleux M, Schaetzel F, Scotton C, Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d'action. Inspection générale des affaires sociales, mai 2011

L'inscription dans un parcours de santé est donc rendue plus complexe pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale, qui cumulent des inégalités. La facilité d'accès à l'offre de santé, pourtant droit fondamental, est en fait déterminée par la condition sociale des individus. Malgré des politiques et dispositifs, les inégalités persistent. Le secteur de la santé mentale est touché par les mêmes phénomènes de façon accrue, du fait de fortes contraintes d'accès.

## **b) L'accès à la santé mentale, des difficultés exacerbées pour les publics en situation de précarité**

La revue documentaire a mis en lumière le fait que l'accès à la santé pour les personnes en situation de vulnérabilité a déjà été étudié par de nombreux chercheurs. En revanche, la question de l'accès au soin en santé mentale pour les enfants des familles vulnérables reste plus en marge. Il a donc semblé pertinent de s'y intéresser.

Pour l'enquête du CRTS, une revue documentaire a tout d'abord été effectuée. Elle a porté sur la recension d'ouvrages et d'articles scientifiques, de rapports, et d'atlas. Les mots clés utilisés pour trouver ces documents se sont orientés vers la santé mentale des jeunes/mineurs/familles vulnérables/précaires ou encore les parcours de santé mentale et l'accès aux soins en santé mentale (cf bibliographie).

Concernant les grands thèmes de recherche, les parcours et l'accès aux soins des personnes ont été ciblés, en se questionnant sur les freins et les facteurs qui mènent à renoncer (non-recours choisi ou dû à la non-information etc.) mais aussi sur les dimensions socio-spatiales et territoriales en analysant l'offre de soin, l'accessibilité etc. Nous avons aussi défini et étudié la vulnérabilité, l'état de santé des personnes en situation de vulnérabilité, les difficultés qu'elles rencontrent et les dispositifs mis en place pour tenter de pallier les inégalités.

Aussi, les notions de bien-être et de santé mentale sont apparues dans les recherches et ont permis de définir les enjeux qui y sont associés comme l'état de santé de différents publics (les enfants et adolescents notamment), l'accès aux soins en psychiatrie ou encore les politiques de prévention et de promotion de la santé mentale.

Ces différentes thématiques ont été croisées, afin de trouver de la documentation concernant la santé mentale et l'accès à la santé psychique des populations en situation de vulnérabilité. De nombreux documents traitent du lien entre santé mentale et précarité sociale (à savoir, comment la précarité influe sur la santé mentale), de la difficulté d'accès aux soins en santé mentale, de l'articulation entre les secteurs social et psychiatrique et du rôle des travailleurs sociaux dans l'accompagnement et l'accès aux soins en santé psychique.

Les parcours d'accompagnement sociaux et d'accès aux services sociaux, le parcours en santé mentale des familles avec enfants souffrant d'un trouble psychique et le rôle des réseaux socio-familiaux au sein des parcours sont des thématiques pour lesquelles les travaux sont moins fournis (voir tableau 2).

De plus, peu d'études s'appuient sur la parole des personnes accompagnées pour analyser ces sujets, il est plus facile de retrouver des analyses partant de l'expérience des travailleurs sociaux, des institutions etc.

**Tableau 2 : revue documentaire organisée par thématiques :**

### THEMATIQUES LES PLUS DOCUMENTEES

Thématiques	Sous-thématiques/constats	Références
<b>Parcours de soin et accès aux soins</b>	<p><b>Population générale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Facteurs de renoncement aux soins</li> <li>- Dimension territoriale : typologie de territoires en terme d'accessibilité aux soins, trajectoires socio-spatiales de soin</li> </ul> <p><b>Publics vulnérables</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyses de l'état de santé des population vulnérables</li> <li>- Difficultés d'accès aux soins des personnes en situation de précarité (migrants, personnes âgées immigrées, personnes à la rue, jeunes accompagnés par l'ASE...)</li> <li>- Analyse de différents dispositifs (ex : PASS ...)</li> </ul>	<p>Adam, C., Faucherre, V., Micheletti, P., Pascal, G. (2017)            Calvez&amp;Séchet (2012)            Chappuis&amp;al, (2017)            Chevillard&amp;Mousquès, (2018)            Coldefy&amp;Gandré, (2020)            Desprès, (2018)            Euillet&amp;al, (2016)            Hoyez A-C, (2015)            Laporte, (2018)            Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-ruelle L., Coldefy., M. (2016)            Pfister&amp;al, (2014)            Revil, H. (2018)            Ricardou, R. (2016)            Wolff, V. &amp; Jovelin, E. (2015)            (...)</p>
<b>Bien-être et santé mentale des enfants/jeunes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analyses épidémiologiques de l'état de santé mentale des enfants</li> <li>- Prévention en santé mentale (rôle de l'école...)</li> <li>- Définitions et enjeux autour des notions de bien-être, de santé mentale, des troubles psychiques</li> <li>- Accès aux soins psychiatriques</li> </ul>	<p>Bourdillon&amp;al, (2011)            ENOC, (2018)            Gozlan&amp;al, (2009)            Greacen, T. (2018)            Martin, (2018)            Milon&amp;Amiel (2017)            Moro&amp;Brisson, (2016)            Saïas&amp;al, (2013)            (...)</p>
<b>Santé mentale et accès aux soins en santé psychique pour les populations vulnérables</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liens entre santé mentale et précarité sociale</li> <li>- Difficultés d'accès aux soins psychiatriques</li> <li>- Articulations entre le secteur social et le secteur psychiatrique</li> <li>- Le rôle des travailleurs sociaux dans l'accès au soin en santé mentale</li> </ul>	<p>Bresson, (2003)            Direction générale de l'Action sociale, (2005)            Dubois-Fabling&amp;al, (2011)            Jaeger, M. (2012)            Rousseau&amp;al, (2014)            Royer&amp;al, (2010)            Roze (2018)            Saïas &amp;al (2008)            Simon, (2007)            (...)</p>

## THEMATIQUES LES MOINS DOCUMENTEES

Thématiques	Sous-thématiques/constats	Références
Parcours d'accompagnement social et accès aux services sociaux	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Accès aux droits, non-recours (ex. RSA)</li> <li>- Parcours des jeunes en protection de l'enfance</li> </ul>	Cervera M., Farron A., (2016) David, (2008) Deville C, (2018) DREES, (2020) Jamet, L. (2021) Potin E. (2012) Revil, H. & Warin, P. (2019).
Le parcours en santé mentale des familles avec enfants souffrant d'un trouble psychique	<b>Population générale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA</li> </ul> <b>Publics vulnérables</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Santé psychique des enfants en protection de l'enfance</li> <li>- Pratique de la méditation pour les jeunes défavorisés</li> </ul>	Abouzeid, N. & Poirier, N. (2014) Poirier, N. & Vallée-Ouimet, J. (2015) Devault, A., 2021 Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. & Jégo, M. (2018)
Le rôle des réseaux sociaux/familiaux au sein des parcours socio-sanitaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- L'importance des « autres significatifs » dans le recours à l'aide sociale pour les jeunes</li> <li>- Rôle des aidants dans la coordination des soins</li> </ul>	Buthion, V. & Godé C. (2014). Muniglia, V. & Rothé, C. (2013) Robin, P. & Séverac, N. (2013)

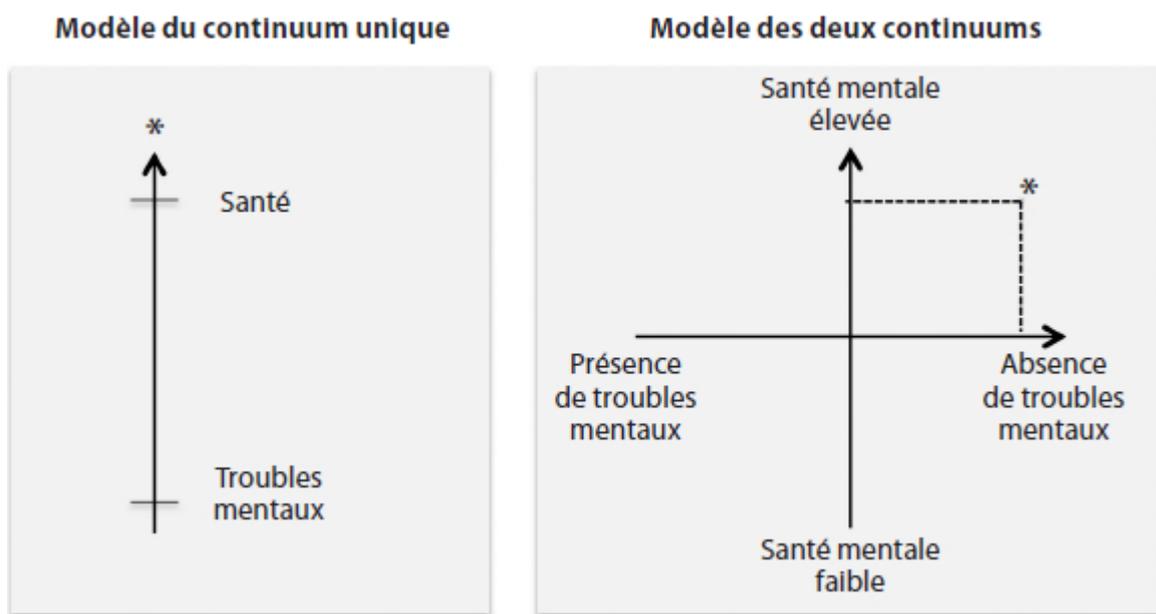
La santé mentale, dont la définition est en constante évolution, regroupe les troubles psychiatriques lourds mais aussi un autre volet, celui de la santé mentale positive, du bien-être et du développement personnel. En effet, cela rejoint la définition positive de la santé de l'OMS qui va définir la santé mentale comme : « *un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté* ». Historiquement, la santé mentale suggère une absence de troubles mentaux (définition négative), la définition a donc évolué vers une conception holistique recoupant la santé publique. La définition négative suppose qu'une personne sans maladie ou troubles mentaux est en bonne santé mentale mais aussi à l'inverse, qu'une personne atteinte par ces troubles ne peut jouir d'une bonne santé mentale. Cette acception s'inscrit dans le modèle du continuum unique où la santé mentale et les troubles mentaux sont à l'extrême opposé. Depuis quelques décennies, la définition positive suggère que le bien-être joue un rôle dans la santé mentale (et que cette dernière dépasse donc le simple manque de troubles). Cela s'illustre alors par la théorie de Keys<sup>10</sup>, d'un double continuum où l'on retrouve deux axes distincts mais corrélés. L'un des axes représente l'absence/ présence de troubles et le second, le niveau de santé mentale (voir schéma 1).

<sup>10</sup> “Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique”, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique, Québec, Juillet 2014

Pour illustrer cela, il est possible de prendre en exemple l'étude MIDUS aux Etats-Unis (1995-2005) : cette enquête composée de 75% de participants sans troubles mentaux et 20% avec une santé mentale le plus haut niveau (selon une grille définie) démontre que :

- "l'absence de troubles mentaux n'implique pas la présence de santé mentale
- la présence de troubles mentaux ne signifie pas nécessairement l'absence de santé mentale
- tout état inférieur à une santé mentale optimale est associé à un niveau de fonctionnement réduit, que la personne souffre ou non de troubles mentaux" (Doré, I. & Caron, J. 2017)

**Schéma 1 : Modèles du continuum unique et du double continuum en santé mentale :**



Source : Doré, I. & Caron, J. (2017). *Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145

En ce qui concerne les enfants et les jeunes, la santé mentale regroupe les troubles sévères et lourds, la détresse psychologique face à des situations difficiles mais aussi la santé mentale positive, prenant en compte l'épanouissement et le bien-être des personnes. La santé mentale fait partie intégrante de la santé et vise un équilibre entre différentes composantes de la vie quotidienne (d'ordre émotionnel, physique, psychique, social, spirituel, économique...) et est influencée par les conditions de vie des personnes. Ainsi, et notamment pour les enfants, la santé mentale regroupe différents troubles légers à lourds, allant par exemple de l'anxiété, troubles du sommeil, difficultés d'apprentissage, tristesse à l'isolement ou à l'agressivité, la violence. Différents dispositifs publics sont mis en place pour faciliter l'accès à des professionnels pour les enfants et adolescents (voir

tableau 3). Ces instances apportent aux mineurs une prise en charge pluridisciplinaire et gratuite. Y sont reçus les jeunes, ainsi que leur famille sans besoin d'avoir été adressés formellement. Concrètement, ce sont souvent des professionnels extérieurs de l'accueil (crèche, école) ou de la santé (médecin traitant...) qui vont orienter les enfants pour un diagnostic. Ce dernier est fait par les professionnels mais aussi grâce à l'entourage (parents, école etc.). Après l'entrée dans ce parcours de soins, des liens sont développés entre les structures et le secteur médico-social, sanitaire et scolaire (les classes ULIS par exemple, Unités Localisées pour l'Inclusion Scolaire etc.)

**Tableau 1 : Carte d'identité des CAMSP, CMPP et CMP-IJ**

Centre	Nombre de structures	Secteur	File active	Définition	Textes	Public reçu	Equipe
<b>CAMPS</b> (centres d'action médico-sociale précoce)	291 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 75%, hospitalière à 25%)	73 115 (2016)	Etablissement médico-social de prévention, de dépistage et de prise en charge d'enfants de la naissance à 6 ans par une équipe pluridisciplinaire médicale, paramédicale et éducative.	Article L. 312-1 du CASF Article L2132-4 du code de la santé publique	Enfants âgés de 0 à 6 ans	Equipe pluridisciplinaire : pédiatres, pédopsychiatres, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens, éducateurs de jeunes enfants, psychologues, assistants sociaux.
					Décret n° 76-389 du 15 avril 1976 complétant le décret n° 56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXIbis)		
<b>CMPP</b> (centres médico-psycho-pédagogiques)	400 sites principaux	Médico-social (gestion associative à 80%)	213 122 (2016)	Etablissement médico-social qui dispense des soins aux enfants et adolescents présentant des difficultés scolaires, de comportement, de langage, de sommeil..	Article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles	Enfants et adolescents âgés de 0 à 20 ans.	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), psychopédagogues, assistants sociaux.
					Décret 63-146 du 18 février 1963 complétant le décret n.56-284 du 9 mars 1956 (ajout d'une annexe XXXII concernant les CMPP)		
<b>CMP-IJ</b> (centres médico-psychologiques infanto-juvéniles)	1500 sites principaux	Sanitaire (gestion par un hôpital public (88%) ou privé (12%))	401 135 (2016)	Unité de coordination et d'accueil en milieu ouvert, organisant des actions de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile pour lutter contre les maladies mentales	Arrêté du 14 mars 1986 relatif aux équipements et services de lutte contre les maladies mentales, comportant ou non des possibilités d'hébergement.	Enfants, adolescents, jeunes adultes,	Equipe pluridisciplinaire : pédopsychiatres ou psychiatres, infirmiers psychiatriques, psychologues, rééducateurs (orthophonistes, psychomotriciens), assistants sociaux.

Source : *Mission.*

Source tableau 3 : Branchu C, Butcher J, Emmanuelli J, Robineau F "Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMS), des Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centre Médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, septembre 2018

Concernant la considération du mal-être, les jeunes peuvent ne pas savoir ou vouloir parler, mais aussi ne pas connaître les aides existantes. L'entourage n'est pas toujours en capacité de repérer la détresse, c'est pour cela qu'une meilleure information générale sur la question pourrait aider les parents et les professionnels entourant le mineur. Cependant, cela ne semble pas suffisant du fait des délais d'attente pour des rendez-vous en santé mentale. Pour les CMP par exemple, la durée d'attente a doublé entre 2008 (« une semaine à un mois d'attente dans 42% des cas et de plus de 3 mois dans 14% des cas. 60% des structures de psychiatrie infanto-juvénile déclaraient avoir une liste d'attente pour un premier rendez-vous ») et 2014 (Marie-Rose Moro, Jean-Louis Brison, 2016). Pour certaines structures, les délais d'attente peuvent dépasser un an (dans les zones les plus en tension). En 2018, la moyenne se retrouve autour de six mois. On assiste aussi à une hausse de la demande s'expliquant par des changements sociétaux et une amélioration du dispositif de repérage. Cependant, le manque de professionnels (dû à un manque de moyens, à une moins bonne attractivité du fait de salaires plus bas que dans le privé...) entraîne des inégalités sociales et territoriales d'accès. Les moyens donnés à ces structures n'augmentent pas proportionnellement par rapport à la demande : la file active ayant augmenté de 14% entre 2008 et 2018.

Dans ces espaces largement saturés, la prise en charge du mal-être apparaît comme moins urgente car secondaire, ce qui peut, à terme, entraîner des conséquences délétères sur la santé des jeunes. Au-delà des délais d'attente, les modalités de financement sont aussi importantes pour certaines familles. En effet, les délais d'attente peuvent être réduits (à certains endroits où l'offre est suffisante) en consultant des professionnels libéraux non remboursés. Cela crée alors un écart entre les familles n'ayant d'autres choix que d'attendre un rendez-vous pour des raisons financières et celles qui disposent des moyens nécessaires pour réduire ces délais (Amiel, 2017).

La santé mentale recoupe différents secteurs d'intervention et non pas seulement le sanitaire. Ses déterminants sont multiples et ne se réduisent pas seulement à des pathologies ou handicaps psychiatriques/psychiques. A titre d'exemple, pour un enfant souffrant de troubles du sommeil, la seule solution médicamenteuse n'est pas adaptée : il faut aussi un espace de sommeil confortable, ne pas avoir faim, identifier les sources de stress (école, harcèlement, disputes parentales...) etc. (Greacen Tim, 2018)

En revanche, nous savons que l'accès à la santé mentale reste limité pour différentes raisons malgré les politiques mises en œuvre dans ce domaine (Bresson, 2008). On sait qu'un enfant scolarisé sur huit serait en souffrance psychique » (Casadebaig & Kovess, 1998 ; INPES, 2005). De plus, cette souffrance psychique et les troubles psychiatriques sont en augmentation chez les enfants/ adolescents (pensées suicidaires, troubles alimentaires, consommations problématiques, problèmes de sommeil, d'anxiété etc.) (Greacen Tim, 2018)

Par ailleurs, la crise sanitaire liée au Covid-19 a eu pour effets de révéler des besoins et problèmes préexistants d'accès aux soins pour les personnes issues de milieux défavorisés. Cette période a mis en lumière des inégalités préexistantes. En effet, les individus « présentant différents indicateurs de défavorisation sociale (situation de monoparentalité, inactivité hors retraités, précarité multidimensionnelle) » auraient été plus concernés par des situations de non-réalisation de soins que d'autres catégories pendant le premier confinement. Cela rejoint les déterminants de non-recours hors crise sanitaire. De plus, il est possible de constater un effet cumulatif, c'est-à-dire que lorsqu'une personne n'a pas réalisé un soin au sein d'un foyer, la proportion de personnes dans la même situation au sein du foyer, augmente (Hélène Revil, Jean-Marie Blanchoz, Christine Olm, Sébastien Bailly, 2020). La crise sanitaire a donc mis en exergue des situations difficiles d'accès au soin, en particulier pour les personnes en situation de vulnérabilité. En effet, au-delà du non-recours, nous savons que les différents confinements et mesures sanitaires, ont particulièrement impacté ces catégories de personnes (pauvreté monétaire, isolement, détresse psychologique...) (Fiona Lazaar, Nicolas Duvoux, 2021). Les enfants et adolescents, dans la même lignée, ont été particulièrement touchés : les situations de crises graves conduisant aux urgences pédopsychiatriques (automutilation, tentative de suicide, troubles graves du comportements...) ont augmenté de 30% au niveau national entre 2019 et 2020 selon le Pr. Marie-Rose Moro dans une interview avec Isabelle Hoppenot. Les enfants et jeunes de milieux défavorisés ont donc cumulé des besoins sociaux et des besoins sanitaires.

Fin avril 2021, la maison Avenir Santé Villejean-Beaugard (ASVB) à Rennes a lancé « une « *alerte sur la dégradation de la santé des enfants du quartier* » liée aux « *effets délétères de la crise sanitaire* » ». Les professionnels de cette maison de santé ont en effet remarqué une augmentation des difficultés d'apprentissage, du comportement, de l'agressivité, d'addiction aux

écrans etc. chez les enfants du quartier. Malgré ces constats, les organismes de prise en charge gratuite sont saturés, les délais d'attente y sont d'un an et demi à deux ans (à Rennes comme dans de nombreuses villes). Or, les troubles s'aggravent vite chez les enfants, il est important de les prendre en compte le plus vite possible. Les délais d'attente sont largement réduits avec les professionnels libéraux mais les consultations ne sont pas nécessairement remboursées : le coût des séances ne peut être supporté par toutes les familles. La crise sanitaire a pu faire perdre des emplois ou heures de travail à certains parents, précarisant encore plus les familles. Pour d'autres, le confinement a eu des effets délétères sur la santé de certains membres de la famille.

L'accès à la santé mentale a donc été rendu encore plus complexe par la crise sanitaire, c'est pourquoi des politiques publiques ont été mises en place. Par exemple, le dispositif « Psy Enfant Ado » annoncé par E. Macron en avril 2021 vise à prendre en charge des séances avec un psychologue pour les enfants de 3 à 17 ans souffrant de troubles psychiatriques légers à modérés. Cette annonce visait à répondre à un contexte de sortie de crise et de développement de la souffrance psychique chez les mineurs. Cela permet donc aussi aux jeunes en situation de précarité d'avoir accès à un soutien psychologique car les séances sont prises en charge entièrement et sans avance de frais. Ce dispositif a été critiqué par une partie des psychologues qui affirme que cela rentre dans une volonté d'encadrement et que cela dévalorise leur profession, limitant leur indépendance.

L'accès aux soins en santé mentale peut être considéré comme un enjeu important au regard de la situation « préoccupante » de personnes souffrant de troubles psychiques (« Feuille de route, santé mentale et psychiatrie », Ministère des solidarités et de la santé, 2018). En effet, la mise en place des Projets Territoriaux de Santé Mentale (PTSM) s'inscrivant dans la loi de modernisation de notre système de santé (n° 2016 - 41 du 26.01.2016) et qui visent « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture » en témoigne. Ces projets sont élaborés à partir d'un diagnostic territorial et regroupent des professionnels et établissements œuvrant dans le champ de la santé mentale. Les PTSM concernent aussi la santé mentale des enfants et adolescents grâce à des actions de prévention et de promotion : des campagnes de communication concernant l'offre locale sont mises en place par différents intervenants (écoles, centres médico-psychologiques, PMI, centres sportifs, médecine générale,

travailleurs sociaux etc.). Ces campagnes permettent non seulement de faire connaître l'offre aux usagers mais aussi aux acteurs de différents secteurs d'intervention de se reconnaître, de se coordonner etc.

Par ailleurs, on observe une méconnaissance des systèmes de prise en charge. Des parents expriment par exemple le fait que leur fille ait été prise en charge dans une institution mais que cela s'arrêtait à 6 ans sans qu'ils ne soient au courant (Caroline Coq-Chodorge, « Enfants en manque de soins médicaux dans les quartiers populaires : « On laisse pourrir la situation », médiapart, 17 juin 2021). L'inscription dans l'institution suivante n'étant pas automatique (pourtant dans les mêmes locaux), un délai de deux ans d'attente est prévu. Ces situations de non-information créent des ruptures de soin chez des enfants pourtant suivis correctement. Cela peut aggraver rapidement les troubles, de façon irréversible.

Malgré des politiques de prévention et de promotion en santé mentale, cette hausse traduit des carences autour de la question de la prise en compte et de la prise en charge de la santé mentale chez les mineurs. Si l'on croise ces données avec des situations de vulnérabilité, on fait alors l'hypothèse d'un cumul de « handicaps », au sens sociologique du terme, vécu par certaines familles.

Cette pluralité d'acteurs vise donc à assurer une continuité des parcours des personnes en décloisonnant certains secteurs. En outre, d'autres acteurs ou lieux non institutionnels, tels que les pairs, le domaine associatif etc. peuvent intervenir dans l'accompagnement des individus, ou même leur bien-être. Nous parlerons alors de ressources mobilisées par les personnes accompagnées, qui sont aussi actrices de leur parcours.

## **c) De l'importance des ressources dans les parcours de santé, leur participation dans l'accès au bien-être**

Cette enquête vise donc à comprendre, en dépit des freins précisés ci-dessus, quelles sont les ressources sociales et territoriales mobilisées par ces familles pour s'orienter et accéder à l'aide et au soin.

Nous entendons ici les ressources comme les différents acteurs, structures, dispositifs, l'accompagnement social/ sanitaire par des professionnels (ou institutions) mais aussi l'entourage socio-familial, les associations, les lieux participant au bien-être des personnes et sur lesquels elles peuvent s'appuyer au quotidien ou lors de moments cruciaux. Ainsi, ces ressources peuvent être d'ordre physique, matérielle, financière, morale...

Dans le rapport sur « la place des services publics dans les ressources mobilisées par les parents en cas de difficultés éducatives » par l'Observatoire Départemental de la Protection de l'Enfance en Finistère (Yvonne Guichard-Claudic, Lise Bihannic, 2010), les interviewés expliquent s'appuyer en premier lieu sur le conjoint, ils insistent sur l'importance du dialogue conjugal pour appréhender certains problèmes. D'autres ressources (d'autres membres de la famille comme les grands-parents par exemple) peuvent aussi faciliter le quotidien, à la fois sur du soutien moral mais aussi logistique (la garde des enfants par exemple, en particulier pour les familles monoparentales). Le rôle des pairs est aussi important pour certains si la famille est éloignée géographiquement ou si ils veulent marquer une distance avec cette dernière. Leur rôle peut alors porter sur de l'information, ou tout comme pour la famille, permettre un soutien moral et de l'aide concernant certains questionnements ou difficultés rencontrés. Les échanges avec l'entourage peuvent aussi permettre de relativiser sur certaines situations et de prendre de la distance. Les personnes peuvent aussi se partager des conseils autour de la prise en charge, de l'offre en santé mentale afin de choisir aussi vers quel professionnel, service... s'orienter.

L'engagement au sein d'associations peut aussi constituer une forme de ressource pour s'intégrer dans un réseau social<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Concrètement, il est possible de dégager trois types de réseaux que sont la famille, les amis et le social. Ce dernier type de réseau apparaît comme plus faible que les deux premiers mais est en fait, aussi utile. Ces liens faibles, du fait de leur nombre important et de la transmission rapide des informations, deviennent forts selon la théorie de Mark Granovetter. C'est en ce sens que ces liens faibles sont en fait des outils indispensables à l'intégration sociale.

Les personnes accompagnées le sont donc par les institutions mais aussi par leur entourage, par des individus à qui elles choisissent de faire confiance. Ces individus de confiance peuvent alors faciliter l'orientation dans le soin, l'accompagnement social permettant d'assurer une meilleure continuité des parcours. Ces ressources peuvent alors aussi prendre la forme de lieux. C'est pour cela qu'interroger directement le point de vue des personnes apparaît comme pertinent, afin de comprendre les différentes ressources qu'elles mobilisent et les rapports qu'elles entretiennent avec ces ressources. On retrouve, au sein de ces dernières, les professionnels dans le domaine du soin en santé mentale mais aussi d'autres lieux ou personnes moins « conventionnels » (cf annexe 2). En effet, la notion de bien-être permet de considérer des ressources n'étant pas nécessairement issues des secteurs social et sanitaire. Les lieux et professionnels restent indispensables dans certaines situations, grâce à leur expertise et leur accueil.

Une enquête québécoise portant sur les inégalités de santé dans trois territoires de vie revient sur les facteurs structurels et sociaux provoquant ces inégalités en passant par des entretiens sur les parcours de vie<sup>12</sup>. Les soutiens et ressources sont donc aussi interrogés (qu'ils soient professionnels ou communautaires), et majoritairement décrits par des termes positifs. Les “coups de main” ont répondu à différents besoins (alimentaires, d'habitat, psychologiques etc.). Une citation d'entretien exprime l'importance de ces aides :

*“Fait que, pour m'en sortir [drogue, délinquance], j'ai décidé de d'mander rien à personne. J'ai couché à la maison de Lauberivière. J'allais manger dans les places qui donnaient à manger aux démunis. J'attendais ma place en thérapie. Quand j'suis rentré en thérapie, ben... j'ai arrêté de consommer. [...] Si un jour je deviendrais riche, j'gagnerais, euh, des millions là, tu peux être sûr, tu peux être sûr que la Maison Lauberivière pis la Maison Revivre ça serait deux organismes que j'aurais très à coeur (silence). Pour moi, ç'a été une expérience de vie... Je me suis surpris, à un moment donné, de m'plaindre. Pis quand j'me suis comparé à des gens qui sont là, je me suis trouvé chanceux. Très, très, très chanceux.”*

Cet exemple permet d'illustrer la place considérable de ces ressources dans l'accompagnement et dans l'inscription dans un parcours. L'homme enquêté considère ici que les lieux d'accueil dont il

---

<sup>12</sup> Roy, B., De Koninck, M., Clément, M. & Couto, É. (2012). Inégalités de santé et parcours de vie : réflexions sur quelques déterminants sociaux de l'expérience d'hommes considérés comme vulnérables. *Service social*, 58(1), 32–54.

parle, ont largement participé à son bien-être.

Les personnes s'appuient donc sur différentes formes de ressources (familiale, sociale, personnelle etc.) qui vont servir de levier dans le cheminement dans leur propre parcours et favoriser leur action dans la prise en charge. La mise en récit à travers des entretiens semi-directifs va permettre de revenir sur les parcours biographiques et sur ces leviers rencontrés. Les parcours de santé sont nécessairement composés de craintes et d'obligations mais aussi de rencontres qui vont faciliter l'orientation dans ces parcours.

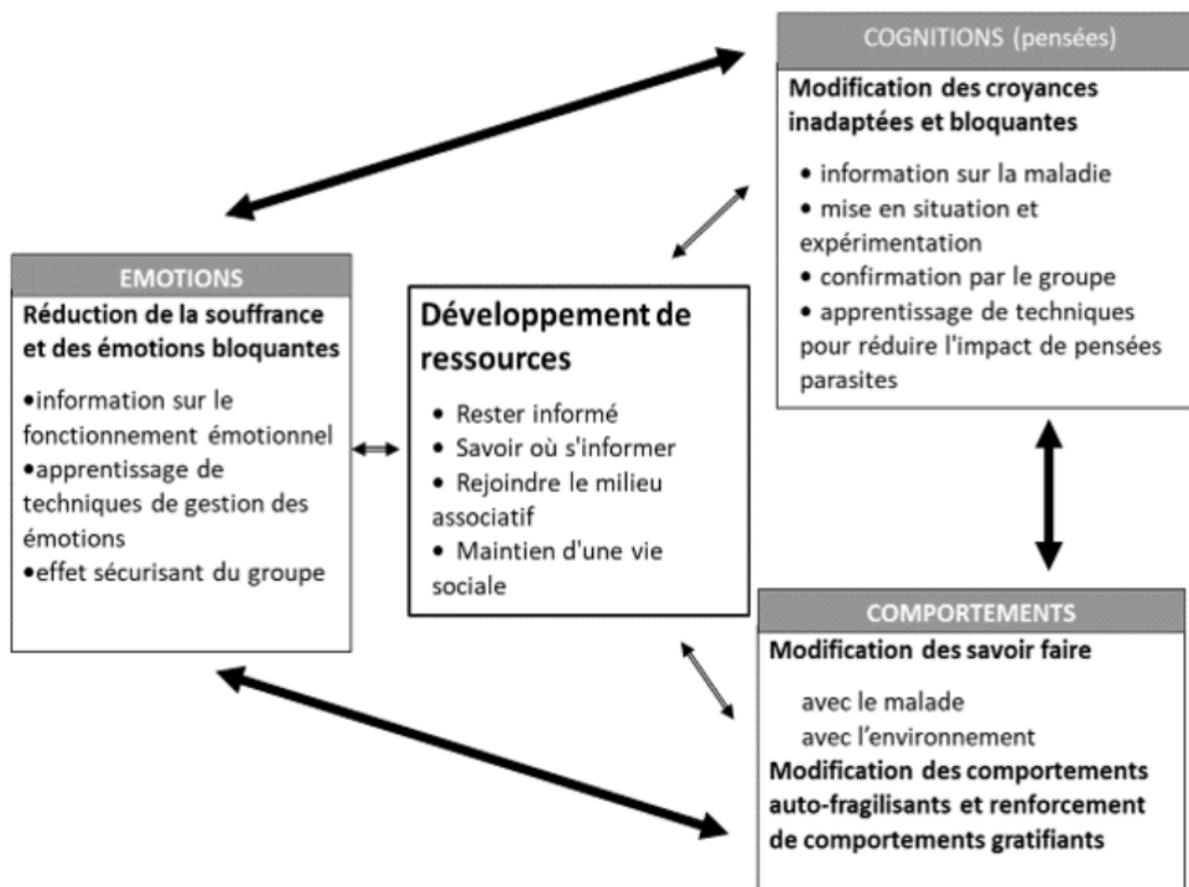
Par ailleurs, en pédopsychiatrie particulièrement (mais pas uniquement), on observe un changement de paradigme concernant le rôle des familles dans l'accompagnement. Auparavant, beaucoup de décisions étaient prises sans participation des familles, voire sans même la mise au courant. Ces situations existent encore mais tendent à être réduites : les familles sont mieux formées et informées<sup>13</sup>. Ce changement de paradigme passe par une évolution des pratiques de l'offre de soin, par des informations venant des médias, des associations de familles et des professionnels. Cela permet une place plus active et une plus grande participation dans les décisions thérapeutiques. Un certain nombre de dispositifs ont été mis en place : des programmes spécifiques pour aidants, parents co-thérapeutes, des traitements prenant en compte l'environnement familial (thérapies familiales)... Par exemple, il existe un programme "profamille", un programme psycho-éducatif destiné aux proches de personnes souffrant de schizophrénie et de troubles associés. C'est le programme de ce type le plus utilisé en France et le seul ayant fait l'objet d'évaluations. Il vise à la fois à faciliter la vie des proches mais aussi à améliorer leur accompagnement en les formant sur certains comportements, sur l'explication des troubles, à gérer certains symptômes etc. (voir schéma 2). Ce programme offre aussi la possibilité de mieux connaître les aides et services socio-sanitaires et d'y avoir accès au mieux. En termes d'efficacité et selon les différentes évaluations, il aurait permis de réduire le stress des familles quotidiennement, le taux de rechute des malades serait deux fois plus faible (il y aurait aussi deux fois moins de tentatives de suicide par les malades un an après que les familles aient suivi le programme) et les chances de réinsertion sociale par l'emploi augmenteraient significativement. Cette évaluation démontre l'importance de l'entourage, même

---

<sup>13</sup> Diane Purper-Ouakil, "Accompagnement familial – Quel soutien et quelle formation ?", Colloque recherche UNAFAM, 9 décembre 2016

une fois l'inscription des personnes dans un parcours de santé.

## Schéma 2 : Fonctionnement du réseau "Profamille"



Source : Site Réseau Profamille, "comment fonctionne Profamille ?"

Ainsi, ce travail de recherche vise à aider les professionnels du travail social et de la santé mentale à mieux repérer les « leviers » qui font sens pour les familles dans le cadre de l'accompagnement. Aussi, il participe à la réflexion au sujet de l'évolution de l'organisation de l'offre sociale et sanitaire, à la communication à adopter pour rendre plus visible/lisibles certaines ressources méconnues, à renforcer des coopérations interinstitutionnelles et interprofessionnelles par rapport aux ruptures d'accompagnement observées ou personnes/lieux qui « font ressource » pour ces familles.

C'est pourquoi il semble important de partir de l'analyse du point de vue des personnes, leur ressenti et les individus/lieux importants à leurs yeux. La compréhension de ces ressources va alors permettre de voir sur qui (ou où), les personnes accompagnées s'appuient pour s'orienter dans leur

parcours ou même pour entrer dans un parcours. Le rôle de ces ressources peut alors être déterminant pour certaines personnes dans le suivi social ou sanitaire et dans le bien-être.

La notion de ressource est en plus une notion beaucoup utilisée par les différents acteurs, sans pour autant être clairement définie, il semble alors important de les caractériser. Un des partis pris est aussi de ne pas focaliser l'enquête sur la seule vulnérabilité subie, sur les manques et les fragilités que cela engendre mais aussi sur les atouts ou compétences développés sur lesquels s'appuient les personnes accompagnées, sur le « bricolage » qu'elles peuvent exercer. (pour rappel : *« La notion anthropologique et sociologique de « bricolage » permet d'exprimer la condition des individus devant, dans leurs vies (personnelles, professionnelles) composer et recomposer avec les moyens qui sont à leur disposition. L'anthropologue Claude Lévi-Strauss (1962) définit le « bricoleur » comme suit : « la règle de son jeu est de toujours s'arranger avec les "moyens du bord", c'est-à-dire un ensemble à chaque instant fini d'outils et de matériaux, hétéroclites au surplus, parce que la composition de l'ensemble n'est pas en rapport avec le projet du moment, ni d'ailleurs avec aucun projet particulier, mais est le résultat contingent de toutes les occasions qui se sont présentées de renouveler ou d'enrichir le stock, ou de l'entretenir avec les résidus de constructions et de destructions antérieures »<sup>14</sup>)*

L'entourage, le soutien social, les lieux et personnes ressources participent donc à la fois à la bonne santé physique et mentale des personnes en tant qu'ils peuvent offrir à la fois un soutien direct (quotidien, lors de situations critiques etc.) mais aussi indirect en facilitant l'accès aux parcours de santé et l'orientation en leur sein.

En revanche, des inégalités de territoires s'observent aussi : certains territoires sont beaucoup moins pourvus que d'autres en termes de ressources (dans le champ de la santé, du social ou plus largement). En effet, les villes seront plus dotées en professionnels de santé, d'infrastructures, d'associations etc. mais l'accès aux pairs et à ces espaces est aussi plus facilité que dans les espaces ruraux. Il faut cependant être en mesure de s'approprier le territoire et les ressources qui s'y trouvent pour en jouir pleinement.

Ainsi, les personnes en situation de vulnérabilité sociale cumulent des inégalités. L'entrée dans un parcours de santé peut être mise à mal pour diverses raisons, et une fois l'intégration dans ce parcours, l'orientation (ou réorientation) peut y être difficile malgré l'accompagnement. La santé mentale, initialement plus difficile d'accès, est alors un secteur où les personnes en situation de vulnérabilité sont particulièrement touchées par les inégalités. Pourtant, ce secteur semble prendre

---

<sup>14</sup> Clelia Gasquet, Anne-Cécile Hoyez, Ana Millot. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg, [Rapport de recherche,] UMR ESO 6590 CNRS. 2019

de l'ampleur, du fait de changement de paradigme et d'une hausse des besoins. L'importance de la santé mentale est aujourd'hui de plus en plus reconnue dans notre société et fait partie intégrante des parcours de santé. Pour faciliter l'accès à ces parcours aux personnes en situation de vulnérabilité et tenter de limiter les inégalités, les institutions mettent en place des politiques volontaristes. Ces dernières ne suffisant pas, les personnes accompagnées s'appuient sur des personnes ou lieux qui vont faire "ressource" dans l'accompagnement, le suivi, l'entrée dans un parcours. Ces ressources facilitent alors l'accès à la bonne santé et au bien-être. Pour tenter d'analyser le rôle de ces ressources, et les difficultés d'accès à la santé mentale, une enquête collaborative a été mise en place, perturbée par la crise sanitaire du Covid-19.

## **II. Une démarche d'enquête collaborative en situation de crise sanitaire**

L'enquête du CRTS sur les parcours de santé s'est construite de façon collaborative entre chercheurs et professionnels de différents secteurs. Il a été décidé de s'intéresser à des territoires précis que sont les Quartiers Politiques de la ville et les communes rurales (a). Ces espaces sont marqués par des inégalités sociales fortes mais aussi par des disparités de l'offre de santé. Le cas des QPV de Rennes et des communes rurales isolées du Centre Bretagne illustrent ces phénomènes, engendrant des inégalités sociales de santé (b). La démarche d'enquête collaborative a permis de penser l'enquête de façon collective à chaque étape (c) pour la rendre efficiente et pertinente. Cependant, l'accès au terrain a été fortement limité par plusieurs aspects, du fait du contexte sanitaire et social notamment. De nouvelles propositions de démarches d'enquête ont été amenées pour tenter de modérer ces freins, notamment une volonté de développer une plus grande collaboration avec de nouveaux acteurs en dépassant la simple coopération (d).

### **a) Le choix de territoires marqués par les inégalités : des quartiers Politique de la Ville aux communes rurales.**

Le choix de différents types de territoires, donne la possibilité de comparer l'accès au soin en fonction de l'offre proposée (offre de soin et d'accompagnement) et des ressources mobilisables.

C'est pourquoi il a été décidé de s'intéresser aux Quartiers Politiques de la Ville (QPV) des communes de plus de 50 000 habitants de Bretagne et aux territoires ruraux du Centre Bretagne. Les premiers, réformés depuis 2014, présentent des dispositions socio-économiques défavorisées en comparaison à d'autres quartiers (ils sont désormais définis avec le seul revenu par habitant et non plus d'autres critères depuis 2014). Les taux de chômage y sont plus élevés (pour le quartier Villejean à Rennes par exemple, le taux de chômage est de 11,3 % contre 9,9 % au niveau de la ville), les habitants plus pauvres (toujours pour Villejean, le taux de pauvreté monétaire est de 41,6% contre 18,1% à Rennes), et/ou sont plus dépendants des (ou reçoivent plus d') aides sociales. Ces quartiers sont fortement marqués par des inégalités sociales mais aussi des inégalités de santé :

l'état de santé ressenti y est plus dégradé, le renoncement au soin ou non recours y est plus important, la prévention moins sollicitée et les indicateurs de santé plus défavorables en général (Allory, 2017).

Des politiques d'action publique sont mises en place telle que la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système des soins instaure la notion de démocratie sanitaire et la concertation d'usagers sur le sujet. Cette initiative favorise la volonté de rendre les citoyens acteurs en ce qui concerne la santé. Cela est particulièrement pertinent, notamment dans les QPV pour éviter une approche trop descendante des professionnels et "favoriser l'essor d'un sentiment d'appartenance et de citoyenneté de la population" (Allory, 2017). Cela mène alors à une approche territorialisée et co-construite des actions en santé. Au sein des quartiers prioritaires, d'autres politiques sont mises en place concernant différents domaines d'intervention pour tenter de pallier les inégalités. Par exemple, les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) issues de la loi Hôpital Patient Santé et Territoires en 2009, travaillant à créer un projet de santé sur le quartier, en incluant la promotion et la prévention tout en tentant de favoriser l'articulation entre le sanitaire et le social. Ces maisons de santé s'intègrent aux contrats de ville (2015-2021) qui agissent sur plusieurs domaines basés sur un diagnostic local des problématiques dans les QPV dans le but de résorber les inégalités sociales et territoriales. La MSP de Villejean regroupe par exemple une soixantaine de professionnels qui se regroupent autour d'un projet identifiant trois grands axes : santé des enfants, santé mentale et démocratie sanitaire (voir tableau 4).

**Tableau 4 :Projet de santé pluri-professionnel de la MSP de Villejean (Rennes) novembre 2014**

Thématiques	Objectifs
Santé des femmes	Améliorer l'accès à la contraception
	Informé sur l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG)
	Améliorer la coordination des prises en charge entre généralistes, gynécologues et professionnels du Centre Départemental d'Action Sociale (CDAS)
Santé mentale	Prise en charge coordonnée entre généralistes et psychologues avec création d'un temps de concertation
	Groupe de paroles à destination des migrants d'une part, des adolescents et de leurs parents d'autre part
	Créer une commission de concertation « santé mentale » pour améliorer la coordination entre généralistes, psychologues, bailleurs sociaux et professionnels du CDAS
Santé des enfants	Accueillir des équipes de ressource en santé mentale sur le quartier
	Concertation et coordination pour des enfants de zéro à sept ans présentant des troubles du comportement et/ou des difficultés d'apprentissage
	Coordination des prises en charge pour motif de pleurs du nourrisson entre pédiatres, gynécologues, généralistes, psychologues et protection maternelle et infantile (PMI)
Promotion de l'activité physique	Échanger avec les instituteurs sur le dépistage des troubles sensoriels (visuels et auditifs) et des troubles du comportement et de l'apprentissage
	Développer un programme de promotion de l'activité physique
	Groupe de réflexion pour le développement d'un programme de promotion de la santé sur la nutrition
Suivi des pathologies chroniques	Mettre en place le dispositif ASALEE (Action de santé libérale en équipe) sur le quartier de Villejean
Santé et précarité	Mise en place d'un médiateur santé sur Villejean pour accompagner dans les démarches administratives en lien avec la santé ou bien dans les prises de rendez-vous de santé...
	Sollicitation d'un service d'interprétariat pour des consultations
	Développer les liens avec le secteur social
Actions transversales	Acquérir une culture commune sur la santé
	Organiser des staffs sur des prises en charge complexes
Formation, enseignement et recherche	Accueil d'internes et de stagiaires au sein de la MSP
	Formations pluridisciplinaires
Système d'information coordonné	Échanges d'informations sécurisées entre PDS
	Mise en œuvre d'un système d'informations partagé concernant les patients
	Créer un annuaire des PDS du quartier
Animation d'un réseau de partenaires	
Information et participation des usagers	Participation d'associations d'usagers au projet de santé
	Étude sur la perception par les usagers de la MSP
	Réalisation et diffusion d'un livret d'information aux usagers sur la MSP

Source : Allory, Emmanuel, et al. « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique*, vol. 29, no. 4, 2017, pp. 535-545.

Les difficultés cumulées au sein de ces quartiers prioritaires entraînent donc des difficultés d'accès aux soins qu'il faut identifier pour tenter d'y pallier. Une approche globale semble importante en prenant en compte toutes les dimensions de conditions d'existence des personnes (revenus, précarité, vulnérabilité, conditions de logement, culture etc.). Il apparaît aussi comme

primordial de conserver l'offre de proximité pour en faciliter l'accès. D'autres facteurs sont à prendre en compte tels que la barrière de la langue en cas d'allophonie par exemple, qui peut nécessiter un service d'interprétariat. Cependant, un tel service engendre malgré tout des complications (qu'il soit exercé par un professionnel ou un proche de la personne) car le secret médical ne peut alors plus être respecté. Cette intimité est primordiale, notamment quand il s'agit de santé mentale, les prises en charge peuvent donc être mises à mal.

Par ailleurs, le repérage des difficultés d'accès en termes de santé se fait par l'action publique qui tend à cloisonner certaines problématiques. En effet, le repérage par l'action publique ne permet pas d'appréhender la globalité des conditions et tend à invisibiliser certaines catégories ou difficultés. Le rapport final de d'une "étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique" (ONPES – FORs recherche sociale, 2014) revient sur différentes situations rendant l'estimation compliquée :

- "les sans domicile stable dont les hébergés chez des tiers
- les sortants d'institution dont les sortants de prison
- l'entourage familial des enfants placés ou en voie de l'être
- les personnes logées présentant des troubles de santé mentale
- les travailleurs non salariés pauvres
- les personnes pauvres en milieu rural (dont jeunes et néo-ruraux)"

L'invisibilisation pour ces publics est exacerbée dans des conditions de vulnérabilité sociale et/ou de précarité. Cela s'explique par différents facteurs :

- "Du côté des publics : souhait de ne pas se rendre visible (honte, non adhésion aux principes et normes de l'aide, situation illégale), isolement géographique (faible accessibilité aux services), isolement social et relationnel, distance vis-à-vis des institutions..."
- Du côté de l'action publique : absence de volonté politique, inadaptation des modalités de comptage statistique, insuffisance des moyens de repérage, situations aux marges des dispositifs publics (effets de seuil, hors catégories traditionnelles de l'action publique), manque de lisibilité et complexité des dispositifs, fin de prise en charge" (Rapport final, "étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique" ONPES – FORs recherche sociale, mai 2014).

Cette invisibilisation entraîne une action publique pas nécessairement adaptée aux besoins : *"Les statistiques publiques appréhendent difficilement la grande exclusion, notamment lorsque les personnes concernées n'ont pas de domicile, ne recourent pas aux prestations sociales auxquelles*

*elles auraient droit, ou encore sont en situation irrégulière sur le territoire français. L'action publique en direction de ces publics reste par conséquent très difficile à mettre en œuvre*<sup>15</sup>.

Les QPV sont donc les théâtres d'inégalités sociales engendrant des difficultés diverses. Un exemple récent serait la crise sanitaire actuelle du Covid-19 où différents mécanismes ont été observés : une plus grande fragilité face aux maladies infectieuses (on observe une prévalence de certaines pathologies chroniques telles que le diabète, maladies cardio-vasculaires, troubles respiratoires etc. dûe aux modes de vie individuels, au climat résidentiel et à l'offre territoriale); une exposition accrue au virus (du fait de la difficulté de se confiner pour certains en raison de l'hébergement par exemple; de la profession ...) et un accès inégal aux soins. Selon Joseph Stiglitz, prix nobel d'économie "Covid is not an equal opportunity killer" (2020). Cela s'est illustré en Seine-Saint-Denis, département le plus jeune et le plus pauvre de France mais aussi l'un des plus touchés par le Covid. La mortalité en mars 2020 y avait augmenté de plus de 60% par rapport à l'année précédente. Cela s'explique, comme précisé, en partie par une exposition plus forte au virus : le télétravail ne concernant que peu ces catégories de population, les individus ont continué à prendre les transports en commun, à voir leurs collègues ; l'isolement étant aussi plus difficile dans des logements où l'espace est réduit ; certaines personnes doivent faire les courses quotidiennement et donc se rendre plus souvent dans les commerces du fait du manque de moyens financiers pour stocker ; la Seine-Saint-Denis est par ailleurs un désert médical malgré la proximité de Paris<sup>16</sup>.

De la même manière, les habitants des territoires ruraux sont plus facilement concernés par des difficultés d'accès au soin en raison de l'offre médicale moins importante, des moyens matériels d'accès limités (voiture, transports...), de l'isolement (le capital social, l'entourage aurait un impact significatif : le fait de vivre entouré semble faciliter l'accès aux soins<sup>17</sup>), l'éloignement géographique etc. Les territoires ruraux sont aussi en moyenne plus pauvres que les autres (le taux de pauvreté monétaire y était de 13,7% contre 11,6% dans les espaces urbains en 2006 selon l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) et du Conseil général de l'alimentation, de l'agriculture et des espaces ruraux, 2009.

---

<sup>15</sup> "Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise", Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES), rapport 2009-2010

<sup>16</sup> "Covid, la Seine-Saint-Denis en première ligne", France Inter, Philippe Bardonnaud , Vanessa Descouraux , Géraldine Hallot, 11 juillet 2021

<sup>17</sup> Plateforme d'Observation Participative Précarité Santé (POPPS), éléments d'analyses synthétiques de l'enquête biographique, 2014

Cependant, cette pauvreté a longtemps été peu appréhendée pour diverses raisons selon Marianne Berthod Wurmser (*“En France les pauvres s'en vont aussi à la campagne”*, 2012) :

- “cette pauvreté ne fait guère parler d'elle (à l'opposé des explosions régulières des banlieues),
- On pense, par reproduction des schémas anciens, identifier aisément les principaux facteurs en se référant aux phénomènes séculaires d'exode rural, de vieillissement des campagnes et aux crises agricoles récentes, etc.
- Les évolutions technologiques (« travailler par internet chez soi à la campagne») ou idéologiques (« rapprochement avec la nature ») tendent à écarter (la pauvreté en milieu rural) au profit d'une vision positive, voire idéalisée, de la ruralité. »

Il est fréquent, en milieu rural, que les personnes ne touchent pas les aides sociales ou minimas sociaux auxquels ils auraient droit du fait de la distance, la méfiance envers les services sociaux, de la méconnaissance et du sentiment d'assistanat.

Par ailleurs, on assiste aussi à un retrait du service public dans les milieux ruraux, offrant alors de moins en moins de services (postes, hôpitaux etc.). Cela engendre un réel impact social qui ne peut pas toujours être compensé par des déplacements. Les médecins et services de santé deviennent de moins en moins accessibles, de même que les services d'accès à l'emploi, à la garde des enfants etc. Cette inaccessibilité peut engendrer des difficultés dans la vie quotidienne mais aussi de façon plus générale en empêchant l'accès au travail ou des dépenses plus élevées (par exemple dûes à “des maladies chroniques entraînant par exemple de longues absences du travail à cause d'une impossibilité d'utiliser les transports, etc”)<sup>18</sup>.

Tous ces éléments limitent donc l'accès aux services et notamment à la santé. Pour illustrer cela, il est possible de prendre l'exemple des territoires étudiés : le Centre Bretagne, zone relativement plus pauvre que le reste de la Bretagne et les QPV de Rennes.

---

<sup>18</sup> Marianne BERTHOD-WURMSER, "En France, les pauvres s'en vont aussi à la campagne", CERISCOPE Pauvreté, 2012

## b) L'offre en santé mentale dans les communes rurales du Centre Bretagne et les Quartiers Prioritaires

La santé mentale sur les territoires s'organise de façon sectorisée, une division par zone géographique. Les structures spécialisées en santé mentale sont à disposition des personnes en fonction de leur lieu de résidence. En Bretagne, on observe une division en huit secteurs (voir carte 1) :

Carte 1 : Les territoires de santé bretons



Source : Fondation Bon Sauveur, "comment s'organise la santé mentale sur mon territoire ?"

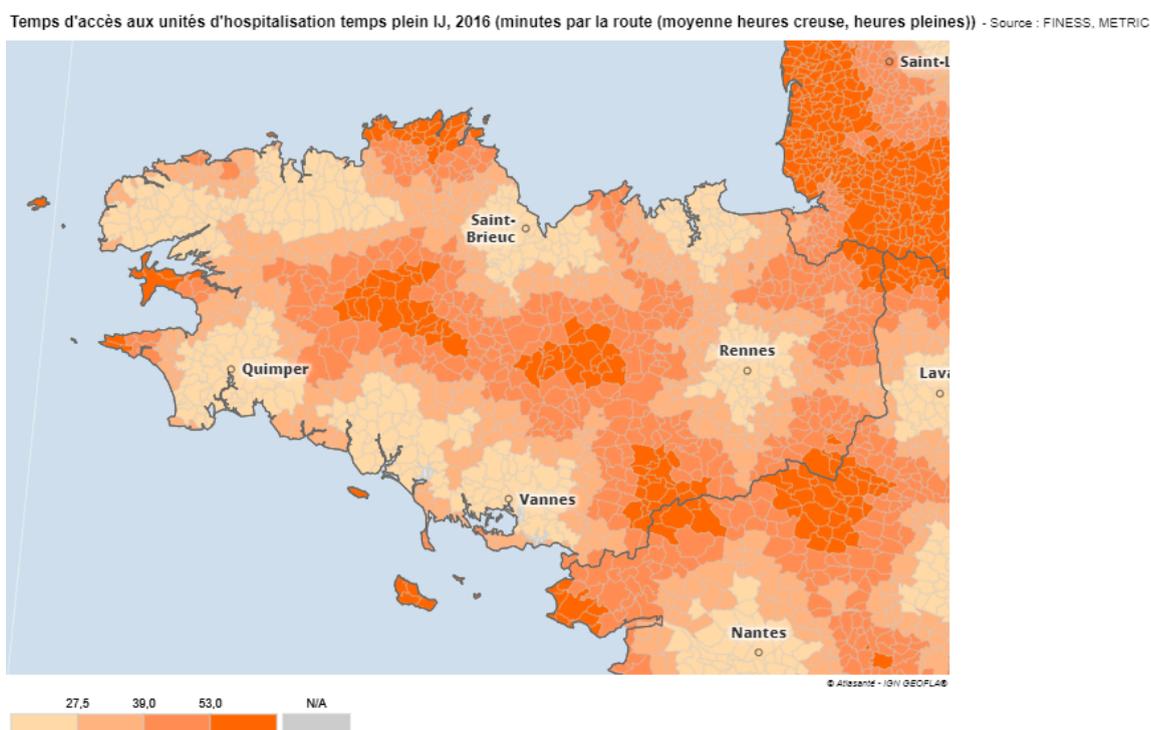
Il existe différents types d'établissements concernant la santé mentale, variant selon leur taille, leur champ d'intervention, leur spécialité, leurs types de séjours (consultation, séjours courts ou longs, etc.). Ils sont aussi distingués en fonction des tranches d'âges, une différence s'opère entre les structures traitant les enfants et adolescents, les adultes et les personnes âgées. Selon les territoires et secteurs, on observe des inégalités d'offre de soins. Deux types d'offres complémentaires sont aussi observées : l'offre libérale de ville et les établissements de santé,

majoritairement publics. La première concerne les troubles dont la sévérité est limitée et ne nécessite pas d'équipe pluriprofessionnelle, la seconde en revanche prend en charge les troubles persistants et plus sévères nécessitant une équipe pluriprofessionnelle.

Le Centre Bretagne est un territoire globalement plus pauvre que le reste de la Région. Le taux de pauvreté est supérieur à 15% dans ses quatre intercommunalités : Monts d'Arrée, Kreiz-Breizh, Roi Morvan et Haute Cornouaille) (contre 10,8% en Bretagne (INSEE, 2020)<sup>19</sup>).

Des contrats de ruralité existent pour améliorer l'accessibilité aux soins et aux services. Ces contrats sont passés entre l'Etat et les présidents de pôle d'équilibre territorial et rural (PETR) ou d'établissement public de coopération communale (c'est par exemple le cas pour Loudéac en 2017). Cependant, l'accès à la santé reste déficient dans certains territoires, et particulièrement en ce qui concerne la santé mentale. Par exemple, pour les enfants et adolescents, le temps d'accès aux unités d'hospitalisation infanto-juvénile en temps plein est plus important en Centre Bretagne qu'à Rennes ou dans d'autres territoires bretons. En effet, il faudra minimum 39 minutes pour une partie de la zone, voire minimum 63 minutes pour les endroits les plus éloignés. Au sein des grandes villes et autour (Rennes, Vannes, Saint-Brieuc, Quimper), le temps maximal sera de 27 minutes (voir carte 2).

## Carte 2 : temps d'accès aux unités d'hospitalisation temps plein infanto-juvéniles



Source : Atlasanté, IRDES

<sup>19</sup> Insee, 2020

Ces “temps d’accès”, déjà importants, se basent sur un indicateur de transport en voiture. Ils ne peuvent alors traduire toutes les difficultés pouvant être rencontrées par les individus se déplaçant en transports en commun (pas de passage vers le logement, horaires inadaptés, mauvaises correspondances etc). Dans certains foyers, les déplacements professionnels se font par exemple, nécessairement en voiture, ce qui implique le besoin d’une seconde voiture pour se rendre dans les établissements de service de soins. Les prix du permis, de l’achat d’un véhicule ou du carburant peuvent être tout autant de raisons qui rendent certains foyers dépendants des transports en commun.

Le Centre Bretagne est moins pourvu que d’autres territoires concernant l’offre en santé mentale. Il est possible d’y retrouver un Centre médico-psychologique (CMP) pour enfants et adolescents à Loudéac ; des hôpitaux de jour enfants à Loudéac, Pontivy et Rostrenen ; des CMP (Centre médico-psychologique) et CATTP (centre d’accueil thérapeutique à temps partiel), des Centres Psychothérapeutiques, des psychologues (dont scolaires) etc. de façon très éparse (l’offre étant encore plus limitée pour les enfants).

A Rennes, l’offre est plus conséquente en termes de structures d’accueil (CMP, CMPP etc.) et on retrouve aussi de nombreuses associations dans le domaine de la santé mentale (soutien aux proches, solidarité contre la dépression etc.) (voir carte 3 et annexe 3). Concrètement, le dispositif de soin est divisé entre secteur public et secteur privé/ associatif. Le site principal du domaine public est le centre hospitalier Guillaume Régnier puis l’on retrouve différents sites de soins ambulatoires répartis dans différents lieux de la ville. Pour les patients âgés de moins de 16 ans, il existe le secteur de psychiatrie de l’enfant et de l’adolescent dit Pôle Hospitalo- Universitaire de Psychiatrie de l’Enfant et de l’Adolescent (PHUPEA). Pour ceux de plus de 16 ans, ils seront adressés au secteur de psychiatrie générale. Dans chaque secteur se trouve un CMP (Centre médico-psychologique) et des unités d’hospitalisation pour le Centre Hospitalier Guillaume Régnier. Des structures intersectorielles permettent de prendre en charge des problématiques particulières (conduites addictives, prise en charge des adolescents et personnes sans domiciliation). On retrouve aussi un centre d'accueil et de soins spécialisés pour adolescents et jeunes adultes (CASSAJA) qui accueille des adolescents âgés de 13 à 21 ans en consultation individuelle ou familiale ; un centre d’accueil psychanalytique pour adolescents et jeunes (CAPA) dont l’antenne rennaise est ouverte depuis mai 2021, accueille, écoute et traite les demandeurs de plus de 15 ans et 6 mois de façon gratuite et confidentielle ; une plateforme de coordination et d’orientation (PCO) qui a pour rôle d’accompagner les enfants de moins de 7 ans présentant des signes d’alerte dans leur neuro-développement et favorise l’accès à un diagnostic.

Enfin, il existe aussi des structures d'accueil d'urgence au sein du CHU : les urgences médico-chirurgicales pédiatriques de l'Hôpital Sud pour les moins de 16 ans, urgences médico-chirurgicales adultes de Pontchaillou pour les plus de 16 ans et le service Psychiatrique d'Accueil et d'Orientation au Centre Hospitalier Guillaume Rénier.

Dans les domaines privé et associatif, on retrouve des pédopsychiatres et psychiatres libéraux, des établissements privés et des psychologues libéraux. Les associations sont quant à elles centrées sur des problématiques précises.

### Carte sectorisation de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à Rennes (-16 ans)



Source carte 3 : guide pratique de recours aux soins psychiatriques l'usage des médecins pour la population rennaise, UNAFAM

Il est aussi plus facile de se rendre dans des espaces de convivialité et sociabilité dans les grandes villes qui en sont plus pourvues (activités socio-culturelles, maisons de quartier etc.). Ces espaces peuvent participer du bien-être individuel : les pratiques permettant d'exprimer ses sensibilités répondent à la perception personnelle d'un besoin ou à des représentations collectives du bien-être. On y retrouve aussi plus facilement des espaces se voulant correspondre à l'idée que

l'on se fait du bien-être (centres de yoga etc.)<sup>20</sup>( Morel-Brochet Annabelle, 2005). La diversité sociale est aussi considérée comme un élément source d'amélioration du bien-être, cela facilite la capacité à saisir des opportunités et à mettre en place des trajectoires de vie variées<sup>21</sup>. Cette facilité d'accès aux différentes ressources favorise donc aussi l'entrée dans un parcours, la mise en contact avec des professionnels, associations etc. concernant la santé mentale.

Concernant les dotations dans les établissements et secteurs, une feuille de route nationale portant sur la santé mentale et la psychiatrie a été mise en place, se traduisant dans les territoires grâce à deux appels à projets visant à soutenir l'innovation en psychiatrie et le développement des ressources envers les enfants et adolescents à partir de 2022. Le premier appel à projet national concerne le renforcement des ressources pour les enfants et adolescents en psychiatrie (en favorisant les territoires sous-dotés). Le projet retenu est celui du GCS en santé mentale (groupement de coopération sanitaire) des Côtes d'Armor. Il prévoit une "hospitalisation complète graduée mobilisant des compétences de pédopsychiatrie en pédiatrie associée à une unité de crise et d'accueil (UACA)"<sup>22</sup>, financé à hauteur de 1,3 million d'euros. Concernant le second, sur le fond d'innovation à la fois sur l'organisation mais aussi sur la prise en charge, trois projets bretons ont été retenus :

- le CHRU de Rennes (Centre Hospitalier Régional et Universitaire) : "relatif à la régulation psychiatrique avec intervention de crise au domicile effectuée par le SAMU-Centre 15 de l'établissement, à hauteur de 302 579 €"
- le CHRU de Brest visant "la création d'un parcours de soins coordonné 15-30 ans pour le repérage et le suivi du premier épisode psychotique par la pratique infirmière du « case management », à hauteur de 247 566 €"
- le CHI (Centre Hospitalier Intercommunal) de Redon-Carentoir "relatif à la mise en place d'un dispositif de soins partagés en psychiatrie et en addictologie Hôpital/Ville/ESMS [établissement et services médico-sociaux], à hauteur de 227 183€"<sup>23</sup>

Aussi, pour faciliter la mise en place des PTSM, cinq projets parallèle ont été retenus :

---

<sup>20</sup> Morel-Brochet, Annabelle. « « Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ? ». Compte rendu de colloque (Angers, 23-24 septembre 2004) », *Natures Sciences Sociétés*, vol. vol. 13, no. 3, 2005, pp. 332-334.

<sup>21</sup> Bourdeau-Lepage, Lise, Pauline Texier, et Hugo Carré. « Évaluer les déterminants du bien-être sur un territoire. Illustration à travers le cas d'une commune rhônalpine », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, vol. octobre, no. 4, 2018, pp. 775-803.

<sup>22</sup> "Accompagnement et soutien de l'offre en santé mentale et psychiatrie en Bretagne", ARS Bretagne, décembre 2019

<sup>23</sup> Ibid

- Dans un centre hospitalier à Leff-Chatelaudren pour former les prises en charge et former les professionnels en soins ambulatoires
- La mise en place de trois équipes mobiles de pédopsychiatrie (10-18 ans) par le GCS santé mentale des Côtes d'Armor
- Une collaboration entre le secteur médico-social adulte et la filière de réhabilitation psycho-sociale au CHRU de Brest
- La mise en place d'une équipe pluriprofessionnelle pour la prise en charge précoce d'adolescents et de jeunes adultes dès le premier épisode psychotique dans le Centre Hospitalier de Saint-Malo
- L'amélioration de la prise en charge ambulatoire des enfants et adolescents grâce au renforcement de deux CMP et la création d'une équipe mobile (6-12 ans) au Centre Hospitalier Guillaume Régnier (Rennes).

Ainsi, les inégalités socio-économiques, territoriales etc. se répercutent sur l'accès au soin des personnes et donc sur leur santé, qu'elle soit physique, psychique ou mentale, malgré des politiques publiques visant à les réduire. Ces inégalités (propres à l'individu ou au territoire), lorsqu'elles se surajoutent et s'accumulent, rendent cet accès à la bonne santé d'autant plus difficile. L'imbrication entre parcours de vie et parcours de santé est donc à considérer pour se saisir entièrement du sujet. Les ressources mobilisées entrent ainsi en compte dans l'accompagnement, le suivi, ou même l'entrée dans un parcours de soin. Pour analyser finement cet objet de recherche, l'enquête du CRTS s'est construite en plusieurs étapes, avec une méthodologie scientifique et des prises de contact graduelles.

### **c) Une démarche d'enquête "au fil de l'eau"**

Le choix de la méthodologie de l'enquête du CRTS a été pensé par le groupe de travail. Le terrain, qui corrobore à l'objet d'étude, a donc été réfléchi en amont, ainsi que l'accès à ce terrain. C'est un aspect majeur de la recherche qui fait suite à un processus de réflexion complexe, toujours en construction, que ce soit en amont mais aussi en aval lors de l'investigation, lors de la rédaction.

Concernant la méthodologie d'enquête, différents choix ont été opérés. Les réunions du groupe de travail et de l'équipe de recherche ont chacune apporté une réflexion nouvelle et une expertise pour la conception de l'enquête. Le choix a été fait de réaliser une enquête par entretiens biographiques auprès d'une vingtaine de familles répondant aux critères de l'enquête, c'est-à-dire cumulant des difficultés sociales et un besoin d'accompagnement en santé mentale pour leur enfant.

La démarche d'enquête s'est donc construite petit à petit, en passant par divers interlocuteurs, à différents échelons hiérarchiques. Des structures sociales et sanitaires variées ont été contactées afin de diversifier les portes d'entrée institutionnelles.

En premier lieu, ont été approchés des organismes œuvrant dans l'action sociale généraliste (conseils départementaux par exemple), dans la protection de l'enfance (associations etc.) et dans l'insertion et le logement pour un premier échange. Les structures ont été contactées, pour beaucoup d'entre elles par l'intermédiaire des membres du CRTS afin de faciliter l'accès au terrain. De plus, cette diversité de contacts s'inscrit dans la volonté de s'adresser à différents champs du social afin de répondre à un enjeu de transversalité (insertion, action sociale généraliste, protection de l'enfance, santé mentale, sanitaire, socio-sanitaire etc.).

L'important étant toujours de conserver l'idée d'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire, des familles cumulant donc besoin de soin et accompagnement social.

**Les différentes structures contactées, organisées par domaines d'intervention :**

<b>ACTION SOCIALE GÉNÉRALISTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conseil départemental (35)</li> <li>- Conseil départemental (29)</li> <li>- Conseil départemental (22)</li> <li>- Conseil départemental (56) / Centre médico-social des Vénètes, Vannes</li> <li>- CCAS, Rennes (35)</li> </ul>
<b>PROTECTION DE L'ENFANCE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apase (35)</li> <li>- Essor (35)</li> <li>- Association Don Bosco (29)</li> <li>- Sauvegarde (35)vb</li> <li>- Sauvegarde (29)</li> <li>- Sauvegarde (56)</li> <li>- Fondation Ildys (29)</li> </ul>
<b>INSERTION, LOGEMENT</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sauvegarde (35)</li> <li>- Sauvegarde (29)</li> <li>- Sauvegarde (56)</li> <li>- SIAO (22) / Adalea (22)</li> <li>- Direction départementale de la cohésion sociale (56) / SIAO (56)</li> <li>- Association Don Bosco (29)</li> <li>- Association Massé-Trévidy (29)</li> </ul>
<b>SANTE MENTALE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Centre hospitalier Guillaume Régnier (35)</li> <li>- Equipe mobile psychiatrie précarité (Centre hospitalier Guillaume Régnier)</li> <li>- PTSM (22)</li> <li>- CPEA Loudéac (22)</li> <li>- Réseau Louis Guilloux (35)</li> <li>- Association UNAFAM (35)</li> <li>- UDAF (56)</li> </ul>
<b>SANITAIRE/ SOCIO-SANITAIRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Clinique St Laurent, ergothérapie (35)</li> <li>- Réseau PMI-Natalité (Bretagne)</li> <li>- Fédération hospitalière de Bretagne</li> <li>- Maison de santé Villejean/ Beauregard (35)</li> <li>- Fondation Ildys (29)</li> </ul>

Concernant la méthodologie de prise de contact, nous avons fonctionné en plusieurs étapes. En effet, notre démarche a consisté en premier lieu à repérer des structures par le biais de personnes ressources pouvant être facilitatrices pour les prises de contact. Ces personnes ressources étant en grande majorité issues du CRTS. Dans un deuxième temps, nous avons été mises en relation avec les cadres de direction ou responsables d'équipe au sein de ces structures afin d'expliquer l'enquête et son approche. En cas de réponse favorable, ces personnes ont transmis les informations aux équipes d'intervenants sur le terrain, travailleurs sociaux ou soignants. L'idée étant que ces derniers puissent faire le lien avec des familles préalablement identifiées comme répondant aux critères de l'enquête et potentiellement intéressées. Enfin, ces familles en cas de réponse positive, pouvaient nous recontacter directement ou revenir vers les acteurs de terrain qui nous mettraient en lien. Ces différentes étapes prennent donc un temps relativement important.

La démarche de co-construction s'est donc observée et s'est intégrée à chaque étape de l'enquête. A chaque choix déterminé (méthodologie(s) de prises de contact, structures à contacter mais aussi thématique de la santé mentale etc.), l'équipe de travail s'est impliquée pour définir les orientations.

Différents documents ont été créés afin de présenter l'enquête lors des prises de contact avec les structures (annexe 4). Nous avons réalisé une note d'information expliquant le protocole de recherche (annexe 4). Cette note d'une page présente les porteurs du projet et les chercheuses impliquées, les objectifs, définitions, questions de recherche, la méthodologie et les critères d'accès de façon succincte. Elle vise à faciliter la compréhension des attentes pour les professionnels contactés.

De plus, des affichettes ont aussi été créées à destination des publics (annexe 4) afin d'expliquer les profils recherchés, le sujet de l'enquête, les conditions d'entretien ainsi que nos coordonnées. Ces affichettes devaient être placées dans différents lieux (salles d'attente etc.) pour interpeller directement les familles mais cela n'a pas été possible avec le confinement mis en place au mois d'avril.

Enfin, a été réalisé un formulaire de consentement afin de mettre explicitement au courant des conditions d'entretien (anonymat, enregistrement etc.) à faire signer au besoin. Ces conditions doivent être répétées oralement en début d'entretien. En ce qui concerne la passation des entretiens, il est précisé qu'ils se déroulent dans un lieu choisi par la famille (à leur domicile, dans un lieu neutre, un lieu où elle passe du temps etc.), mais qu'il est aussi possible les réaliser par téléphone ou visioconférence en fonction de leur préférence.

L'équipe de recherche a conçu une grille d'entretien discutée dans un second temps en groupe de travail (cf. annexe 5).

Cette grille se compose de cinq grands thèmes afin d'organiser de façon claire les entretiens et leur analyse. La grille d'entretien est présentée de telle sorte que les différentes thématiques puissent être modulées lors des entretiens en fonction du déroulement de la rencontre. Aussi, la grille se doit d'être adaptable en fonction de la personne interrogée. Cette série de questions tend à revenir sur différents déterminants de la santé mentale et l'accès aux soins.

Ainsi, la grille d'entretien(cf annexe 5) s'organise de telle façon :

- **Santé de l'enfant**

Dans cette partie, c'est la santé de l'enfant qui sera questionnée : à savoir comment il va (en règle générale) et les difficultés qu'il rencontre. Nous tenterons de comprendre qui a identifié le problème en premier lieu et depuis quand, s'il y a eu une demande, une proposition ou la mise en place d'un accompagnement et comment cela a été vécu (par les parents et par l'enfant). Ensuite, des questions vont porter sur les activités extra-scolaires et la projection à moyen et long termes.

La santé de l'enfant est aussi liée à la situation dans laquelle il évolue : on parle de qualité de vie multidimensionnelle (les dimensions physiques, sociales etc. mais aussi le jeu, les contraintes, les pairs etc.). Les conditions d'hébergement sont primordiales quant à l'analyse de la situation. Par exemple, dans le cas d'hébergements collectifs (foyers, squats etc.), l'intimité peut être mise à mal et la cohabitation avec d'autres adultes hébergés dans la même structure peut s'avérer difficile. Le manque de confort, l'insécurité matérielle et économique, les conditions de vie précaires peuvent confronter les enfants (dès leur plus jeune âge) à des situations de violence et à "l'imprévisibilité des adultes et du monde qui les entoure" (Ganne, 2013). Ces situations d'errance ou d'instabilité peuvent entraîner des conséquences sur la fréquentation scolaire et l'apprentissage. En dehors de la réussite scolaire, les déménagements fréquents rendent les relations amicales difficiles ainsi que l'intégration au sein de groupes de pairs, choses primordiales dans le quotidien des enfants.

Au-delà de l'insécurité résidentielle, d'autres facteurs peuvent entrer en jeu. Les enfants grandissant dans des contextes familiaux difficiles (monoparentalité, violences conjugales etc.) subissent aussi ces situations. La stabilité résidentielle ne met pas nécessairement à l'abri d'autres difficultés. Dans une étude de Claire Ganne sur la qualité de vie des enfants après un passage en centre maternel<sup>24</sup>, une partie des enfants interrogés vit seule avec sa mère en résidence HLM. Une part importante de ce groupe (plus que dans les autres), expriment des relations complexes avec leurs pairs (les autres enfants à l'école notamment) : brimades, humiliation, harcèlement etc. Ainsi, "si dans certains cas des relations familiales investies protègent en partie face à des conditions matérielles de vie difficiles, l'inverse ne se vérifie pas. Les dimensions relationnelles ont une importance fondamentale" (Ganne, 2013).

Ces situations peuvent alors impacter la santé mentale de l'enfant et son besoin d'accompagnement, de suivi. Il est cependant important de noter que si les difficultés influent sur sa

---

<sup>24</sup> Ganne, Claire. « Après la sortie d'un centre maternel : l'impact des trajectoires sur la qualité de vie des enfants », Revue française des affaires sociales, no. 1-2, 2013, pp. 96-121.

santé et son développement, elles ne sont pas toujours en cause. La vulnérabilité sociale, les situations de violence etc. peuvent favoriser des troubles et/ou limiter l'accès aux soins. L'enquête présentée ici vise surtout à saisir ce second aspect en revenant sur les parcours dans leur globalité. Les questionnements interrogent donc de façon large le parcours de l'enfant (scolaire, amical etc.) pour comprendre les potentielles difficultés rencontrées lors de la mise en place (ou non) de l'accompagnement.

Nous pourrions alors comprendre le parcours de l'enfant, comment cela a été vécu par la famille et quel accompagnement a été demandé ou mis en place.

- **Les besoins/ difficultés et l'accompagnement social**

Nous souhaitons ici faire un retour concernant les difficultés rencontrées dans les dernières années/mois (tout type de difficultés), savoir si des aides/accompagnements ont été accordés (pas seulement financières, mais aussi d'écoute etc.) et comment ces aides/accompagnements ont été vécus par les personnes. Nous tentons aussi de savoir si au contraire, dans certaines situations, les personnes n'ont pas pu recevoir d'aide ou n'ont pas voulu. La question des lieux où elles vont chercher de l'aide ou des informations (et ceux qu'elles évitent) permet de saisir où les personnes se sentent en confiance. Nous savons par ailleurs que les personnes ayant de faibles revenus sont plus facilement exposés à des événements stressants par rapport aux populations plus aisées<sup>25</sup>, ces événements ayant un impact sur la santé mentale des individus.

Ainsi, cette phase de l'entretien pourra nous éclairer quant à l'accompagnement effectif (pas seulement institutionnel), les lieux qui font sens et surtout les choix que font les personnes dans leur accompagnement.

- **Les lieux de vie**

Nous souhaitons ici comprendre dans quel environnement vit la personne (au sein de son logement mais aussi dans ce qui l'entoure, le quartier, la commune...), son parcours résidentiel et comment elle s'inscrit dans son territoire actuel (comment elle s'y sent etc.). L'entrée par les lieux de vie permet de resituer le parcours de soin et d'accompagnement dans une approche plus globale. Par exemple, le parcours résidentiel va permettre d'évoquer des événements, des périodes du parcours de vie de la personne. Le rapport de la personne à son espace de vie va aussi donner la possibilité d'interroger les facilités ou difficultés d'accès qu'elle peut rencontrer. L'environnement

---

<sup>25</sup> Doré, Isabelle & Caron, Jean., "Santé mentale: concepts, mesures et déterminants/Mental health: concepts, measures and determinants", Sante mentale au Québec, 2017

dans lequel évoluent les individus a un effet direct sur la qualité de vie (lieu de résidence et quartier), de façon directe mais aussi indirecte en fonction de l'image que la personne se fait du quartier. "La défavorisation socio-économique de voisinage est bien établie comme un facteur lié à la maladie et à une QV inférieure, tant chez les populations pauvres que riches. Le lien entre les quartiers défavorisés et la QV peut être expliqué en partie par la stabilité du voisinage, la mobilité résidentielle protégeant des effets négatifs de la pauvreté du quartier, ou encore par le mode de vie, la cohésion sociale et le degré de contrôle social informel dans le quartier" (Doré, Caron, 2017). Une perception positive de son lieu de vie va donc influencer positivement sur la qualité de vie et inversement.

Le logement garantit une sécurité physique et psychique aux résidents et conditionne les relations avec l'extérieur. En cas d'absence de logement personnel, des systèmes d'accueil existent (hébergement d'urgence, foyers de protection de l'enfance, etc.). Dans ces cas, l'agencement de l'espace de vie intervient sur les liens familiaux, les pratiques éducatives et l'intervention sociale. Cependant, les conditions matérielles de vie sont faiblement prises en compte par les acteurs de la protection de l'enfance lors des évaluations de situation. Ainsi, la précarité résidentielle influe sur la santé et le bien-être des adultes mais aussi des enfants, sur leur santé, leur développement et leur sociabilité. Cela en particulier si les familles changent régulièrement de logement, participant à l'instabilité.

Nous interrogeons aussi l'organisation de la semaine, les différentes activités dans lesquelles la personne peut être investie (emploi, bénévolat, activités sportives, socioculturelles etc.)

Ces différentes questions pourront nous aider à situer géographiquement la personne, mais aussi à voir comment elle interagit avec son environnement, si elle y est et s'y sent intégrée etc.

- **Réseau socio-familial**

Cette catégorie questionne les individus identifiés comme importants, de confiance, aux yeux des personnes (entourage socio-familial mais aussi professionnels, des travailleurs sociaux etc.), les relations qu'elles entretiennent... Le soutien social étant en effet un déterminant important du bien-être.

Nous souhaitons ici identifier les personnes ressources des interviewés, les personnes sur lesquelles elles s'appuient au quotidien, dans les moments difficiles et qui ont pu être déterminantes dans l'orientation et l'accès au sein du parcours de soin et d'accompagnement. Nous tenterons aussi de savoir si les personnes sont entourées (ou isolées) géographiquement, en demandant les lieux de résidence des individus ressources et la fréquence de rencontre.

Le soutien social peut prendre différentes formes, des classifications ont été proposées par certains auteurs. Barrera identifie par exemple, six types de soutien : l'aide matérielle, les services, les marques d'affection, les conseils, les informations et la participation aux mêmes activités<sup>26</sup>. La polyvalence de l'entourage joue donc un rôle dans l'accès au bien-être de façon directe et indirecte en facilitant l'accès aux services de santé mentale par exemple. Il est possible de distinguer le soutien social perçu du soutien social reçu : le second correspondant à l'aide effective reçue par un individu offerte par son entourage, ce sont "l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne" (Barrera, 1981). House en 1981 identifie quant à lui, quatre fonctions du soutien :

- le soutien émotionnel qui consiste à exprimer ses sentiments positifs envers une personne (confiance, respect, amitié etc.) ce qui entraîne un sentiment de réconfort, de protection etc. Cela va s'illustrer lors de moments de crise par exemple, dans des situations difficiles.
- Le soutien d'estime qui tend à revaloriser la personne quant à ses capacités, ses valeurs. Ce soutien va faciliter la confiance en soi, notamment dans les moments de doute.
- Le soutien informatif qui apporte une aide pour la résolution de problèmes, des conseils, un éclairage sur certains questionnements etc.
- Le soutien matériel, une aide palpable (prêt ou don d'argent, services rendus etc.)

D'autres classifications ont été proposées, il existe en effet une multitude d'instruments de mesure (Caroline Ruiller en recense une quarantaine)<sup>27</sup>. Le soutien social n'est donc pas définie de manière consensuelle en sciences humaines et sociales. Nous nous intéresserons ici aux ressources considérées par les individus, de façon subjective et objective, les personnes dans leur entourage qu'ils considèrent comme supports face aux difficultés.

### ● **Impacts covid-19**

Nous allons ici questionner les impacts de la crise sanitaire sur l'accompagnement mais aussi sur la santé mentale, à savoir comment ont été vécus les différents confinements, s'il y a eu des effets directs (perte d'emploi, perte d'aides ou déblocage de nouvelles...) etc.

Cette partie nous a semblé importante car même si la crise sanitaire est un événement relativement ponctuel, elle fait partie du parcours des personnes et peut avoir des effets sur un temps plus long. Nous savons en effet que les répercussions du covid-19 ont été très lourdes sur les personnes en

---

<sup>26</sup> Tousignant Michel. Soutien social et santé mentale : une revue de la littérature. In: Sciences sociales et santé. Volume 6, n°1, 1988. pp. 77-106.

<sup>27</sup> Caroline Ruiller, "Construction d'une échelle de la perception du soutien social : premiers résultats d'une étude de cas sur un centre hospitalier", Université de Rennes 1, IGR-IAE de Rennes

situation de vulnérabilité, que la crise a exacerbé des situations d'inégalités préexistantes et en a créé de nouvelles. Cette crise sanitaire a en effet amplifié les freins d'accès à la santé, les renoncements et a aggravé l'état de santé pour certains. La continuité du service public a été mise à mal ; les démarches, notamment numériques, se sont multipliées : " une double peine pour des personnes dont les effets du confinement sont déjà décuplés par des conditions de vie pathogènes"<sup>28</sup>. Cependant, cette mise en lumière des inégalités a aussi engagé la création de nouvelles aides -souvent d'urgence, donc ponctuelles-, et parfois permis de visibiliser certaines situations jusqu'à lors inconnues. Dans ce cas, l'accès aux droits a pu être facilité et donc l'entrée dans un parcours sur du long terme.

Pour chaque thématique du guide d'entretien, il est prévu de chercher quasi systématiquement avec la personne interviewée à resituer dans le temps et dans l'espace les différentes situations, événements, expériences évoquées afin de retracer le parcours de soin, d'accompagnement, de santé et de vie. Si toutes les données sociologiques n'apparaissent pas lors de l'entretien, nous les demanderons à la fin afin de pouvoir établir le profil de la personne.

Cette grille d'entretien tend donc à appréhender le sujet de façon relativement large pour saisir les étapes-clefs du parcours de soin pour l'enfant et d'accompagnement social de la famille et repérer les ressources sociales et territoriales mobilisées. En revanche, en lien avec le contexte sanitaire, nous n'avons pas encore eu l'opportunité de la tester auprès des familles

Il a aussi été proposé de la présenter à des équipes de travailleurs sociaux que nous rencontrons pour permettre à la fois de les intégrer à la démarche mais aussi pour avoir l'avis d'intervenants terrain, travaillant au contact des publics.

Concernant l'accès au terrain, nous avons rencontré plusieurs difficultés qui ont freiné les rencontres avec les familles : la crise sanitaire et le troisième confinement, la complexité du sujet (quant à la définition de la santé mentale et l'indisponibilité des structures saturées dans ce champ) et les modalités d'accès aux familles par les circuits institutionnels et hiérarchiques.

Tout d'abord, le contexte sanitaire a été un premier frein dans les prises de contact. En effet, nous avons prévu de commencer la phase d'entretiens fin mars 2021, ce qui a coïncidé avec le début du troisième confinement (mis en place le 3 avril). En plus de cela, la crise sanitaire a eu de réels impacts sur l'organisation au sein des instances sanitaires, médico-sociales, sociales etc. En effet, il nous a été expliqué à plusieurs reprises que les équipes n'étaient pas disponibles pour contribuer à la réalisation de l'enquête et devaient se concentrer sur l'urgence au regard de la

---

<sup>28</sup> "Précarité et covid-19 : les associations dénoncent "la double peine"", santé mentale.fr, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 5 mai 2020

situation. La recherche apparaît alors comme étant secondaire dans un contexte comme celui-ci. Le troisième confinement est aussi arrivé au moment où nous pensions commencer les entretiens avec les familles, ce qui a compliqué les contacts.

De plus, les organismes que nous avons contactés sont souvent dans des situations de saturation (même hors crise sanitaire). En effet, les domaines tels que la protection de l'enfance ou la santé mentale sont engorgés depuis plusieurs années, rendant compliquée la disponibilité pour la recherche.

Le sujet en lui-même peut aussi être difficile à aborder pour les familles, les questions de vulnérabilité et de santé mentale étant délicates, ce ne sont pas des sujets nécessairement faciles à aborder.

S'ajoutant donc au contexte sanitaire, la prise de contact par étapes<sup>29</sup> en passant par les institutions et les hiérarchies n'a pas donné de résultats probants . : cela a, à la fois multiplié le nombre d'intermédiaires, ce qui ralentit le processus et augmente le risque de déformation des informations mais aussi rend la démarche très « descendante », sans implication réelle des travailleurs sociaux. En effet, chaque étape a demandé un temps/un délai entre la prise de contact, la transmission des informations et enfin le transfert à l'étape/strate hiérarchique suivante. Ce processus a pu à la fois s'avérer long mais il apparaît aussi que le fait de ne pas avoir d'échanges direct avec les intervenants de terrain a pu entraîner une mécompréhension du sujet, des termes, des critères des familles à rencontrer. Par exemple, les notions de « santé mentale » et de besoin d'accompagnement en santé psychique ont pu être entendues aux sens stricts, c'est-à-dire des enfants souffrant de troubles lourds ou atteints de handicap. Les travailleurs sociaux ont donc pu considérer qu'ils n'avaient pas de familles correspondant à ces critères d'enquête. Nous avons donc dû contacter certains intervenants directement afin de réexpliquer les attentes et les définitions (en intégrant par exemple, la question du « bien-être »).

De plus, le fait d'une prise de contact « descendante » (cf. note de bas de page) peut faire perdre le sens et l'intérêt de l'enquête aux yeux des travailleurs de terrain. N'ayant pas été impliqués en amont dans le cadre de cette recherche, il peut être compliqué pour les intervenants de s'approprier l'objet, le cadre, les objectifs de l'enquête, ce qui peut faire frein à la passation des informations.

---

<sup>29</sup> De manière générale, la sollicitation pour rencontrer des familles était d'abord envoyé aux Directions des structures ou équipes d'encadrement ou professionnels coordinateurs (membres ou non membres du CRTS), puis le message était ensuite passé aux équipes de terrain qui identifiaient des familles pouvant être potentiellement intéressées

Ces différents mécanismes ralentissent donc les prises de contact, voire les paralysent. Nous n'avons en effet pas pu rencontrer de familles sur la période prévue initialement, ce qui a nécessité de travailler au réajustement des modalités d'enquête avec l'équipe de recherche et le groupe de travail. Il est alors prévu de rencontrer les équipes de terrain (notamment des travailleurs sociaux) et de participer à certaines journées d'intervention, en immersion avec les familles.

Cette expérience donne également la possibilité de réfléchir à la place des travailleurs sociaux et des personnes accompagnées au sein des travaux mis en œuvre par le CRTS de Bretagne.

## **d) De la coopération à la collaboration**

La recherche collaborative est née dans les années 1990, issue dans un premier temps de la collaboration entre chercheurs/ formateurs et enseignants d'école. La démarche a donc été conceptualisée pour rendre compte de l'aspect scientifique au Québec dans le but de rapprocher à la fois le monde de la recherche et le monde professionnel mais aussi de prendre en compte la vision des professionnels (sans les laisser à l'extérieur des questionnements et ne plus faire d'eux de simples objets de recherche) et donc de mettre en lien la recherche et la pratique. En effet, la recherche et la pratique professionnelle ne poursuivant initialement pas les mêmes objectifs. L'influence mutuelle entre les deux domaines a été étudiée par exemple lors d'un forum organisé par le Conseil Québécois de la recherche sociale en 1990 visant "à mieux comprendre et approfondir les conditions de l'utilisation des résultats de la recherche sociale dans l'apprentissage et la pratique professionnels ainsi que dans le développement des principaux éléments marquant la politique sociale" (Gélinas, A. & Pilon, J.-M. 1994).

Aujourd'hui, la démarche de travail "avec" et non plus "sur" les praticiens est une façon de faire recherche tout aussi pertinente et reconnue qu'une autre. Un élément central de la recherche coopérative est la co-construction où l'activité réflexive est organisée et structurée entre chercheurs et professionnels. Ce sont ainsi les échanges entre les individus qui vont participer à créer de la connaissance. Cette méthodologie vise à faciliter le partage des savoirs de chacun sur un objet de recherche déterminé. Cela permet alors un éclairage nouveau sur le sujet mais on observe aussi des retombées sur l'aspect professionnel : en effet les différentes interactions permettent un développement dans la pratique.

L'enquête présentée dans cette recherche et concernant la détermination et l'ajustement de l'objet de recherche, c'est en premier lieu de Comité Régional du Travail social qui a porté les questionnements larges sur l'articulation entre les secteurs sanitaire et social. Ensuite (sans revenir sur l'organisation et le processus méthodologiques), un affinement de la problématique a été pensé grâce à différentes instances composées de chercheurs et professionnels de divers domaines (sanitaire, social, socio-sanitaire...). Cela dans le but d'orienter le sujet vers un angle à la fois inédit mais aussi intéressant et pertinent pour chercheurs et professionnels. C'est donc comme cela que l'accès à la santé mentale a ici été considéré comme un questionnement judicieux. Si au contraire, toutes les parties n'avaient pas trouvé d'attrait pour ce sujet, son ancrage et le lien avec le versant professionnel auraient été mis à mal. Il faut en effet que le sujet porte un intérêt par rapport aux champs de recherche et d'action de chacun. Il est alors possible de reprendre la théorie de la double

vraisemblance de François Dubet en trois étapes de négociation. En premier lieu, il faut donc trouver un sujet pertinent pour les deux parties (professionnels et chercheurs). Lors de la phase de co-construction, il est important de maintenir un équilibre entre collecte de données et questionnements professionnels : “il s'agit donc essentiellement d'évoluer vers une forme de collaboration plus structurée, solidaire, continue et productive” (Toner, Miller et Gurland, 1994). Enfin, en finalité, la recherche collaborative tend à développer à la fois les connaissances et savoirs en termes de recherche scientifique mais participe aussi au développement et à l'évolution de la pratique professionnelle (grâce à une meilleure compréhension, une affirmation ou encore une restructuration de cette pratique).

D'autre part, il existe aussi une démarche de coopération se fondant sur la différenciation des individus et une complémentarité des ressources. Ainsi, on y retrouve aussi “une reconnaissance réciproque des compétences de chaque personne associée dans la relation et la mise à contribution de ces compétences dans la réalisation d'un projet commun” (St-Arnaud, 1974, 1989). Cette expérience peut alors prendre plusieurs formes en fonction de la responsabilité laissée à chaque partie et l'organisation choisie. La question de confiance restant un élément indispensable pour faire système. Ainsi, la participation de tous au processus de construction facilite l'appropriation des résultats et la compréhension du sens donné à la recherche. La coopération s'appuie sur le partage d'une tâche commune et sur l'accumulation des savoirs de chaque partie où les échanges seront davantage structurés par rapport à la recherche collaborative. Ainsi, chaque participant apporte son expertise, intervient alors “une mise en commun des efforts collectifs de chaque participant” (Steen, 2013) (voir tableau 5)

**Tableau 5 : nuances entre la recherche collaborative et la recherche coopérative**

<b>Critères</b>	<b>Recherche coopérative</b>	<b>Recherche collaborative</b>
Echanges, réflexions	Structurés	Non structurés
Place laissée aux individus	Organisée et garantie par l'interdépendance	Incertaine
Savoirs	Spécialisation	Émiettement de la connaissance
Apprentissages	Savoirs fondamentaux concernant le sujet d'enquête	Savoirs fondamentaux + non fondamentaux (organisation d'équipe, esprit critique, raisonnement collectif...)

Concernant l'enquête du CRTS, une réelle volonté de collaboration entre professionnels et chercheurs a été développée. En effet, le groupe de travail a participé à la construction de la problématique, de la méthodologie etc. dès la genèse de la réflexion autour de l'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur social. Les apports des professionnels ont été indispensables dans la compréhension de certains enjeux, dans l'ouverture à des questionnements pertinents ou encore pour le choix des structures à contacter.

En revanche, il est possible d'observer certaines limites dans cette méthodologie. En effet, les acteurs étant en contact direct avec les familles (c'est-à-dire les acteurs de terrain, comme les éducateurs spécialisés, les psychologues, assistants sociaux etc.) n'ont pas été impliqués dans la co-construction de la recherche. Comme précisé ci-dessus, la participation à la mise en place des questionnements facilite leur compréhension ainsi que le sens octroyé à l'enquête. Il a donc été

difficile de faire intervenir ces acteurs de terrain à la fin du processus (lors de la prise de contact avec les familles), du fait d'un manque de clarté et de légitimité à leurs yeux. C'est pour cela qu'à plus long terme et de façon plus globale, il nous apparaît comme pertinent d'intégrer davantage des travailleurs sociaux aux travaux du CRTS, permettant d'offrir une nouvelle forme d'expertise sur les différents sujets abordés.

Afin de collaborer et de co-construire l'enquête plus étroitement avec des professionnels de terrain, au processus d'intégration dès le début des saisines pourrait être mis en place : la phase exploratoire de l'enquête ainsi que la phase de construction pourraient être pensées avec les travailleurs sociaux, permettant d'avoir l'avis de personnes au contact direct avec les publics accompagnés. En plus de l'intérêt de l'intégration des intervenants terrain pour la recherche, cela permettrait d'accéder plus simplement au terrain. En effet, cela amènerait à lever les freins développés précédemment, à savoir l'incompréhension et le manque d'intérêt ou de sens du sujet à leurs yeux. Cela lèvera aussi des réticences en termes de confiance ou crainte vis-à-vis de la recherche et des chercheurs.

Les territoires étudiés, à savoir les quartiers politique de la ville de Rennes et les communes rurales du Centre Bretagne cumulent donc des inégalités. Les problématiques n'y sont pas les mêmes mais engendrent des difficultés similaires, à savoir une limitation de l'accès à la santé. Concernant les quartiers politique de la ville, on observe une condensation d'inégalités socio-économiques des habitants. Cela limite alors l'accès aux droits fondamentaux, notamment ici l'accès à la santé, malgré une offre et des dispositifs importants mis en place. Dans les communes rurales isolées du Centre Bretagne, la vulnérabilité sociale engendre cette même limitation de l'accès aux soins, s'ajoutant à une offre territoriale de soins, restreinte.

Pour tenter d'analyser les problématiques, l'articulation entre offre de soins et vulnérabilité sociale, l'appui sur des ressources... l'enquête collaborative entre professionnels et chercheuses s'est construite de façon graduelle, avec une méthodologie en plusieurs étapes (pour le choix de la méthode, les prises de contact etc.). Cependant, l'accès au terrain (le contact avec les familles à enquêter) à été retardé en partie du fait du contexte sanitaire. Ainsi, des modifications de méthodologie ont été pensées afin de faciliter le contact avec les familles mais aussi dans le but d'intégrer davantage d'autres parties telles que les travailleurs sociaux.

Cette volonté d'intégration renforce l'aspect collaboratif de la recherche, co-construite avec des acteurs de différents champs. Cet élan visait à construire une enquête la plus efficiente possible pour mettre en lumière et objectiver la parole des personnes accompagnées autour des problématiques rencontrées et les appuis sur lesquels elles se reposent.

### **III. La recherche comme outil d'objectivation de la parole des personnes accompagnées**

La recherche, en plus d'un apport de connaissance à la science, peut permettre la mise en valeur de la parole des personnes concernées. Pour cela, dans le cas de l'enquête présentée ici et donc concernant les personnes accompagnées, il est important de différencier les vulnérabilités afin de comprendre précisément et de répondre pertinemment aux problématiques rencontrées. Une différence majeure s'opère entre les situations d'urgence et celles d'insertion qui ne nécessitent pas les mêmes modes d'action (a). La mise en lumière de la parole des enquêtés sur leur parcours de santé doit ensuite s'inscrire dans un cadre plus large, qu'est l'offre territoriale. En effet, le seul recueil des expériences et ressentis des personnes ne saurait suffire à analyser pleinement l'objet de recherche. L'objectivation entre représentations et offre territoriale est alors indispensable (b). Enfin, dans le cadre d'une enquête collaborative et d'une méthode d'enquête qualitative, il semble nécessaire de questionner la méthodologie de l'entretien. Si ce dernier permet un recueil de données riche et propice à la construction d'une analyse, il ne vise pas à intégrer les personnes accompagnées en amont et en aval (c). Cela a pu participer du manque d'accès au terrain.

#### **a) Prendre en compte les vulnérabilités : entre urgence et insertion**

La vulnérabilité est aujourd'hui un terme généralisé dans le langage commun, jusqu'à devenir une catégorie de l'action publique. On parle notamment des publics vulnérables concernant ceux ciblés par l'action publique sociale et sanitaire, relevant de la précarité ou de la pauvreté. Il est ainsi important de noter la multiplicité des formes que peut prendre la vulnérabilité, et des sens qui lui sont accolés. Elle n'est cependant pas une catégorie juridique reconnue aujourd'hui malgré son omniprésence (Rebourg et Burdin, 2014). Depuis les années 2000, ce terme remplace le terme controversé d' "exclusion" en sociologie même si sa définition n'est pas déterminée au regard de sa polysémie.

Nous entendons ici la vulnérabilité comme “ cette « potentialité à être blessé », doit être entendue comme une notion universelle (chacun est potentiellement exposé), relationnelle et contextuelle (nous ne sommes vulnérables que dans un contexte donné), structurelle (nous sommes inégalement exposés à la vulnérabilité en raison de notre position dans l’espace social), individuelle (face à une même exposition, certains seront plus touchés que d’autres), potentielle (la vulnérabilité est une blessure qui peut advenir), et enfin, réversible (sur laquelle on peut donc agir)” (Soulet, 2014)<sup>30</sup>. Cette définition regroupant à la fois le micro et le macrosociologique englobe alors toutes sortes de situations (handicap, exil, pauvreté...) : il est par exemple possible de considérer l’enfant comme être vulnérable du fait qu’il soit en cours de construction, qu’il n’ait pas encore acquis toutes les capacités à se défendre et qu’une forme de domination s’exerce par les adultes. C’est pour cela que des instances de protection extérieures, réunies dans la protection de l’enfance se sont développées. Au sein de ces instances, une différenciation s’opère entre la forme “générique” qui prend en compte l’enfance en général et la forme “spécifique” concernant des catégories d’enfants (maltraitance, immigration, perte des parents etc.) (Brodiez-Dolino, 2015). Cette distinction se retrouve dans tous les pans de la vulnérabilité. Concernant les formes de précarité par exemple (se définissant par le conseil économique et social comme “l’absence d’une ou plusieurs des sécurités, notamment celles de l’emploi... L’insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives... Elle conduit à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l’existence...”)<sup>31</sup>, les répercussions sur les individus peuvent être multiples et plus ou moins graves.

C’est en ce sens qu’il est important de faire une distinction entre les situations d’urgence et celles d’insertion. Dans le domaine médical, la notion d’urgence apparaît comme claire et consensuelle revenant à l’idée d’atteinte à l’intégrité physique ou à la vie. La notion d’urgence sociale est en revanche plus difficile à caractériser, en partie du fait de son aspect subjectif, il en est de même pour le public concerné. L’urgence sociale se détermine en partie par l’immédiateté de la réponse apportée, la subsidiarité de l’aide accordée (Mansanti, 2001) et l’inconditionnalité. Ainsi, l’aide apportée dans ces cas doit rester “exceptionnelle”, ne pas se substituer aux financements déjà existants. Brémond, Piu, Élisabeth Gérardin, et Julia Ginestet définissent l’urgence sociale comme une “nécessité d’intervenir immédiatement et d’apporter une réponse, dès lors qu’il s’agit d’une situation imprévue, estimée menaçante et mettant les conditions d’existence de personnes et/ou familles en péril” (Brémond, Piu, Gérardin, Ginestet, 2002). Ces situations rendent alors compliqué

<sup>30</sup> Brodiez-Dolino, Axelle. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l’action publique », *Informations sociales*, vol. 188, no. 2, 2015, pp. 10-18.

<sup>31</sup> Zaouche Gaudron, Chantal, et Paule Sanchou. « Introduction », *Empan*, vol. no 60, no. 4, 2005, pp. 10-13.

l'efficience d'une partie de l'action sociale : les travailleurs sociaux doivent repenser les missions d'accompagnement, de projet individuel etc. lorsque les besoins primaires des personnes ne sont pas satisfaits (des besoins tels que se nourrir, se loger ou se laver). Les interventions d'urgence s'inscrivent ainsi dans une philosophie de court terme, que ce soit par les politiques publiques, les associations etc. Cependant, l'arrivée à ces situations découle souvent d'un processus (de précarisation par exemple) pouvant commencer en premier lieu par des difficultés dans l'insertion (pour diverses raisons). Les politiques d'aide d'urgence peuvent se situer dans un espace-temps relativement réduit, sans se projeter sur du long terme "or, une aide de première urgence n'a de justification politique que dans le but de permettre des solutions à long terme, que comme réponse à un continuum de réponses ordonnées." (Brémond, Piu, Gérardin, Ginestet, 2002).

Les vulnérabilités se retrouvant sous la coupe de l'urgence sont donc aussi caractérisées par l'inconditionnalité de l'aide : l'aide sociale étant distribuée aux seuls ayant-droit, le secteur de l'urgence se caractérise pas le fait qu'il repousse les limites de l'accès à ces aides et en élargit les portes d'entrée. Ces différents déterminants obligent à une adaptation permanente pour permettre l'inconditionnalité. Tout d'abord, concernant l'inscription dans le temps, cette dernière doit se traduire par des interventions ne pouvant se faire dans un logique de rendez-vous. La spatialité est aussi importante, la mobilité permet d'aller à la rencontre des personnes accompagnées (c'est pourquoi la mise en place d'équipes mobiles dans les secteurs social, sanitaire, socio-sanitaire...). Cette inconditionnalité doit aussi être "biographique", dans le sens où elle ne revient pas sur le parcours des personnes, ce qu'elles sont. C'est aussi pour cela que l'anonymat est plus souvent pratiqué que dans l'aide sociale traditionnelle (Vidal-Naquet, Pierre A, 2005). Enfin, l'inconditionnalité est sociale, il n'y a pas de conditions d'accès et il n'y a pas de logique de contrepartie. L'aide sociale d'urgence doit malgré tout tenter de s'inscrire dans une prise en charge globale des problématiques.

C'est en cela que l'aide sociale d'urgence se distingue de l'aide sociale traditionnelle qui favorise la notion de "projet" inscrit dans le long terme et observe parfois l'idée d'une contrepartie. Par exemple, dans le domaine des minimas sociaux : la notion d'insertion arrivée dans les années 1980 visait à répondre à une partie de la précarisation d'une partie de la population. Un des éléments constitutifs de cette philosophie a été la mise en place du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) en 1988 conçu comme un outil de participation sociale en premier lieu. Deux décennies plus tard, un revirement de paradigme s'est effectué pour penser les logiques d'aides à l'insertion de plus

en plus comme une contrepartie et non plus une politique de solidarité<sup>32</sup>. Cette philosophie, de plus en plus ancrée dans l'opinion publique et discours politiques (Nicolas Sarkozy aspirait par exemple à ce "qu'aucun minimum social ne soit accordé sans la contrepartie d'une activité d'intérêt général") a transformé le rapport à la solidarité.

Outre la notion de contrepartie, l'aide sociale traditionnelle tend à englober différents champs du sociale et du socio-sanitaire en se construisant selon des logiques catégorielles (personnes âgées, enfants, personnes en situation de handicap...). Cependant, les politiques sectorielles se transforment petit à petit en politiques transversales, en s'intéressant à la fois à l'individu mais aussi au territoire dans leur intégralité. Ce faisant, l'aide sociale tend à favoriser l'accès au droit commun pour les individus.

Les problématiques rencontrées sont alors diverses. Les questions d'urgence ne demandent pas les mêmes approches que l'aide sociale traditionnelle et donc pas les mêmes analyses. Une personne bénéficiaire de l'aide sociale remplit des conditions données et peut être suivie, accompagnée plus facilement qu'un individu hors des instances institutionnelles.

Concernant la recherche autour de l'accès aux soins en santé mentale, il est alors important de noter la distinction entre les différentes catégories. L'inscription dans un parcours de santé semble plus aisée lorsque les besoins primaires des personnes sont satisfaits. De même, les statuts juridiques entrent en jeu, dans le sens où sans situation régulière, les instances de soins ne seront pas accessibles de la même façon aux individus. Ainsi, une distinction s'opère quant aux besoins, à l'accompagnement et à l'aide prodiguée.

Le recueil de la parole de personnes en situation de vulnérabilité va permettre de comprendre les difficultés rencontrées dans l'urgence, et dans l'insertion. Il sera alors important d'objectiver les représentations, de comprendre ce qui relève du subjectif et ce qui relève de l'objectif.

---

<sup>32</sup> Duvoux, Nicolas. « Le RMI : retour sur un tournant des politiques d'insertion », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, no. 2, 2008, pp. 182-192.

## **b) Recueillir la parole des personnes accompagnées : une objectivation des écarts entre l'offre de soin et les représentations**

La recherche permet de recueillir la parole des personnes grâce à une méthodologie scientifique. Elle peut représenter un bon « support » pour aller chercher et analyser l'expérience des personnes concernées. Elle peut aussi contribuer à légitimer et faire entendre leurs points de vue qui ne sont pas toujours considérés comme tels. Cela tend aussi à déconstruire certaines visions misérabilistes vis-à-vis des personnes accompagnées et ne pas les considérer seulement à travers leurs problèmes ou difficultés et de participer partiellement à un certain rééquilibrage de positions sociales. La recherche permet aussi de replacer les personnes en tant qu'acteur de leur parcours. En effet, il est aisé de les considérer seulement comme « subissant » les mesures ou l'accompagnement, sans capacité de s'orienter elles-mêmes et de prendre des décisions. En reprenant l'approche de Paul Ricoeur (1913-2005), cela revient à « la capacité d'être Homme », capacité revenant non pas à une performance mais à la capacité de pouvoir agir en âme et conscience, parler, se tenir responsable (Anas, 2014), l'Homme capable étant donc aussi un homme « agissant et souffrant »<sup>33</sup>, pouvant être marqué par la vulnérabilité. Selon le philosophe, la capacité à parler est en partie liée à l'estime de soi. Ainsi, la considération de la parole des personnes reviendrait à un soutien en termes de confiance. Cet « Homme agissant » est donc aussi capable d'initiatives dans son parcours, c'est en cela qu'une mise en lumière de ses choix nous semble fondamentale.

La collecte et l'analyse des « vécus » des personnes accompagnées peut aider à mieux appréhender la « réalité » des problèmes sociaux, des savoir-faire au quotidien, rendre compte des choses importantes pour les personnes (telles que l'accueil ou l'écoute par exemple), refaire valoir l'importance du respect et de la considération à leur égard etc. Cela peut donc soutenir l'évolution des organisations et des pratiques professionnelles en lien avec les besoins des personnes. On remarque par exemple des inadéquations en ce qui concerne les outils de participation selon les professionnels mais aussi selon les associations. Ces dernières revendiquent un droit à la participation des parents, à l'information et à la liberté de choix des soins. De plus, selon le

---

<sup>33</sup> ANAS, « La parole de l'usager : Quel sens, quelle place dans l'action sociale ? » N°255 revue française de service social, Association Nationale des Assistant(e)s de Service, décembre 2014

baromètre de l'UNAFAM<sup>34</sup> en 2020, 61,7% des personnes aidant un individu ayant des troubles psychiques, considèrent ne pas être assez informés sur les droits existants. Ces restrictions entraînent une limitation d'accès aux droits fondamentaux (santé, logement, éducation, loisirs etc.). La reconnaissance du handicap est aussi une étape complexe et sans cette reconnaissance, les droits spécifiques ne peuvent être respectés (compensation, accès aux soins, indemnisation etc.). La recherche fait donc partie des outils en faveur de la revendication des droits. L'UNAFAM soutient par exemple la recherche et l'innovation sur les maladies et le handicap dans le but de "développer les connaissances pour développer une stratégie de prévention, de soins et d'accompagnements pertinentes, adaptée, porteuse d'espoirs pour les personnes vivant avec des troubles psychiques et pour l'entourage familial qui les accompagne" (Colloque annuel Unafam : L'Espoir Aujourd'hui et demain. Conférence d'ouverture, 7 juillet 2021). Cela passe donc par des colloques, conférences, flash infos écrits par des membres de leur conseil scientifique et une revue trimestrielle portant sur l'avancée de la recherche. Des bourses sont aussi attribuées à des chercheurs, il existe une coopération avec la fondation de la recherche sur le cerveau pour la mise en place de projets de recherche. La recherche en sciences sociales peut se placer en complémentarité de la recherche sur les troubles et maladies, pour améliorer l'accompagnement et la prise en charge.

La posture neutre inhérente à la recherche, peut lui donner un rôle de « tiers », de médiateur entre les travailleurs sociaux/les institutions et les personnes qu'elles accompagnent. C'est cela qui peut rendre la parole de ces personnes plus libre : l'émancipation par rapport à la relation d'accompagnement peut amener les individus à s'exprimer plus facilement et ouvertement sur les différents sujets.

C'est pour ces différentes raisons que la recherche peut être considérée comme un réel appui dans la prise en compte de la parole des personnes accompagnées. Ainsi, la recherche, en tant qu'outil de recueil de la parole, permet de rendre compte de l'expérience vécue des individus quant à leur parcours. Elle va prendre en compte les avis subjectifs des personnes pour les objectiver grâce à une méthodologie scientifique.

Cette objectivation des enjeux peut ensuite être mise en corrélation avec des déterminants territoriaux. En effet, recueillir la parole des personnes sans mise en contexte peut biaiser les résultats obtenus. Concernant l'enquête présentée, il est indispensable de mettre en lien les expériences vécues avec l'offre territoriale.

---

<sup>34</sup> Union Nationale des Familles et des Amis de Personnes Malades et/ou handicapés psychiques

C'est grâce à cela qu'une comparaison objective est possible. Les territoires choisis, à savoir les QPV et les communes rurales de Centre Bretagne, sont moins pourvus en offre de soin. C'est la corrélation entre les représentations, l'expérience des personnes et l'offre de soin sur les territoires qui va permettre d'analyser correctement certains phénomènes et de mettre en lumière les inégalités socio-spatiales car en effet, « la couverture sanitaire universelle n'est pas possible sans accès universel » (Evans D, Hsu J, Boerma T, 2013).

Concrètement, l'accès aux soins se traduit par trois caractéristiques que sont : l'accessibilité physique, financière et l'acceptabilité.

L'accessibilité physique traduit l'idée que les services doivent être à une distance raisonnable des personnes, malgré l'aspect subjectif de cet aspect, c'est une question politique importante : les déserts médicaux sont de plus en plus analysés et interrogés alors que le nombre de médecins ne cesse d'augmenter. Cependant, l'offre de soins doit aussi être adaptée en fonction des besoins (type de population, âge etc.). De plus, le statut socio-économique entre aussi en compte : certaines personnes sont en mesure d'effectuer des trajets pour aller jusqu'aux services dont ils ont besoin quand d'autres sont limités par l'accès aux transports, la gratuité de ces derniers, la capacité physique à se déplacer etc. Enfin, un élément relativement récent et accru avec la crise sanitaire, a été le développement de la télémédecine : l'accessibilité devient alors virtuelle. Cela facilite alors à la fois l'accessibilité géographique mais aussi les enjeux de surveillance face à une population vieillissante. En revanche, c'est aussi un élément de fracture et d'exacerbation des inégalités face aux outils numériques qui ne sont pas accessibles à tous.

L'accessibilité financière revient à la capacité des personnes à payer les soins sans se mettre en difficulté : cela prend alors en compte le coût du service directement, mais aussi tous les coûts indirects (le transport, les journées non travaillées, la garde des enfants etc.). Cette accessibilité ou non-accessibilité est un frein majeur de l'accès aux soins. L'existence d'une assurance obligatoire et d'une complémentaire, exclue alors une partie (même si c'est en faible proportion) de la population de la couverture totale des soins. La France reste cependant bien placée en termes de reste à charge dans les dépenses totales des soins pour les familles selon l'OCDE : étant de 7% en France contre 15% en moyenne dans les pays de l'OCDE<sup>35</sup>.

Enfin, l'acceptabilité revient à considérer des facteurs extérieurs à l'accessibilité géographique et financière. Cela peut être dû à la structure sociale (âge, sexe, statut familial etc.), mais aussi au degré de "connaissance et d'acculturation à la complexité de notre offre de soins" (Chambaud, 2018). La culture des personnes peut aussi freiner à la fois la reconnaissance d'une

---

<sup>35</sup> Chambaud, Laurent. « Accès aux soins : éléments de cadrage », Regards, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 19-28.

maladie, d'une pathologie, d'un besoin de soins et le contact avec les professionnels de santé. L'exemple de la prise en charge sanitaire des migrants primo-arrivants témoigne d'un cumul de difficultés d'ordre sociales, juridiques, économiques etc. mais aussi de carences quant à la reconnaissance des aspects culturels d'origine des personnes et/ ou communautés (les services d'interprétariat présents dans certains services ne suffisent alors pas à résoudre d'autres barrières).

Le modèle d'organisation des services impacte aussi l'acceptabilité. En effet, selon Laurent Chambaud, auparavant l'offre médicale locale était représentée par le médecin de famille, souvent seul dans son cabinet et très disponible. Aujourd'hui, la personnalisation de cette offre s'effrite du fait du développement d'une offre plus collective (maisons, centres de santé etc.) qui ne convient alors pas à tous. De plus, la complexité (voire l'opacité) des prestations sociales (d'accès aux soins mais aussi plus généralement) freinent l'accès aux soins de certains qui ne bénéficient pas de tous leurs droits. Cela participe au non recours.

Enfin, il existe une réticence de certains professionnels à prendre en charge des personnes en situation de vulnérabilité (bénéficiaires de la protection universelle maladie ou de l'aide médicale d'État), des personnes en situation de handicap ou bénéficiaires de soins psychiatriques.

Pour analyser l'accès aux soins, il est alors important de prendre en compte tous ces éléments à la fois collectifs, individuels, contextuels etc. Pour aller plus loin dans l'analyse, il serait intéressant de s'intéresser aux soins préventifs (dépistages, examens et bilans etc.) mais aussi plus largement, à la promotion de la santé, c'est à dire aux déterminants individuels et collectifs (l'accès au sport par exemple qui joue un rôle sur le maintien d'une bonne santé mais aussi sur la résilience et le rétablissement après un problème important de santé. Cet accès au sport est aussi le théâtre d'inégalités selon certaines conditions sociales, économiques, environnementales etc.)

L'accès à la santé doit donc être analysé de façon multiple. Il serait insuffisant de tenter de trouver des "normes" d'accessibilité (en pondérant le nombre de structures dans les territoires etc.) car cela effacerait les déterminants sous-jacents explicités ci-dessus. Il ne suffit alors pas seulement de mettre en exergue l'offre de soin insuffisante dans certains territoires mais bien de comprendre et analyser des mécanismes plus larges, en effet, "sur un même territoire, pour une même offre de soins, l'ampleur et les types de difficultés diffèrent d'un individu à l'autre en fonction de multiple paramètres" (Nguyen-Khac, 2017).

Pour saisir les différents mécanismes internes et externes concernant l'accès à la santé, différents outils méthodologiques peuvent être utilisés. Ici, l'entretien avec les personnes concernées présente un intérêt notable pour la compréhension de ces enjeux.

## c) L'entretien est-il une méthode d'enquête suffisante pour intégrer les personnes accompagnées à la recherche ?

L'entretien, en tant que méthode d'enquête qualitative présente de nombreux intérêts en sciences sociales. C'est une méthode de recueil d'informations consistant en des entretiens oraux avec des personnes sélectionnées au préalable permettant de saisir des faits et des ressentis. Il existe trois types d'entretien en fonction du type de recherche, des objectifs poursuivis par le chercheur : l'entretien directif, l'entretien semi-directif et l'entretien libre (voir tableau 6). Pour l'enquête présentée, le choix initial était de faire passer une vingtaine d'entretiens semi-directifs sur les territoires étudiés.

**Tableau 6 : Les caractéristiques des trois types d'entretien**

Entretien dirigé (ou directif)	Entretien semi-dirigé (ou semi-directif)	Entretien libre (ou non directif)
Discours non continu qui suit l'ordre des questions posées	Discours par thèmes dont l'ordre peut être plus ou moins bien déterminé selon la réactivité de l'interviewé	Discours continu
Questions préparées à l'avance et posées dans un ordre bien précis	Quelques points de repère (passages obligés) pour l'interviewer	Aucune question préparée à l'avance
Information partielle et réduite	Information de bonne qualité, orientée vers le but poursuivi	Information de très bonne qualité, mais pas nécessairement pertinente
Information recueillie rapidement ou très rapidement	Information recueillie dans un laps de temps raisonnable	Durée de recueil d'informations non prévisible
Inférence assez faible	Inférence modérée	Inférence exclusivement fonction du mode de recueil

Source : Imbert, Geneviève. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 102, no. 3, 2010, pp. 23-34. D'après De Ketele et Roegiers (1996, p. 172).

L'échantillon de taille relativement restreinte (contrairement aux questionnaires) permet d'analyser finement des situations dégradées (et non pas des situations routinières par exemple<sup>36</sup>). Cette analyse fine permet de mettre en lumière des déterminants à la fois internes mais aussi externes aux situations des personnes. Les ressentis de ces dernières sont aussi entendus, permettant de saisir la part de subjectivité et les représentations autour d'un sujet donné. Cette méthode, pour être efficiente, se doit de remplir certains critères tels que la fidélité, la crédibilité, la validation et la transférabilité (Deslauriers, 1991). Le caractère itératif de cette méthodologie permet une évolution

<sup>36</sup> Giordano, Y. & Jolibert, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale P.M.E.*, 29(2), 7-17

au cours de la collecte et de la l'analyse. Ainsi, la démarche qualitative et l'entretien permettent aux chercheurs une plus grande liberté dans le déroulement de l'enquête, que ce soit dans la construction ou la rédaction : il n'existe pas de standards prédéfinis. Cette démarche s'inscrit donc dans une démarche "compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes ; inductive, au sens où l'on acquiert la compréhension du phénomène de manière progressive ; réursive, invitant à réitérer les étapes de la recherche si nécessaire ; et souple en raison de l'absence de rigidité de la démarche le plus souvent inductive" (Imbert Geneviève, 2010). Cela permettant donc de se saisir de phénomènes complexes de façon objective et tels qu'ils sont ressentis par les enquêtés.

Concrètement, le chercheur doit savoir adopter un comportement alliant à la fois empathie et distance envers l'enquêté. Une attention particulière doit alors être portée aux personnes en situation de fragilités. Dans le cas de l'enquête sur les vulnérabilités et les parcours de santé, la méthode de l'entretien permet une écoute et des échanges sur les situations de personnes. L'approche éthique et empathique doit favoriser la mise en place d'une relation de confiance entre les deux parties, cette dernière étant indispensable, notamment concernant le sujet délicat de la santé mentale. L'entretien, contrairement aux méthodes quantitatives, est donc un moyen de créer une relation entre enquêtés et enquêteurs facilitant l'accès à l'environnement des premiers. Le fait d'être à l'écoute et attentif favorise le dialogue et donc la richesse, la qualité, la pertinence de ce dernier. Un sentiment de défiance envers l'enquête ou l'enquêteur risque d'entraîner moins de spontanéité dans les réponses et plus de distance. Ainsi, l'entretien n'est pas une suite de questions/ réponses ne laissant pas libre cours au développement. Il permet de saisir les problématiques, ressentis et représentations en profondeur, en mettant en lumière des processus et différentes articulations entre certains déterminants. L'entretien dans cette enquête sur les parcours de santé, va donc amener à mettre en lien les représentations des personnes quant à leur parcours, leur expérience, leur ressenti et les contextes social, économique, culturel...

Cependant, les méthodologies de recherche, quelles qu'elles soient, ne sont pas toujours adaptées et peuvent apparaître comme inaptes à la collecte de données. Le recherche peut avoir un effet repoussoir (Lefrançois, 1997) pour certaines personnes. En effet, si les personnes concernées ne se saisissent pas de la problématique de recherche, les entretiens peuvent à la fois être difficiles à obtenir mais aussi peu fructueux. Il est compliqué de se rendre compte de l'envergure d'une recherche lorsqu'on est enquêté à un moment T, notamment sur un sujet qui nous touche personnellement. C'est l'addition et le croisement (dans le cas de la recherche présentée) de

différents entretiens qui vont en fait servir à l'établissement d'une réponse à la problématique. L'individualité est alors importante mais c'est le cumul de ces individualités qui va intéresser les chercheurs afin de monter en généralité. C'est en ce sens que la recherche peut faciliter la mise en lumière des inégalités et difficultés inhérentes aux conditions sociales des individus. Selon Bernard Lahire, les faits sociaux « ne sont pas indépendants des formes individuelles, mais vivent à travers ces formes individuelles que l'on peut tantôt dé-singulariser par des mesures statistiques, tantôt singulariser par l'étude de cas, l'observation directe des comportements »<sup>37</sup>.

L'entretien permet donc le recueil des paroles pour une analyse en aval, c'est-à-dire que les propos sont recueillis puis analysés par les chercheurs sans la participation des enquêtés. En complémentarité, d'autres modalités sont possibles pour co-construire une recherche avec ces personnes : l'UNAFAM, dans ses colloques scientifiques, invite par exemple des personnes touchées par des troubles psychiques à intervenir pour témoigner de leur histoire sur différents sujets. Ces interventions sont donc écoutées par une communauté scientifique, bénévole, d'aidants, de personnes extérieures etc. permettant de mettre en lumière, sans retravailler la parole, les propos des personnes. Ces récits corroborent les interventions scientifiques du comité scientifique et donnent donc appui et vulgarisation aux propos. De plus, des formations sont mises en place, construites en collaboration entre personnes touchées par des troubles et scientifiques. Par exemple, Philippa Motta invitée en tant qu'intervenante au colloque de l'UNAFAM du 7 octobre 2020, "Qu'avons nous appris de la crise sanitaire covid-19 ?", a présenté son expérience en tant que personne atteinte de troubles psychiatriques. Dans son intervention, elle a présenté une formation qu'elle a mise en place conjointement avec une sociologue travaillant sur le handicap et les troubles psychiques dans l'emploi et psychologue clinicienne. Le rôle d'une personne ayant expérimenté ces situations semble pertinent pour mettre en place des actions efficaces et faire comprendre les difficultés.

La collecte des récits par la recherche participe donc à leur valorisation et mise en lumière mais ce n'est pas la seule alternative. En ce qui concerne la psychiatrie par exemple, un mouvement est né dans les années 1970 d'ex usagers revendiquant leurs droits, dénonçant les conditions, la stigmatisation en publiant des comptes-rendus de leur "recovery" ("rétablissement") pour insuffler l'idée qu'il est possible "d'aller mieux" (Greacen Tim, 2020). Selon ces usagers, cela passe par l'empowerment, en redonnant le pouvoir à la personne de contrôler sa propre vie. Ce terme d'empowerment était utilisé dans un premier temps, pour décrire comment les groupes marginalisés

---

<sup>37</sup> "Les parcours de santé, quelle réalité dans les territoires ?" Rencontre nationale des ASV et projets territoriaux de santé, Fabrique Territoires santé, Lyon, 1er juin 2017

surmontent l'exclusion sociale et la "désinsertion" au Brésil<sup>38</sup>. Cette notion a ensuite été généralisée à d'autres secteurs et dans les années 1990, fut inscrite à l'ONU : "les personnes doivent participer pleinement aux décisions et aux processus qui décident du cours de leur vie". La recherche peut alors être un outil d'empowerment pour les personnes en les rendant "experts" (Greacen Tim, 2020) de leur condition. Les apprentissages sont en effet partagés, le chercheur étant apprenant auprès de l'usagers. Avec la méthodologie de l'entretien, cette "inversion" des rôles se fait sur un moment T, où le chercheur dirige l'entretien grâce à des recherches en amont. Pour associer l'expertise des personnes enquêtées, une intégration aux prémices des enquêtes, des formations, des diverses recherches pourrait permettre à la fois un autre regard sur les problématiques, mais aussi une réel prise en compte de la situation et du ressenti des personnes.

Par exemple, concernant l'enquête sur CRTS sur les parcours de santé et les vulnérabilités, aucun entretien n'a pu être réalisé durant la phase prévue initialement (comme explicité en partie II.) : des questionnements pour intégrer les travailleurs sociaux à la recherche ont été pensés mais peut-être serait-il intéressant d'imaginer un contact lors des premières phases de la construction de l'enquête.

L'entretien est donc un outil sensé pour prendre en compte et objectiver l'expérience des personnes accompagnées concernant leur parcours de santé. Cependant, la participation de ces personnes se fait sur un temps précis et ne permet pas de les intégrer dès la genèse de la recherche ou dans l'aval. D'autres modalités complémentaires pourraient être possibles pour une collaboration valorisant l'expertise des enquêtés.

La recherche est donc un outil important de la mise en lumière des inégalités mais aussi de revalorisation de la place et de la parole des personnes accompagnées. Elle permet de mettre en exergue des difficultés, de légitimer des revendications en comprenant leur genèse. Les politiques publiques peuvent alors s'appuyer sur ces travaux pour tenter de réduire les inégalités et ce qu'elles engendrent. Passant par une objectivation des propos, les expériences vécues sont en fait représentatives de certains dysfonctionnements sociétaux, sociaux et politiques. La mise en lumière des différences d'offres territoriales corrélée à des problématiques de vulnérabilité, cela du point de vue des personnes accompagnées, tend à rendre compte des difficultés systémiques d'accès à la santé. L'entretien, en tant qu'outil méthodologique, rend alors dans un même temps leur rôle d'acteur aux individus, en ce qui concerne leur parcours.

---

<sup>38</sup> Le terme "empowerment" était utilisé dans un premier temps dans la forêt amazonienne, concernant les tribus luttant contre les industries arrivant sur les terres. Les populations locales ne connaissant pas leurs droits et donc leurs possibilités de défense, le mouvement d'empowerment visait à leur donner les clés pour lutter (connaître les droits, les lois, comment les utiliser).

# Conclusion

La santé mentale est un enjeu aujourd'hui important dans les considérations politiques. L'acceptation positive du terme a entraîné un changement de paradigme en ce qui concerne la prise en charge. La question du bien-être invite à penser globalement la santé mentale, en prenant en compte de nombreux et divers déterminants et non plus seulement l'absence de maladie. Pour atteindre un bon niveau de santé mentale, les conditions sociales, économiques, environnementales... sont primordiales dans un premier temps. Pour certains, un besoin d'accompagnement par des professionnels est conseillé. L'accès à ces professionnels apparaît pourtant complexe, malgré le regain d'importance de ce secteur.

Il existe un lien entre vulnérabilité sociale et mauvaise santé mentale qu'il est alors important de relever, la première ayant un impact négatif sur la seconde (et inversement, les troubles peuvent engendrer une précarisation de la situation des personnes). La vulnérabilité freine l'accès aux droits, dont l'accès à la santé du fait d'une méconnaissance, du non recours volontaire, du coût que cela peut représenter (direct ou indirect, considérant le coût de la garde des enfants, du congé pour se rendre à un rendez-vous etc.). La santé mentale est un secteur initialement plus difficile d'accès : moins connu, moins remboursé, des délais d'attente pouvant être importants -notamment dans les structures de prise en charge gratuite-, apparaissant comme d'intérêt secondaire etc. Les personnes en situation de vulnérabilité en sont donc davantage éloignées. Le cumul de handicaps sociaux limite donc l'accès à une bonne santé mentale et physique. Des politiques et dispositifs visant la réduction des inégalités sont développés, en facilitant l'accès grâce à de la gratuité, de la prévention, de la promotion etc. En plus de ces agencements, les personnes en situation de vulnérabilité sociale peuvent aussi s'appuyer sur des personnes ou lieux qui font ressource à leurs yeux. Ces derniers vont faciliter l'entrée et l'orientation dans un parcours de santé en conseillant, accompagnant... Ces ressources vont représenter un point d'appui lors de situations critiques.

Pour analyser ces différents objets et l'articulation entre les secteurs sanitaire et social, l'enquête du Comité Régional du Travail social s'est construite dans une démarche collaborative entre chercheuses et professionnels (de différents champs d'intervention). L'enquête vise alors à comprendre comment les personnes accompagnées entrent et s'orientent dans un parcours de santé, quels sont les liens entre l'accompagnement social et l'accès à l'offre de santé, quel est le rôle des personnes et lieux ressources, cela articulé à l'offre territoriale. Une des volontés principales était d'analyser ces problématiques en partant du point de vue des personnes directement, notamment

grâce à des entretiens. Dans une construction collaborative de la méthode d'enquête, il a été décidé de s'intéresser aux parcours de santé des familles en situation de vulnérabilité ayant un ou des enfant(s) mineur(s) pour le(s)quel(s) un soutien en santé mentale ou psychique est identifié, recommandé ou mis en œuvre. La notion de parcours est aussi importante, permettant de revenir à la fois sur le parcours biographique de la personne mais aussi de prendre en compte tous les déterminants directs ou indirects de l'accès à la santé, de la vulnérabilité... La question de l'enfance a aussi paru pertinente car elle permet le croisement entre différents secteurs d'intervention tels que la protection de l'enfance, l'accompagnement social, les liens intergénérationnels etc. Du fait de la crise sanitaire, d'un contexte social tendu et d'un sujet délicat, la passation de l'enquête a dû être retardée, les contacts avec les familles n'ayant pas pu avoir lieu.

La visée de cette enquête est donc la mise en lumière d'inégalités sociales d'accès à la mentale pour approfondir la connaissance et peut-être participer à la mise en place d'un accompagnement plus efficient. La recherche peut en effet, être un véritable outil, notamment si elle est basée sur l'expérience des personnes, qui sont les plus à même de présenter les difficultés et les ressources importantes. C'est pour cela que leur intégration dès la phase de construction de l'enquête pourrait apporter un regard différent et pertinent sur la méthodologie et les problématiques à soulever. L'entretien participe à la valorisation et à l'objectivation des représentations et vécus des enquêtés mais ne permet pas leur participation en amont et en aval. Les sciences sociales s'interrogent quant aux méthodes susceptibles de récolter la parole des personnes accompagnées. Cet élément est primordial dans nos questionnements et fait partie du cœur de l'enquête pour remettre les individus au centre de leur parcours et de leur prise en charge. Il est alors possible de penser de nouvelles modalités pouvant par exemple passer par l'art, la littérature, la peinture, l'écriture afin de faciliter l'expression des personnes sur des sujets délicats tels que la santé mentale.

En outre, on sait par exemple qu' "une personne sur quatre souffre, a souffert ou souffrira d'un trouble de santé mentale" (Coutant, Wang, 2018). Les troubles psychiques sont omniprésents et peuvent toucher tout type de population. Une mauvaise santé mentale peut mener dans des cas extrêmes, au suicide. Malgré l'intimité du passage à l'acte, le suicide est un fait social selon Durkheim. Ainsi, sa variabilité permet d'analyser les contraintes sociales et la société plus généralement.

La santé mentale peut donc être étudiée sous le prisme des sciences sociales pour apporter différents angles de réflexion. Ces sciences, grâce à certains travaux sur les institutions totales, la construction sociale des troubles etc. (Foucault, Goffman ou encore Castel notamment), ont participé à l'évolution de la prise en charge. Dans les années 1960, les chercheurs considéraient en effet la psychiatrie comme zone de contrôle social visant la normalisation et la transformation des

comportements. Cette institution est aujourd'hui réformée et re-questionnée régulièrement. Nicolas Henckes<sup>39</sup> démontre par ailleurs, que l'hôpital n'est pas le seul espace de soin existant : se développent de plus en plus les prises en charge ambulatoire ou les dispositifs intégrés aux espaces de vie, cela accompagné de fermeture de lits d'hospitalisation. On remarque alors que cette baisse du nombre de lits est concomitante à une augmentation des incarcérations, ces phénomènes sont indirectement liés. En effet, certaines formes de déviance ont été pénalisées telles que l'usage de drogues notamment, alors que les personnes relèvent plutôt d'un besoin d'accompagnement social et médical.

Par ailleurs, la pratique et les discours concernant la santé mentale influencent les représentations des individus. La souffrance psychique fait aujourd'hui monter des revendications d'associations pour une plus grande place accordée à l'usager et aux familles. Dans d'autres cas, les proches ou patients se réapproprient la connaissance médicale " pour s'opposer à la pathologisation de leur condition et revendiquer la reconnaissance de la neurodiversité" (la neurodiversité s'entend comme la diversité biologique des cerveaux et esprits humains) (Coutant, Wang, 2018). Cependant, ces démarches sont socialement situées. Il faut en effet, avoir les ressources nécessaires (connaissances, temps, ressources financières etc.) pour participer à la mise en action de ces réclamations (montée en association, lobbying...), tous les individus n'étant pas en capacité. De plus, les aidants, personnes ressources... sont amenés à prendre le rôle de professionnels dans un contexte de tension dans le domaine. Cela est particulièrement vrai pour les personnes en situations de vulnérabilité sociale, économique qui n'ont alors pas les moyens de déléguer à de vrais professionnels. C'est en ce sens que la rencontre entre le secteur sanitaire et le social est primordiale dans la lutte contre les inégalités.

---

<sup>39</sup> Henckes, Nicolas. « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, vol. -, no. 3-4, 2015, pp. 28-40.

## BIBLIOGRAPHIE

- Abouzeid, N. & Poirier, N. (2014). Perceptions de mères d'enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme ayant reçu une intervention comportementale intensive : leurs ressources et leurs défis. *Revue de psychoéducation*, 43(2), 201–233
- Adam, C., Faucherre, V., Micheletti, P., Pascal, G. (2017), *La santé des populations vulnérables*, Ellipses.
- Allory, Emmanuel, et al. « Les attentes d'usagers d'un quartier prioritaire en termes de santé : une enquête qualitative », *Santé Publique*, vol. 29, no. 4, 2017, pp. 535-545.
- ANAS, « La parole de l'usager : Quel sens, quelle place dans l'action sociale ? » N°255 revue française de service social, Association Nationale des Assistant(e)s de Service, décembre 2014
- Axelle Brodiez-Dolino, *Le concept de vulnérabilité, la vie des idées*, Collège de France, 11 février 2016
- Bardonnaud Philippe, Descouraux Vanessa, Hallot Géraldine “Covid, la Seine-Saint-Denis en première ligne”, *France Inter*, 11 juillet 2021
- Baronnet Juliette, Faucheux-Leroy Sarah, Kertudo Pauline, rapport final, “étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal couverts par la statistique publique” ONPES – FORIS recherche sociale, mai 2014
- Baronnet, Juliette, Pauline Kertudo, et Sarah Faucheux-Leroy. « La pauvreté et l'exclusion sociale de certains publics mal appréhendés par la statistique publique », *Recherche sociale*, vol. 215, no. 3, 2015, pp. 4-92.
- Baudelot Christian, *Les inégalités sociales de santé parmi les autres inégalités économiques et sociales*, DGS, IRESP, 11/01/2010
- Bednarz, Nadine. « La recherche collaborative », *Carrefours de l'éducation*, vol. 39, no. 1, 2015, pp. 171-184.
- Berthod-Wurmser Marianne, "En France, les pauvres s'en vont aussi à la campagne", *Ceriscope Pauvreté*, 2012
- “Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise”, *Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale (ONPES)*, rapport 2009-2010
- Bloch, Marie-Aline, et Léonie Hénaut. « De la coordination aux parcours : un changement de paradigme », *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social*, sous la direction de Bloch Marie-Aline, Hénaut Léonie. Dunod, 2014, pp. 113-134.
- Bouquet, Brigitte. « Paroles de personnes accompagnées », *Vie sociale*, vol. 13, no. 1, 2016, pp. 105-113.
- Bourdeau-Lepage, Lise, Pauline Texier, et Hugo Carré. « Évaluer les déterminants du bien-être sur un territoire. Illustration à travers le cas d'une commune rhônalpine », *Revue d'Économie Régionale & Urbaine*, vol. octobre, no. 4, 2018, pp. 775-803.
- Bourdillon, F., Lenoble, É., Giampino, S. & Suesser, P. (2011). Prévention et santé mentale de l'enfant : les questions éthiques soulevées par des approches ciblées. *Santé Publique*, S(HS), 181-188
- Branchu C, Butcher J, Emmanuelli J, Robineau F “Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'Action Médico-sociale Précoce (CAMS), des Centre Médico-Psycho-Pédagogiques (CMPP) et des Centre Médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ), Rapport de l'inspection générale des affaires sociales, septembre 2018
- Bresson, M. (2003). Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence. *Cahiers internationaux de sociologie*, 2(2), 311-326

- Brodriez-Dolino, Axelle. « La vulnérabilité, nouvelle catégorie de l'action publique », Informations sociales, vol. 188, no. 2, 2015, pp. 10-18.
- Brémond, Piu, Élisabeth Gérardin, et Julia Ginestet. « En quoi l'urgence sociale interroge-t-elle les pratiques professionnelles ? », Empan, vol. no46, no. 2, 2002, pp. 129-135
- Buthion, V. & Godé, C. (2014). « Les proches-aidants, quels rôles dans la coordination du parcours de soins des personnes malades ? ». Journal de gestion et d'économie médicales, 7(7-8), 501-519
- Calvez Marcel, Séchet Raymonde, « La diversité des trajectoires socio-spatiales de soin dans les parcours de soins coordonnés. Une approche à partir d'une population en Affection de longue durée (ALD) », Presses universitaires de Rennes. Les parcours sociaux à l'épreuve des politiques publiques, Presses universitaires de Rennes, pp.43-55, 2012, Des sociétés.
- Cavalli, Stefano. « Modèle de parcours de vie et individualisation », Gérontologie et société, vol. 30/123, no. 4, 2007, pp. 55-69.
- Cervera M., Parron A., (2016) Résumé de la recherche sur les parcours institutionnels des publics accompagnés en ITEP, Rapport de recherche en ligne, Décembre
- Chappuis, Marielle, Yannick Le Bihan, et Anne Tomasino. « Le difficile accès aux soins des personnes en situation de grande précarité en France : les constats de Médecins du Monde », Après-demain, vol. n ° 42, nf, no. 2, 2017, pp. 3-5.
- Charrier, Françoise, Daniel Goupil, et Jean-Jacques Geoffroy. « 3. Les facteurs personnels de vulnérabilité », Françoise Charrier éd., Les personnes vulnérables. Protection et accompagnement des majeurs en difficulté. Érès, 2008, pp. 29-34.
- Claude Martin. Penser la vulnérabilité. Les apports de Robert Castel. Alter: European Journal of Disability Research / Revue européenne de recherche sur le handicap, Elsevier Masson, 2013, 7 (4), pp.293-298
- « Conférence de consensus La recherche en/dans/ sur le travail social. L'avis du jury, le 22 juin 2013 », VST - Vie sociale et traitements, vol. 120, no. 4, 2013, pp. 82-89.
- Coldefy M, Gandré C, « Atlas de la santé mentale », IRDES, mai 2020
- Coldefy M, Lucas-Gabrielli V., Pierre A., Com-Ruelle L., « pratiques spatiales d'accès au soin », Rapport 564, IRDES, octobre 2016
- Coutant Isabelle, Wang Simeng (dir.), Santé mentale et souffrance psychique. Un objet pour les sciences sociales, Paris, CNRS, 2018, 415 p., préf. Richard Rechtman
- Coq-Chodorge Caroline, « Enfants en manque de soins médicaux dans les quartiers populaires : « On laisse pourrir la situation », médiapart, 17 juin 2021
- Dameron, Stéphanie. « La dualité du travail coopératif », Revue française de gestion, vol. no 158, no. 5, 2005, pp. 105-120.
- Dameron, Stéphanie. « La dualité du travail coopératif », Revue française de gestion, vol. no 158, no. 5, 2005, pp. 105-120.
- David, O. (2008). « L'accès aux services d'accueil des jeunes enfants en milieu rural : un enjeu d'équité territoriale », IN : L'Information géographique, Vol. 72, pp. 46-65.
- "Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique", Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Institut national de santé publique, Québec, Juillet 2014
- Desgagné, S., Bednarz, N., Lebuis, P., Poirier, L. & Couture, C. (2001). L'approche collaborative de recherche en éducation: un rapport nouveau à établir entre recherche et formation. Revue des sciences de l'éducation, 27(1), 33-64
- Desprès, Caroline. « Parcours de soins en situation de précarité : entre détermination et individualisation », Santé Publique, vol. s1, no. HS1, 2018, pp. 157-163
- Devault, A. (2021). La pratique de la méditation de pleine conscience avec les jeunes enfants en contexte de vulnérabilité. Dans : Chantal Zaouche Gaudron éd., Espaces de socialisation extrafamiliale dans la petite enfance (pp. 285-296). Toulouse, France: Érès

- Deville, C. (2018). « Les chemins du droit: Ethnographie des parcours d'accès au RSA en milieu rural ». *Gouvernement et action publique*, vol. 7(3), 83-112
- Direction générale de l'Action sociale, Rapport « Souffrances ou troubles psychiques : rôle et place du travailleur social » Ministère de la Santé et des Solidarité, 2005
- Dollé, Michel. « 4 Insertion ou contrepartie : le RMI et la justice sociale », Michèle Lelièvre éd., *RMI, l'état des lieux. 1988-2008. La Découverte*, 2008, pp. 201-206
- Doré, I. & Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125-145.
- DREES, Le non-recours aux prestations sociales, Les dossiers de la DREES, n°57, Juin 2020
- Dubois-Fabing, D., Pichon, P., Arnevielle, A., Sussillon, M., Caron, B., Saillard, F. & François, P. (2011). Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Santé Publique, S(HS)*, 97-111.
- Duvoux, Nicolas. « Le RMI : retour sur un tournant des politiques d'insertion », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 4, no. 2, 2008, pp. 182-192.
- ENOC, rapport de synthèse « La santé mentale des enfants et des adolescents en Europe », défenseur des droits, Septembre 201
- Euillet Séverine t, Halifax Juliette, Moisset Pierre et Séverac Nadège, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », rapport final, défenseur des droits, mars 2016
- Ganne, Claire. « Après la sortie d'un centre maternel : l'impact des trajectoires sur la qualité de vie des enfants », *Revue française des affaires sociales*, no. 1-2, 2013, pp. 96-121.
- Ganne, Claire. « L'analyse séquentielle des parcours : pour une approche longitudinale et non causale des effets des interventions sociales », *Vie sociale*, vol. 18, no. 2, 2017, pp. 25-44.
- Ganne, Claire. « Récits d'enfants confronté.e.s à la précarité résidentielle », *Spécificités*, vol. 15, no. 1, 2021, pp. 49-54.
- Ganne, Claire, et Geneviève Bergonnier-Dupuy. « Trajectoires résidentielles et interventions socio-éducatives. L'exemple des familles accueillies en centre maternel », *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ère nouvelle*, vol. 45, no. 3, 2012, pp. 109-136.
- Ganne, Claire, Nathalie Thiery. « Être hébergé en famille dans une structure sociale : des interventions qui varient selon les espaces de vie », *Espaces et sociétés*, vol. 176-177, no. 1-2, 2019, pp. 53-68.
- Ganne, Claire, Nathalie Thiery. « Soutenir les parents pour protéger l'enfant. Les centres parentaux entre prévention, protection et accompagnement vers l'autonomie », *Recherches familiales*, vol. 16, no. 1, 2019, pp. 37-50.
- Gardien, Ève, et Marcel Jaeger. « Introduction », *Vie sociale*, vol. 25-26, no. 1-2, 2019, pp. 7-10.
- Gaspar, Jean-François, et Jean Foucart. « Recherche et travail social : enjeux scientifiques et académiques, pratiques et professionnels. Quête de légitimité et concurrences », *Pensée plurielle*, vol. 30-31, no. 2-3, 2012, pp. 11-23.
- Gasquet Clelia, Hoyez Anne-Cécile, Millot Ana. La prise en charge des femmes enceintes récemment arrivées en France. Approche comparative Rennes-Strasbourg. [Rapport de recherche]
- Gilmour Heather, "Santé mentale positive et maladie mentale, Santé mentale positive et maladie mentale", statistique Canada, 17 septembre 2014
- Giordano, Y. & Jolibert, A. (2016). Pourquoi je préfère la recherche quantitative/Pourquoi je préfère la recherche qualitative. *Revue internationale P.M.E.*, 29(2), 7-17
- Greacen, T. (2018). Qu'attendons-nous de l'école en matière de santé et de santé mentale ?. *Administration & Éducation*, vol. 157, no. 1, 2018, pp. 35-40.
- Guichard A, Potvin L, "Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? ", in L. Potvin et Coll. : la réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

- Guillaume Chevillard et Julien Mousquès, « Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français », *Cybergeog : European Journal of Geography* [En ligne], Espace, Société, Territoire, document 873, mis en ligne le 21 novembre 2018
- Guy Gozlan, Saïd Acef et Cécile Petitqueux-Glaser, « Vers des soins intégrés en santé mentale : l'expérience du réseau Prépsy », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, 2009, p. 221-238
- Gélinas, A. & Pilon, J.-M. (1994). Le transfert des connaissances en recherche sociale et la transformation des pratiques sociales. *Nouvelles pratiques sociales*, 7(2), 75–91.
- Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L. & Jégo, M. (2018). L'état de santé psychique et le handicap des enfants confiés à l'Aide sociale à l'enfance des Bouches-du-Rhône. *Santé Publique*, 3(3), 349-359
- Henckes, Nicolas. « La psychiatrie de secteur, quelle histoire, quel avenir ? », *Esprit*, vol. -, no. 3-4, 2015, pp. 28-40.
- Hoyez A-C, (2015) « Trajectoires de santé et trajectoires migratoires chez les migrants sud-asiatiques en France. La santé à l'épreuve de la précarité et du sentiment d'isolement », *Migrations Société*, 2015/5 (161), 157-172.
- Imbert, Geneviève. « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », *Recherche en soins infirmiers*, vol. 102, no. 3, 2010, pp. 23-34.
- Jaeger, M, « L'articulation du sanitaire et du social. » *Travail social en psychiatrie* (DUNOD, ed.), 2012
- Jaeger, Marcel. « Recherche et travail social. Quelle voie de passage entre deux dérives : le scientisme et le romantisme ? », *Vie sociale*, vol. 3, no. 3, 2011, pp. 11-23.
- Jamet, L. (2021). La prévention des ruptures de parcours pour les jeunes bénéficiant de mesures de protection de l'enfance : des motifs et facteurs de rupture à l'élaboration de stratégies d'action, *Rapport pour l'ONPE*
- Lajarge, Éric, Héléne Debiève, et Zhour Nicolle. « Évolution de la définition de la santé publique », *Santé publique. En 12 notions*, sous la direction de Lajarge Éric, Debiève Héléne, Nicolle Zhour. Dunod, 2013, pp. 13-40.
- Laporte, Rémi. « Vulnérabilité sociale, expositions environnementales et accès aux soins... Parcours d'enfance déjà complexes », Maryse Bonnefoy éd., *Santé et épanouissement de l'enfant : dans quel environnement ?* Érès, 2018, pp. 143-166.
- "La santé et le bien-être dans les quartiers en renouvellement urbain, outils et méthodes pour des projets favorables à la santé", *Les carnets de l'innovation*, Anru
- Lazaar Fiona, Nicolas Duvoux « la pauvreté démultipliée, dimensions, processus et réponses » *RAPPORT AU PREMIER MINISTRE*, printemps 2020 - printemps 2021
- Lefrançois, R. (1997). La recherche collaborative : essai de définition. *Nouvelles pratiques sociales*, 10(1), 81–95
- « Le pari de la participation, Promouvoir la culture participative comme vecteur de transformation sociale », *Rapport du Comité régional du travail social de Bretagne*, Janvier 2013
- Les déterminants de la vulnérabilité, Synthèse documentaire, Pôle ressources en promotion de la santé, Bretagne, février 2018
- "Les parcours de santé, quelle réalité dans les territoires ?" Rencontre nationale ASV et projets territoriaux de santé, Fabrique Territoires Santé, Lyon, 1er juin 2017
- Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-ruelle L., Coldefy., M. (2016), *Pratiques spatiales d'accès aux soins*, Les rapports de l'IRDES, n°564, 97 p.
- Mansanti, Dominique. « Pauvreté et risque : les déclinaisons de l'urgence sociale », *Revue française des affaires sociales*, no. 1, 2001, pp. 111-131.
- Martin, Claude. « Du bien-être à l'épanouissement de l'enfant. Investissement social et investissement parental », Maryse Bonnefoy éd., *Santé et épanouissement de l'enfant : dans quel environnement ?* Érès, 2018, pp. 39-66.

- Milon A., Amiel, « La situation de la psychiatrie des mineurs en France », Rapport d’information du Sénat, 2017
- Moleux M, Schaetzel F, Scotton C, Les inégalités sociales de santé : déterminants sociaux et modèles d’action. Inspection générale des affaires sociales, mai 2011
- Morel-Brochet, Annabelle. « « Peut-on prétendre à des espaces de qualité et de bien-être ? ». Compte rendu de colloque (Angers, 23-24 septembre 2004) », Natures Sciences Sociétés, vol. vol. 13, no. 3, 2005, pp. 332-334.
- Morgan Berger. “L’accessibilité aux soins des hémophiles en Bretagne”. Géographie. Université Rennes 2, 2012. Français.
- Moro Marie-Rose, Brison Jean,-Louis « Mission bien-être et santé des jeunes », Ministère de l’éducation nationale, de la jeunesse et des sports, 2016
- Motte Philippa , “À l'endroit de nos failles, il y a des ressources étonnantes”, Colloque recherche UNAFAM, Qu’avons nous appris de la crise sanitaire covid-19 ?, 9 décembre 2016
- Muniglia, V. & Rothé, C. (2013). Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique : l'importance des autrui significatifs dans le recours à l'aide sociale. *Revue française des affaires sociales*, , 76-95.
- Médecins du Monde, Observatoire de l’accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France, 2017
- Nadine Souchard, Yves Bonny. La recherche-action coopérative, une voie contributive aux productions de la société civile ? Chercheur.e.s et acteur.e.s de la participation : Liaisons dangereuses et relations fructueuses, GIS Démocratie et participation, Jan 2015, Paris, France
- Narcy-Combes Jean-Paul , « La problématique action research/recherche-action et le travail coopératif », *ASp*, 19-22 | 1998, 229-238.
- Petit, C., Lalou-Moatti, M. & Clervoy, P. (2004). 174. Santé mentale. Risque. Vulnérabilité. Ressources. Dans : Serge Lebovici éd., *Nouveau traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent* : 4 volumes (pp. 3043-3046). Paris cedex 14, France : Presses Universitaires de France
- Pfister, Valérie, Loriane Guiboux, et Juliane Naitali. « Les permanences d'accès aux soins de santé : permettre aux personnes vulnérables de se soigner », *Informations sociales*, vol. 182, no. 2, 2014, pp. 100-107.
- Plateforme d’Observation Participative Précarité Santé (POPPS), éléments d’analyses synthétiques de l’enquête biographique, 2014
- Poirier, N. & Vallée-Ouimet, J. (2015). Le parcours des parents et des enfants présentant un TSA. *Santé mentale au Québec*, 40(1), 203–226.
- Potin Emilie. (2012), *Enfants placés, déplacés, replacés. Parcours en protection de l’enfance*, coll. « Pratiques du champ social », Toulouse, Erès.
- “Précarité et covid-19 : les associations dénoncent “la double peine””, *santé mentale.fr*, le mensuel des équipes soignantes en psychiatrie, 5 mai 2020
- Projet Territorial de Santé Mentale d’Ille-et-Vilaine (PTSM 35), décembre 2019
- Purper-Ouakil Diane , “Accompagnement familial – Quel soutien et quelle formation ?”, Colloque recherche UNAFAM, Qu’avons nous appris de la crise sanitaire covid-19 ?, 9 décembre 2016
- Revil, Héléna. « Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l’accessibilité sanitaire », *Regards*, vol. 53, no. 1, 2018, pp. 29-41.
- Ricardou, Rafaël. « Femmes immigrées et avancée en âge : des modalités d’accès aux droits socio-sanitaires inscrites dans les configurations des territoires », *Vie sociale*, vol. 16, no. 4, 2016, pp. 67-78.
- Rivest, Marie-Pier et Penelopia Iancu. « La santé mentale des enfants et des jeunes aux frontières de la médicalisation du social. » *Reflets*, volume 25, numéro 2, automne 2019, p. 8–13
- Robin, P. & Séverac, N. (2013). Parcours de vie des enfants et des jeunes relevant du dispositif de protection de l'enfance : les paradoxes d'une biographie sous injonction. *Recherches familiales*, 10(1), 91-102.

- Roelandt, Jean-Luc, et al. « La santé mentale en France et dans le monde : « Des hommes, pas des murs » », *Pratiques en santé mentale*, vol. 61<sup>e</sup> année, no. 1, 2015, pp. 47-58.
- Rothé Céline, Brochard Alice, Campéon Arnaud, Le Trividic Lila, Muniglia Virginie, Claude Martin « Du trouble au handicap psychique lors du passage à l'âge adulte : Trajectoires et traitement social » , Uni-Rennes, EHESP, CNRS, Arènes UMR 6051, janvier 2018
- Rousseau, C., Nadeau, L., Pontbriand, A., Johnson-Lafleur, J., Measham, T. & Broadhurst, J. (2014). La santé mentale jeunesse : un domaine à la croisée des chemins. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 101–118.
- Royer, B., Gusto, G., Vol, S., Arondel, D., Tichet, J. & Lantieri, O. (2010). Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs : une étude dans 12 centres d'examens de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 4(4), 313-321.
- Roze Mathilde. La santé mentale des mères et des enfants en situation de grande précarité en île de France. Thèse de doctorat, Médecine humaine et pathologie. Sorbonne Université, 2018.
- S. Euillet, J. Halifax, P. Moisset & N. Séverac, Note de synthèse de recherche, « L'accès à la santé des enfants pris en charge au titre de la protection de l'enfance : accès aux soins et sens du soin », financée par le Défenseur des Droits et le Fonds CM, 2016
- Saboya Mireille, Tremblay Mélanie, “recherches collaboratives en action : un éclairage sur le critère de double vraisemblance”, Actes du colloque Espace mathématique francophone, octobre 2020
- Schröder-Butterfill, Elisabeth. « Le concept de vulnérabilité et sa relation à la fragilité », François Béland éd., *La fragilité des personnes âgées. Définitions, controverses et perspectives d'action*. Presses de l'EHESP, 2013, pp. 203-228.
- Simon, Patrice. « Faciliter l'accès aux soins. L'expérience d'une équipe de terrain », *Laennec*, vol. tome 55, no. 4, 2007, pp. 27-36.
- Steck, Jean-Fabien. « Être sur le terrain, faire du terrain », *Hypothèses*, vol. 15, no. 1, 2012, pp. 75-84.
- T. Saïas, C. Delawarde, É. Pintaux, S. Favriel, C. Ménier, I. Matos, R. Dugravier, F. Tubach, A. Guédeney, T. Greacen, « Les interventions préventives en santé mentale du jeune enfant vues par leurs bénéficiaires : l'exemple du projet CAPEDP », *Pratiques Psychologiques*, Volume 19, Issue 4, 2013, Pages 203-220
- T. Saïas, T. Greacen, D. Brengard, M. Lejoyeux, M. Bourdais, *Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable : l'exemple des centres maternels de Paris*, *L'Encéphale*, Volume 34, Issue 6, 2008, Pages 584-588,
- Taieb, Olivier. « Enfants d'ici et d'ailleurs, accueillir et soigner », Maryse Bonnefoy éd., *Santé et épanouissement de l'enfant : dans quel environnement ?* Érès, 2018, pp. 209-216
- Tim Greacen, “l'empowerment : origines d'un concept qui révolutionne l'approche des soins.”, Colloque recherche UNAFAM, 7 octobre 2020
- Tordjman, Sylvie. « Expérience d'une équipe mobile pour préadolescents et adolescents : importance des changements d'environnement physique et relationnel », *L'information psychiatrique*, vol. volume 92, no. 5, 2016, pp. 389-395
- Vidal-Naquet, Pierre A. « Le paradoxe de l'urgence sociale », *Revue Projet*, vol. 284, no. 1, 2005, pp. 10-17.
- Vulnérabilités sanitaires et sociales, Colloque organisé par l'Agence Nationale de la Recherche et l'Institut de Recherche en Santé Publique (IReSP), Jeudi 14 et vendredi 15 novembre 2013, Ministère des Affaires sociales et de la Santé, Paris
- Wolff, Valérie, et Emmanuel Jovelin. « L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées », *Hommes & Migrations*, vol. 1309, no. 1, 2015, pp. 97-104.
- Zaouche Gaudron, Chantal, et Paule Sanchou. « Introduction », *Empan*, vol. no 60, no. 4, 2005, pp. 10-13.

# Annexes

## Annexe 1 : composition du groupe de travail et organisation

### Composition du groupe de travail (1ière phase – 2018-2020)

Allières Gilles ITES  
Belin Valérie CHU -Saint-Nazaire  
Chantraine Amélie IREPS Bretagne  
Conan-Mathieu Nathalie FHF Bretagne  
Delalande Nathalie Département 22  
Hervault Catherine GHBS Lorient  
Kerlidou Pascale DRJSCS de Bretagne  
Février Solène Lycée Jeanne D'arc  
Lecourçonnais Laura Askoria-Etudiante  
Janson Valérie Askoria – Chargée de recherche  
Lhermitte Sophie Lycée Jeanne d'Arc  
Pacaud Cécile Askoria - Formatrice  
Peltier-Chevillard Véronique CHU-Rennes  
Poulin Olivier Département 22  
Pivaut Françoise Département 35  
Rayssiguier Yvette-Rose EHESP - Professeure émérite  
Senelonge Claude Département 29  
Sinquin Marie Askoria -étudiante  
Taze Sophie APASE  
Terrier Eugénie Askoria – Chargée de recherche  
Deuxième phase / Enquête de terrain (2021)

### Deuxième phase / Enquête de terrain (2021)

Barbot Anne-Sophie Chargée de mission insertion sociale Département Ille-et-Vilaine  
Calvez Nolwenn Etudiante master EHESP et stagiaire CD 29 Département Finistère  
Chantraine Amélie Chargée de projets et d'ingénierie IREPS Bretagne  
Denis Cécile Conseillère technique DDCS 22  
Hoyez Anne-Cécile Chercheuse CNRS ESO Université Rennes 2  
Le Duff Rachelle Directrice-adjointe CREA de Bretagne  
Mahamat Batoul Etudiante Master 2 Université Rennes 2  
Peltier-Chevillard Véronique Cadre socio-éducatif CHU-Rennes  
Pomariega Valérie Conseillère technique DDCS 56  
Potin Lucie Etudiante Master EHESP – stagiaire CD 35 Département 35  
Pivaut Françoise Responsable service « info sociale en ligne) Département 35  
Taze Sophie Chargée d'étude APASE  
Terrier Eugénie Chargée de recherche Askoria et ESO

# L'organisation du travail d'équipe

## RÉUNIONS D'ÉQUIPE

Nous avons eu des réunions d'équipe chaque semaine depuis le mois de février permettant des points d'étape, des points sur la recherche documentaire, des réorientations etc.

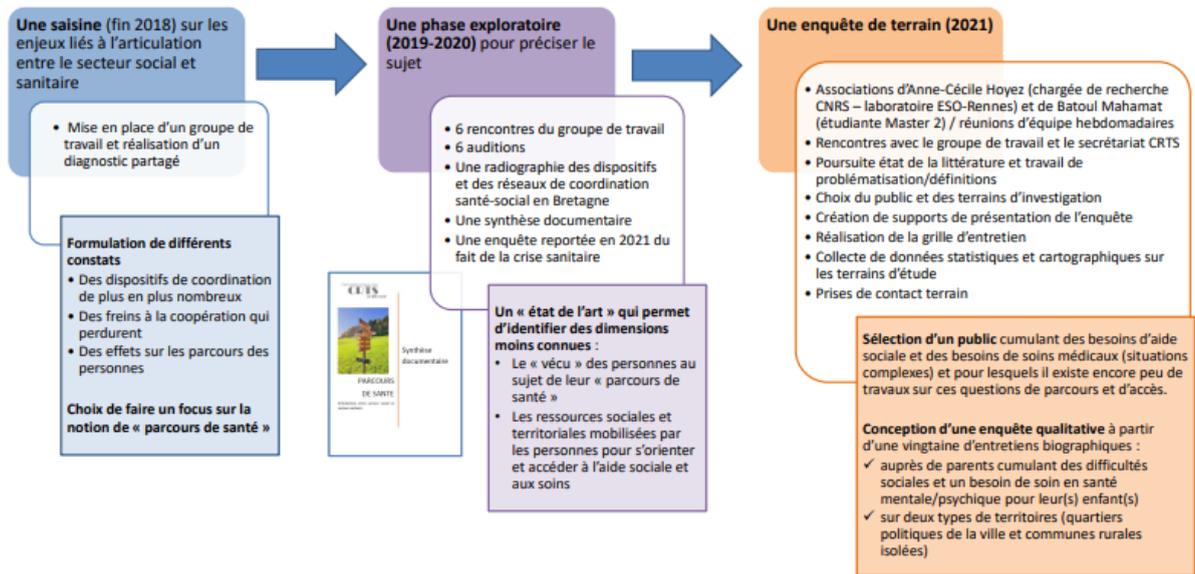
## RÉUNIONS DU GROUPE DE TRAVAIL

Ces réunions ayant lieu une fois par mois permettent de rendre de compte de l'avancée de l'enquête, mais aussi de trouver de nouvelles orientations, de nouveaux questionnements, hypothèses, propositions

## RÉUNIONS CRTS

Ces moments permettent de présenter l'enquête et ses avancées aux membres du CRTS

## Etapes du travail et réalisations



## Annexe 2 : liste non exhaustive des aides en santé mentale

Aides en santé mentale		
Domaine	Profession/ lieu	Missions
Santé mentale	Médecin généraliste	Soutien psychologique, orientation vers des professionnels en santé mentale ou psychique
Santé mentale	Neuropsychologue	« Un neuropsychologue est un psychologue qui s'est <b>spécialisé en neuropsychologie</b> durant ses études. Cette discipline étudie les liens entre le fonctionnement du cerveau et le comportement. Il ou elle établit des bilans portant sur les fonctions cognitives, c'est-à-dire les facultés intellectuelles, la mémoire, l'attention ou la capacité de la personne à anticiper, en utilisant des tests ou des questionnaires. »
Santé mentale	Orthophoniste	Spécialiste des troubles du langage, à l'oral ou à l'écrit
Santé mentale	Pédopsychiatre	Le pédopsychiatre est un psychiatre ou un pédiatre qui s'est spécialisé dans la santé mentale des jeunes
Santé mentale	Psychanalyste	Pas de reconnaissance légale – « se réfère à une forme précise de traitement de la souffrance psychique et s'appuie sur une méthode qui cherche à traduire la signification des conflits restés inconscients »
Santé mentale	Psychiatre	Le psychiatre est un <b>médecin</b> . « Il peut <b>poser un diagnostic</b> , prescrire des médicaments, des examens et des soins, décider d'une hospitalisation et rédiger des certificats médicaux. Il peut aussi prescrire des traitements non médicamenteux comme la relaxation, la psychothérapie, des séances de sport, de l'ergothérapie etc. »
Santé mentale	Psychologue	« Il est spécialiste des pensées, des émotions et des comportements humains. Il peut proposer les psychothérapies auxquelles il a été formé pour soutenir une personne lorsqu'elle rencontre des difficultés mettant en danger sa santé mentale »
Santé mentale	Psychomotricien	« Il est un professionnel paramédical, spécialiste des problèmes de geste, <b>de maîtrise du mouvement</b> et d'image du corps. Il ou elle intervient sur prescription du médecin, par exemple en cas de difficultés d'orientation dans l'espace et le temps, d'instabilité, de maladresse, ou encore de difficultés à réguler les émotions »

Santé mentale	Psychopraticien	Psychopraticien est une dénomination qui n'est pas réglementée. Les professionnels qui l'utilisent ont généralement suivi une formation à une méthode de thérapie dans <b>un institut privé</b> qui n'est pas reconnu par l'État.
Santé mentale	Psychothérapeute	Il n'existe pas de diplôme de psychothérapeute mais un titre. Une personne peut utiliser le titre de psychothérapeute lorsque sa formation et son expérience répondent aux exigences qui ont été <b>fixées par l'Etat</b> en 2010. Le psychothérapeute fait de la thérapie dans le but d'aider un patient à surmonter différentes problématiques.
Santé mentale	Maison des adolescents	« Lieu de concertation pluridisciplinaire. Dispositif d'accompagnement, de soutien, de travail de partenariat et de coordination avec les différentes institutions dans la prise en charge d'adolescents en grande difficulté. »
Santé mentale	CMP	Centres médico-psychologiques - unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert unités de coordination et d'accueil en milieu ouvert
Santé mentale/psychique	Thérapeute	« Nom qui désigne l'ensemble des soignants. Il est souvent utilisé, dans le langage courant, comme synonyme de psychothérapeute alors que ce titre, lui, est réglementé. Il ne correspond à <b>aucun diplôme</b> ni à <b>aucune compétence</b> précise. »
Santé mentale	Pair-aidant	Un pair-aidant ou une paire-aidante est une personne qui a choisi de s'investir dans l'entraide en santé mentale, après un parcours personnel lui ayant permis de <b>se rétablir</b> . La paire-aidante ou le pair-aidant peut travailler comme <b>bénévole</b> , par exemple dans le cadre d'une association d'usagers, en indépendant (auto-entreprise) ou comme <b>salaire</b> dans un service de santé mentale (sanitaire ou médico-social)
Santé psychique	Sophrologue	Spécialiste de techniques agissant à la fois sur le corps et le mental, comme les techniques de respiration, de décontraction des muscles et de <b>relaxation</b> à l'aide d'images mentales apaisantes.
Santé psychique	Éducateur de jeunes enfants	« En service de psychiatrie pour enfants (ou pédopsychiatrie), il ou elle stimule <b>les capacités intellectuelles, affectives et artistiques</b> du jeune enfant »
Santé psychique	Médiateur de santé pair (MSP)	La fonction de médiateur de santé-pair peut être validée grâce à une <b>formation universitaire</b> , la licence "Sciences sanitaires et sociales mention – Parcours médiateur de santé-pair » dispensée à l'Université Paris 13, à Bobigny. Il ou elle est recrutée dans une équipe de soins ou médico-sociale, après avoir vécu un trouble psychique et s'être rétabli. Il ou elle utilise ses connaissances et <b>son expérience personnelle</b> du rétablissement pour aider ses pairs

Santé psychique	Art thérapeute	« Pas de diplôme d'Etat, usage de disciplines artistiques comme le dessin, la musique, la sculpture, la danse, le chant ou le théâtre, dans un but thérapeutique. L'art thérapie s'exerce généralement sous l'autorité d'une ou un médecin ou au sein d'une structure de soins. »
Santé psychique	Groupe de parole	« Un groupe de parole est une pratique de psychothérapie qui rassemble plusieurs personnes, patients, membres du personnel d'une institution, etc., généralement autour d'un thème prédéfini et afin de permettre l'expression de conflits, de souffrances et éventuellement de réflexions sur les moyens de les résoudre. »
Santé psychique	Maison de quartier/ centre socio-culturel/ Maison des jeunes et de la culture	Accompagnement social, activités socio-culturelles, bénévolat
Santé psychique	Association	Bénévolat, liens de sociabilité

## Annexe 3 : Liste non exhaustive de l'offre de soin en santé mentale à Rennes

**Centre médical et pédagogique** – « Offre de soins diversifiée en Soins de Suite et Réadaptation et en Psychiatrie chez les 12-35 ans, assurant une prestation scolaire (Éducation nationale) pour tous les patients, le cas échéant. »

- Unité de soins étude psychiatrique
- Pôle de soins de suite et de réadaptation de l'adolescent de 12 à 17 ans atteints de maladies chroniques et dont l'environnement social et familial peut être complexe.

### **Centre Hospitalier Guillaume Régnier**

**Centre de la Thébaudais** : Centre de réadaptation psychologique et sociale à destination des jeunes adultes

**Clinique de l'espérance** : possibilité d'hospitalisation complète de patients adultes, présentant des troubles psychiatriques compatibles avec un séjour en hospitalisation libre ou en centre de jour de continuité du lien thérapeutique (CCLT) qui vise à maintenir ou favoriser une existence autonome et à développer le lien social

**Clinique du moulin** : hospitalisation libre de toute personne souffrant de pathologies en santé mentale et les comorbidités psychiatriques et addictives et plus particulièrement, l'alcool et les troubles des conduites alimentaires.

**Polyclinique St Laurent** : Un service de Psychiatrie qui accueille en hospitalisation libre, des patients souffrants de pathologie en santé mentale.

### **Différents CMP**

#### **Associations de soutien :**

- L'autre 2 (groupe d'entraide mutuelle) : « *Jeunes adultes (18 à 30 ans) en situation de mal-être et/ou en situation d'isolement suite à des troubles psychologiques. Un statut de sympathisant permet à des personnes de plus de 30 ans d'adhérer à l'association, de participer à certaines activités et de soutenir le projet des jeunes* »

- L'autre regard : « *Adultes en situation de mal être et/ou d'isolement suite à des troubles psycho-sociaux et psychologiquement fragilisés, favoriser l'épanouissement, le mieux-être, le lien social, l'ouverture culturelle des personnes qui ont des troubles psychiques Permettre aux adhérents de s'impliquer dans la vie associative Favoriser le maintien ou l'accès à une vie autonome.* »

- Club m'aide association la rive-croix marine : *Club accessible aux personnes ayant un suivi dans les services des secteurs de psychiatrie G03 et G12, résidants dans les quartiers Nord-Ouest et Nord-Est (Maurepas Patton et Villejean)*

- Fédération nationale des associations d'usagers en psychiatrie

#### **Associations de professionnels et bénévoles pour l'accompagnement des proches et familles**

-Centre Psychanalytique de Consultation et de traitement (CPCT-parents) : « *lieu d'accueil et d'accompagnement pour tout parent (ou responsable) en difficulté. Propose des rencontres avec des professionnels bénévoles orientés par la psychanalyse pour une durée limitée (16 rencontres maximum) pour s'interroger, échanger sur des doutes, des angoisses autour des difficultés dans la fonction parentale.* »

- Centre ressource familles et troubles psychiques : « *Accompagnement des familles ayant un proche souffrant de maladie psychotique ; informations et formations pour les professionnels aux « interventions thérapeutiques de pointe » ; formations des professionnels du social et du médico-social à la connaissance des ressources en matière d'accompagnements et de soins.* »

- S.O.S amitié

- Lueur d'espoir SOS dépression

- Sources

- UNAFAM 35

- Bipol 35 – association des bipolaires d'Ille et Vilaine

# Annexes 4 : documents de présentation de l'enquête

Protocole de recherche à destination des professionnels :



## PROTOCOLE DE RECHERCHE

**Titre - Le « parcours de santé » du point de vue des personnes accompagnées : s'orienter et mobiliser des ressources.**

**Terrains :** Quartiers Politique de la Ville, Communes Centre Bretagne

**Porteurs du projet :** Comité Régional du Travail Social de Bretagne

**Chercheuses impliquées :**

- Anne-Cécile Hoyez, chargée de recherche au CNRS, UMR ESO Espaces et Sociétés (Université Rennes 2)
- Eugénie Terrier, chargée de recherche à Askoria, docteure en géographie sociale et chercheuse associée au laboratoire Espaces et sociétés (ESO)
- Batoul Mahamat, étudiante en master 2 Dynamiques sociales et aménagement des territoires à l'université Rennes 2

**Objectifs :** Comprendre les « parcours de santé » du point de vue des familles vulnérables avec un ou des enfant(s) ayant un besoin de suivi en santé mentale et/ou psychique. Rendre visibles les difficultés et les besoins des personnes au sein de leur parcours afin de contribuer à l'amélioration de leur accompagnement.

**Questions de recherche :**

- Comment ces familles expérimentent-elles et pratiquent-elles leur parcours de soin ?
- Comment ces parents s'orientent-ils dans le système médical et d'aide sociale ?
- Quels sont les lieux ressources significatifs pour l'accès et le suivi aux yeux de ces familles ?
- Quels rôles jouent les réseaux professionnels et de proches dans l'orientation de ces familles ?

**Méthodologie :**

Réalisation de 20 entretiens semi-directifs d'une durée entre 30 minutes et 1 heure auprès des personnes accompagnées dans un lieu choisi par l'enquêteur, par téléphone ou en visioconférence. Le protocole éthique garantit l'anonymat pour toutes les personnes enquêtées et l'absence de conservation de données personnelles.

**Ce que l'on entend par « parcours de santé » dans cette recherche :**

Le « parcours de santé » (état de santé) se définit par les interactions entre le parcours de vie d'une personne et son parcours de soin. Cette recherche s'intéresse plus particulièrement aux ressources territoriales et sociales identifiées et mobilisées par les personnes pour s'orienter dans le cadre de leur parcours de soin. Le soin faisant référence ici à la fois aux soins médicaux et à l'accompagnement social.

**Ce que l'on entend par « vulnérabilité » dans cette recherche :**

Pour cette recherche, les « familles vulnérables » sont des familles accompagnées par les services sociaux et/ou percevant des aides sociales en lien avec leur situation de précarité.

**Rappel des critères d'accès :**

- Des individus majeurs
- Des familles que vous accompagnez, qui ont un ou des enfant(s) mineur(s) pour lesquels un soutien en santé mentale et/ou psychique est soit recommandé, soit mis en œuvre.

**Prise de contact avec les enquêtés :**

- Repérage des familles par les professionnel.le.s et information auprès de ces familles au sujet de l'étude avec proposition d'être contacté par une chercheuse pour présenter la démarche (sans engagement de participation).

Affichettes de présentation à destination des familles :

**Etude sur les parcours de santé du point de vue des personnes accompagnées : s'orienter et mobiliser des ressources**

- Vous êtes âgé(e) de plus de 18 ans
- Vous êtes accompagné(e) par un travailleur social
- Vous êtes parent d'un ou de plusieurs enfant(s) mineur(s) pour lequel un soutien psychologique est soit recommandé, soit mis en œuvre

Vous pouvez être éligible pour notre étude qui consiste à **mieux comprendre votre parcours de santé et celui de votre enfant.**

Si vous l'acceptez votre participation consistera en une entrevue de 30 minutes à 1 heure avec une chercheure en sciences sociales.

Contact (Batoul MAHAMAT) : 06 42 24 51 98

*Cet entretien est gratuit et confidentiel*

**Etude sur les parcours de santé du point de vue des personnes accompagnées : s'orienter et mobiliser des ressources**

- Vous êtes âgé(e) de plus de 18 ans
- Vous êtes accompagné(e) par un travailleur social
- Vous êtes parent d'un ou de plusieurs enfant(s) mineur(s) pour lequel un soutien psychologique est soit recommandé, soit mis en œuvre

Vous pouvez être éligible pour notre étude qui consiste à **mieux comprendre votre parcours de santé et celui de votre enfant.**

Si vous l'acceptez votre participation consistera en une entrevue de 30 minutes à 1 heure avec une chercheure en sciences sociales

Contact (Batoul MAHAMAT) : 06 42 24 51 98

*Cet entretien est gratuit et confidentiel*

## Note d'information à destination des familles enquêtées :



### **Note d'information**

#### **Etude sur les « parcours de santé » du point de vue des personnes accompagnées : s'orienter et mobiliser des ressources**

Vous allez participer à une recherche intitulée « le parcours de santé du point de vue des personnes accompagnées : s'orienter et mobiliser des ressources », financée par le Comité Régional du Travail Social de Bretagne (CRTS).

L'objectif de la recherche est de mieux comprendre la manière dont vous vous orientez et les ressources que vous mobilisez (relations, lieux) par rapport à l'offre d'aide et de soin.

Le recueil des données sera effectué par entretien, ce qui nécessite un temps de rencontre avec vous. Les données resteront anonymes.

L'entretien aura lieu où vous le souhaitez, en fonction de vos disponibilités. Il durera entre 30 minutes et une heure. Il portera sur votre parcours de santé et celui de votre enfant, les personnes et lieux qui sont importants à vos yeux pour vous orienter dans l'offre de soin. Cela permettra de rendre visible les difficultés que vous rencontrez mais aussi vos besoins afin de contribuer à l'amélioration de l'accompagnement des personnes par les professionnels et les institutions sociales et sanitaires.

Votre participation est bien entendu volontaire. Vous restez libres à tout moment d'y mettre fin, sans avoir à motiver votre décision. Vous aurez la liberté de parler de ce que vous voulez bien partager.

# Annexe 5 : Grille d'entretien

## CRTS de Bretagne – « Parcours de santé » - Grille entretien

*Propos introductif : présentation personnelle et de l'étude (objectifs + consentement (reprendre la note d'information) + dictaphone) // prendre le prénom de la personne interrogée, de l'enfant dont il va être question + Penser à adapter les questions et l'ordre des questions en fonction de la situation (migration, situation d'urgence ou d'insertion, etc)/Bien replacer les propos dans le temps.*

Santé mentale de l'enfant et parcours de soin	Parcours d'accompagnement social	Parcours de vie, espaces de vie et soutien social
<b>Santé mentale/difficultés/repérage</b>	<b>Difficultés sociales</b>	<b>Lieux de vie</b>
Comment va/vont votre enfant /vos enfants ? Rencontre-t-il ou a-t-il rencontré des difficultés à l'école, à la maison ? si oui, lesquelles ? Par qui, quand et comment ces difficultés ont-elles été repérées ?	Pouvez-vous me raconter la ou les principales difficultés que vous avez pu rencontrer vous et vos enfants ces derniers temps/ ces dernières années ? (Difficultés financières, administratives, parentales, professionnelles, liées à votre santé et à celle de votre/vos enfants(s), etc..)	Où habitez-vous actuellement ? Avec qui ? Appréciez-vous vivre ici ? Qu'est-ce qui vous a amené à vivre ici plutôt qu'ailleurs ?
<b>Accès au soin/orientation</b>	<b>Accès à l'aide sociale/orientation</b>	<b>Parcours de vie et parcours résidentiel</b>
Avez-vous pensé à avoir recours à un accompagnement psychologique ou vous l'a-t-on conseillé ? Y'a-t-il eu un soutien/ un accompagnement ? Par qui ? Où ? Qui vous a conseillé de contacter ce professionnel ou cet organisme ? Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé ? (prises de contact, accès au lieu, délais d'attente)	Avez-vous pu bénéficier d'aides, de soutien (aides financières, accompagnement social, soins médicaux, écoute, etc..) par rapport à ces difficultés ? Lesquelles et par qui (institutions, travailleurs sociaux, soignants, proches, etc) ? Comment cela s'est passé (nommer un exemple de difficulté et d'aide citée par la personne) ? Est-ce que cela a été difficile de trouver cette aide ? Qui vous a soutenu/accompagné pour trouver cette aide ? Est-ce qu'on vous a déjà parlé de documents ou outils permettant de suivre votre situation ? (carnet de santé, projet pour l'enfant...)	Avez-vous toujours vécu ici ? (Retracer dans le temps le parcours de vie/résidentiel : naissance/scolarité/formation/emploi//raisons des déménagements/mariages/divorces/naissances/décès, etc.) Quelles sont aujourd'hui vos principales activités (travail, loisirs, associations...)? (En cas d'emploi) : Où travaillez-vous ? Avez-vous toujours fait ce métier ?/ Où se trouvent ces activités (loisirs/bénévolat) ?
<b>Vécu et effets de l'accompagnement</b>	<b>Vécu de l'accompagnement</b>	<b>Soutien social</b>
Qu'avez-vous ressenti au moment du diagnostic/proposition d'accompagnement psychologique ? Que pensez-vous de cet accompagnement/soutien ? Savez-vous ce qu'en pense votre enfant ? Trouvez-vous que cela a pu faire du bien à votre enfant ? Comment vous projetez-vous dans les prochains mois/ années au sujet de cette difficulté rencontrée par votre enfant ?	Que pensez-vous de ces aides/soutiens/accompagnements ? En êtes-vous satisfait ? (Le positif, le négatif : qu'avez-vous plus ou moins apprécié ?) Recommanderiez-vous à vos connaissances la sollicitation de (telle ou telle) aide/soutien/accompagnement ? Pour quelles difficultés n'avez-vous pas pu/souhaité obtenir d'aide et de soutien ? Et pour quelles raisons ?	Qui sont, autour de vous, les personnes importantes celles sur qui vous pouvez compter, en qui vous avez confiance, pour demander de l'aide ou du soutien ( <i>famille, amis, voisins, travailleurs sociaux, soignants...</i> ) ? Etablir la liste en précisant pour quels types de besoins ( <i>ex : quand vous avez besoin de parler, de demander un service, une information, etc...</i> ) Pouvez-vous me dire où habitent ces personnes ? Certaines de ces personnes ont-elles pu vous apporter du soutien par rapport aux différentes difficultés dont nous parlons depuis tout à l'heure ? Lesquelles et de quelle manière vous ont-elles aidé, soutenu ?
<b>Autres facteurs de « bien-être » ?</b>		<b>« Lieux-ressources »</b>
En dehors de l'accompagnement psy, avez-vous repéré des personnes, des activités ou des lieux qui « font du bien » à votre enfant/l'apaisent ? Lesquels ? (Activités extra-scolaires, loisirs...)		Quels sont les lieux + les sites dans lesquels vous allez pour demander des informations, de l'aide ? (Sur les questions administratives, pour chercher des conseils... par exemple) ? Avez-vous des préférences pour certains lieux ou préférez-vous en éviter certains ?  Plus globalement, quels sont les lieux qui vous font du bien /ou qui font du bien à votre enfant ?

### Impacts covid-19

Comment s'est passé/avez-vous vécu le 1er confinement? Le déconfinement ? Le 2ème confinement ? Le Couvre-feu ?...

La crise sanitaire a-t-elle eu un impact :

Sur votre accompagnement social ? sur le suivi de santé de votre enfant ?

Avez-vous bénéficié d'un nouvel accompagnement, d'une nouvelle aide depuis le début de cette période ?

### Données sociologiques (si pas apparues pendant l'entretien)

-Date et département de naissance

-Statut matrimonial

-Nombre d'enfant(s) à charge

-Nombre de personnes dans le foyer

*Cette grille d'entretien a été produite par Eugénie Terrier, Anne-Cécile Hoyez et Batoul Mahamat avec la contribution du groupe de travail « Parcours de santé » du CRTS de Bretagne. Toute reproduction, duplication ou utilisation est soumise à autorisation préalable des autrices*