



RAISONS DE SANTE 374 – LAUSANNE

Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique
Département épidémiologie et système de santé (DESS)

Santé somatique et psychique des bénéficiaires du revenu d'insertion dans le canton de Vaud

Mélinée Schindler, Clara Le Saux, Christina Akré

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique • Lausanne

Unil.

Raisons de santé 374

Le Centre universitaire de médecine générale et santé publique Unisanté regroupe, depuis le 1er janvier 2019, les compétences de la Policlinique médicale universitaire, de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, de l'Institut universitaire romand de santé au travail et de Promotion Santé Vaud. Il a pour missions :

- les prestations de la première ligne de soins (en particulier l'accès aux soins et l'orientation au sein du système de santé) ;
- les prestations en lien avec les populations vulnérables ou à besoins particuliers ;
- les interventions de promotion de la santé et de prévention (I et II) ;
- les expertises et recherches sur l'organisation et le financement des systèmes de santé ;
- les activités de recherche, d'évaluation et d'enseignement universitaire en médecine générale et communautaire, en santé publique et en santé au travail.

Dans le cadre de cette dernière mission, Unisanté publie les résultats de travaux de recherche scientifique financés par des fonds de soutien à la recherche et des mandats de service en lien avec la santé publique. Il établit à cet égard différents types de rapports, au nombre desquels ceux de la **collection « Raisons de santé »** qui s'adressent autant à la communauté scientifique qu'à un public averti, mais sans connaissances scientifiques fines des thèmes abordés. Les mandats de service sont réalisés pour le compte d'administrations fédérales ou cantonales, ou encore d'instances non gouvernementales (associations, fondations, etc.) œuvrant dans le domaine de la santé et/ou du social.

Étude financée par :

Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGSC)

Citation suggérée :

Schindler M., Le Saux C., Akré C. Santé somatique et psychique des bénéficiaires du revenu d'insertion dans le canton de Vaud. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2026 (Raisons de santé 374). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/374>

Remerciements :

Les autrices remercient les bénéficiaires du revenu d'insertion, les assistantes et les assistants sociaux, les médecins-conseils et les autres expertes et experts qui ont participé de manière active à l'étude. Nos remerciements s'adressent également à Anne-Gaëlle Masson et à Léa Fazenda-Muller de la Direction Générale de la Cohésion Sociale.

Relecture et contrôle de l'édition :

Aurélien Baud

Date d'édition :

Mai 2026

Table des matières

1	Introduction	8
2	Objectifs	10
3	Méthodes	11
3.1	Observations exploratoires	11
3.2	Entretiens semi-structurés	11
3.2.1	Échantillonnage	12
3.2.2	Recrutement	13
3.2.3	Déroulement	13
3.2.4	Analyses	14
3.3	Approche participative de co-construction des recommandations	14
3.3.1	Recrutement	14
3.3.2	Déroulement	15
3.3.3	Analyses	15
4	Résultats	16
4.1	Profil sociodémographique des participant-es	16
4.2	Profils santé et social des bénéficiaires participant-es	16
4.3	Perception de l'état de santé des bénéficiaires	18
4.4	Influence de la santé sur l'insertion	19
4.4.1	Entrave de la santé dégradée sur le processus d'insertion	19
4.4.2	Troubles de santé mentale freinant l'engagement dans une démarche d'insertion	20
4.4.3	Prise en charge médicale : importance de la reconnaissance des troubles et des capacités pour favoriser l'insertion	21
4.5	Influence de la (dés)insertion sur la santé	22
4.5.1	Expérience au RI influençant négativement ou positivement la santé	22
4.5.2	Prise en charge de la santé au RI, un recours pas toujours bien connu des bénéficiaires	23
4.6	Co-construction des recommandations	24
5	Discussion	29
6	Limites et forces de l'étude.....	32
7	Conclusions et recommandations	34
8	Références	38
9	Annexes	40
9.1	Argumentaire transmis aux assistant-es sociaux-ales	40
9.2	Codebook	45

Liste des abréviations

AI	Assurance Invalidité
AS	Assistants et assistants sociaux
BRI	Bénéficiaire du revenu d'insertion
CER-VD	Commission cantonale d'Éthique de la Recherche sur l'être humain du canton de Vaud
CHUV	Centre Hospitalier Universitaire Vaudois
CSR	Centre Social Régional
DGCS	Direction Générale de la Cohésion Sociale
DGS	Direction Générale de la Santé
DSAS	Département de la Santé et de l'Action Sociale
HETSL	Haute École de Travail Social de Lausanne
MC	Médecins-conseils
MIS	Mesure d'insertion
ORP	Office Régional de Placement
PSP	Promotion de la santé et la prévention
RESSORT	Réseau de Soutien et d'Orientation vers le Travail
REVIAC	Réinsertion Vie Active
RI	Revenu d'insertion

Liste des tableaux

Tableau 1	Thématiques abordées avec les différents groupes de personnes lors des entretiens	12
Tableau 2	Critères d'inclusion et d'exclusion des assistantes et assistants sociaux et des bénéficiaires du revenu d'insertion	12
Tableau 3	Nombre et caractéristiques des participant·es aux entretiens individuels	16
Tableau 4	Problématiques de santé auto-rapportées	17
Tableau 5	Difficultés sociales auto-rapportées	18
Tableau 6	Description des participant·es aux ateliers	25
Tableau 7	Synthèse des propositions d'amélioration issues des ateliers et des entretiens individuels	26
Tableau 8	Résumé des conclusions principales et des recommandations y-relatives	37

Résumé

Les personnes au bénéfice de l'aide sociale présentent une vulnérabilité accrue sur le plan de la santé somatique et mentale. Ce phénomène s'explique en partie par les conditions de vie précaires et les multiples ruptures sociales (événements de vie, pertes de lien) qui caractérisent souvent leurs trajectoires. Les problématiques de santé peuvent également constituer des freins majeurs à l'insertion socioprofessionnelle, notamment en influençant la capacité à atteindre et maintenir une stabilité professionnelle. Il existe encore peu de connaissances sur l'évolution de l'état de santé pendant la période d'attribution de l'aide sociale, sur la pertinence des prises en charge proposées, ou sur les liens entre santé et (dés)insertion socioprofessionnelle. Dans le cadre d'un mandat de la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) du Canton de Vaud, une équipe de recherche du secteur sciences sociales d'Unisanté a réalisé une étude sur la santé des bénéficiaires du revenu d'insertion (BRI).

Le but de cette étude était d'explorer l'état de santé perçu des bénéficiaires, de questionner les liens entre la santé et l'insertion et de co-construire des recommandations visant à améliorer l'accompagnement des bénéficiaires. Un volet qualitatif a été mené dans un premier temps, par entretiens semi-structurés avec des bénéficiaires, des assistant·es sociaux·ales (AS) et des médecins-conseils (MC) du programme Réinsertion Vie Active (REVIAC) d'Unisanté. Un volet participatif a eu lieu dans un deuxième temps avec trois ateliers de co-construction de recommandations. Ils réunissaient certain·es participant·es aux entretiens, ainsi que d'autres professionnel·les concerné·es et expert·es du domaine. Une analyse thématique de contenu a été réalisée sur les verbatims d'entretiens, et l'ensemble des recommandations émises par les personnes ayant pris part aux ateliers ont été mises en commun, synthétisées et organisées par champ d'action.

Quarante-cinq personnes ont participé aux entretiens et trente-six aux ateliers. Du point de vue des perceptions de la santé, on constate un état de santé passablement dégradé avec de nombreux troubles psychiques et psychosomatiques. Les profils santé et social sont très variés et mettent en lumière la complexité et l'hétérogénéité des situations des bénéficiaires. La santé somatique et/ou psychique dégradée ne permet pas une insertion dans les dispositifs classiques. La qualité de la prise en charge en santé a également un impact sur l'insertion professionnelle, tant pour le bénéficiaire que pour le ou la professionnelle qui l'accompagne. Lors de l'attribution du revenu d'insertion (RI), il existe un risque de dégradation de l'état de santé. Celui-ci peut être dû à une pression à l'insertion perçue comme trop grande ou au stress lié aux procédures de l'aide sociale. De plus, bénéficier du RI peut affecter négativement l'estime de soi et la confiance en soi. Cependant, le processus d'insertion proposé par le RI peut également participer à l'amélioration de l'état de santé, notamment en favorisant la création de liens sociaux et en proposant des activités à visée thérapeutique.

Des recommandations ont été formulées sur la base de ces résultats. Elles portent principalement sur le développement des services et activités liés à la promotion de la santé et prévention (PSP), le maintien en santé par l'instauration d'activités sociales, l'intégration des services de santé et du social et l'amélioration de la communication entre les professionnel·les des différentes disciplines, mais également entre professionnel·les et bénéficiaires.

1 Introduction

Les personnes au bénéfice de l'aide sociale présentent une vulnérabilité accrue sur le plan de la santé¹. Des études menées en Suisse et à l'international ont montré que ces personnes souffrent plus souvent de troubles somatiques et psychiques que la population générale^{2, 3}. Cette surreprésentation s'explique en partie par les conditions de vie précaires et les multiples ruptures sociales (événements de vie, pertes de lien) qui caractérisent souvent les trajectoires des bénéficiaires⁴.

Les problématiques de santé peuvent constituer des freins majeurs à l'insertion socioprofessionnelle⁵. Elles influencent la capacité des bénéficiaires à accéder aux mesures proposées, à s'engager dans un projet d'insertion et à maintenir une stabilité professionnelle^{4, 5}. Par ailleurs, les déterminants sociaux de la santé⁶ – tels que les conditions de logement, les ressources économiques, le niveau d'éducation, les réseaux de soutien ou encore les expériences de discrimination – jouent un rôle central dans le développement et l'évolution des troubles de la santé⁷. Inversement, les problématiques de santé peuvent elles-mêmes générer ou aggraver des situations de précarité sociale, créant ainsi un cercle vicieux entre santé et insertion⁸. Le lien santé social est l'articulation des questions sociales et sanitaires qui favorise une norme d'action publique interdisciplinaire et interprofessionnelle pour faire face à des situations médicales complexes⁹.

Une étude conduite par les Hautes Écoles de Travail Social de Berne et de Zurich en 2021 met en avant que les bénéficiaires de l'aide sociale sont globalement en moins bonne santé que le reste de la population vivant en Suisse⁵. Ces personnes présentent davantage de maladies chroniques, de problèmes psychiques, de symptômes dépressifs et de douleurs aiguës. L'étude conclut sur la nécessité de mettre en place une prise en charge sanitaire en amont de l'arrivée à l'aide sociale, notamment en traitant plus précocement les problèmes psychiques. L'étude insiste également sur la nécessité de renforcer les actions de promotion de la santé et de prévention des comportements à risques auprès de cette population, en abordant des thématiques telles que l'alimentation, l'activité physique ou les consommations de tabac, d'alcool et de cannabis.

Dans le canton de Vaud, le dispositif Réinsertion Vie Active (REVIAC), mis en place en 2013 par la Direction Générale de la Cohésion Sociales (DGCS) en partenariat avec Unisanté, constitue une réponse concrète aux enjeux santé-social. Ce dispositif repose sur la collaboration entre les médecins-conseils (MC) et les assistant·es sociaux·ales (AS) des Centres Sociaux Régionaux (CSR) du Canton et vise à améliorer la prise en charge des bénéficiaires du revenu d'insertion (BRI) dont l'état de santé freine l'insertion. Il permet une évaluation croisée des besoins médicaux et sociaux, facilitant la construction de projets d'insertion adaptés¹⁰. Actuellement, le dispositif permet aux MC d'accompagner les AS de trois manières différentes :

- Discussions de cas : organisées régulièrement, elles offrent la possibilité aux professionnel·les de se rencontrer en présentiel ou à distance, et de discuter des difficultés d'accompagnement liés à un état de santé.

- Analyses sur dossier : sur demande de l'AS, un conseil médical peut être demandé à un MC sans qu'aucun des professionnel·les ne doive se déplacer. Cela permet d'obtenir un avis médical par écrit dans un délai réduit.
- Réunions tripartites : dans cette configuration, le ou la bénéficiaire du RI (BRI), l'AS et le MC se rencontrent pour explorer les difficultés de santé de la personne et les éventuelles actions possibles pour améliorer sa situation.

Des médecins de REVIAC ont mis en évidence une prévalence élevée de troubles psychologiques, souvent associés à des difficultés relationnelles¹¹, soulignant l'importance d'une approche intégrée entre les domaines de la santé et du social¹². Ce constat, déjà mis en lumière dans l'évaluation du programme réalisée en 2015¹⁰, a conduit REVIAC à augmenter le nombre de psychiatres inclus dans le programme.

Peu d'études dans le contexte vaudois se sont penchées sur l'évolution de l'état de santé pendant la période de perception de l'aide sociale, sur la pertinence des prises en charge médicales proposées, ou sur les liens entre santé et (dés)insertion socioprofessionnelle⁵. De plus, il n'existe à notre connaissance qu'une seule étude en Suisse s'étant intéressée à recueillir directement le point de vue des bénéficiaires⁴. Appréhender les vécus auprès des bénéficiaires concernés ainsi que ceux des professionnel·les de santé et du social qui les accompagnent permettrait de mieux comprendre les interactions entre santé et (dés)insertion, que ce soit dans ce qui amène ou dans ce qui maintient une situation précaire.

2 Objectifs

À la demande de la DGCS du Canton de Vaud, une recherche qualitative a été menée auprès des BRI axée sur le recueil des trajectoires de vie santé-social, ainsi que sur l'expérience des professionnel·les qui les accompagnent dans leurs projets d'insertion ou dans la prise en charge de leur santé. Cette étude comporte trois objectifs :

- Établir un état des lieux de la santé somatique et mentale des BRI telle qu'elle est perçue par les personnes concernées et les professionnel·les de santé et du social qui les accompagnent (AS et MC).
- Identifier de quelle façon, selon les trois populations (BRI, AS et MC), les éventuels problèmes de santé des BRI influencent les possibilités et capacités à se (ré)insérer, et inversement comment les problématiques de (dés)insertion influencent la santé.
- Proposer des recommandations pour améliorer la considération des problématiques de santé des BRI.

3 Méthodes

Pour répondre à nos objectifs, l'étude s'est déroulée selon deux approches : 1) une approche qualitative (observations exploratoires et entretiens individuels semi-structurés) ; 2) une approche participative (ateliers de co-construction des recommandations).

Une méthode qualitative a été retenue afin d'explorer en profondeur l'expérience vécue par les participant·es, ainsi que le sens qu'ils et elles attribuent à cette expérience. Prendre le temps de comprendre ce sens s'est révélé essentiel pour appréhender les enjeux propres à chacun·e. Cette approche vise à explorer les parcours individuels, à mettre en lumière la diversité des vécus, les tendances récurrentes, ainsi que les expériences partagées.

Une approche participative, reposant sur la mise en place d'ateliers de co-construction de recommandations avec différentes parties prenantes, a été privilégiée afin de faire émerger des propositions en adéquation avec les réalités du terrain. Cette démarche vise à renforcer la pertinence des recommandations proposées, tout en favorisant le débat, la créativité et la confrontation constructive des points de vue.

Le protocole de recherche a été validé par la Commission cantonale d'Ethique de la Recherche sur l'être humain du canton de Vaud (CER-VD) (projet 2024-00425).

3.1 Observations exploratoires

Cette étude a débuté par l'observation de séances de discussion de cas entre AS et MC qui ont lieu dans le cadre du dispositif REVIAC. Une telle démarche a contribué à éclairer les enjeux du contexte vaudois et à appréhender les réalités du terrain et la complexité des situations, sans interférer avec le suivi des bénéficiaires. Cela a également offert l'occasion aux chercheuses de se présenter aux actrices et acteurs de terrain. Enfin, cette phase exploratoire a permis de préparer la suite de l'étude et d'élaborer les grilles d'entretien.

3.2 Entretiens semi-structurés

Afin de répondre au premier objectif de recherche, des entretiens individuels semi-structurés¹³ ont été réalisés avec des AS, des MC et des BRI. Trois grilles d'entretien ont été développées dans le cadre de cette étude (une pour chacune des populations interrogées). Les thématiques abordées, résumées dans le Tableau 1, ont été sélectionnées sur la base des objectifs présentés précédemment. Elles ont également été complétées par la littérature scientifique et les observations réalisées (voir 3.1). S'agissant d'entretiens semi-structurés, ils ont été réalisés avec une flexibilité quant à l'ordre et à la formulation exacte des questions. Ceci a permis aux personnes ayant mené les entretiens de s'adapter aux discours des participant·es, à ce qu'il leur paraissait important, et à rester au plus proche de leur vécu.

Tableau 1 Thématiques abordées avec les différents groupes de personnes lors des entretiens

Assistants et assistants sociaux (AS)	Médecins-conseils (MC)	Bénéficiaires du revenu d'insertion (BRI)
Activité professionnelle	Activité professionnelle	Parcours professionnel
Accompagnement des BRI	Accompagnement des BRI	Expérience au RI
Santé des BRI	Santé des BRI	Parcours de santé
Liens santé-social	Liens santé-social	Liens santé-social
Liens social-santé	Liens social-santé	Liens social-santé
Relations interprofessionnelles	Relations interprofessionnelles	Parcours de vie
Besoins des AS	Besoins des MC	Besoins des BRI
Améliorations souhaitées	Améliorations souhaitées	Améliorations souhaitées

Les bénéficiaires étaient, de plus, invité-es à témoigner de leur parcours de (dés)insertion sociale et de santé, puis à faire le lien entre les deux. L'objectif était d'établir une structure chronologique des parcours individuels, de favoriser la parole des personnes concernées, mais également d'observer la manière dont les problématiques de santé ou sociales émergent ou non selon la perception des bénéficiaires. Dans le cas où ces problématiques n'émergeaient pas spontanément, des relances spécifiques étaient proposées.

3.2.1 Échantillonnage

Le Tableau 2 présente les critères d'inclusion et d'exclusion pour le recrutement des AS et des BRI. En plus de ces critères et afin d'obtenir un échantillon hétérogène en termes d'âge, de genre et de zones géographiques, des personnes issues des différents CSR étaient recherchées, ainsi qu'un nombre équilibré d'hommes et de femmes. Pour les AS, le recrutement a également considéré une diversité en termes d'ancienneté dans leur profession et à leur poste actuel.

Tableau 2 Critères d'inclusion et d'exclusion des assistantes et assistants sociaux et des bénéficiaires du revenu d'insertion

	Assistant-es sociaux-ales (AS)	Bénéficiaires du revenu d'insertion (BRI)
Critères d'inclusion	Activité professionnelle dans un des centres sociaux régionaux du canton de Vaud	Suivi dans l'un des centres sociaux régionaux du canton de Vaud
Critères d'exclusion	Absence d'activité professionnelle dans l'accompagnement des BRI Moins d'une année d'expérience dans un centre social régional	BRI depuis moins de six mois

Étant donné le nombre restreint de MC travaillant pour le dispositif REVIAC, ils et elles ont toutes été invitées à participer.

Afin de répondre aux objectifs de recherche, un échantillon approximatif de 10 à 20 AS, 5 MC et 20 à 30 bénéficiaires était souhaité, la taille finale d'échantillon étant déterminée par l'atteinte de la saturation thématique des données.

3.2.2 Recrutement

Pour le recrutement des AS, la DGCS a d'abord adressé un courrier à chaque direction de CSR pour les informer de l'étude, de ses objectifs et de son déroulement. Les chercheuses ont ensuite présenté l'étude à l'ensemble des directions, afin de répondre à leurs éventuelles questions et de permettre à chaque CSR de désigner une personne référente pour assurer le lien avec l'équipe de recherche. Les directions étaient ensuite chargées de relayer l'information auprès de leurs équipes. Enfin, les chercheuses ont pris contact avec chaque personne référente pour organiser le recrutement des AS et planifier les entretiens.

Pour le recrutement des MC, les chercheuses ont présenté l'étude à un colloque hebdomadaire du programme REVIAC. Ainsi, les responsables et les MC ont eu l'occasion de rencontrer l'équipe de recherche et de poser des questions sur l'étude.

Il était proposé à l'ensemble des professionnel·les de réaliser l'entretien sur leur lieu de travail ou dans les locaux d'Unisanté. Après avoir fixé un rendez-vous par mail ou par téléphone, la chercheuse envoyait une fiche d'information et de consentement par courriel afin qu'ils et elles puissent en prendre connaissance en amont.

Les bénéficiaires ont été recruté·es avec l'aide des AS. Lors de leur rendez-vous de suivi avec un·e bénéficiaire potentiellement intéressé·e à participer à la recherche, ils et elles leur expliquaient l'objectif et le déroulement de l'étude et leur demandaient s'ils et elles accepteraient que l'équipe de recherche les recontacte. Afin d'accompagner les AS dans le recrutement, un argumentaire a été rédigé par les chercheuses et leur a été transmis (voir Annexe 1). En cas de réponse positive de la part du ou de la bénéficiaire et avec son accord, l'AS transmettait aux chercheuses ses coordonnées par courriel. La chercheuse contactait alors le ou la participant·e potentiel·le pour lui présenter l'étude et lui demandait de confirmer son souhait de participer. Si tel était le cas, elle fixait un rendez-vous pour l'entretien (dans les locaux d'Unisanté, du CSR de la personne, ou chez elle, selon sa préférence) et envoyait la fiche d'information et le consentement par courrier ou courriel.

3.2.3 Déroulement

Au début de chaque rencontre, les participant·es ont remis à la chercheuse en charge de l'entretien le formulaire de consentement daté et signé. La chercheuse rappelait brièvement les objectifs de l'étude, le déroulement de l'entretien et les règles de confidentialité. L'opportunité était laissée de poser des questions sur l'étude et son déroulement.

Tous les entretiens ont été audio-enregistrés avec un dictaphone non connecté. À la fin de la rencontre, un bon d'une valeur de 30 CHF dans une grande enseigne était remis aux bénéficiaires pour les remercier de leur participation. Les professionnel·les n'étaient pas dédommagé·es, car les entretiens étaient organisés sur leur temps de travail.

3.2.4 Analyses

Une analyse de contenu thématique a été effectuée sur les transcriptions d'entretiens, assistée par le logiciel MaxQDA (2022 Analytics Pro). Cette méthode d'analyse a été choisie car elle permet d'identifier et d'interpréter des thématiques dans un corpus de données¹⁴. L'analyse a été réalisée de manière déductive. Les deux chercheuses en charge du codage, après s'être familiarisées avec l'ensemble du corpus, ont développé une liste de thèmes et sous-thèmes présents dans les entretiens, en se basant sur les thématiques préétablies dans le guide. Elles ont ensuite codé quatre entretiens chacune avec ce premier codebook, de façon à le stabiliser¹⁵. Suite à cette phase, le codebook a été révisé et chacun des codes a pu être défini plus précisément. Les entretiens restants ont été codés avec cette dernière version du codebook (voir Annexe 2). Les thèmes et sous-thèmes identifiés ont ensuite été approfondis par une relecture systématique des segments codés, permettant d'en affiner la compréhension et d'enrichir le contenu. L'analyse a été effectuée sur tous les entretiens (AS, MC et BRI), permettant ainsi de mettre en avant les éléments soulevés par l'ensemble des personnes participantes.

3.3 Approche participative de co-construction des recommandations

Afin de répondre au second objectif de cette étude, des ateliers ont été mis en place avec différentes parties prenantes. Trois ateliers ont été organisés avec : 1) les professionnel·les (AS et MC) ayant participé aux entretiens ; 2) les bénéficiaires ayant participé aux entretiens ; et 3) les autres professionnel·les et expert·es concerné·es par la problématique dans le canton et/ou en contact régulier avec les bénéficiaires du RI, mais n'ayant pas été invité·es à participer aux entretiens.

Le recours à des ateliers différenciés (professionnel·les d'un côté et bénéficiaires de l'autre) a été choisi dans l'optique de susciter des propositions au travers de l'homogénéité des profils et la construction de consensus, et d'éviter le plus possible les rapports de pouvoir et une éventuelle (auto-)censure. L'atelier réunissant les autres professionnel·les et expert·es concerné·es par la problématique permettait de confronter les résultats des deux premiers ateliers. Il a permis de donner la voix à des personnes n'ayant pas pu être interrogées de façon approfondie.

3.3.1 Recrutement

La majorité des personnes interrogées en entretien individuel ont été invitées à participer à un atelier, sauf celles ayant ouvertement exprimé une phobie des groupes ou une anxiété sociale. À la fin de chaque entretien, la chercheuse présentait les objectifs et le déroulement des ateliers, puis collectait les coordonnées des personnes ayant accepté d'être recontactées. Quelques semaines avant les ateliers, un courriel de relance était envoyé pour rappeler la date, l'heure et le lieu de l'atelier, ainsi que pour transmettre les informations pratiques d'accès.

Pour le recrutement des participant·es au troisième atelier, les personnes concernées par la problématique ont été identifiées par les membres de l'équipe de recherche avec l'appui de

l'équipe de la DGCS et contactées par les chercheuses par courriel. En cas d'indisponibilité, elles avaient également la possibilité d'adresser une autre personne de leur institution ou de leur équipe.

Entre 10 et 20 personnes étaient invitées à participer à chaque atelier. Ce nombre a été défini dans le but de favoriser la participation des personnes présentes et d'encourager les échanges.

3.3.2 Déroulement

Les ateliers étaient structurés en trois temps :

- Introduction et présentation des résultats : les chercheuses ont décrit l'étude et rappelé ses objectifs, puis ont présenté quelques résultats préliminaires issus des premières analyses des entretiens. Ce moment a permis aux participant-es de poser des questions sur le travail réalisé.
- Travail en groupe (3 à 4 personnes) : deux exercices ont été proposés pour favoriser la co-construction des recommandations. Les personnes étaient invitées à suggérer et discuter des pistes d'amélioration concernant la prise en charge santé et sociale des bénéficiaires, ainsi que sur les enjeux de promotion et de prévention dans ces deux domaines.
- Mise en commun et discussion collective : ce dernier temps d'échange visait à mettre en commun et à discuter les pistes proposées par les différents groupes, puis à faire émerger différentes modalités d'articulation entre les dimensions sociales et sanitaires dans le suivi des bénéficiaires.

À la fin des ateliers, une collation était offerte à celles et ceux qui souhaitaient poursuivre les échanges informellement. Les bénéficiaires ayant pris part à cette phase de l'étude ont été remerciés par un bon d'une valeur de 30 CHF dans une grande enseigne, qui leur était remis à la fin de l'atelier. Étant donné que les professionnels et professionnelles participaient à l'atelier sur leur temps de travail, aucun dédommagement ne leur a été distribué.

3.3.3 Analyses

L'analyse des données a été conduite à partir des recommandations formulées par les participant-es lors des ateliers. À l'issue de chaque atelier, une séance d'analyse a été organisée entre les chercheuses afin de discuter des recommandations émises, d'identifier les idées émergentes et de confronter les observations faites durant les ateliers. Ces séances ont également permis de repérer les recommandations les plus controversées, en vue de les soumettre à la discussion lors de l'atelier suivant.

Parallèlement, un recensement des recommandations ayant émergé durant les entretiens a été réalisé. À l'issue du processus, une synthèse globale intégrant l'ensemble des recommandations des trois ateliers a été produite. Les recommandations ont ensuite été catégorisées selon deux critères : 1) la cible principale des recommandations, distinguant celles adressées aux bénéficiaires du RI de celles destinées aux professionnels et professionnelles ; 2) le champ d'intervention, réparti en six catégories : information, formation, organisation, cadre légal, insertion socioprofessionnelle et autres champs.

4 Résultats

4.1 Profil sociodémographique des participant·es

Les entretiens avec les professionnel·les (AS et MC) ont été menés entre janvier et juillet 2024 sur leur lieu de travail. Les entretiens avec les bénéficiaires se sont déroulés entre août 2024 et janvier 2025 dans les CSR concernés, dans les locaux d'Unisanté ou à leurs domiciles.

Le Tableau 3 présente le nombre de personnes ayant participé aux entretiens individuels, ainsi que leurs principales caractéristiques.

Tableau 3 Nombre et caractéristiques des participant·es aux entretiens individuels

Caractéristiques		Assistant·es sociaux·ales	Médecins-conseil	Bénéficiaires du revenu d'insertion
N		18	7	20
Sexe	Femmes	9	2	10
Âge	Médiane	43.5	42	46
	Min.-max.	27-60	38-66	22-64
Nationalité	Suisse	11	-	12
	Étrangère	3	4	6
	Binationale (dont Suisse)	4	3	2
Ancienneté au poste/en tant que bénéficiaire	Médiane	9	6	5.5
	Min.-max.	3-29	2-13	1-14
Niveau de formation	École obligatoire	-	-	5
	École post-obligatoire	-	-	1
	Certificat fédéral de capacité	-	-	10
	École supérieure, haute école, université ou école polytechnique	17	7	4
	Autre	1	7	-

4.2 Profils santé et social des bénéficiaires participant·es

Les entretiens ont permis de décrire les profils des bénéficiaires en termes de santé et de contexte social auto-rapportés. Ces informations figurent dans les Tableaux (Tableau 4 et Tableau 5). Les

problématiques de santé sont présentées dans un ordre aléatoire pour garantir l'anonymat. Chaque ligne correspond à une personne. Les difficultés sociales sont présentées dans un tableau séparé et dans un autre ordre également pour garantir l'anonymat.

Tableau 4 **Problématiques de santé auto-rapportées**

Problématiques de santé auto-rapportées par participant·e
➤ Stress, problème de dos, perte de poids
➤ Burn-out, dépression, anxiété, douleurs, fibromyalgie, syndrome du colon
➤ Dépression
➤ Burn-out, dépression, douleurs
➤ Burn-out, anxiété, autisme
➤ Burn-out, dépression, douleurs, maladie de Verneuil
➤ Douleurs, sclérose en plaques
➤ Accident vasculaire cérébral, diabète
➤ Brûlure
➤ Dépression, diabète
➤ Accident au niveau du coude, douleurs, syndrome d'Ehlers-Danlos
➤ Problème psychologique non-identifié à ce jour
➤ Sarcoïdose
➤ Trouble de l'identité complexe, trouble de l'attention avec hyperactivité, burn-out, stress
➤ Carence en magnésium, douleurs, dépression, stress
➤ Accident de la route
➤ Problème de santé lié à une mauvaise médication, surpoids
➤ Problème psychique, anxiété, bipolarité, dépression
➤ Burn-out, anxiété
➤ Surdité

Tableau 5 **Difficultés sociales auto-rapportées**

Difficultés sociales auto-rapportées par participant-e
➤ Difficultés familiales, violences conjugales
➤ Alcoolisme
➤ Perte d'emploi post-covid
➤ Difficultés familiales et sociales
➤ Perte d'emploi post-covid
➤ Difficultés familiales, violences conjugales
➤ Perte d'emploi post-covid
➤ Difficultés familiales, toxicomanie
➤ Violences familiales et conjugales
➤ Difficultés familiales et sociales
➤ Mobbing, difficultés sociales
➤ Isolement
➤ Perte d'emploi post-covid
➤ Difficultés familiales, toxicomanie
➤ Difficultés liées à un accident
➤ Violences conjugales, mobbing
➤ Difficultés liées à un handicap
➤ Difficultés familiales
➤ Mobbing
➤ Perte d'un proche, toxicomanie, isolement

4.3 Perception de l'état de santé des bénéficiaires

Les résultats montrent de façon générale que l'état de santé des bénéficiaires est dégradé, que cela soit au niveau somatique et/ou psychique, de manière chronique ou ponctuelle. En effet, les bénéficiaires ont toutes et tous rapporté être atteint-es dans leur santé. Les difficultés rencontrées étaient parfois vécues comme particulièrement douloureuses ou handicapantes :

« J'ai la maladie de Verneuil. [...] C'est bien chiant ! T'as des abcès méga gros sur les plis du corps en l'occurrence. [...] Ouais, c'est horrible, c'est une des pires douleurs du monde je crois. Enfin honnêtement, jusqu'à maintenant, j'ai jamais eu autant mal de ma vie qu'avec des abcès. [...] Puis c'est vraiment dans la commissure au niveau de l'aine, donc ça m'empêche de marcher. » (BRI6, femme, 32 ans)

« Avec la dépression... la dépression nerveuse. [...] Ah ben j'ai envie de rien de faire, je nettoie plus mon appartement, j'ai plus envie de... j'ai plus d'énergie en fait. » (BRI10, homme, 49 ans)

Pour les AS et des MC aussi, les situations de santé des bénéficiaires du RI étaient particulièrement complexes en raison d'un cumul des pathologies et de la chronicisation de ces dernières :

« Et puis c'est vrai que les dossiers qu'on voyait passer, c'était des dossiers d'une complexité assez impressionnante parfois. [...] En consultation, ils avaient très souvent une multimorbidité qui en tous cas était assez flagrante, tant somatique que psychique. » (MC5, homme)

Les professionnel·les ont également abordé l'aspect psychosomatique des maladies, peu évoqué par les bénéficiaires eux/elles-mêmes :

« Les gens qui ont des troubles somatoformes expriment par des maux ce qu'ils arrivent pas à exprimer par des mots. Et puis ça c'est très difficile à faire comprendre... vous avez mal au dos parce qu'en fait vous êtes mal dans votre peau. [...] Puis en fait le mal au dos en question, vous allez pas pouvoir diminuer si vous faites pas un traitement psy... Mais ça, il faut arriver à le faire accepter donc c'est vrai qu'on a quand même aussi beaucoup de gens dans ce genre de cas de figure. » (MC2, femme)

Les discours des différentes personnes rencontrées permettent donc de mettre en lumière une diversité d'états de santé des bénéficiaires du RI et une variété de dégradation de la santé, que cela soit sur le plan somatique ou sur le plan psychologique. Au-delà des pathologies identifiées, les professionnels et professionnelles ont souligné la complexité des situations médicales, nécessitant alors une prise en charge d'autant plus spécifique et une meilleure information sur les problèmes de santé mentale :

« Qu'est-ce que ça engendre une problématique de type borderline, qu'est-ce que ça engendre une problématique schizophrénie ou qu'est-ce que ça engendre un épuisement, quelle est la différence entre un burn-out, une dépression ? Et qu'est-ce qui pourraient être les signes, quand est-ce qu'on est alerté ? Je pense que pour bien accompagner une personne qui est malade et surtout psychiquement, faut connaître. Autrement vous passez à côté. » (AS1, femme)

4.4 Influence de la santé sur l'insertion

4.4.1 Entrave de la santé dégradée sur le processus d'insertion

L'état de santé des bénéficiaires perçu comme dégradé, tant de leur propre point de vue que de celui des personnes qui les accompagnent (AS et MC), entrave le processus d'insertion. Les personnes souffrant de maladies ou de douleurs ont affirmé rencontrer des difficultés importantes à se (ré)insérer. Les limitations physiques et les incapacités liées à l'état de santé ont réduit leur capacité à participer aux mesures d'insertion (MIS) proposées par le RI, à suivre des formations ou à occuper un emploi selon les âges concernés :

« Moi, la seule mesure que j'ai faite c'était cette mesure lausannoise de réinsertion sociale [...] que j'ai dû arrêter parce que ma santé, peu importe si c'est bien ou pas, empiétait là-dessus donc voilà, et j'ai pas pu reprendre depuis. » (BRI18, homme, 31 ans)

« Je n'ai pas pu continuer mon apprentissage parce que les douleurs commençaient à devenir très récurrentes et c'est pour ça qu'après j'ai démissionné après 3 mois d'apprentissage. » (BRI15, homme, 22 ans)

« Ben le problème c'est que justement c'est stable sans être stable, donc c'est-à-dire que peut-être un mois ça va bien se passer. Et puis le mois d'après, ça va être une catastrophe donc en fait, je vais devoir louper. Donc dans une place de travail, c'est pas possible. Et puis je sais que le 100% c'est... c'est mort. » (BRI2, femme, 32 ans)

La présence de comorbidités et la chronicité des troubles ont accentué ces difficultés : vivre avec plusieurs pathologies sur une longue durée favorisait un état de santé globalement dégradé, renforçant les obstacles à l'insertion :

« Justement, quand tu as des problèmes de santé qu'ils soient physiques ou pas, en général tu prends un traitement. Et le social va te demander si t'es en mesure de performance. [...] Sauf que des fois en fait t'as des traitements aussi qui ont des effets secondaires de malade mental... » (BRI18, homme, 31 ans)

4.4.2 Troubles de santé mentale freinant l'engagement dans une démarche d'insertion

Les troubles psychologiques et psychosomatiques, même lorsqu'ils étaient connus et reconnus, sont venus s'ajouter aux obstacles déjà présents dans le parcours des bénéficiaires du RI. La gestion de tels troubles pouvait engendrer une charge mentale importante, souvent invisible, qui compliquait l'engagement dans les démarches d'insertion :

« Il suffit d'un petit grain de sable dans le rouage. Typiquement, quand j'ai commencé à être tellement stressée, je commençais à louper mes rendez-vous. Je n'arrivais plus à l'heure, je savais même plus quel jour c'était... » (BRI14, femme, 49 ans)

Les personnes concernées ont aussi développé des stratégies de compensation pour « paraître normales » dans les interactions sociales et professionnelles. Cette adaptation constante générerait un stress chronique et une fatigue qui, à terme, pouvaient mener à des épisodes de décompensation ou à un retrait complet du processus d'insertion :

« Je me bats contre ça, contre la dépression en permanence, c'est là, c'est là, c'est là. J'ai, j'ai la peur de... que tout d'un coup, le ras-le-bol général et le ras-le-bol de... est complet et définitif. Je lâche tout. Je décide de ne plus jamais sortir de chez moi, de ne plus rien faire, de tout arrêter. Toutes mes activités, le loisir plaisir, les recherches de travail... » (BRI4, homme, 49 ans)

Dans ce contexte, les professionnel·les ont particulièrement mis en avant l'acceptation par le bénéficiaire de sa santé dégradée comme enjeu central. Les difficultés d'acceptation de sa propre

condition de santé, en particulier lorsque cela touche à la santé mentale, freinent l'engagement dans un processus d'insertion.

« C'est des personnes qui sont dans le déni, qui ont des problématiques plutôt d'ordre psychique qu'on suspecte et qui peuvent constituer un frein dans la réinsertion [...]. » (AS11, femme)

De plus, une focalisation sur les symptômes somatiques pouvait masquer des souffrances psychologiques non prises en charge, retardant ainsi l'entrée dans un processus d'accompagnement global :

« Ce que je constate en consultation c'est que... la problématique qui coince tout le système jusque-là, c'est que la souffrance physique du patient est en fait une démonstration d'une souffrance psychologique extrêmement lourde. » (MC6, homme)

4.4.3 Prise en charge médicale : importance de la reconnaissance des troubles et des capacités pour favoriser l'insertion

Un diagnostic médical précis pouvait favoriser une prise en charge adéquate et améliorer la capacité des personnes concernées à s'insérer socialement et/ou professionnellement. Le vécu d'une errance diagnostique ou d'une mauvaise catégorisation était fréquent chez les bénéficiaires ayant participé aux entretiens, un vécu également décrit par certain-es professionnel·les :

« Et elle [la médecin] elle a un petit peu essayé de chercher mais au final, elle trouvait pas donc elle a un peu laissé tomber. (...) Donc moi j'ai perdu confiance et j'ai cherché un autre médecin. (...) Je suis suivie par... par cette dame qui elle, a cherché. Elle m'a envoyé faire une gastroscopie et une coloscopie. Et en fait, c'est dans la coloscopie qu'ils ont vu que j'avais le syndrome du côlon. » (BRI2, femme, 32 ans)

« C'est qu'on peut aller en fait très mal et passer complètement sous les radars de la psychiatrie ou des soins de manière voilà... et au fond ça va être nos collègues les assistantes sociales qui sont en première ligne de la prise en charge de ces gens qui présentent une grande souffrance psy. » (MC4, homme)

La reconnaissance et la qualification des difficultés de santé ont permis de valider le ressenti des personnes, facilitant ainsi leur engagement dans le parcours de soins, et ont aidé les professionnel·les à les orienter vers les dispositifs ou accompagnements adaptés. Toutefois, la prise en charge pouvait être entravée par des désaccords entre professionnel·les de santé, notamment lorsque les avis divergeaient sur la nature des troubles, les limitations que cela impliquait, ou les démarches à entreprendre :

« C'était panique à bord, honnêtement fin mars 2024, j'allais plus avoir de salaire, la [ASSURANCE] m'avait fait très peur en me disant que je pouvais retravailler, donc j'arrivais plus à savoir, si je pouvais retravailler ou pas retravailler, puis par rapport à mes envies à moi donc c'est très compliqué en fait à gérer beaucoup, beaucoup de peur. Euh... l'AI [assurance invalidité] j'espérais qu'ils interviennent plus rapidement parce que j'avais un lourd dossier. » (BRI14, femme, 49 ans)

Ces conflits pouvaient nuire à la coordination entre les sphères médicale et sociale, en particulier dans les procédures administratives telles que les demandes d'AI, où une vision partagée entre les deux sphères est essentielle pour garantir l'accès aux droits.

4.5 Influence de la (dés)insertion sur la santé

4.5.1 Expérience au RI influençant négativement ou positivement la santé

Les bénéficiaires et les professionnel·les ont longuement évoqué les conditions du RI, et en particulier les conditions financières, comme ayant un impact sur la (dés)insertion sociale et professionnelle. De manière générale, les bénéficiaires rencontrés ont fait état d'une forme de précarité financière ayant des conséquences sur de nombreux aspects de la vie. Certaines personnes regrettaient notamment les conséquences sur leurs activités sociales, désormais très limitées avec le budget alloué mensuellement. La réduction voire la suppression des activités sociales était perçue comme ayant un impact direct sur leur santé mentale et somatique. C'est notamment le cas des activités physiques et sportives :

« Qu'est-ce que j'aimerais suivre des cours de sport [...] j'aimerais bien faire de la boxe moi, comme mon fils, des trucs ou de la danse. Voilà j'aimerais qu'il y ait des choses peut-être même gratuites en fait, qui viennent du social ou d'ailleurs [...] c'est important de faire du sport, c'est important de se retrouver en groupe, c'est vraiment quand on est dans ces situations, on est isolé socialement. » (BR14, femme, 49 ans)

Les conditions financières ont également été rapportées comme ayant un impact sur le logement. Alors que le loyer est pris en charge, les bénéficiaires ayant besoin de changer de logement ou d'en trouver un, quelle qu'en soit la raison, ont pu éprouver de grandes difficultés dans cette démarche. Peu de logements avec des loyers adaptés sont proposés sur le marché, comme en témoigne un assistant social :

« Pour celles qui veulent partir [...] ou qui doivent partir [de leur logement] ben c'est compliqué, surtout si elles ont des poursuites. Aide sociale, c'est pas non plus toujours bien vu par les gérances. Donc c'est aussi un peu compliqué du coup après on a les solutions d'hôtel non conventionnés mais qui sont pleins. [...] ils essaient de trouver d'autres solutions d'alternative, y'a des foyers. » (AS17, homme)

Finalement, la situation financière décrite comme précaire génère du stress pouvant potentiellement aggraver un état de santé déjà dégradé. Le stress pouvait également être causé par d'autres facteurs liés à l'aide sociale. Les participant·es ont évoqué les contraintes administratives, perçues comme étant trop importantes et trop compliquées, ainsi que la pression à l'insertion. Cette dernière était parfois vécue comme une forte injonction, sans prise en considération de leur état actuel de santé mentale et somatique :

« On va te pousser à te réinsérer coûte que coûte, parce qu'on veut te voir partir. [...] ils essaient de réinsérer mais des fois c'est réinsérer aux dépens de la santé et de la viabilité, de justement ce projet de réinsérer quelqu'un, c'est constamment pousser... dès

que je vais un peu mieux que la normale ben c'est me pousser dans un projet qui est en fait beaucoup trop grand. » (BRI18, homme, 31 ans)

Être bénéficiaire du RI pouvait affecter négativement la confiance en soi et l'estime de soi. Cela s'avérait être lié au sentiment de dépendance financière, à la stigmatisation associée à l'aide sociale, ou encore à la difficulté de se projeter dans un avenir professionnel stable :

« L'identité par le travail dans nos sociétés ou en tout cas dans notre pays, elle est très très forte et les gens, s'ils ont pas d'emplois ils se sentent vraiment inutiles, on entend beaucoup ça et puis en plus de toucher des prestations de l'État voilà c'est très compliqué en termes d'image, en termes de 'je sers à quoi', d'estime de soi. » (AS16, homme)

« Moi, quand je suis arrivé au CSR, j'avais tellement honte. Honte de moi. Et puis après comme cette personne m'a carrément détruit psychologiquement parce que... j'étais affaibli psychologiquement, j'avais plus d'estime de moi. » (BRI3, homme, 58 ans)

Alors que les participant-es ont évoqué certaines difficultés de santé qui pouvaient apparaître ou être aggravées depuis qu'ils et elles sont au RI, quelques éléments positifs ont toutefois favorisé une bonne santé. Certaines mesures d'insertion (MIS) proposées sont spécifiques à la santé et ont une visée thérapeutique, ce qui accompagne la prise en charge en santé des bénéficiaires. D'autres MIS sont d'occupation sociale et ont pour but d'aider les personnes à sortir de l'isolement et à favoriser la création de liens sociaux :

« Voilà une mesure d'insertion, mais même si c'est bas seuil, [...] Ça ça peut même être déjà ça, après "activée" ça peut même être plus proche de l'emploi, en gros je crois que c'est plutôt un terme de l'ORP qui utilise ça : activer les gens ou pas. [...] la compétence de discuter avec autrui, d'oser aller dans quelque chose qui est nouveau et voilà, d'avoir un rythme jour-nuit, de se lever, de prendre des transports publics. Que ce soit psychique ou physique finalement. » (AS1, femme)

« J'ai participé à une mesure de réinsertion, mais c'était une mesure de réinsertion sociale [...] C'était très sympa, mais là-bas c'était en fait pour se réinsérer socialement donc c'est pousser les gens à se rencontrer, créer des liens, se réhabituer à l'autre, à avoir à une activité [...] ils proposent ça dans un cadre en plus qui est très chouette. » (BRI18, homme, 31 ans)

4.5.2 Prise en charge de la santé au RI, un recours pas toujours bien connu des bénéficiaires

Être bénéficiaire du RI a également un impact sur la santé par le biais de l'accès aux soins. Alors que les professionnel·les rencontré·es estimaient que les bénéficiaires pouvaient accéder au remboursement d'un large éventail de prestations médicales, il n'en allait pas de même pour le ressenti des bénéficiaires. Ils et elles ont souvent indiqué ne pas savoir ce qui est pris en charge, avoir eu accès tardivement à ces informations de manière claire et précise, ou les avoir découvertes par des tiers plutôt que par les personnes qui les accompagnaient :

« Quand il y a un médecin par exemple généraliste ou un psychologue, je pense... c'est une bonne prise en charge sachant que le RI paie tout ce qui est 10% franchise. Dentistes, lunettes, etc. Donc s'ils sont bien informés... Je pense qu'ils peuvent avoir une bonne prise en charge, en tout cas ils n'ont pas à se freiner sur les rendez-vous médicaux contrairement à des gens qui ne sont pas au RI mais qui sont limités, qui diront je peux pas aller chez le médecin parce que j'ai pas les sous, je peux pas aller chez le dentiste, parce que j'aurai pas 2000 francs. Donc à ce niveau-là, ça peut être presque une chance, je mets les guillemets, d'être au RI. » (AS5, femme)

« Je me fais avoir c'est que je connais pas toutes les combines comme certains donc je savais pas que le dentiste c'était remboursé, je fais pas voilà je me suis toujours débrouillé tout seul et pis je demande jamais rien donc j'aurais le droit à des choses » (BRI9, homme, 46 ans)

Par ailleurs, certains frais médicaux restent à la charge des bénéficiaires, notamment ceux liés aux médecines complémentaires. Dans quelques cas, cette limitation financière a freiné le recours global à des traitements pourtant bénéfiques, ce qui a compromis l'état de santé général des personnes concernées et, par conséquent, a entravé leur insertion :

« Avec l'argent que je touche, c'est pas possible de faire des soins [complémentaires] qui me feraient du bien, c'est pas remboursé par l'assurance donc je peux rien faire pour aider mon état. [...] Donc en fait tant que je peux pas avoir accès à ces soins, ben je vois pas comment faire pour travailler. » (BRI2, femme, 32 ans)

Cependant, l'entrée dans le dispositif RI peut également agir comme un révélateur de problématiques de santé mentale jusque-là ignorées, tant par les bénéficiaires que par les professionnel·les de santé. Certaines personnes pouvaient en effet passer « sous le radar » du système de soins et de santé, retardant la prise en charge et risquant d'aggraver leur état de santé. Ainsi, être bénéficiaire du RI était parfois perçu par les professionnel·les comme favorisant un meilleur état de santé mentale, par une meilleure détection de problématiques spécifiques :

« Si on revient du point de vue santé et santé mentale c'est vrai qu'il y a beaucoup de situations de santé mentale qui ne se révèlent que dans le contexte du RI parce qu'ils n'accèdent plus au système... au pipeline de soins, parce que enfin, ils sont hors circuit si on veut. » (MC5, homme)

4.6 Co-construction des recommandations

Le Tableau 6 présente le nombre et les profils des personnes ayant participé à chaque atelier.

Tableau 6 Description des participant-es aux ateliers

Ateliers	Profils des	Nombre de participant-es	Échantillonnage
Atelier 1	Assistants sociaux et assistantes sociales (AS) et médecins-conseil (MC)	12	7 AS de différents CSR du canton et 5 MC
Atelier 2	Bénéficiaires du revenu d'insertion (BRI)	10	9 BRI déjà venu-es en entretien et 1 BRI invité par une autre
Atelier 3	Professionnels et professionnelles en contact avec les bénéficiaires	14	Appartenances, HETSL, Direction santé communautaire (DGS), Cabinets de groupe, Soins migrants, AI, MIS, RESSORT et CHUV

Les ateliers se sont déroulés entre avril et mai 2025 dans les locaux d'Unisanté. L'ensemble des propositions émises par les personnes ayant participé aux ateliers sont décrites dans le Tableau 7. Ainsi, les propositions sont organisées en fonction du champ d'application et du public cible. Concernant les propositions à l'intention des bénéficiaires du RI, nombreuses sont celles qui portaient sur l'amélioration des mesures proposées, notamment en étoffant l'offre, en développant des mesures orientées vers la santé, et en donnant l'opportunité d'accéder à des mesures à long terme et/ou rémunérées, qui seraient plus valorisantes pour les bénéficiaires. Le développement des relations sociales était également un thème récurrent. Les participant-es ont fait différentes suggestions sur le développement des interactions et du réseau social des bénéficiaires. Enfin, quelques mesures proposées visaient l'augmentation de la littératie en santé des bénéficiaires. De nombreuses suggestions ont également été formulées à destination des professionnel·les de santé et du social. Ces propositions portaient notamment sur une formation commune à ces différentes professions, afin de mieux prendre en charge les personnes se situant à leur intersection. Le travail interdisciplinaire dans la prise en charge a été mentionné à de nombreuses reprises par l'évocation de différents dispositifs permettant de le favoriser. La diversité des recommandations émises par les participant-es permet d'illustrer les différents niveaux auxquels il est possible d'intervenir. Alors que certaines recommandations se situaient au niveau individuel, des propositions ont également été faites au niveau structurel, organisationnel, voire même légal.

Tableau 7 Synthèse des propositions d'amélioration issues des ateliers et des entretiens individuels

Type de recommandation	Orientées vers les bénéficiaires du revenu d'insertion	Orientées vers les professionnel·les	
		De santé	Du social
Information	<ul style="list-style-type: none"> • Recensement et diffusion des activités gratuites • Séances d'information collectives • Mise en place de diffusion d'un document comprenant toutes les informations utiles aux bénéficiaires (plusieurs langues et langage simple) • Communication autour de la santé mentale (risques liés à l'isolement et au revenu d'insertion, stigmatisation) 		
Formation	<ul style="list-style-type: none"> • Compétences en autogestion de la maladie en cas de maladie chronique 	<ul style="list-style-type: none"> • Détection de situations sociales précaires • Fonctionnement des assurances sociales • Arrêts de travail longue durée et conséquences • Outils d'évaluation psychiatrique (médecins généralistes particulièrement) 	<ul style="list-style-type: none"> • Problématiques de santé mentale • Aspects relationnels, psychologie, pédagogie • Enjeux et conséquences d'une demande auprès de l'assurance invalidité • Supervisions
		<ul style="list-style-type: none"> • Formations mutuelles entre professionnel·les • En pré-gradué, formation d'un tronc commun et/ou d'enseignements croisés 	

Type de recommandation	Orientées vers les bénéficiaires du revenu d'insertion		Orientées vers les professionnel·les	
			De santé	Du social
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> • Création de mesures de prévention dans le catalogue du revenu d'insertion • Création de mesures de socialisation dans le catalogue du revenu d'insertion • Proposition d'activités à long terme • Proposition d'activités rémunérées • Création de lieux de rencontre • Amélioration de la répartition géographique des mesures • Développement des solutions de garde d'enfants • Réduction de la charge administrative 	<ul style="list-style-type: none"> • Présence dans les CSR (infirmier·ères ou médecin-conseil, notamment) 	<ul style="list-style-type: none"> • Case manager social (éventuellement depuis l'école) • Présence dans les centres de soins (permanence sociale par ex.) • Ajout de questions liées à la santé lors de l'entrée au revenu d'insertion pour anticiper les difficultés 	
			<ul style="list-style-type: none"> • Consultation conjointe (par ex. assistant·e social·e et médecin, avec accord du bénéficiaire) • Création d'espaces d'échanges interprofessionnels 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Création d'un bureau d'orientation social cantonal • Création de maison de santé/social 			
Légal	<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un revenu de base inconditionnel pour les bénéficiaires longue durée • Augmentation du revenu minimal • Opportunité d'avoir plus d'argent (soit via une activité, soit par des dons) • Possibilité d'accéder au revenu d'insertion pour les personnes en formation • Autoriser le remboursement des soins complémentaires 			
			<ul style="list-style-type: none"> • Formalisation des collaborations entre institutions santé et social 	

Type de recommandation	Orientées vers les bénéficiaires du revenu d'insertion		Orientées vers les professionnel·les	
			De santé	Du social
Insertion	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition d'emploi adapté aux limitations individuelles • Proposition de mesures rémunérées • Accès à des formations certifiantes • Ouverture à de nouvelles formes de travail (par ex. sur les réseaux sociaux) 			<ul style="list-style-type: none"> • Mise en place d'un suivi par un·e conseiller·ère d'orientation
Autres	<ul style="list-style-type: none"> • Pair-aidance, partage d'expérience, bénéficiaire-expert • Amélioration de l'accès aux logements • Soutien au développement d'un réseau (musique, théâtre, art, couture, etc.) 			<ul style="list-style-type: none"> • Identification et valorisation des capacités résiduelles des bénéficiaires • Amélioration des formats et outils pour la communication des messages en prévention et promotion de la santé • Communication autour de l'accompagnement proposé

5 Discussion

Cette étude s'inscrit dans la continuité des recherches déjà entreprises sur la santé des bénéficiaires du RI et les liens entre la santé et l'insertion professionnelle et/ou sociale dans le contexte vaudois³.⁴ Les résultats révèlent une perception largement partagée d'un état de santé dégradé chez les bénéficiaires du RI, tant du point de vue des personnes concernées que des professionnel·les qui les accompagnent. Ce constat rejoint les observations déjà établies dans la littérature sur la santé des bénéficiaires de l'aide sociale, notamment concernant la prévalence des maladies chroniques, des problèmes psychiques, des symptômes dépressifs et des douleurs aiguës¹⁻⁴. Notre analyse, quant à elle, met en évidence une grande hétérogénéité des profils de santé et une grande variété des maladies auto-rapportées. Les bénéficiaires interrogé·es témoignent également d'un cumul des problématiques de santé, par exemple vivre avec une maladie chronique et des symptômes dépressifs, ou vivre avec des douleurs aiguës et des problèmes psychiques. Ceci rend particulièrement difficile leur prise en charge sanitaire. Les professionnel·les, de leur côté, perçoivent une augmentation des problématiques de santé psychique et une importante proportion de personnes vivant avec des troubles psychosomatiques.

Pour mieux comprendre les profils de santé observés, il est essentiel dans ce contexte de considérer les déterminants sociaux qui influencent la santé des bénéficiaires. La recherche montre qu'il existe différents déterminants sociaux de la santé⁶, parmi lesquels la précarité est l'un des plus influents sur la santé psychique¹⁶. Dans notre étude, les bénéficiaires cumulent des déterminants de la santé qui pourraient leur être défavorables : enfance et contexte familial difficiles ou empreints de violence, parcours scolaire avec harcèlement ou en décrochage, et conditions de logement et de travail précaires. À cela s'ajoutent des facteurs pouvant engendrer des discriminations, comme être issu·e de la migration, s'identifier comme femme, s'identifier/se déclarer homosexuel·le.

Le contexte familial constitue souvent le point de départ des vulnérabilités rapportées par les bénéficiaires. En effet, la majorité évoque des conditions familiales difficiles, marquées par des mauvais traitements, des abus, des conflits récurrents au sein du foyer ou une précarité. Les relations familiales, qui devraient offrir un socle de sécurité et de soutien (émotionnel, relationnel ou financier), sont souvent présentées comme instables. Cette fragilité familiale est ressortie parmi les profils des participant·es jeunes notamment, pour qui cette instabilité complique la poursuite d'une scolarité, l'achèvement d'une formation, l'accès à un emploi durable et le maintien d'un niveau de vie autonome et non-précaire. Certain·es jeunes, en conflit avec leur famille, se voient même contraint·es à quitter le domicile. Cela engendre des difficultés administratives, financières et en matière de logement. Enfin, plusieurs témoignages de participantes s'identifiant comme femmes font également état de violences conjugales, notamment psychologiques, dans des relations marquées par l'emprise. Les violences conjugales ont des effets persistants sur la santé des femmes, comme le confirme par ailleurs une enquête récente en Suisse¹⁷.

D'autres facteurs sociaux viennent également affecter la santé et le bien-être des bénéficiaires. Les comportements à risques liés aux addictions – alcoolisme, usage de drogues ou abstinence forcée – sont présents dans plusieurs récits et ont un impact direct sur la santé des personnes

concernées¹⁸. L'isolement social, le sentiment d'exclusion et parfois la honte d'être au RI sont également des éléments récurrents qui influencent profondément leur quotidien et leur identité.

Le contexte de vie global exerce également une influence sur la situation professionnelle et/ou sociale des individus. La pandémie du COVID-19 est un élément qui a favorisé l'entrée des bénéficiaires aux RI. C'est par exemple le cas de certaines personnes indépendantes qui ne parvenaient plus à décrocher un contrat, ou de personnes occupant des emplois précaires qui n'ont pas été renouvelés. De plus, le contexte post-COVID a contribué à une augmentation de l'incertitude sur les possibilités effectives d'insertion¹⁹.

Le cadre problématique et les mauvaises conditions de travail sont des éléments qui ont été évoqués comme points de bascule ou facteurs déclenchant un enchaînement d'événements qui ont conduit au RI²⁰. En effet, le *mobbing* et le *burn-out* ont régulièrement été rapportés lors des entretiens. Que ce soit pour les jeunes lors d'une mauvaise première expérience professionnelle ou dans les carrières de personnes plus installées dans le travail, la pression et les mauvais traitements ont provoqué une rupture, parfois définitive, même chez les jeunes. Ainsi, il est demandé à certaines personnes de se (ré)insérer dans le travail, alors que la cause de leur désinsertion est le travail lui-même. Cela permet de souligner combien la santé au travail devrait être renforcée en tant qu'axe de prévention.

Le vécu des bénéficiaires de l'accompagnement social et de la prise en charge en santé proposés au RI est parfois positif et parfois négatif. Au-delà du fait qu'ils et elles aient eu de bonnes et/ou de mauvaises expériences en termes d'accompagnement social, l'absence de perspective d'insertion effective à long terme ne permet pas aux bénéficiaires de se projeter dans un futur positif. Du côté de la santé, la réponse psychothérapeutique à des problèmes de santé complexes, souvent mise en avant par les professionnel-les, ne fait pas l'unanimité auprès des bénéficiaires et certain-es ne sont pas satisfait-es de cette réponse. Elle peut faire peser la responsabilité de l'échec sur l'individu²¹, sans apporter de solution concrète au niveau de l'insertion et sans prise en considération de leurs besoins individuels, notamment en médecine complémentaire.

Les liens entre santé et social étaient présents dans le discours des participant-es. D'un côté les personnes concernées ont mis en avant que la réinsertion est rendue plus difficile par un état de santé dégradé. Cependant, les bénéficiaires ont souligné que l'engagement dans un processus d'insertion pouvait parfois constituer une étape nécessaire pour améliorer leur santé. Ce double constat montre, d'une part, le besoin de retrouver une activité pour aller mieux, et d'autre part, la nécessité de reconnaître les limites imposées par la condition somatique ou psychique. Ainsi, les résultats de notre étude mettent en évidence le risque de l'injonction à la réinsertion lorsque l'état de santé ne le permet pas et le cercle vicieux ou vertueux entre insertion et amélioration de l'état de santé dans lequel peuvent être pris-es les bénéficiaires du RI.

La littérature scientifique souligne qu'il est difficile de déterminer si les problèmes de santé sont une cause ou une conséquence de l'absence d'activité lucrative^{3,4}. Elle met également en évidence l'impact de la santé sur la capacité de travail, l'impact des événements de vie et de santé sur l'insertion et l'impact des difficultés financières et administratives liées à l'aide sociale sur la santé⁴. Nos résultats mettent en lumière, de la même manière, qu'il est difficile d'établir quelles sont les causes ou les conséquences des difficultés d'insertion liés aux problématiques de santé. Parfois ce

sont les conditions ou événements de vie qui sont les déclencheurs de problèmes de santé. Dans d'autres situations, ce sont les problématiques de santé qui empêchent le travail ou la réinsertion. Parfois, c'est l'expérience-même du RI qui a un impact sur la santé. Ce que nous avons pu constater à travers les discours des participant·es, c'est que ces trois situations (les influences du social sur la santé, de la santé sur le social et du contexte du RI sur la santé) peuvent exister dans le parcours de la même personne. Cela met lumière l'enchevêtrement santé-social qui existent dans les récits des bénéficiaires et par conséquent, la nécessité d'une prise en charge globale.

Du côté des professionnel·les, cette articulation santé-social a aussi soulevé des questions complexes auxquelles ils et elles sont confronté·es au quotidien dans leur travail : comment accompagner les bénéficiaires dans un processus d'insertion sans compromettre leur santé ? Quelles formes d'insertion seraient bénéfiques pour chaque bénéficiaire spécifiquement ? Ces interrogations étaient particulièrement saillantes dans le cas de troubles psychiques ou psychosomatiques, dont les conséquences ou les limites qu'ils imposent aux personnes qui en souffrent sont moins claires ou moins connues des professionnel·les de la santé chargé·es de les aider à se (ré)insérer.

Les AS, souvent en première ligne, rencontrent des bénéficiaires dont les parcours de vie sont marqués par des ruptures multiples et des problématiques de santé complexes. Or, ces professionnel·les ne disposent pas toujours des compétences ou des ressources nécessaires pour identifier ou gérer ces troubles, notamment lorsqu'ils relèvent de la santé mentale. Cette situation les place dans une position délicate : ils et elles doivent faire face à une souffrance difficile à qualifier, tout en assurant un accompagnement social adapté. Ce constat met en avant un besoin de mieux soutenir les AS dans leur rôle dans les problématiques de santé.

Les résultats de notre étude montrent que les professionnel·les ne se parlent pas suffisamment, ne se connaissent pas bien, et ne partagent pas une compréhension commune des rôles et attentes de chacun·e. Cela révèle un manque de circularité de l'information et d'échanges entre les différents acteurs et actrices. Le dispositif REVIAC reposant sur une logique de travail interdisciplinaire, facilite la communication entre les professionnel·les, mais de nouveaux espaces d'échanges pourraient être créés afin de renforcer l'interdisciplinarité.

Les difficultés de communication s'étendent au-delà de la collaboration entre professionnel·les de la santé et du social. Les interactions entre AS, médecins et bénéficiaires en souffrent également. Notre étude montre que les AS estiment fournir les informations nécessaires aux bénéficiaires, mais ces dernier·ères expriment souvent le sentiment de ne pas les avoir reçues ou comprises. Cela suggère un défaut dans la transmission de l'information et souligne la nécessité de renforcer les espaces de dialogues formels et/ou informels incluant les BRI, et de développer des outils de communication adaptés.

6 Limites et forces de l'étude

Cette étude amène des résultats innovants sur l'articulation santé-social, mais elle comporte tout de même quelques limites. La première est liée à l'échantillonnage des bénéficiaires. Les chercheuses n'ayant pas accès directement aux BRI, ce sont les AS qui se sont chargées du recrutement. Certains critères d'inclusion et d'exclusion n'ont alors pas pu être appliqués rigoureusement, puisqu'ils et elles ont proposé la participation aux personnes qui étaient perçues comme les plus susceptibles d'accepter, celles qui étaient reçues régulièrement, et celles qui évoquaient des problématiques de santé. Ainsi, nous n'avons pas eu accès à certaines catégories de populations, telles que les personnes levées de leurs obligations d'insertion, ne parlant pas français, ou sans domicile fixe. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de toutes les situations vécues par les bénéficiaires du RI. En revanche, étant donné la diversité des profils des personnes interrogées en termes d'âges, de sexe, de parcours professionnels et de trajectoires de vie, l'échantillon donné amène une vue d'ensemble éclairante quant à la diversité et la complexité des profils des personnes au bénéfice du RI.

La deuxième limite est liée à l'échantillonnage des médecins. Nous avons interrogé les médecins du dispositif REVIAC, mais nous n'avons pas eu l'opportunité de questionner d'autres médecins susceptibles de prendre en charge des bénéficiaires, dont les connaissances et les perceptions peuvent différer. En revanche, leurs rôles ont été évoqués dans différents entretiens, notamment avec les médecins du dispositif REVIAC qui ont une grande connaissance du sujet et du réseau médical.

Finalement, nous pouvons souligner les difficultés rencontrées à établir des trajectoires à partir des récits des bénéficiaires. Au départ, nous pensions qu'il serait possible de proposer des trajectoires-types selon le déclencheur des problématiques, les types de maladies ou encore les événements dans les parcours de vie. Après de multiples essais, nous avons dû y renoncer. Il ne faisait pas sens de réduire des récits de vie si foisonnants et riches à des trajectoires-types quelque peu caricaturales. Un autre design de recherche, comme les calendriers de vie par exemple, pourrait peut-être permettre de le faire. Nos résultats ont cependant mis en avant une grande complexité des parcours de vie qui ne sont peut-être tout simplement pas linéaires.

Malgré ces quelques limites, la force de cette étude repose avant tout sur une méthode combinant des approches qualitative et participative. L'approche qualitative a permis aux bénéficiaires de rapporter de manière directe leurs perceptions de leur santé et des liens qu'ils et elles établissent entre santé et insertion, et ainsi de mettre des mots sur le sens donné à leurs propres expériences. Du côté des professionnel·les, l'approche qualitative a aussi permis à ces dernier·ères de revenir sur leurs expériences, notamment d'accompagnement, et de rapporter les difficultés et les besoins d'évolution. Grâce à l'approche participative, nous avons pu constater la motivation et des bénéficiaires et des professionnel·les à chercher des solutions concrètes d'amélioration de la prise en charge santé-social.

Finalement, notre étude a permis de documenter les connaissances sur la santé des bénéficiaires pendant la période de perception du revenu d'insertion et de mettre en lumière la complexité des situations santé-social des personnes. Donner la voix aux bénéficiaires et aux acteur·ices de terrain

a été une opportunité d'écouter des personnes qui n'ont pas forcément d'occasions de prendre la parole et de se faire entendre. C'est une véritable chance d'avoir pu recueillir leurs témoignages !

7 Conclusions et recommandations

Santé et lien santé-social

La santé des bénéficiaires du RI, telle que rapportée par eux/elles-mêmes et par les professionnel·les, apparaît passablement dégradée, tant sur le plan psychique que somatique. Les bénéficiaires souffrent de multiples problématiques de santé, parfois cumulées. Dans cette population, les professionnel·les constatent une augmentation des troubles psychiques et psychosomatiques et une complexité croissante des situations. Notre étude met en évidence une grande hétérogénéité des profils santé-social, ainsi qu'une grande variété de problèmes de santé auto-rapportés. Bien que la santé soit abordée lors des bilans personnalisés avec les AS, sa prise en considération se fait trop tardivement, lorsqu'elle représente un frein à l'insertion. De ces constats, trois catégories de recommandations émergent :

- Éviter la dégradation de l'état de santé
 - Orienter les actions sur la promotion de la santé et prévention : activités sociales, activités sportives, alimentation, développement du lien social
 - Développer ou renforcer des mesures d'insertion orientées « santé »
 - Prévenir les risques liés à l'isolement et aux problématiques de santé mentale
- Intégrer le plus tôt possible la santé dans le parcours des bénéficiaires
 - Soigner l'accueil fait aux bénéficiaires
- Favoriser l'intégration santé-social
 - Mettre en place une évaluation conjointe santé-social

Déterminants de la santé

Les bénéficiaires cumulent les déterminants sociaux défavorables de la santé : précarité, difficultés familiales, parcours scolaire marqué par le harcèlement ou le décrochage, mauvaises conditions de logement, travail précaire, violences conjugales, addictions, discriminations. Ces facteurs influencent fortement la santé et le parcours de vie. De plus, l'isolement social, le sentiment d'exclusion et la honte peuvent venir s'additionner en tant que conséquences fréquentes du statut de bénéficiaire du RI. Il paraît alors pertinent de :

- Renforcer les axes de prévention sur les déterminants sociaux de la santé
 - Lutter contre la précarité
 - Améliorer l'accès au logement
 - Soutenir les mesures de santé au travail
 - Intensifier la prévention des violences intrafamiliales et conjugales
 - Renforcer la prévention des addictions
 - Accroître l'attention sur les facteurs de discrimination

- Valoriser les bénéficiaires
 - Créer de nouveaux outils d'accompagnement santé-social
 - Proposer des activités rémunérées ou des formations certifiantes

Influence santé-insertion

Les bénéficiaires du RI se trouvent dans une zone grise : certain-es sont en attente d'une réponse à une demande AI, d'autres ne répondent pas aux critères de l'AI mais ont un état de santé dégradé. Cette situation transitoire devient souvent durable, limitant les possibilités d'insertion. L'état de santé empêche une insertion classique, et la pression à l'insertion peut aggraver l'état de santé. À l'inverse, l'insertion peut améliorer la santé, mais aussi générer du stress. Certains changements pourraient être envisagés afin d'améliorer la situation des bénéficiaires :

- Adapter les dispositifs
 - Étudier la création d'un nouveau statut pour les personnes malades non reconnues par l'AI
 - Alléger les dispositifs d'insertion pour éviter une pression excessive, par exemple sur la charge administrative
- Développer les connaissances sur les relations entre conditions sociales et de santé
 - Favoriser le développement des projets de recherche interdisciplinaires

Accompagnement des bénéficiaires

Les professionnel·les, notamment les AS, sont en première ligne face aux souffrances physiques et/ou mentales des bénéficiaires, sans formation spécifique en santé. La complexité des situations rend difficile l'orientation des bénéficiaires sans risque de dégradation de leur état de santé. Les médecins, quant à eux/elles, sont confronté·es à des situations de santé et de vie complexes, et parfois à la non-adhérence des bénéficiaires aux traitements proposés.

- Favoriser l'intégration santé-social chez les professionnel·les
 - Renforcer les formations continues en santé des professionnel·les du social
 - Sensibiliser les médecins et autres professionnel·les de la santé aux exigences des dispositifs de l'aide sociale

Communication

Le manque de circularité de l'information et le cloisonnement entre métiers nuisent à la prise en charge. Les échanges, le travail en commun et la coordination multidisciplinaires semblent insuffisants, ce qui complique l'accompagnement des bénéficiaires du RI qui ont besoin d'un suivi à la fois social et sanitaire. De plus, la transmission des informations entre les professionnel·les et les bénéficiaires est problématique.

- Favoriser les échanges santé-social
 - Développer une formation commune entre les futur·es professionnel·les de la santé et du social
 - Élargir les interactions entre les professionnel·les de différents horizons par des rencontres régulières
 - Créer des nouveaux outils et procédures de communication sur les droits des bénéficiaires
- Soutenir la pairaidance entre les bénéficiaires
 - Créer un dispositif d'échange et de partage d'expérience

Tableau 8 Résumé des conclusions principales et des recommandations y-relatives

Thématiques	Conclusions-clés	Recommandations
Santé et lien santé-social	Santé somatique et mentale des BRI dégradée et risque d'aggravation durant la période de perception du RI	Maintien en santé par la PSP : création/renforcement des actions prises, ainsi que des mesures orientées « santé »
	Prise en compte tardive de la santé dans l'accompagnement des BRI	Mise en place d'une évaluation conjointe santé-social lors de l'entrée des bénéficiaires au RI
Déterminants sociaux de la santé	Cumul de déterminants sociaux de la santé défavorables chez les BRI	Renforcement des axes de prévention (lutte contre la précarité, accès au logement, santé au travail, violences intrafamiliales et conjugales, addictions)
	Impact négatif du statut de bénéficiaire sur la santé mentale (isolement, sentiment d'exclusion, honte)	Valorisation des BRI (création de nouveaux outils d'accompagnement santé-social, proposition d'activités rémunérées ou de formations certifiantes)
Santé-insertion	Limitation des possibilités d'insertion par l'état de santé	
	Passage d'une situation transitoire à une situation à long terme sans reconnaissance de leur statut	Réflexion sur la création d'un nouveau statut et de droits y-relatifs
	Conséquences négatives du dispositif RI sur la santé somatique et mentale (notamment pression à l'insertion, stress administratif)	Réflexion sur le dispositif, allégement administratif
	Manque d'information et de données sur les relations entre conditions sociales et de santé	Développement d'études spécifiques
Accompagnement des BRI	Accompagnement principalement social (AS) de situations soulevant également des enjeux de santé	Renforcement des formations continues en santé des professionnel·les du social
	Méconnaissance de l'aide sociale des professionnel·les de santé	Formation des médecins aux exigences des dispositifs de l'aide sociale
Communication	Manque d'échanges, de communication et de connaissance des besoins des différent·es acteur·ices	Organisation, à intervalle régulier, de rencontres entre professionnel·les de la santé et du social
	Manque de connaissance des réalités des autres professions	Création d'une formation commune entre futur·es professionnel·les de la santé et du social
	Ecart entre ce que les AS pensent avoir communiqué comme information aux BRI, et ce que ces dernier·ères pensent avoir reçu	Développement de nouveaux outils et procédures de communication sur les droits des BRI

Abréviations : BRI : bénéficiaires du revenu d'insertion ; RI : revenu d'insertion ; PSP : promotion de la santé et prévention ; AS : assistant·es sociaux·ales

8 Références

- 1 Gadreau M, Goujon D. Revenu minimum d'insertion et santé : quelle(s) relation(s) ? Sciences Sociales et Santé. 1994;77–104. Available from: https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1994_num_12_4_1310
- 2 Bonoli G, Champion C, Schlanser R. La réinsertion professionnelle des bénéficiaires de l'aide sociale en Suisse et en Allemagne. Chavannes-Lausanne: IDHEAP : Chaire Politiques sociales; 2013. Available from: <https://iris.unil.ch/handle/iris/228574>
- 3 Reich O, Wolffers F, Signorell A, Blozik E. Health Care Utilization and Expenditures in Persons Receiving Social Assistance in 2012. Global Journal of Health Science. 2015;7(4):1–11. DOI: <https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n4p1>
- 4 Knupfer C, Kaeser L, Bellmann C, Giroud O, Kühr J, Schorderet P-A et al. "RI - 5 ans et plus" : Parcours de vie et liens sociaux des personnes allocataires de longue durée du Revenu d'insertion. Rapport de recherche. Lausanne: Vaud. Département de la santé et de l'action sociale. Secrétariat général. Section politique sociale; 2016.
- 5 Kessler D, Höglinger M, Heiniger S, Jodok L, Hümbelin O. Résumé. Santé des bénéficiaires de l'aide sociale. Analyse de l'état de santé, des comportements de santé, du recours aux prestations de santé et de la reprise d'une activité lucrative Berne: Haute école spécialisée bernoise et Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW), 2021.
- 6 Wilkinson RG, Marmot M. Social determinants of health: the solid facts. Copenhagen: World Health Organization; 2003.
- 7 Burla L. La santé accessible à toutes et tous? Rapport sur les iniquités en matière de santé en Suisse. Neuchâtel Observatoire suisse de la santé (Obsan) 2025. (Rapport 10/25).
- 8 Marmot M. Social determinants of health inequalities. Lancet. 2005;365(9464):1099–104. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(05\)71146-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(05)71146-6)
- 9 Duvoux N, Vezinat N. La santé sociale. Paris Puf 2022.
- 10 Koutaïssouff D, Stadelmann S, Simon-Vermet P, Gervasoni J-P. Evaluation du projet SPAS-PMU REVIAC. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP), 2015.
- 11 Samusure J, Ka Sing Ho L, Gonçalves Alvané T, Tzartzas K, Marion-Veyron R. Dispositif de médecin-conseil pour le revenu d'insertion: état des lieux en 2021. Revue Médicale Suisse. 2021;17(749):1534–6. DOI: <https://doi.org/10.53738/revmed.2021.17.749.1534>
- 12 Marion-Veyron R, Cornuz J, Bodenmann P, Favrat B. REVIAC : dix ans de conseil pour les populations en situation de vulnérabilité. Revue Médicale Suisse. 2023;19(849):2118–9. DOI: <https://doi.org/10.53738/REVMED.2023.19.849.2118>
- 13 Balard F, Kivits J, Schrecker C, Voléry I. Chapitre 9. L'analyse qualitative en santé. in Les recherches qualitatives en santé. France: Armand Colin; 2016. p. 167–85.
- 14 Fugard A, Potts H. Thematic Analysis. SAGE Publications Limited; 2020. Available from: <https://books.google.ch/books?id=iLv9zQEACAAJ>
- 15 Saldana J. The Coding Manual for Qualitative Researchers. Thousand Oaks: SAGE Publications Limited; 2021. Available from: <https://books.google.ch/books?id=RwcVEAAAQBAJ>
- 16 Pereira A, Dubath C, Trabichet A-M. Les déterminants de la santé mentale: Synthèse de la littérature scientifique. Genève: Promotion de la santé mentale à Genève, minds, 2021. (1). Available from: <https://minds-ge.ch/l-observatoire>
- 17 Jaquier Erard V, Schindler M, Iglesias K, Escat E. Les violences psychologiques envers les femmes dans le couple. Impacts des violences psychologiques sur la santé en regard des ressources, stratégies et soutiens des femmes victimes. Neuchâtel Université de Neuchâtel 2024. Available from: <https://libra.unine.ch/handle/20.500.14713/99828>
- 18 Broers B, Gache P, Humair J-P. Addictions en médecine communautaire : réflexions et perspectives. Revue Médicale Suisse. 2003;61(2451):1782–5. DOI: <https://doi.org/10.53738/revmed.2003.61.2451.1782>
- 19 Rosenstein E, Mimouni S. COVID-19: les politiques sociales à l'épreuve de la pandémie. Genève: Seismo; 2022. DOI: <https://doi.org/https://doi.org/10.33058/seismo.20747>
- 20 Krief P, Kokkinakis I. Les défis de la santé au travail en Suisse. Revue Médicale Suisse. 2022;18(788):1287–8. DOI: <https://doi.org/10.53738/revmed.2022.18.788.1287>

- 21 Zwick Monney M. Les échecs de l'insertion. Rouages et engrenages d'un mouvement permanent. Yverdon-les-Bains: Association romande et tessinoise des institutions d'action sociale ARTIAS, 2016.

9 Annexes

9.1 Argumentaire transmis aux assistant·es sociaux·ales



Etude sur la Santé Bénéficiaires RI

Argumentaire à l'attention des assistant·e·s sociaux·ales recrutant des participant·e·s

Unisanté a été mandaté par la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) du Canton de Vaud pour mener une étude visant à explorer les liens entre la santé et l'insertion professionnelle des bénéficiaires du revenu d'insertion (RI) dans le Canton de Vaud.

Une des étapes de cette étude est de mener des **entretiens individuels avec des bénéficiaires du RI** pour qu'ils puissent nous faire part de leur expérience.

En tant qu'assistant·e social·e, vous êtes un·e partenaire clé dans ce recrutement. Nous avons besoin de votre aide comme relais auprès des bénéficiaires afin de les solliciter pour participer à cette étude.

Concrètement : Pouvez-vous demander à **toutes et tous les bénéficiaires (âgé·es entre 18 et 65 ans) que vous rencontrez** dans le cadre d'un entretien de suivi s'il·elle est d'accord de participer à cette recherche et de nous transmettre leurs coordonnées pour que nous puissions le·la recontacter et l'inviter à un entretien.

Voici les étapes que vous pouvez suivre pour faire votre demande (mais vous êtes bien sûr libre de présenter les choses dans l'ordre qui vous semble bon) :

- Nos collègues à Unisanté sont en train de mener une étude sur les liens entre les domaines de la santé et du social chez les personnes bénéficiant du RI dans le Canton de Vaud dans le but de proposer des recommandations pour améliorer ces prises en charges. Pour ça, ils cherchent 30 bénéficiaires du RI de tout âge et genre pour participer.
- Si vous acceptez, vous participerez à un entretien avec une chercheuse d'Unisanté qui vous demandera votre avis et votre expérience par rapport à la prise en charge santé sociale dans notre canton. Vous pourrez ainsi contribuer à un rapport de recherche qui sera transmis à la DGCS et qui pourra améliorer la situation.
- L'entretien durera environ 1h30, vous serez seul·e à seul·e avec la chercheuse. L'entretien sera anonyme, c'est-à-dire que votre nom ou tout moyen de vous identifier sera effacé et vous pourrez vous exprimer en toute confidentialité. Les chercheuses analyseront les entretiens de façon générale mais ne citerons jamais votre nom.
- Ça vous intéresse ? Si oui, je donne votre nom, prénom et numéro de téléphone mobile aux chercheuses qui vous contacterons ces prochains jours.
- Vous pourrez fixer directement avec la chercheuse la date, l'heure et le lieu qui vous arrange (au CSR, dans les locaux d'Unisanté, ou chez vous).

- Vous recevrez un bon de CHF 30.- pour vous remercier de votre participation.

En cas de question, vous pouvez contactez Mélinée Schindler, melinee.schindler@unisante.ch,
tel: +41 21 314 61 63

Pour aller plus loin :

Les pages suivantes détaillent un peu plus la recherche, son but, ainsi que ce qui est demandé des bénéficiaires. En cas de doutes, vous pouvez vous y référer.

Quel est le but de la recherche ?

Proposer des recommandations pour améliorer l'accompagnement sanitaire et social des bénéficiaires du RI, en donnant la parole aux bénéficiaires.

Quel sera le rôle du/de la bénéficiaire ?

Il·elle partage son expérience vécue et donne son avis sur sa santé, son parcours d'insertion et de désinsertion. Il·elle réfléchit sur les améliorations possibles et contribue à un rapport de recherche qui sera pris en considération dans les réflexions du Canton.

Que va-t-il·elle en retirer ?

Le·la bénéficiaire a la possibilité de contribuer à des propositions concrètes et de pouvoir partager librement ses expériences dans un cadre bienveillant et confidentiel.

Pourquoi participer ?

Il est important d'inclure la parole des bénéficiaires dans ce projet afin d'être au plus près de leurs besoins et de prendre en compte leur suggestions. Leurs expériences et leurs réflexions serviront à mettre sur pieds des propositions concrètes pour améliorer l'accompagnement des bénéficiaires du RI.

Entretiens individuels et recrutement

Le but des entretiens est de mieux comprendre comment les bénéficiaires sont arrivé·e-s au RI. Dans ce cadre, les bénéficiaires auront l'occasion de s'exprimer sur leur perception de leur état de santé, les liens entre leur état de santé et leur insertion sociale et professionnelle. Ainsi, excepté les critères cités ci-dessous, aucune compétence particulière n'est nécessaire.

Le but est de mener une trentaine d'entretiens individuels, d'environ 1h30.

Critères d'inclusion :

Les critères pour sélectionner les potentiel·les participant·es sont les suivants :

- Personnes de 18-65 ans, si possible des personnes d'âges variés

- Qui ont plus de 6 mois au RI
- Possibilité de prendre un-e interprète en cas de besoin

Déroulement du recrutement

Nous souhaitons que le recrutement des participant·es se fasse par le biais des professionnel·les de terrain car l'accès privilégié et le lien de confiance que vous entretenez (ou avez entretenu) avec vos bénéficiaires est une des clés pour la réussite de ce recrutement. Cependant, ce lien de confiance peut également induire que le/la bénéficiaire ne se sente pas libre de refuser la proposition. Ainsi, nous vous encourageons à être clair sur le fait que la participation à cet entretien se fait sur une base volontaire et qu'il n'y aura aucune conséquence si le/la bénéficiaire refuse de participer.

Organisation pratique (lieu de rencontre, frais de transports, etc)

Les entretiens individuels auront lieu sur une seule rencontre, et devraient durer environ 1h 30. Ces rencontres peuvent avoir lieu à Unisanté, dans le CSR au sein duquel le·la bénéficiaire est pris·e en charge, ou chez le·la bénéficiaire directement, à leur convenance. En cas d'empêchement, il leur est demandé de prévenir la chercheuse.

Suite à leur participation, les bénéficiaires recevront un bon d'achat d'une valeur de CHF 30.- pour les remercier.

Les entretiens seront menés par Mme Mélinée Schindler ou Mme Diana Fernandes Palhares, chercheuses au Secteur Sciences Sociales d'Unisanté. Elles contacteront chaque participant·e. avant la première séance pour s'assurer qu'ils·elles ont toutes les informations nécessaires et répondre aux éventuelles questions de dernière minute.

Importance des mots

Cet argumentaire fournit beaucoup d'informations. L'importance est de rester simple et clair dans l'explication du projet, et de le concentrer sur la participation à l'entretien et les implications pour les bénéficiaires.

Utilité de la participation

Pour réussir à motiver les bénéficiaires, il est important de rappeler l'utilité de leur participation à ce projet. Ils·elles pourront faire part de leurs expériences et participer à la construction de recommandations qui pourraient amener à des améliorations concrètes.

Les bénéficiaires sont expert·es de leur vécu

Toute personne répondant aux critères présentés ci-dessus peut participer car ce qui nous intéresse dans ce projet est l'expérience vécue par les personnes. Il n'y a pas besoin de compétences supplémentaires pour participer. La participation à ces entretiens individuels est sur une base volontaire et donc, ce que nous recherchons, ce sont des personnes qui sont bénéficiaires du RI et qui souhaitent s'exprimer à ce sujet.

Confidentialité

Il est également important de rappeler que tous les échanges sur les expériences individuelles qui auront lieu durant les entretiens individuels seront confidentiels. Les personnes ne risquent aucune sanction pour leur participation (ou leur refus de participer) ainsi que pour leurs propos.

Résumé de la recherche

Les recherches sur l'état de santé des bénéficiaires de l'aide sociale montrent que ces personnes souffrent plus fréquemment que la moyenne de problèmes de santé. Divers troubles psychiques, somatiques ou combinés peuvent accentuer les difficultés des bénéficiaires du RI à accéder aux mesures d'insertion. C'est pourquoi connaître la situation sanitaire des bénéficiaires est essentiel pour mettre en place un suivi optimal. Dans le but de mieux accompagner et soutenir les bénéficiaires du revenu d'insertion (RI), un dispositif de médecin-conseil « REVIAC » (Réinsertion vie active), a été mis en place en 2013 entre la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS) et le Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). Dans le cadre de ce dispositif, des médecins-conseils (MC) travaillent comme soutien aux assistant-es sociaux-ales (AS) des centres sociaux régionaux (CSR) pour appréhender les situations complexes, notamment en ce qui concerne l'état de santé de la personne dans l'optique de préparer un projet d'insertion.

À partir de ces constats et à la demande de la DGCS, nous menons une recherche auprès des bénéficiaires du RI axée sur les trajectoires de vie santé-social. L'objectif est de mieux comprendre, du point de vue des personnes concernées, dans quelle mesure diverses problématiques de santé (psychiques, somatiques, complexes) peuvent interférer avec leurs projets d'insertion. Dans cette perspective, cette étude vise à établir un état des lieux de la santé somatique et psychique des personnes qui sont au RI et la façon dont les éventuels problèmes de santé influent sur les possibilités et capacités à se réinsérer.

Dans cette recherche, nous effectuerons des entretiens individuels semi-structurés avec, non seulement des bénéficiaires du RI, mais également des AS et des MC. Les entretiens individuels permettent d'aborder des problématiques qu'il peut être autrement difficile d'évoquer en groupe et de retracer les trajectoires de vie santé-social individuels des personnes interrogées de manière détaillée. Dans le cas où les problématiques de santé n'émergent pas spontanément, des questions plus spécifiques à cette thématique seront posées dans des questions de relance.

9.2 Codebook

Catégories	Codes	Définitions
Perception de l'état de santé des bénéficiaires du RI	Santé somatique	Description de l'état de santé somatique des BRI tel que perçu par les professionnels, des problématiques de santé somatique observées
	Santé psy	Description de l'état de santé psy des BRI tel que perçu par les professionnels, des problématiques de santé psy observées
	Relations psy/somatique	Description des relations entre la santé psy et la santé somatique des BRI, de la façon dont l'un influence l'autre
	Evolution de l'état de santé	Description de l'évolution de l'état de santé général des BRI au cours des dernières années (ex.: augmentation des difficultés psy)
Prise en charge sanitaire des BRI	Prise en charge somatique	Perception de la prise en charge pour les problématiques de santé somatique, y.c. l'accès aux soins
	Prise en charge psy	Perception de la prise en charge pour les problématiques de santé psy, y.c. l'accès aux soins
Liens santé-social	Santé --> social	Impact perçu de l'état de santé sur la situation sociale
	Social --> santé	Impact perçu de la situation sociale sur l'état de santé
	Circularité santé-social	Santé et social perçus comme étant interdépendants, sans qu'une direction spécifique ne soit spécifiée
Collaboration interprofessionnelle	Au sein du dispositif RI	Collaboration entre les différents professionnels travaillant pour le RI (par ex., entre AS et MC)
	RI / externe	Collaboration interprofessionnelle avec les personnes externes
Représentations des BRI	Santé somatique/psy	Perception des représentations que les BRI ont de la santé somatique et psy (y.c. stigmatisation des troubles psy, par ex.)
	Aide sociale	Perception des représentations des BRI de l'aide sociale (AI, RI) (ex.: honte d'être au RI)
Besoins/améliorations	Aspects organisationnels	Aspects relatifs à l'organisation du travail et des ressources au sein de la DGCS (ex.: augmentation des supervisions internes)
	Collaboration/communication avec les professionnels externes	Favoriser les échanges et la collaboration avec les professionnels externes et les autres institutions, faire connaître le RI
	Lien santé-social	Développement/renforcement l'inclusion de la santé dans le social, et inversement

unisanté

Centre universitaire de médecine générale
et santé publique · Lausanne