

PARCOURS DE SANTE - S'orienter et mobiliser des ressources

Vulnérabilité sociale et santé mentale des enfants

Note de synthèse : revue de littérature et introduction de l'enquête

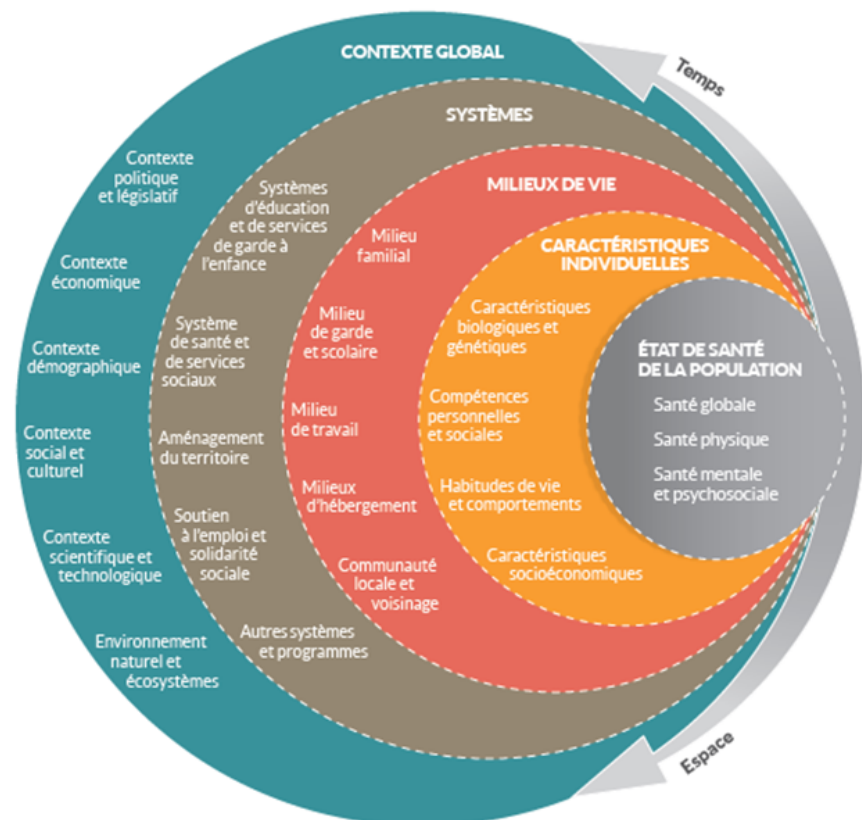
Janvier 2022

Ce document, à destination des différents acteurs des secteurs social et sanitaire (professionnel.le.s, étudiant.e.s, formateur.trices, etc.), a pour objectif de présenter une synthèse de la revue de littérature et des réflexions actuellement menées par le groupe de travail du CRTS de Bretagne au sujet des "parcours de santé". Il permet également d'introduire l'enquête de terrain actuellement menée auprès des familles et des intervenant.e.s qui les accompagnent. Les résultats de cette enquête seront diffusés dans une prochaine publication.

En 1946, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et non seulement une absence de maladie ou infirmité ». Cette définition a été complétée par la charte d'Ottawa (1986) qui affirme le **caractère global et multidimensionnel de la santé** en listant les conditions et ressources préalables à son amélioration tels que la paix, un abri, l'éducation, la nourriture, un revenu, un écosystème stable, des ressources durables, la justice sociale et l'équité.

Malgré ces définitions internationales qui affirment l'**existence d'une relation de dépendance réciproque entre la situation économique et sociale d'une personne et son état de santé**, dans la plupart des pays dont la France, les secteurs sanitaire et social ont développé des **catégories d'intervention, des logiques professionnelles et des législations différentes**, ce qui rend difficile la coordination des interventions auprès d'une même personne, de même que la mise en œuvre de politiques publiques transversales aux différents secteurs (Roche & Bouquet, 2007 ; Jaeger, 2012 ; Bloch & Hénaut, 2014)

Figure - Carte de la santé et ses déterminants



Source : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, 2012

Les notions de « parcours » et de « territoire » au cœur des politiques sociales et sanitaires

Le « parcours » s'est imposé progressivement comme une nouvelle référence visant à favoriser le décloisonnement intersectoriel.

Les Agences Régionales de Santé (ARS) donnent la définition suivante du parcours qui : « se définit comme la prise en charge globale du patient et de l'usager dans un territoire donné avec une meilleure attention portée à l'individu et à ses choix, nécessitant l'action coordonnée des acteurs de la prévention, du sanitaire, du médico-social et du social, et intégrant les facteurs déterminants de la santé que sont l'hygiène, le mode de vie, l'éducation, le milieu professionnel et l'environnement" (ARS, 2016). Selon Vialard&al (2019), **l'engouement autour de la notion de parcours** de santé au sein du secteur sanitaire traduirait aussi « une volonté de mieux contrôler l'orientation et la circulation des personnes dans le système de santé » (p. 136) dans la perspective d'une

rationalisation de la prise en charge et d'une réduction des dépenses de santé.

Depuis 2016, dans la Loi de modernisation du système de santé, **le parcours est imbriqué à l'approche territoriale** : la fluidité du parcours ne pouvant être, théoriquement, rendue possible que par une **coordination locale des acteurs** et une **adéquation de l'offre aux besoins** sur les territoires. On retrouve cette logique territoriale au sein des nombreux dispositifs locaux de coordination interprofessionnelle, **le territoire étant mobilisé comme un support à l'action partenariale** comme en atteste le développement des projets de territoires et des politiques locales autour de la santé (Projets régionaux de Santé, Contrats locaux de santé, Projets Territoriaux de Santé Mentale, Réseau des Villes-Santé, etc.). De même, la dimension territoriale est présente au sein des dispositifs sectorisés sur des zones

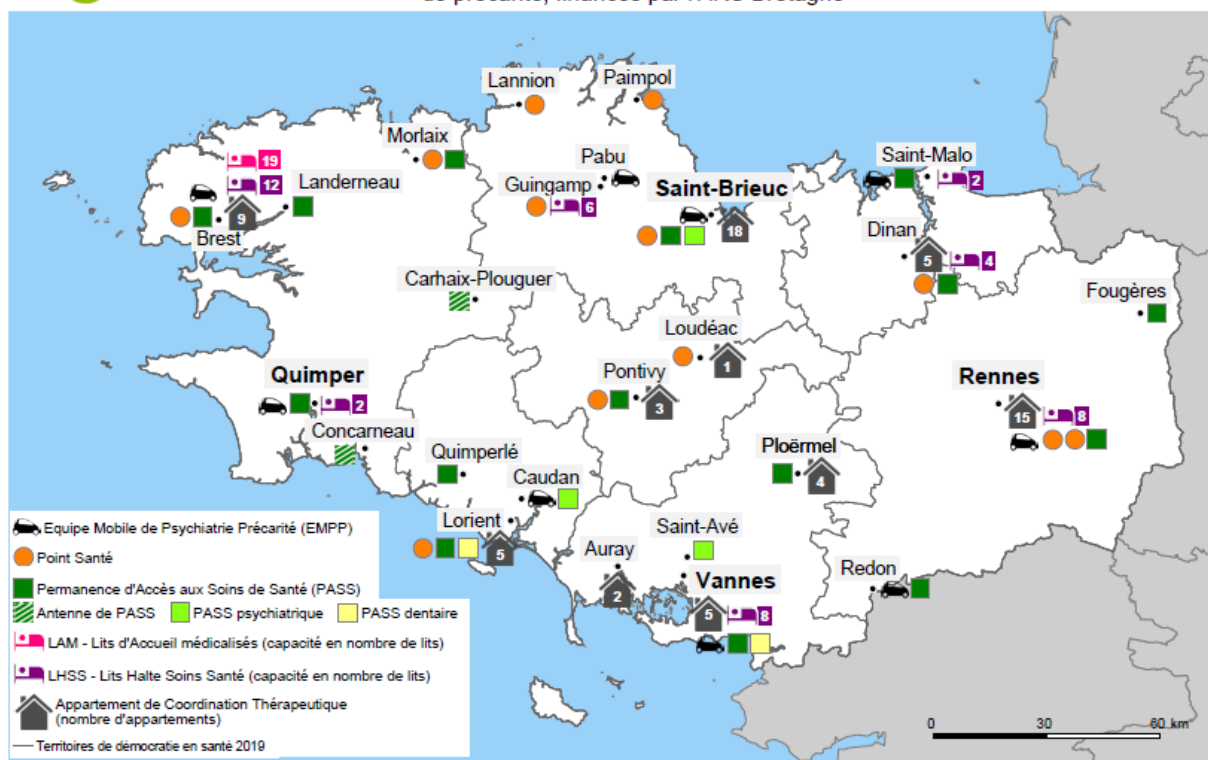
géographiques prédéfinies afin de mettre en réseau les professionnels des secteurs sanitaire, social et médico-social (MAIA [1], CLIC [2], PTA [3], EMPP [4], PASS [5], etc.).

On assiste aussi au **développement d'équipements réunissant divers professionnels** (pôles santé, maisons de santé, maisons des adolescents etc.). Notons toutefois que les travailleurs sociaux ne sont pas systématiquement inclus au sein de ces nouvelles structures de santé qui travaillent déjà beaucoup à décloisonner entre les différents métiers du soin médical.

Les réseaux de coordination sont nombreux mais peuvent parfois avoir des **difficultés à perdurer** du fait de leur caractère souvent très perso-dépendant. Par ailleurs, les cloisonnements inter-institutionnels comme par exemple les **décalages de découpages géographiques** entre les territoires d'intervention relevant du sanitaire et du social peuvent venir freiner ces démarches (Convergence, 2013).



Dispositifs santé et structures médico-sociales dédiés aux personnes en situation de précarité, financés par l'ARS Bretagne



Carte 1
Exemple de dispositifs partenariaux sectorisés croisant précarité et santé en Bretagne

Source : FINESS pour les LHSS, LAM et ACT, et ARS Bretagne pour les EMPP, PASS, Points santé - JUIN 2020
Réalisation : ARS Bretagne, Juin 2020
Carte réalisée avec Cartes & Données - © Artique

[1] Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie ; [2] Centres locaux d'information et de coordination ; [3] Plateforme territoriale d'appui ; [4] Equipes mobiles psychiatrie précarité ; [5] Permanences d'accès aux soins de santé

Les « parcours » du point de vue des chercheur.e.s en sciences sociales

Alors que la notion de parcours est surtout appréhendée par les acteurs institutionnels et professionnels du point de vue de la prise en charge des personnes, les chercheurs en sciences sociales abordent plus souvent cette notion en terme de **parcours de vie**. Les recherches peuvent alors par exemple s'intéresser aux **événements qui sont à l'origine de bifurcations et de ruptures** : arrivée d'un nouvel enfant, déménagement, perte d'emploi, sortie de chômage, séparation du couple, maladie grave, décès, etc.

Ces recherches considèrent que **les choix des individus s'inscrivent toujours dans un contexte économique, social, familial et culturel qui conditionne en partie ces choix**. Par exemple, Martin & al (2018) dans leur recherche sur les trajectoires des jeunes ayant des troubles psychiques, expliquent que les **capacités de négociation inégales** (selon le capital culturel, social, économique) des familles avec les institutions scolaires et

psychiatriques, sont des facteurs déterminants dans l'orientation des parcours.

Par ailleurs, la barrière la plus citée dans une enquête sur le **renoncement aux soins** est le manque d'argent (Révil, 2018), cela se combinant avec d'autres raisons, comme par exemple les délais pour avoir un rendez-vous médical mais aussi l'éloignement géographique. Les études sur les motifs de renoncement aux soins montrent en effet l'existence d'un **impact de l'éloignement géographique** sur la consommation de soins de santé : les taux de recours aux services de santé sont plus bas lorsque la distance augmente (Lucas-Gabrielli et al., 2016).

L'**accessibilité** est souvent appréhendée par les institutions via le prisme de l'offre (taux d'équipement sur un territoire) et de la distance à l'offre (en km ou temps d'accès). Or, il a été montré que l'accessibilité des services était le résultat d'une interaction entre les usages (attentes, ressources, dispositions, stratégies et représentations des usagers) et l'offre de services disponibles.

«Chaque acteur a sa cartographie mentale du système sanitaire et social, à partir de laquelle vont se construire les itinéraires personnels dans le système de soins. » (Fleuret&Séchet, 2004, p.10)

« Les personnes cherchent donc par elles-mêmes leur chemin, essaient de frapper à différentes portes pour obtenir des informations sinon de l'aide, et peuvent avoir tendance à suivre des itinéraires qui, du point de vue des professionnels du sanitaire et du social, ne sont pas « les bons ». Le découragement, la lassitude, dont parlent une partie des personnes qui renoncent à des soins peuvent d'ailleurs découler de ces parcours « chaotiques » (Révil, 2018, p.37)

Ainsi, malgré les tentatives des pouvoirs publics de normaliser les parcours de soin, les individus peuvent faire des choix « alternatifs ». Despres (2018) explique que, même si parfois ces alternatives peuvent être réduites, les stratégies mises en œuvre par les personnes les montrent *« comme des acteurs non passifs du système, réflexifs. Des conduites de refus de se soigner constituent un des moyens symboliques d'échapper aux déterminants »* (p.19).

Exemples de travaux en sciences sociales sur les parcours de soins et d'accompagnement social

Parmi les travaux de recherche repérés sur la thématique des « parcours de santé » apparaissent par exemple ceux sur les **trajectoires de soins** dans le cadre du cancer (Vialard, 2019), des affections longue durée (Calvez&Séchet, 2012) ou encore pour les personnes en situation de précarité (Despres, 2018). De la même manière, on trouve de plus en plus de recherches sur les **parcours institutionnels** au sein des services sociaux comme l'insertion (Muniglia&Rothé, 2013 ; Deville, 2018) ou encore l'aide sociale à l'enfance (Potin, 2012 ; Robin&Severac, 2013).

En ce qui concerne l'attention portée par les chercheurs sur les parcours à la croisée du secteur social et du secteur sanitaire, **certaines études s'intéressent aux personnes cumulant des difficultés sociales et des besoins de soins**, comme par exemple les personnes migrantes ou immigrées (Hoyez, 2015 ; Wolff& Jovelin, 2015, Ricardou, 2016) ou encore au sujet des parcours de santé des enfants confiés à l'Aide Sociale à l'Enfance (Hammoud&al, 2018, Euillet&al, 2016).

La revue documentaire a mis en lumière le fait que l'accès à la santé pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale fait souvent l'objet de recherches. En revanche, **l'accès au soin en santé mentale pour les enfants des familles vulnérables reste une thématique encore peu explorée**.

Des inégalités socio-territoriales d'accès aux soins en santé mentale

Différents dispositifs publics, pluridisciplinaires et gratuits comme les **CMP** (Centres médico-psychologiques), les **CMPP** (Centre médico-psycho-pédagogiques) ou aussi les **CAMSP** (Centres d'action médico-sociaux précoces) sont mis en place pour faciliter l'accès à des soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents. Cependant, ces **lieux de soin sont actuellement saturés en France**.

Pour les CMP, par exemple, la durée d'attente a doublé entre 2008 et 2014 (Moro&Brison, 2016). En 2018, la moyenne des délais d'attente se retrouve autour de six mois. Pour certaines structures, les **délais d'attente** peuvent dépasser un an (dans les zones les plus en tension). Ceci s'explique par une hausse de la demande liés aux changements sociétaux et à l'amélioration du dispositif de repérage (Branchu&al, 2018).

Les délais d'attente peuvent être réduits en consultant des professionnels libéraux non remboursés. Cela crée alors des **inégalités 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).

Ce constat de saturation de l'offre de soins en santé mentale rentre en contradiction avec la recommandation de l'OMS de renforcer la prévention. En effet, un accès facilité aux soins fait partie des conditions essentielles à la limitation de l'aggravation de ces situations (Dubois-Fabing&al, 2011)

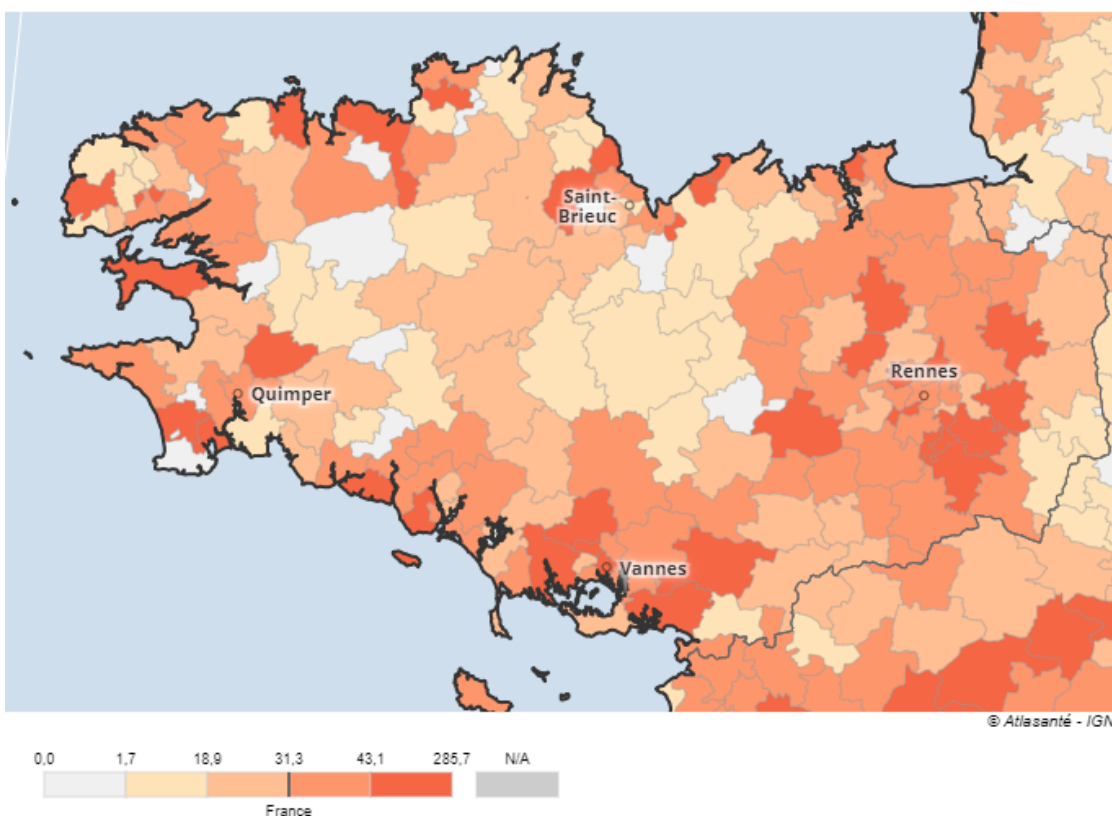
« Si l'enfant manifeste des troubles ou difficultés, une prise en charge adaptée et précoce doit être recherchée pour éviter un glissement vers une pathologie plus lourde et durable ».
(Défenseur des droits, 2021, p.12)

Selon le rapport d'évaluation des CAMSP/CMP/CMPP (Branchu&al, 2018), la saturation de ces centres débouche sur des **stratégies de priorisation dans la prise en charge des enfants selon des critères d'âge, de gravité et d'urgence**.

Le rapport note également des difficultés de coordination voire des « griefs » entre les centres et l'ASE ainsi que des politiques départementales différentes en terme de financement des séances de psychologue libéral pour les enfants de l'ASE.

Par ailleurs, selon ce même rapport d'évaluation, si les professionnel.le.s des CAMSP, CMPP et CMP-IJ reconnaissent l'importance des partenariats pour la qualité de la prise en charge, ils n'ont plus le temps de s'y consacrer autant qu'auparavant (exemple des réunions d'équipe de suivi de la scolarisation).

Densité d'orthophonistes lib., 2020 (pour 100 000 hab.) - Source : FNPS - INSEE



Carte 2
Un exemple d'inégalités territoriales d'accès aux soins en santé mentale : la densité d'orthophonistes libéraux en Bretagne

La crise sanitaire liée au Covid-19 a eu pour effets de révéler des besoins et les problèmes préexistants d'accès aux soins pour les personnes issues de milieux défavorisés.

Les enfants et adolescents ont été particulièrement touchés. Selon Sylvie Tordjman (professeur de pédopsychiatrie à l'université de Rennes 1, chef du pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, responsable du Centre National d'Aide aux enfants et adolescents à Haut Potentiel (CNAHP), le Pôle hospitalo-universitaire de psychiatrie de l'enfant et

l'adolescent de Rennes a accueilli entre 2019 et 2020, deux fois plus de jeunes patients aux urgences pédiatriques (pour les -16ans) pour des crises suicidaires, trois fois plus pour les troubles anxieux avec somatisation (des douleurs physiques inexplicables), et quatre fois plus pour les troubles anorexiques (Ouest France, 2020)

Fin avril 2021, la maison Avenir Santé Villejean-Beauregard (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 » (Coq-Chodorge Caroline, Médiapart, 2021).

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.

Focus sur la santé mentale des enfants

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. 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 et la violence. Un mal-être peut être passager mais, dans certains cas, il peut durer, devenir plus intense et évoluer vers un trouble psychique. S'ils sont repérés et pris en charge suffisamment tôt, de nombreux troubles peuvent s'améliorer rapidement et l'on peut limiter de manière importante leur retentissement (Psychom, 2020).



10 à 20% des enfants et adolescents seraient touchés par un ou plusieurs troubles psychiques, qui peuvent être de durée et de sévérité très variables. A l'adolescence, la dépression constitue la troisième cause de morbidité selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS). (Coldefy&al, 2020).

Par ailleurs, les recherches montrent **un lien entre vulnérabilité sociale et santé mentale** (Saias&al, 2008 ; Royer&al, 2010 ; Melchior&al, 2010). L'exclusion, la précarité participent à la fragilisation de l'équilibre mental et sont susceptibles de révéler des troubles. La précarisation sociale peut aussi être consécutive de troubles psychiques traités ou non, qui ont invalidé les habiletés sociales de la personne et ses possibilités d'adaptation. (DGS, 2005, p.8). Ou aussi le fait d'être accompagné par des services sociaux peut accentuer le repérage de ces troubles parmi les groupes sociaux les plus précaires.

Ce lien entre vulnérabilité sociale et santé mentale se retrouve pour la population des enfants : les enfants des familles socialement défavorisées développent deux à trois fois plus souvent des troubles psychiques que ceux des familles socialement favorisées (Reiss, 2013).



10% des enfants accompagnés dans le cadre de l'Aide sociale à l'enfance présentent des troubles anxieux (TA) et les troubles des conduites (TC) contre 5 % en population générale en France pour les troubles anxieux (Hammoud&al, 2018)

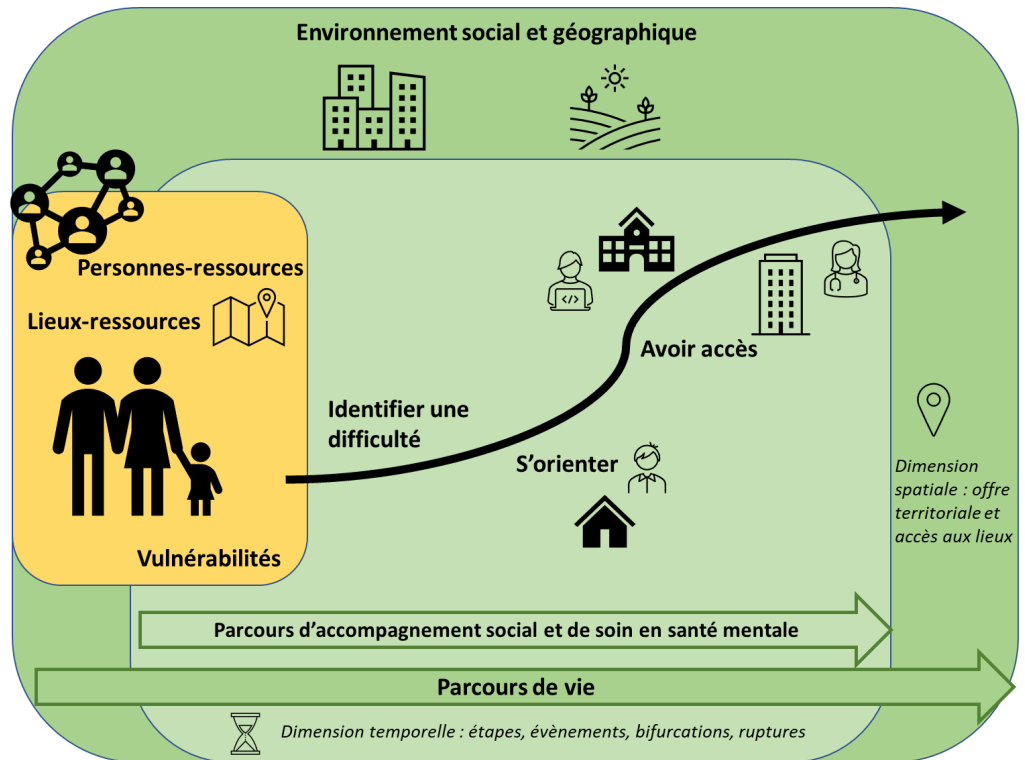
Une recherche sur les « ressources » mobilisées par les parents en situation de vulnérabilité sociale pour s'orienter et accéder à de l'aide et des soins

La revue de littérature réalisée au sujet des « parcours de santé » a montré que cette notion restait encore très sectorisée dans ses définitions et centrée sur l'enjeu de la « prise en charge » des personnes et de la coordination des professionnels. C'est pourquoi, **il a été décidé d'aborder cette question à partir du vécu et des expériences des personnes accompagnées** à l'instar des différents travaux en sciences sociales et plus particulièrement en « géographie sociale de la santé » qui s'intéresse aux **capacités des personnes à mobiliser des ressources dans leur accès aux soins et à l'aide sociale au sein de leur espace de vie.**

Nous entendons ici par **"ressources"** les différents professionnel.le.s, structures, dispositifs issus des secteurs sociaux et sanitaires mais aussi l'entourage socio-familial, les associations, les lieux sur lesquels les personnes peuvent s'appuyer. Les personnes peuvent choisir de se rendre sur ces lieux et de faire confiance à certains de ces acteurs qui vont alors être déterminants dans l'orientation du parcours. **Le rôle du réseau de relations dans l'orientation des personnes** dans leur parcours a par exemple été démontré pour les jeunes en errance (Muniglia&Rothé, 2013) ou encore pour les personnes immigrées (Wolff, V. & Jovelin, E., 2015 ; Ricardou, 2016).

C'est pourquoi, face au constat de fortes inégalités sociales et spatiales d'accès au soin en santé mentale, cette recherche s'intéresse aux ressources (lieux et personnes) sur lesquelles elles ont pu (ou pas) s'appuyer au moment des différentes étapes du parcours de soin de leur enfant.

Figure : schématisation d'un parcours de santé



Réalisation : Eugénie Terrier, 2022

Les rôles respectifs des différents acteurs (parents, travailleurs sociaux, soignants, enseignants, proches ...) ainsi que **les liens éventuellement établis entre eux** feront également l'objet d'une attention particulière dans la compréhension des parcours de ces familles.

Plusieurs travaux montrent par exemple le rôle particulier des médecins généralistes et des travailleurs sociaux au sein de ces parcours en tant que principaux acteurs de soin et de prévention des troubles mentaux et de la souffrance psychique (DGS, 2005 ; Dubois-Fabing &al, 2011, Gosset, 2021).

Autre exemple, des travaux sur **la place des parents** dans l'accompagnement de leur enfant en situation de handicap montrent qu'ils se trouvent eux-mêmes en situation de *case manager*,

dans la mesure où la coordination entre les intervenants spécialisés leur incombe. Qu'il s'agisse de l'accès au milieu ordinaire ou spécialisé, leur mobilisation est intense et certaines familles sont amenées à déployer d'importantes ressources en capital social pour y parvenir (Mazereau et Pelissié, 2018).

Enfin, il est également prévu de s'intéresser aux **manières de nommer les difficultés et les ressources selon les familles ou les professionnel.les**. En effet, Martin &al (2018) expliquent que les **registres interprétatifs** (médical, social, familial, sociétal, etc.) des manifestations hors normes influencent fortement les orientations et les parcours.

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 leur accompagnement et du parcours de soin de leur enfant. 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 visibles/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.

Méthodologie de l'enquête de terrain

Réalisation d'une **enquête qualitative** par entretiens :

- auprès des parents cumulant des difficultés sociales et un besoin de soin en santé mentale pour leur(s) enfant(s)
- auprès des professionnel.le.s du sanitaire et du social intervenant auprès de ces familles
- sur deux types de territoires (quartiers politiques de la ville et communes rurales isolées)

Trois structures engagées dans l'enquête : le centre social Ty Blosne (Rennes), la maison de santé pluriprofessionnelle de Villejean-Beaugard/dispositif PEPITO (Rennes) et le centre médico-social (CMS) de Le Faouet-Gourin (56). D'autres structures qui ont été contactées sont susceptibles de rejoindre la démarche.

Définitions

Santé mentale : Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé mentale se définit comme un « *état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté* ». En 2006, la Conférence ministérielle européenne de l'OMS distingue la santé mentale « positive » (proche de la notion de bien-être), la souffrance psychique (état de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental) et les troubles mentaux (relevant d'une prise en charge médicale). » (ORS, 2017).

Notons ici que le traitement social des "troubles psychiques" et la manière de les nommer ont évolué au fur et à mesure de l'histoire.

Vulnérabilité : 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 est à la fois une notion scientifique mais aussi une catégorie d'action publique qui parfois s'impose à des personnes qui ne se considèrent pas comme "vulnérables".

Parcours de santé : correspond aux « *interactions entre le parcours de vie d'une personne, l'évolution de l'individu au fil de la vie et son parcours de soins* » (soin médical et accompagnement social) (Vialard, Bochaton & Charreire, 2019)

Ressources : Capacités d'action susceptibles d'être mobilisées – personnes ou lieux importants aux yeux des individus qui déterminent l'orientation des parcours.

Cette recherche, débutée en 2018 et réalisée dans le cadre d'une saisine du Comité Régional du Travail Social de Bretagne au sujet de l'articulation entre le secteur social et le secteur sanitaire s'appuie sur un groupe de travail réunissant différents acteurs du champ social, médico-social et sanitaire de Bretagne. Elle bénéficie de l'accompagnement scientifique du Centre de recherche d'Askoria (Eugénie Terrier, géographe sociale et chargée de recherche & Batoul Mahamat, assistante de recherche) et de la contribution d'Anne-Cécile Hoyez (Géographe, chercheure CNRS, ESO (Espaces et sociétés), UMR 6590).

Pour plus de renseignements, contactez : eugenie.terrier@askoria.eu

Références

- ARS (2016), *Parcours de Soins. Parcours de Santé. Parcours de Vie. Pour une prise en charge adaptée des patients et des usagers. Lexique des parcours de A à Z.*
- Bloch, M.-A., & Hénaut, L. (2014). *Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social.* Paris: Dunod.
- Branchu, C., Buchter, J., Emmanuelli, J., & Robineau, F.-M. (2018). Mission relative à l'évaluation du fonctionnement des Centres d'éducation médico-sociale précoce (CAMSP), des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) et des centres médico-psychologiques de psychiatrie infanto-juvénile (CMP-IJ). IGAS.
- Calvez, M., & Séchet, R. (2012). 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, pp.43-55, 2012
- Chamak, B., & Bonniau, B. (2018). « Mon fils, c'est ma petite entreprise! » Les parcours des enfants autistes entre carence de soins et inégalités sociales en Seine-Saint-Denis. *Anthropologie et Santé*
- Coq-Chodorge Caroline. (2020) « Enfants en manque de soins médicaux dans les quartiers populaires : « On laisse pourrir la situation », Médiapart, 17 juin 2021
- Coldefy, M., Gandré, C. (2020), (2020). Atlas de la santé mentale en France, IRDES.
- Convergence Bretagne (2013), La coordination des acteurs de santé mentale. Elaborer une méthodologie régionale de mise en place et d'animation d'un dispositif de coordination
- Défenseur des droits. (2021). Santé mentale des enfants : Le droit au bien-être
- Desprès, C. (2018). Parcours de soins en situation de précarité: Entre détermination et individualisation. *Santé Publique*, 51(HS1), 157-163. Cairn.info.
- Deville, C. (2018). Les chemins du droit: Ethnographie des parcours d'accès au RSA en milieu rural. *Gouvernement et action publique*, 3(3), 83.
- Direction générale de la santé. (2005). Souffrances ou troubles psychiques: Rôle et place du travailleur social.
- Dubois-Fabing, D., Pichon, P., Arnevielle, A., Suscillon, M.-P., Caron, B., Saillard, F., & François, P. (2011). Santé mentale, précarité et pratiques des médecins généralistes, enquête en Centres de santé de Grenoble. *Santé Publique*, 23(HS), 97.
- Euillet, S., Halifax, J., Moisset, P., & Séverac, N. (2016). 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.
- Gosset, M., Loillier, A., & Sauvajol Buferne, C. (2021). À l'interface entre social et soin: L'assistante de service social en CMP: *Enfances & Psy*, N° 88(4), 82-91.
- Hammoud, M., Prudhomme, J., Champsaur, L., & Jegou, 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*, 30(3), 349.
- 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*, 161(5), 157-172.
- Jaeger, M. (2012). L'articulation du sanitaire et du social. *Travail social en psychiatrie* (DUNOD, ed.).
- Lucas-Gabrielli, V., Pierre, A., Com-Ruelle, L., & Coldefy, M. (2016). Pratiques spatiales d'accès aux soins. IRDES.
- Martin, C., Rothé, C., & Brochard, A. (2018). Du trouble au handicap psychique lors du passage à l'âge adulte: Trajectoires et traitement social.
- Mazereau, P., & Pellissier, A. (2018). La place des parents et leur travail dans le parcours éducatif et thérapeutique de leur enfant en situation de handicap. *Anthropologie et Santé*, 17.
- Melchior, M., Chastang, J.-F., Walburg, V., Arseneault, L., Galéra, C., & Fombonne, E. (2010). Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: A longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depression and Anxiety*, 27(12), 1095-1103.
- Milon, A., & Amiel, M. (2017). La situation de la psychiatrie des mineurs en France. *Sénat*.
- Moro, M.-R., & Brison, J.-L. (2016). Mission Bien-être et santé des jeunes
- Muniglia, V., & Rothé, C. (2013). Parcours de marginalisation de jeunes en rupture chronique: L'importance des autres significatifs dans le recours à l'aide sociale. *Revue française des affaires sociales*
- Observatoire Régional de la Santé de Bretagne (ORS Bretagne) (2017), La santé mentale, le bien-être et la souffrance psychique des jeunes scolarisés en Bretagne
- Potin, É. (2012). Enfants placés, déplacés, replacés: Parcours en protection de l'enfance. *Érés*
- PsyCom. (2020). Santé mentale et enfance.
- Reiss, F. (2013). Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 90, 24-31.
- Revil, H. (2018). Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. 14
- Ricardou, R. (2016). Femmes immigrées et avancée en âge: Des modalités d'accès aux droits socio-sanitaires inscrites dans les configurations des territoires. *Vie sociale*, 16(4), 67.
- 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.
- Roche, F., & Bouquet, B. (2007). Rapport du CSTS - Décloisonnement et articulation du sanitaire et du social. Le decloisonnement, une fausse évidence. L'articulation du sanitaire et du social, une voie recommandée (R. au ministère chargé des affaires sociales éditions de L'EHESP, ed.).
- Royer, B., Gusto, G., Vol, S., D'Hour, A., Arondel, D., Tichet, J., & Lantieri, O. (2010). Situations de précarité, santé perçue et troubles anxiodépressifs: Une étude dans 12 centres d'examen de santé. *Pratiques et Organisation des Soins*, 41(4), 313.
- Saias, T., Greacen, T., Brengard, D., Lejoyeux, M., & Bourdais, M. (2008). Troubles de santé mentale, recours aux soins et au soutien social chez une population vulnérable: L'exemple des centres maternels de Paris. *L'Encéphale*, 34(6), 584-588.
- Séchet, R. (2019). « Justice » in Fleuret, S., Gasquet-Blanchard, C., Hoyez, A.-C. (2019), *Abécédaire de la géographie de la santé, Dimension territoriale de la santé*, Editions matériologiques, P.87-91
- Vialard, L. (2019), *Accès aux soins et parcours thérapeutiques du cancer du sein : l'exemple de la région Ile-de-France*, thèse de doctorat en géographie humaine, Université Paris 10
- Vialard, L., Bochaton, A., Charreire, H., « Parcours » in Fleuret, S., Gasquet-Blanchard, C., Hoyez, A.-C. (2019), *Abécédaire de la géographie de la santé, Dimension territoriale de la santé*, Editions matériologiques, 133-141
- Wolff, V., & Jovelin, E. (2015). L'accompagnement social et sanitaire des personnes âgées immigrées. *Hommes & migrations*, 1309, 97-104.