

Evaluation des situations complexes dans l'accompagnement social - santé

L'outil Comp/Ass (version 01.03)

**Catherine Ludwig, Catherine Busnel, Noelia Delicado,
Aude Michel, Marco Zarrillo**

Genève, le 1^{er} septembre 2025

Une publication réalisée avec le soutien de :



Hospice général

Résumé

Le Comp/Ass est un outil d'évaluation des situations complexes dans l'accompagnement social – santé, à savoir des situations dans lesquelles une multitude de facteurs (conditions socio-économiques, entourage social, santé physique, santé mentale, comportement, intervenants, instabilité) est susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé d'une personne accompagnée. Le Comp/Ass a été développé par consensus d'experts sur la base des besoins énoncés par les professionnels et professionnelles du travail social et de la santé. L'outil est conçu pour décrire, structurer et partager la lecture de la complexité dans l'accompagnement social-santé. Il est un support permettant de renforcer les compétences du « travailler ensemble » en favorisant le dialogue interdisciplinaire et la coconstruction d'actions intégrées, coordonnées et adaptées aux besoins individuels des bénéficiaires.

Table des matières

| | |
|--------------------------------|----|
| Préambule | 1 |
| Comp/Ass Forme Courte | 3 |
| Comp/Ass Forme Détaillée | 5 |
| Glossaire | 13 |
| Bibliographie | 27 |

Note

Dans le présent document, les formes rédactionnelles épiciennes et les doublets féminins-masculins sont privilégiés. A certaines occasions, pour alléger le texte, le masculin ou le féminin sont néanmoins utilisés au sens générique.

Abréviations

| Abréviation | Texte complet |
|-------------|---|
| aha! | Centre d'Allergie Suisse |
| AVQ [ADL] | Activités de la vie quotidienne [activities of daily living] |
| AlVQ [IADL] | Activités instrumentales de la vie quotidienne [Instrumental activities of daily living] |
| AI | Assurance-invalidité (dans le système suisse) |
| AVS | Assurance-vieillesse et survivants (dans le système suisse) |
| CCPA | Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile, canton de Genève, Suisse |
| Comp/Ass | Complexité dans l'accompagnement social-santé |
| CSIAS | Conférence suisse des institutions d'action sociale |
| DCPP | Direction collaboration et partenariat patient, Université de Montréal, Québec |
| DFI | Département Fédéral de l'Intérieur (Suisse) |
| DSM | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux] |
| FEANTSA | Fédération Européenne d'Associations Nationales Travailant avec les Sans-Abri |
| HAS | Haute Autorité de Santé (France) |
| HEDS-GE | Haute école de santé de Genève |
| HES-SO | Haute école spécialisée de suisse occidentale |
| HETS-GE | Haute école de travail social de Genève |
| HG | Hospice Général, canton de Genève, Suisse |
| IASP | International Association for the Study of Pain [Association internationale pour l'étude de la douleur] |
| ICA | Collectif (Im)Patients Chroniques & Associés |
| IMAD | Institution genevoise de maintien à domicile |
| LAMal | Loi fédérale sur l'assurance-maladie (dans le système suisse) |
| MSD | Merck Sharp & Dohme (ou Manuel Merck des Diagnostiques et Thérapies) |
| OCDE | Organisation de Coopération et de Développement Economiques |
| OFS | Office fédéral de la statistique (Suisse) |
| OFSP | Office Fédéral de la Santé Publique (Suisse) |
| OAMal | Ordonnance sur l'assurance-maladie (dans le système suisse) |
| OIC | Ordonnance concernant les infirmités congénitales (dans le système suisse) |
| OMS [WHO] | Organisation mondiale de la santé [World Health Organization] |
| OPAS | Ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (dans le système suisse) |
| RIPPH | Réseau International sur le Processus de Production du Handicap |
| RMS | Revue Médicale Suisse |
| TOC | Trouble obsessionnel-compulsif |
| TSA | Trouble du spectre de l'autisme |
| TSS | Trouble du spectre de la schizophrénie |
| UNESCO | United Nations Educational Scientific Cultural Organization [Organisation des Nations Unies pour l'Éducation, la Science et la Culture] |

Préambule

Au dire des professionnelles et professionnels du travail social et de la santé, les « situations complexes » posent des défis à relever quotidiennement dans les pratiques d'accompagnement social-santé. Le premier est celui d'une évaluation standardisée et consensuelle de la complexité.

S'il existe autant de définitions de la complexité qu'il y a de domaines et de champs d'application, le modèle Comp/Ass définit une situation complexe dans l'accompagnement social-santé comme « *une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs (conditions socio-économiques, entourage social, santé physique, santé mentale, comportement, intervenants, instabilité) est susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée* ».

Dans la perspective de répondre aux besoins individualisés des bénéficiaires, les professionnelles et professionnels du travail social et de la santé s'attèlent à proposer des interventions intégrées. Ce processus débute par une évaluation globale de la situation qui permet d'identifier des points d'attentions. Cette première évaluation est complétée par une évaluation spécifique ciblée sur les besoins identifiés. Enfin, un plan d'intervention est précisé, en fixant des objectifs et priorisant des actions, en commun accord entre les professionnels impliqués, la personne bénéficiaire et/ou ses proches.

But du Comp/Ass. Le but du Comp/Ass est de structurer l'évaluation globale de la complexité dans l'accompagnement social-santé. Il outille les professionnels pour identifier les éléments d'une situation susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée.

Information fournie par le Comp/Ass. Le Comp/Ass permet aux professionnelles et professionnels de renseigner les éléments qui, selon eux, contribuent à la complexité d'une situation à un moment donné. Le Comp/Ass fournit un « photo » qui, par définition, peut être différente selon le point de vue de la personne qui « photographie » la situation ; les points d'attention varient en fonction des postures, compétences, champs d'expertises et expériences des « photographes ». Dans le Comp/Ass, il n'y pas de réponses « bonnes / vraies » ou « mauvaises / fausses », mais des éléments identifiés pour orienter, ensuite, vers une évaluation ciblée et spécifique.

Applications du Comp/Ass. Le Comp/Ass est conçu pour toute évaluation globale d'une situation d'accompagnement social-santé impliquant une personne adulte (18 ans ou plus) capable de discernement. En tant qu'instrument structuré, le Comp/Ass peut être utilisé par plusieurs professionnels pour évaluer une même situation. Il permet alors d'engager le dialogue, de croiser les regards, de s'accorder et se coordonner sur les problématiques à prioriser et les actions à entreprendre de manière concertée. Le Comp/Ass peut aussi être utilisé à différentes moments d'un accompagnement ; il est alors un support permettant une évaluation de suivis, de changements, d'évolutions.

Interprétation des résultats du Comp/Ass. Le Comp/Ass comporte 30 éléments (items) organisés dans 7 dimensions (ou facteurs de complexité). Pour chaque élément, les professionnels décident si cet élément est susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Les réponses « OUI » correspondent aux éléments identifiés comme des problématiques contribuant à la complexité de la situation ; ils méritent une évaluation complémentaire ciblée et spécifique. Les réponses « NON » correspondent aux éléments ne contribuant pas à la complexité de la situation actuelle ; ils méritent d'être envisagés comme des ressources dans un plan d'intervention.

Comp/Ass Forme Courte

Consigne. Le Comp/Ass est un outil dédié à l'évaluation de la complexité des situations dans l'accompagnement social-santé. Il permet une évaluation globale et rapide. Il comporte 30 éléments, organisés sur 7 dimensions. Renseignez chaque élément par « OUI » ou « NON ». **Attribuez « OUI » si, de votre point de vue, l'élément contribue à la complexité de la situation.** Attribuez « NON » si, de votre point de vue, ce n'est pas le cas. Pour choisir votre réponse, fiez-vous à votre expertise en tant que professionnel ou professionnel du travail social ou de la santé. En cas d'hésitation entre les réponses « OUI » et « NON », il est préférable de répondre « OUI » et majorer l'évaluation.

| | NON | OUI |
|---|-----|-----|
| 1. Dimension "Conditions socio-économiques" | | |
| 1A. Difficultés financières Est-ce que des difficultés financières contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 1B. Problématique d'assurance Est-ce qu'une problématique d'assurance sociale et/ou de santé contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 1C. Logement inadapté et/ou barrière environnementale Est-ce que qu'une problématique liée aux conditions de logement et/ou au lieu de vie contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 1D. Problématique d'emploi Est-ce qu'une problématique d'emploi et/ou d'employabilité contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 2. Dimension "Entourage social" | | |
| 2A. Problématique avec la famille et/ou les proches Est-ce qu'une problématique avec la famille, des amis ou des proches contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 2B. Problématique avec le réseau social, le voisinage et/ou la communauté Est-ce qu'une problématique avec le réseau social, le voisinage et/ou la communauté contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 2C. Problématique de rupture avec la société Est-ce qu'une problématique d'isolement social et/ou de rupture avec la société contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 2D. Problématique de littératie Est-ce que des difficultés à accéder, comprendre et/ou utiliser des informations contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 3. Dimension "Santé physique" | | |
| 3A. Difficultés fonctionnelles, motrices et/ou sensorielles Est-ce des difficultés fonctionnelles et/ou des difficultés à bouger, à voir et/ou à entendre contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 3B. Maladie(s), allergie(s) et symptôme(s) inexpliqué(s) Est-ce qu'une ou plusieurs maladies, allergies et/ou symptômes inexpliqués contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 3C. Fatigue et/ou douleurs chroniques Est-ce qu'une fatigue et/ou des douleurs chroniques contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 3D. Problématique de traitements / médicaments Est-ce qu'une problématique liée à des traitements ou des médicaments contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 4. Dimension "Santé mentale" | | |
| 4A. Difficultés cognitives majeures Est-ce que la présence de difficultés cognitives / intellectuelles majeures contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 4B. Troubles psychiques envahissants Est-ce qu'une symptomatologie de troubles psychiques envahissants contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 4C. Dépression et/ou anxiété Est-ce qu'une symptomatologie dépressive et/ou anxiante contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 4D. Addiction(s) Est-ce que la présence d'addiction(s) contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 5. Dimension "Comportement" | | |
| 5A. Sollicitations récurrentes du réseau de professionnels Est-ce que des sollicitations récurrentes des professionnels du réseau contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 5B. Communication ambivalente avec le réseau de professionnels Est-ce qu'une communication ambivalente des professionnels du réseau contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 5C. Agressivité envers le réseau de professionnels Est-ce qu'une agressivité physique et/ou verbale envers des professionnels du réseau contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 5D. Opposition aux interventions sociales et/ou aux soins Est-ce qu'une résistance ou une opposition à une intervention sociale, une aide et/ou à des soins contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 5E. Non recours aux prestations sociales et/ou renoncement aux soins Est-ce qu'un non-recours à des prestations sociales et/ou un renoncement à des soins contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |

Comp/Ass Forme Courte : suite

| | NON | OUI |
|--|-----|-----|
| 6. Dimension "Intervenants / réseau" | | |
| 6A. Limites dans les disponibilités des intervenants et/ou des institutions Est-ce que des limites dans la disponibilité des intervenants et/ou des institutions contribuent à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 6B. Multitude et/ou diversité des intervenants professionnels Est-ce la multitude et/ou la diversité des intervenants du réseau de professionnels contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 6C. Faible degré de partenariat entre bénéficiaire, proche(s) et professionnel(s) Est-ce qu'un faible degré de partenariat entre bénéficiaire, proche(s) et professionnel(s) contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 6D. Incohérence de la prise en charge Est-ce qu'une incohérence ou une perte de sens dans la prise en charge contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 6E. Lourdeur de la prise en charge Est-ce qu'une lourdeur (émotionnelle et/ou physique) dans la prise en charge contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 7. Dimension "Instabilité" | | |
| 7A. Période de transition et/ou changement récent des conditions sociales Est-ce qu'une transition et/ou un changement récent dans les conditions sociales contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 7B. Instabilité / imprévisibilité des conditions sociales Est-ce qu'une instabilité et/ou une imprévisibilité des conditions sociales contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 7C. Période de transition et/ou changement récent de l'état de santé Est-ce qu'une transition et/ou un changement récent dans l'état de santé contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| 7D. Instabilité / imprévisibilité de l'état de santé Est-ce qu'une instabilité et/ou une imprévisibilité de l'état de santé contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |

Score Comp/Ass – Synthèse

| | |
|--|-----------|
| 1. Dimension "Conditions socio-économiques" | ____ / 4 |
| 2. Dimension "Entourage social" | ____ / 4 |
| 3. Dimension "Santé physique" | ____ / 4 |
| 4. Dimension "Santé mentale" | ____ / 4 |
| 5. Dimension "Comportement" | ____ / 5 |
| 6. Dimension "Intervenants / réseau" | ____ / 5 |
| 7. Dimension "Instabilité" | ____ / 4 |
| SCORE TOTAL | ____ / 30 |

Note. Pour le calcul du score, attribuer 1 point à chaque « OUI » ; le score par dimension est la somme des points ; Le score total est la somme des points des dimensions ; il varie de 0 à 30.

Comp/Ass Forme Détailée

Consigne. Le Comp/Ass est un outil dédié à l'évaluation de la complexité des situations dans l'accompagnement social-santé. Il permet une évaluation globale et rapide. Il comporte 30 éléments, organisés sur 7 dimensions. Renseignez chaque élément par « OUI » ou « NON ». **Attribuez « OUI » si, de votre point de vue, l'élément contribue à la complexité de la situation.** Attribuez « NON » si, de votre point de vue, ce n'est pas le cas. Pour choisir votre réponse, fiez-vous à votre expertise en tant que professionnel ou professionnel du travail social ou de la santé. En cas d'hésitation entre les réponses « OUI » et « NON », il est préférable de répondre « OUI » et majorer l'évaluation.

| | NON | OUI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Dimension "Conditions socio-économiques" | | |
| 1A. Difficultés financières Est-ce que des difficultés financières contribuent à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exemples: ressources financières (revenus issus de salaires, d'aides, assurances ou rentes, autres ressources) insuffisantes pour répondre aux besoins de base ; surendettement ; ressources financières insuffisantes pour effectuer ses paiements et éventuellement ceux de sa famille ; ressources financières insuffisantes pour supporter des aides et/ou des soins, des coûts exceptionnels ou inattendus de santé (matériel, traitements à charge des bénéficiaires) ou des frais exceptionnels ou inattendus pour assurer des besoins de base ; présence d'un événement familial ayant un impact financier sur la situation (enfants à charge, parents à charge, vente de biens pour assurer un projet de vie et/ou de santé) ; emprunt fréquent d'argent à des proches, <i>leasing</i> , crédits et emprunts cumulés ; découverts bancaires, postaux ou de cartes de crédit. | | |
| 1B. Problématique d'assurance Est-ce qu'une problématique d'assurance sociale et/ou de santé contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exemples: absence totale ou partielle de couverture d'assurance ; conditions d'assurances non remplies (p.ex. pas de reconnaissance assurance invalidité [AI]) ; absence total ou partielle de droit (p.ex. sans permis, situation irrégulière) ; couverture d'assurance insuffisante d'origines variées (limites d'assurance et/ou absence de remboursements pour prestations spécifiques ; limitation de couverture en conséquence de primes et/ou des restes à charges impayés ; ...). | | |
| 1C. Logement inadapté et/ou barrière environnementale Est-ce que qu'une problématique liée aux conditions de logement et/ou au lieu de vie contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exemples: situation de sans-abrisme (situation de rue, hébergement d'urgence) ; situation sans logement (vit en foyer, abris, hébergement) ; vit dans un logement précaire (provisoire, en voie d'expulsion) ; vit dans un logement inadéquat (non conventionnel, provisoire, indigne, surpeuplé, insalubre) ; accès au logement difficile (p.ex. absence d'ascenseur, de rampe d'accès) ; obstacles ou barrières environnementales (physiques et architecturales) nuisant à la mobilité dans et autour du logement ; violence, conflits de voisinage et/ou insécurité dans le quartier qui réduisent les sorties et les déplacements ; équipement réduit ou inexistant pour les technologies de l'information (connexion internet, téléphone, téléphone portable). | | |
| 1D. Problématique d'emploi Est-ce qu'une problématique d'emploi et/ou d'employabilité contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Exemples: absence de formation achevée limitant l'accès à l'emploi ; non reconnaissance des diplômes obtenus ; non reconnaissance du niveau de formation achevé, de compétences validées et/ou d'acquis de l'expérience ; difficultés d'accessibilité à l'emploi (p.ex. situation de handicap, problématique de santé physique, mentale) ou problématique administrative (statut non reconnu, permis ne permettant pas d'accéder à l'emploi) ; « sous-employabilité » (non reconnaissance de diplômes, / certificats obtenus à l'étranger) ; adaptation et aménagement insuffisant des conditions de travail ; cible professionnelle incohérente / inadéquate avec le projet de vie et/ou de santé ; emploi au « noir » ou « complémentaire » ; éloignement du marché de l'emploi depuis de nombreuses années ; conjoncture économique limitant les opportunités de travail ; une activité lucrative inadaptée ou inadéquate, travail au noir. | | |

Comp/Ass Forme Détailée

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 2/7)

| | NON | OUI |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 2. Dimension "Entourage social" | | |
| 2A. Problématique avec la famille et/ou les proches Est-ce qu'une problématique avec la famille, des amis ou des proches contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a des tensions ou ruptures (perçue ou réelle) avec la famille, les personnes proches aidantes et/ou l'entourage proche susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: contacts peu fréquents (peu de visites, de contacts téléphoniques ou de courriels) avec de la famille ou des amis ; entourage familial absent ou non soutenant ; conflits familiaux ; absence de relations de confiance; non connaissance, non compréhension et/ou non-reconnaissance par la famille / entourage de la situation sociale ou de santé de la personne ; les tensions sont telles que la présence des proches complique la situation ; les proches aidants ne peuvent pas / plus apporter leur aide ; épuisement du proche-aidant (exprimé p.ex. à travers de la fatigue, de l'atteinte de l'état de santé, d'une détresse psychique, d'un besoin de répit) ; absence de proches aidants (situations où personne dans la famille et/ou l'entourage proche ne peut aider en cas de besoin). | | |
| 2B. Problématique avec le réseau social, le voisinage et/ou la communauté Est-ce qu'une problématique avec le réseau social, le voisinage et/ou la communauté contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a une problématique en lien avec un réseau social (réel ou virtuel) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: tensions ou ruptures (perçue ou réelle) avec le voisinage et/ou la communauté ; tensions dans lieu de vie ; conflits avec le voisinage ; insécurités dans le réseau social ; absence de réseau social ; réseau "toxique" (p.ex. alimente des comportements à risque et/ou illicites). | | |
| 2C. Problématique de rupture avec la société Est-ce qu'une problématique d'isolement social et/ou de rupture avec la société contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a des tensions ou ruptures avec la société susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: isolement social (volontaire ou non) ; diminution / perte du lien social ; activités sociales restreintes ou inexistantes ; retrait social pouvant entraver la prise en soins ou le projet social ; isolement social (réel ou perçu). | | |
| 2D. Problématique de littératie Est-ce que des difficultés à accéder, comprendre et/ou utiliser des informations contribuent à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a des difficultés à comprendre des informations administratives, sociales ou de santé et/ou à utiliser leurs supports susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: faible niveau scolaire ; analphabétisme, illettrisme ; difficultés de communication (expression et/ou compréhension) orale et/ou écrite ; « barrière » de la langue (autant en langage oral ou langue des signes) ; faible maîtrise de langue officielle régionale / nationale ; faibles compétences numériques / technologiques ; difficultés à utiliser internet, un ordinateur, une tablette, un téléphone portable. | | |

Comp/Ass Forme Détailée

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 3/7)

| | NON | OUI |
|---|---------|-----|
| 3. Dimension "Santé physique" | | |
| 3A. Difficultés fonctionnelles, motrices et/ou sensorielles Est-ce des difficultés fonctionnelles et/ou des difficultés à bouger, à voir et/ou à entendre contribuent à la complexité de la situation ? Codage : coder « oui » s'il y a des difficultés motrices et/ou sensorielles susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples : incapacités ou difficultés motrices ou sensorielles congénitales ou acquises (p.ex. accident, accident vasculaire cérébral) ; troubles visuels, cécité totale ou partielle ; troubles auditifs, surdité totale ou partielle ; perte totale ou partielle de l'usage d'un membre ; troubles de l'équilibre ; limites d'indépendance dans les activités de la vie quotidienne (AVQ, besoin d'aide totale ou partielle pour : se doucher ; s'habiller; faire sa toilette; se lever, se coucher; maîtriser ses sphincters et s'alimenter) ; limites d'indépendance dans les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ, besoin d'aide totale ou partielle pour : utiliser le téléphone ; faire ses courses ; faire la cuisine ; faire le ménage ; faire la lessive ; prendre les transports ; gérer ses médicaments ; gérer son argent et ses finances) ; dépendance fonctionnelle à l'origine de besoins accrus en moyens auxiliaires et/ou impliquant une incapacité de gains. | [] [] | |
| 3B. Maladie(s), allergie(s) et symptôme(s) inexpliqué(s) Est-ce qu'une ou plusieurs maladies, allergies et/ou symptômes inexpliqués contribuent à la complexité de la situation ? Codage : coder « oui » s'il y a une ou plusieurs conditions de santé - maladies chroniques ou récidivantes, allergies et/ou symptômes inexpliqués - susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples : maladies chroniques (p.ex. diabète, obésité, maladie coeliaque, asthme); cancers ; maladies persistantes, récidivantes ; aggravation lente des problèmes de santé ; VIH ; COVID long; intolérances et/ou allergies à des aliments et/ou des substances (autre que des médicaments); absence de diagnostic ; symptômes inexpliqués. | [] [] | |
| 3C. Fatigue et/ou douleurs chroniques Est-ce qu'une fatigue et/ou des douleurs chroniques contribuent à la complexité de la situation ? Codage : coder « oui » s'il y a une fatigue et/ou des douleurs chroniques susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples : douleurs ostéoarticulaires, musculaires, neuropathiques de longue durée ; céphalées / migraines récurrentes ; fibromyalgie ; fatigue chronique. | [] [] | |
| 3D. Problématique de traitements / médicaments Est-ce qu'une problématique liée à des traitements ou des médicaments contribue à la complexité de la situation ? Codage : coder « oui » s'il y a une inadéquation médicamenteuse, une polymédication, des traitements inadaptés ou une allergie/intolérance à un médicament susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples : traitements médicamenteux inadaptés, prise régulière de > 5 substances par jour (y compris en réserve ou automédication); automédication inappropriée et/ou non encadrée ; prise de multiples substances (« cocktails de médicaments ») qui engendrent des difficultés à estimer les effets conjoints ; problématiques associées à (l'absence) de traitements hormonaux ou contraceptifs ; arrêt délibéré de la prise du ou des traitements (fenêtre thérapeutique) ; réaction subite à un changement de traitement. | [] [] | |

Comp/Ass Forme Détailée

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 4/7)

| | NON | OUI |
|--|-----|-----|
| 4. Dimension "Santé mentale" | | |
| 4A. Difficultés cognitives majeures Est-ce que la présence de difficultés cognitives / intellectuelles majeures contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a des difficultés cognitives majeures objectivables ou documentées (p.ex. diagnostic médical) susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: altérations de la mémoire, de l'attention / concentration, de la perception, du langage, des fonctions exécutives (planification, inhibition, organisation, contrôle de la cognition) ; altération du raisonnement ; ralentissement de la pensée ; oubli conséquents et fréquents ; difficultés à mémoriser, se rappeler des informations ; désorientation dans le temps et/ou l'espace ; diminution de la capacité de discernement. <u>Diagnostics médicaux établis, connus et documentés</u> : troubles du développement et des apprentissages (p.ex. handicap intellectuel, troubles du spectre autistique, trouble d'hyperactivité/déficit attentionnel, dyslexie) ; trouble neurocognitif (p.ex. maladie de type Alzheimer, Parkinson, Huntington ; état confusionnel, « démence »). | | |
| 4B. Troubles psychiques envahissants Est-ce qu'une symptomatologie de troubles psychiques envahissants contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a une symptomatologie de troubles psychiques envahissants objectivable ou documentée (p.ex. diagnostic médical) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: trouble de la perception de soi ou de la réalité; perturbations des relations interpersonnelles ou de la pensée ; pensée désorganisée ; dépersonnalisation, déréalisation ; délires (p.ex. persécution, paranoïa, grandeur) ; hallucinations (visuelles, auditives, olfactives) ; comportements visant à réduire l'angoisse avec risque pour soi-même et/ou pour autrui (p.ex. comportements auto-agressifs, comportements d'évitement, mutilations) ; troubles du comportement alimentaire (p.ex. boulimie, anorexie, hyperphagie, « binge-eating ») ; comportements excessifs, répétitifs, (i.e. rituels / compulsions, en particulier de lavage, de vérification, de comptage, et de mise en ordre) ; obsessions (pensées, des pulsions, ou des images mentales indésirables et intrusives). <u>Diagnostics médicaux établis, connus et documentés</u> : « troubles du spectre de la schizophrénie ou autre troubles psychotique », « troubles bipolaires et apparentés », « troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés », « troubles dissociatifs », « trouble traumatique et liés à des stress » ou de « trouble des conduites alimentaires ». | | |
| 4C. Dépression et/ou anxiété Est-ce qu'une symptomatologie dépressive et/ou anxiéuse contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a une symptomatologie de dépression, d'humeur dépressive, d'anxiété ou d'angoisse objectivable ou documentée (p.ex. diagnostic médical) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples « dépression » : tristesse non maîtrisée / non stabilisée ; manque d'énergie associée à une perception négative de soi, des autres et de l'avenir ; humeur dépressive avec des répercussions sur la situation et/ou rendant difficile la prise en charge ; tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien ; diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités ; idées suicidaires. <u>Diagnostics médicaux établis, connus et documentés</u> : troubles dépressifs (dépression majeure, dysphorie, dysthymie) ; dysphorie de genre. Exemples « anxiété » : sentiment de malaise, d'appréhension et d'inquiétude, perception réelle ou imaginée d'un danger, stress intense ; comportements d'évitement, pouvant nuire au fonctionnement social ou professionnel. L'anxiété peut se traduire par de multiples symptômes : nausées, vomissements, diarrhée, dyspnée, étouffement, vertiges, évanouissements, sueurs, bouffées de chaleur et de froid, palpitations, augmentation de la fréquence cardiaque, tension musculaire, douleur ou oppression thoracique. <u>Diagnostics médicaux établis, connus et documentés</u> : troubles anxiex (incluant trouble d'anxiété de séparation, mutisme sélectif, phobie spécifique, trouble d'anxiété sociale, trouble panique, agoraphobie, trouble anxiex généralisé, trouble anxiex induit par une substance/un médicament, anxiété due à une autre pathologie, autre trouble anxiex spécifié). | | |
| 4D. Addiction(s) Est-ce que la présence d'addiction(s) contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a un mode de consommation de substances et/ou un schéma de comportement compulsif (addiction) objectivable ou documenté (p.ex. diagnostic médical) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: consommation compulsive de substance licite ou illicite (addiction au tabac, alcool, cannabis, médicaments, stimulants) ; comportements compulsifs (sex, jeux d'argent, aux jeux vidéo, réseaux sociaux, l'activité physique) ; utilisation festive, régulière ou non, de médicaments ou de substances détournées (p.ex. chemsex, stimulants, gaz hilarant, ...). <u>Diagnostics médicaux établis, connus et documentés</u> : troubles liés à l'usage de substances ; troubles de toxicomanie ; addiction comportementale. | | |

Comp/Ass Forme Détailée

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 5/7)

| | NON | OUI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 5. Dimension "Comportement" | | |
| 5A. Sollicitations récurrentes du réseau de professionnels Est-ce que des sollicitations récurrentes des professionnels du réseau contribuent à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a des sollicitations récurrentes du réseau de professionnels susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: non-respect du cadre institutionnel / organisationnel fixant les droits et devoirs de chacun ; appels téléphoniques et/ou courriels récurrents ; multiplication des supports de communication pour le même objet ; besoins répétés de réassurance ; visites sans rendez-vous dans les lieux d'accompagnement social et/ou de santé ; exigence d'immédiateté (demandes, disponibilités) ; triangulation ou multiplication des sollicitations auprès d'interlocuteurs différents du réseau de professionnels ; accaparement des professionnels ; débordement, envahissement ; « phagocytage » ou « harcèlement » (réel ou perçu). | | |
| 5B. Communication ambivalente avec le réseau de professionnels Est-ce qu'une communication ambivalente avec des professionnels du réseau contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a une communication ambivalente avec un ou plusieurs professionnels du réseau susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: attitudes fluctuantes, contradictoires, et/ou ambivalentes envers le projet envisagé ; remise en question et/ou désaccords récurrents entre le ou la bénéficiaire et le réseau de professionnels sur les objectifs ou les modalités du projet social ou de santé. | | |
| 5C. Agressivité envers le réseau de professionnels Est-ce qu'une agressivité physique et/ou verbale envers des professionnels du réseau contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a une agressivité physique et/ou verbale envers les professionnels susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: propos et/ou de gestes menaçants ou dévalorisants (réels ou perçus) ; la nature conflictuelle de la communication altère les relations entre le ou la bénéficiaire et le réseau ; communication et/ou propos et/ou gestes et/ou comportements (réels ou perçus), dévalorisants, disqualifiants, déstabilisants envers les professionnels du social et/ou de la santé ; agressivité ; insultes ; dévalorisations ; communication conflictuelle entre le ou la bénéficiaire et le réseau de professionnels. | | |
| 5D. Opposition aux interventions sociales et/ou aux soins Est-ce qu'une résistance ou une opposition à une intervention sociale, une aide et/ou à des soins contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a une résistance, une opposition et/ou un refus à des interventions sociales, des aides pratiques et/ou à des soins convenus susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: manque (réel ou perçu) à « l'obligation de collaborer » ; refus catégorique et/ou épisodes répétés de refus d'intervention sociale et/ou refus de soins ; mise en place de stratégies d'évitement (réelles ou perçues, p.ex. absences répétées à des rendez-vous, « banalisation ») ; « non adhésion » / « non compliance » au projet convenu ; négociations réitérées pour une ou plusieurs interventions sociales ou de santé ; annulations réitérées et injustifiées de rendez-vous ; mise en échec des propositions et/ou actions d'aide et/ou de soins ; « sabotage » (réel ou perçu) du projet social ou de santé ; opposition « passive » (réelle ou perçue) à des interventions sociales, des aides pratiques et/ou à des soins. | | |
| 5E. Non recours aux prestations sociales et/ou renoncement aux soins Est-ce qu'un non-recours à des prestations sociales et/ou un renoncement à des soins contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » s'il y a un non-recours (volontaire ou non) à des prestations sociales et/ou un renoncement (volontaire ou non) à des soins susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. Exemples: non recours, ou recours tardif, à des prestations sociales, des prestations de droits et de services, auxquelles un ou une bénéficiaire pourrait prétendre ; non demande par non-connaissance des aides disponibles ; non demande par crainte des conséquences (réelle ou perçue) de « stigmatisation » ; non demande pour des questions (réelles ou perçues) d'estime de soi, de préjugés à l'égard des prestataires ou des récipiendaires ; « victimisation ». Renoncement aux soins pour des raisons financières (p.ex. franchise d'assurance ou reste charge trop élevés, prestations non couvertes par l'assurance de base) ; « auto-exclusion », non recours et/ou renoncement délibéré à des services ou à des soins. | | |

Comp/Ass Forme Détailée

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 6/7)

| | NON | OUI |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. Dimension "Intervenants / réseau" | | |
| 6A. Limites dans les disponibilités des intervenants et/ou des institutions Est-ce que des limites dans la disponibilité des intervenants et/ou des institutions contribuent à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » si il y a des limites dans la disponibilité des intervenants du réseau social ou de santé susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: limites structurelles ou fonctionnelles (réelles ou perçues) des organisations prestataires de services ou de soins ; absence ou manque de disponibilité de professionnels de travail social ou des soins ; absence ou manque de curateur, le cas échéant ; limites dans la disponibilité ou les ressources des structures prestataires d'aides, de services et/ou de soins ; problématiques structurelles / institutionnelles limitant le recours aux aides sociales et/ou aux soins (p.ex. non-existence ou indisponibilité d'aides, de services ou de soins) ; délais (réels ou perçus) dans la prise en charge ou la prise en soins imputables à des problématiques structurelles ou organisationnelles ; insuffisance (réelle ou perçue) des ressources humaines nécessaires à une prise en charge ou une prise en soin adéquate ; manque de temps (réel ou perçu) alloué à la prise en charge de la situation et/ou à la coordination; lourdeurs administratives, structurelles et/ou organisationnelles (réelles ou perçues). | | |
| 6B. Multitude et/ou diversité des intervenants professionnels Est-ce la multitude et/ou la diversité des intervenants du réseau de professionnels contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » si le nombre (trois ou plus) et/ou la diversité des intervenants du réseau sont susceptibles de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: multitude d'intervenants concernés par une même situation (p.ex. : médecin traitant ; médecin(s) spécialiste(s) ; professionnels du travail social et/ou de la santé ; curateur ; acteurs du milieu associatif). | | |
| 6C. Faible degré de partenariat entre bénéficiaire, proche(s) et professionnel(s) Est-ce qu'un faible degré de partenariat entre bénéficiaire, proche(s) et professionnel(s) contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » si il y a une absence ou un faible degré de partenariat entre parties prenantes (bénéficiaire, proches, professionnels) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: absence ou faiblesse (réelle ou perçue) de la communication et/ou des échanges entre parties prenantes (bénéficiaire, proches, professionnels) ; absence ou faiblesse (réelle ou perçue) d'objectifs concertés et/ou convenus entre parties prenantes ; absence ou faiblesse (réelle ou perçue) de décisions partagées ; manque de connaissances (réelles ou perçues) de certains intervenants sur les compétences, périmètres d'activités et de décision de l'ensemble des parties prenantes; préjugés et ou a priori (réels ou perçus) envers les bénéficiaires et/ou les professionnel ; résistance ou opposition (réelle ou perçue) du proche-aidant à l'égard du projet social ou de santé. | | |
| 6D. Incohérence de la prise en charge Est-ce qu'une incohérence ou une perte de sens dans la prise en charge contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » si il y a une incohérence (réelle ou perçue) de la prise en charge susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples: sentiment de « perte de sens » à l'égard de la prise en charge ; absence ou faiblesse (réelle ou perçue) dans la coordination entre professionnels dans le projet social ou de santé ; manque de cohésion, de vision commune entre professionnels impliqués ; désaccords, contractions, incompréhension (réels ou perçus) entre les intervenants ; appréciations diverses (réelles ou perçues) entre les intervenants ; divergence (réelle ou perçue) de points de vue entre professionnels ; sentiment de « perte de sens » en regard du projet social ou de santé ; absence ou faiblesse (réelle ou perçue) de « logique », de continuité et/ou de cohérence dans l'expression et les actes réalisés dans le projet social ou de santé ; superposition et/ou dédoublement des démarches; interventions redondantes ; problématique nécessitant un recours à un conseil éthique ; absence de directives anticipées ; « turn-over » des professionnels du social et/ou de la santé. | | |
| 6E. Lourdeur de la prise en charge Est-ce qu'une lourdeur (émotionnelle et/ou physique) dans la prise en charge contribue à la complexité de la situation ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Codage : coder « oui » si il y a un sentiment de lourdeur émotionnelle et/ou physique de la prise en charge susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples de lourdeur émotionnelle : tensions (réelles ou perçues) dans les équipes santé-social et/ou autour du projet ; sentiments de « surcharge mentale », « d'impuissance », de « perte de contrôle », « d'enfouissement émotionnel », « d'absence d'issue ». | | |
| Exemples de lourdeur physique : situation nécessitant l'emploi d'une force physique soutenue et récurrente ; passages ou visites multiples dans la journée ; absence de moyens auxiliaires ou moyens auxiliaires inadaptés. | | |

Comp/Ass Forme Détailée : suite (p. 7/7)

| | NON | OUI |
|--|------------|------------|
| 7. Dimension "Instabilité" | | |
| 7A. Période de transition et/ou changement récent des conditions sociales Est-ce qu'une transition et/ou un changement récent dans les conditions sociales contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a un changement récent des conditions sociales (période de transition) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples de changement dans les conditions sociales : changement dans l'état civil (mariage, partenariat, séparation, divorce, veuvage ; genre) ; changement dans la composition du ménage (p.ex. enfants nouvellement à charge, regroupement familial) ; changement de statut légal et/ou de séjour (p.ex. changement de permis ; naturalisation) ; changement dans les conditions d'accès aux droits, aides et services (p.ex. évolution des critères d'éligibilité aux aides et/ou subventions) ; changement dans les conditions d'emploi (p.ex. augmentation / diminution du temps de travail ; régularisation ou perte d'emploi), changement dans les conditions d'hébergement (p.ex. accès ou perte de logement). | | |
| Exemples d'événements associés à une transition sociale : tournant ou bifurcation sociale ; naissance, mariage, décès du conjoint ou d'un proche, divorce, séparation, déménagement ; perte de logement; expulsion ; migration forcée ; déracinement ; perte d'emploi, licenciement ; fin de droits ; réaffectation de genre. | | |
| 7B. Instabilité / imprévisibilité des conditions sociales Est-ce qu'une instabilité et/ou une imprévisibilité des conditions sociales contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a une impossibilité de prévoir l'évolution des conditions sociales susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples : précarité du statut de séjour (p.ex. sans papiers ; permis S, réfugié) ; condamnation pénale / détention / récidives ; précarité de l'emploi (emploi à taux et/ou durée déterminée) ; précarité du logement (p.ex. sous-location ; accueil d'urgence) ; insécurité matérielle, financière. | | |
| 7C. Période de transition et/ou changement récent de l'état de santé Est-ce qu'une transition et/ou un changement récent dans l'état de santé contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a un changement récent de l'état de santé (période de transition) susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples de changement dans l'état de santé : péjoration ou amélioration récente (réelle ou perçue) de l'état de santé physique ; péjoration ou amélioration récente de l'état de santé mentale et/ou des capacités cognitives (réelle ou perçue) ; péjoration ou amélioration récente (réelle ou perçue) du degré d'indépendance fonctionnelle pour les AVQ et/ou les AIVQ ; grossesse ; transition de sexe ; fin de vie. | | |
| Exemples d'événements associés à une transition de santé : tournant ou bifurcation de santé ; grossesse, naissance ; deuil, décès du conjoint ou d'un proche; retour à domicile ; hospitalisation ; institutionalisation ; annonce de diagnostic ; accident de santé; chirurgie (p.ex. résection, reconstruction) ; décompensation physique ou psychique ; modification de traitement(s) (introduction d'un nouveau traitement, nouvelle posologie ; arrêt temporaire pour « fenêtre thérapeutique »). | | |
| 7D. Instabilité / imprévisibilité de l'état de santé Est-ce qu'une instabilité et/ou une imprévisibilité de l'état de santé contribue à la complexité de la situation ? | [] | [] |
| Codage : coder « oui » s'il y a une impossibilité de prévoir l'évolution de l'état de santé susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée. | | |
| Exemples : fluctuations des fonctions mentales, des capacités cognitives et/ou affectives ; apparition de symptômes inhabituels ; plaies chroniques et/ou récidivantes ; fluctuations de l'autonomie (capacité à décider pour soi) et/ou de l'indépendance (capacité à faire seul) ; admissions multiples en urgence et/ou en unité d'accueil temporaire et/ou hospitalisations répétées ; chutes répétées ; ajustements fréquents des traitements et/ou des posologies. | | |

SCORE TOTAL

| | |
|---|------------------|
| 1. Dimension "Conditions socio-économiques" | ____ / 4 |
| 2. Dimension "Entourage social" | ____ / 4 |
| 3. Dimension "Santé physique" | ____ / 4 |
| 4. Dimension "Santé mentale" | ____ / 4 |
| 5. Dimension "Comportement" | ____ / 5 |
| 6. Dimension "Intervenants / réseau" | ____ / 5 |
| 7. Dimension "Instabilité" | ____ / 4 |
| SCORE TOTAL | ____ / 30 |

Note. Pour le calcul du score, attribuer 1 point à chaque « OUI » ; le score par dimension est la somme des points ; Le score total est la somme des points des dimensions ; il varie de 0 à 30.

Glossaire

Le Comp/Ass trouve son ancrage dans le canton de Genève, en Suisse. Il a été développé par et pour des professionnelles et professionnels du travail social et de la santé actifs ce canton. Ainsi, les termes du glossaires pertinents pour ce contexte méritent d'être ajustés pour une application plus large.

Accompagnement social - santé

L'accompagnement social - santé est un processus relationnel, dynamique et collaboratif qui vise à soutenir une personne dans la réalisation d'un projet social, de soin et/ou de santé, en favorisant son autonomie, son indépendance et son pouvoir d'agir. L'accompagnement social – santé est un phénomène multidimensionnel, multidirectionnel et systémique qui intègre des expertises professionnelles, des expertises profanes et des savoirs expérientiels autour d'un projet dont les contours sont déterminés par la diversité des besoins individuels autant que par la constellation de ressources internes et externes (in)disponibles.

Activités de la vie quotidienne (AVQ)

Selon l'échelle de Katz et al. (1970), les activités de la vie quotidienne sont au nombre de 6 : se doucher (« bathing ») ; s'habiller, se déshabiller (« dressing ») ; faire sa toilette (« toileting ») ; se lever, se coucher (« transferring ») ; maîtriser ses sphincters (« continence ») et s'alimenter (« feeding »). L'indépendance fonctionnelle est présente lorsque la personne est en capacité effective d'effectuer ces activités seule, sans assistance.

Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)

Selon l'échelle de Lawton et Brody (1969), les activités instrumentales de la vie quotidienne sont au nombre de 8 : utiliser le téléphone ; faire ses courses ; faire la cuisine ; faire le ménage ; faire la lessive ; prendre les transports ; gérer ses médicaments ; gérer son argent et ses finances. L'indépendance fonctionnelle instrumentale est présente lorsque la personne est en capacité effective ou estimée d'effectuer ces activités seule, sans assistance.

Addiction

Dans sa Stratégie nationale Addictions, l'OFSP (2025b) définit l'addiction comme « une maladie caractérisée par un comportement compulsif qui persiste malgré les conséquences graves pour la santé et la vie sociale de la personne concernée et de son entourage ». Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 FR, American Psychiatric Association, 2015), « addiction » est un terme utilisé couramment pour décrire des problèmes graves liés à une consommation compulsive et répétée de substances ; mais « addiction » ne constitue pas un diagnostic médical.

Addictions comportementales

L'OFSP (2022) définit les addictions comportementales – également appelées addictions sans substances ou comportements de type addictif – comme une perte de contrôle persistante par l'usage. Empêchant la personne de fonctionner correctement au regard de ses projets de vie et de ses relations sociales, cette perte de contrôle s'accompagne de souffrances et de changements dans son rapport au monde. À l'image des addictions liées à des substances (tabac, alcool, drogues, etc.), les addictions comportementales se traduisent par des signes caractéristiques : perte de contrôle (p.ex. incapacité d'interrompre ou de mettre un terme à l'activité pratiquée), la pratique devient une priorité et la personne renonce à d'autres intérêts (loisirs, activités quotidiennes, obligations ou soins personnels), la pratique se poursuit malgré l'apparition de problèmes. Les comportements compulsifs, répétitifs, les plus documentés sont les comportements de jeu d'argent, de jeu vidéo, le sexe, les achats, l'exercice physique, le travail, l'utilisation d'internet, l'utilisation des réseaux sociaux (Griffiths, 2017).

Allergies / Intolérances

Selon aha! le Centre d'Allergie Suisse, (2021), l'allergie est une réaction d'hypersensibilité du corps contre une substance étrangère bénigne. Ces substances, presque toujours des protéines provenant p. ex. des pollens, des acariens de la poussière de maison, des animaux, des aliments ou des médicaments, sont appelées allergènes. Quand les personnes sensibles entrent en contact avec ces allergènes, leur organisme développe une réaction de défense inappropriée qu'on appelle allergie, qui est due à la fabrication d'anticorps. Les divers symptômes allergiques sont provoqués par cette réaction à la substance étrangère. Les allergies sont de différents types : allergies immédiates qui se manifestent au niveau de la peau et des muqueuses par de rougeurs, des gonflements et/ou des difficultés à respirer (p.ex. allergie pollinique, l'allergie alimentaire,

l'allergie animale, l'allergie au venin d'insectes) ; des allergies médicamenteuses qui se manifestent par des réactions inflammatoires ; des allergies tardives qui se manifestent par de l'eczéma de contact, de fortes démangeaisons, la formation de cloques, et/ou une sensation générale de maladie avec fièvre et abattement (allergie à des métaux, des matières ou produits chimiques, cosmétiques, de nettoyage). Lorsqu'une réaction allergique se produit, elle peut dans le pire des cas mettre la vie en danger. Dans les cas graves, c'est tout le corps qui est touché, ce qui se traduit par une sensation de faiblesse générale, une chute de la tension artérielle, une accélération du rythme cardiaque, voire un choc anaphylactique potentiellement mortel. En cas d'intolérance, le corps a perdu partiellement ou totalement la capacité de digérer une certaine substance - ou n'a jamais eu cette capacité. La plupart du temps, de faibles quantités de la substance déclencheuse sont tolérées, c'est pourquoi il n'est pas nécessaire d'y renoncer complètement. Les intolérances les plus fréquentes sont celles au lactose, au fructose ou à l'histamine (aha! Centre d'Allergie Suisse, 2023).

Analphabétisme

Une personne en situation d'analphabétisme n'a pas appris les fondements de la lecture et de l'écriture, par exemple la graphie, l'alphabet ou la position de la main lors de l'écriture. L'analphabétisme concerne des personnes qui ont été peu ou pas du tout scolarisées (Association Lire et Ecrire, 2012).

Assurances de santé

Les assurances relatives à la santé incluent principalement l'assurance obligatoire des soins (AOS, assurance de base ou assurance maladie) régulée par la loi fédérale et l'ordonnance sur l'assurance maladie (LAMal, Confédération suisse, 1994; OAMal, Confédération suisse, 1995b). L'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) fixe la liste des prestations de l'assurance des soins (Confédération suisse, 1995a).

Assurances sociales

Selon les mémentos du Centre d'information AVS/AI (2025b), les assurances sociales suisses incluent l'assurance-vieillesse et survivants (AVS), l'assurance-invalidité (AI), les prestations complémentaires (PC), les prestations transitoires (PT), les prestations du régime des allocations pour perte de gain (APG), de l'allocation maternité (AMat), l'allocation à l'autre parent (AAP), l'allocation de prise en charge (APC), l'allocation d'adoption (AAdop), les allocations familiales (AF). Elles incluent aussi d'autres assurances, notamment l'assurance-accidents obligatoire, l'affiliation obligatoire à une institution de prévoyance et l'assurance maladie obligatoire. Les conditions d'octroi sont spécifiées et décrites brièvement sur la plateforme Centre d'information AVS/AI (2025b).

Auto-exclusion

En sociologie, l'auto-exclusion est le processus par lequel une personne, anticipant des obstacles ou des rejets (réels ou perçus), ne participe pas à des dispositifs d'aide, de formation, ou d'insertion, même lorsqu'elle y est éligible (Paugam, 1991).

Bénéficiaire

Le terme « bénéficiaire » désigne une personne qui a (eu) recours aux services sociaux et/ou de santé (DCPP, 2016). Il est d'usage courant, et correspond aux termes « usagère ou usager », « patiente ou patient », « cliente ou client » utilisés dans des contextes spécifiques des domaines du travail social et de la santé.

Capacité et incapacité de travail

Selon le Centre d'information AVS/AI (2025a), « Il y a incapacité de travail lorsque, en raison de problèmes de santé, une personne ne peut plus exercer son travail actuel ou dernier ou ne peut plus le faire que partiellement. La capacité de travail résiduelle (éventuellement dans une activité salariée de substitution) ne devrait pas être définie sous forme de pourcentage. Il importe plutôt de déterminer les conditions cadre du travail (par ex. charge maximale pouvant être levée, éviter le travail de nuit, position de travail, assis ou debout, nécessité de faire plus de pauses, etc.). ».

Changement

Un changement désigne toute modification dans l'état, le comportement, les rôles, les croyances, la santé, etc., d'un individu au fil du temps. Un changement ne suppose pas forcément une reconfiguration globale de l'identité ou des rôles sociaux ; le

changement peut survenir en réponse à des événements internes (maturation, vieillissement) ou externes (événements de vie, stress) ; il est souvent mesuré en termes quantitatifs (Charrault, 2020).

Communauté

La communauté est définie comme un groupe de personnes partageant un espace géographique, des valeurs, des besoins, des intérêts ou une identité commune, et qui interagissent pour atteindre des objectifs communs. Cela inclue les dimensions géographique (quartier, ville, village), sociale (identité, valeurs, intérêts communs), fonctionnelle (réseaux de soutien, services partagés) et psychosociale (sentiment d'appartenance) (MacQueen et al., 2001).

Comportement suicidaire

Le suicide est la mort causée par un acte autolésionnel conçu pour être mortel. Le comportement suicidaire englobe un éventail de comportements allant de la tentative de suicide à des comportements préparatoires au suicide complet. Les idées suicidaires désignent le processus de réflexion, de considération ou de planification du suicide. (Moutier, 2023).

Continuité des soins et des services

La continuité des soins (ou continuité des services) désigne la capacité d'assurer une prise en charge coordonnée, cohérente et ininterrompue du patient dans le temps, malgré la diversité des acteurs, des lieux et des niveaux d'intervention du système de santé. L'OMS (2018) définit la continuité des soins comme « le degré auquel une série d'interventions sanitaires est coordonnée et cohérente à travers le temps, les différents prestataires, et les contextes de soins, de manière à répondre aux besoins de santé d'une personne. ». Selon Haggerty et al. (2003), la continuité est informationnelle (transmission adéquate de l'information entre les professionnels de santé, au fil du parcours de soin), relationnelle (maintien d'une relation suivie entre un patient et un ou plusieurs professionnels de santé) et managériale (coordination efficace entre différents services ou niveaux de soins (primaire, secondaire, tertiaire), incluant les transitions entre soins hospitaliers et soins à domicile).

Coordination des soins et services

La coordination des soins (aussi appelée coordination des services de santé) désigne l'ensemble des processus organisationnels, relationnels et cliniques qui visent à assurer que les différents professionnels et établissements impliqués dans le parcours de soins d'un patient travaillent de manière concertée, cohérente et continue pour répondre à ses besoins globaux. (Haute Autorité de Santé [HAS], 2014; World Health Organization [WHO], 2018).

Déficience intellectuelle

Selon le Manuel MSD, « la déficience intellectuelle – ou handicap intellectuel - est caractérisé par un fonctionnement intellectuel sensiblement inférieur à la moyenne (souvent défini comme un quotient intellectuel < 70 à 75) associé à des limitations du fonctionnement adaptatif: communication, autonomie, compétences sociales, prise en charge du patient par lui-même, utilisation des ressources sociales et maintien de la sécurité personnelle, ainsi que le besoin démontré de soutien » (Sulkes, 2024a). Selon le DSM-5, « le handicap intellectuel (troubles du développement intellectuel) est caractérisé par un déficit général des capacités mentales, comme le raisonnement, la résolution de problèmes, la planification, la pensée abstraite, le jugement, les apprentissages scolaires et l'apprentissage à partir de l'expérience. Ces déficits entraînent une altération du fonctionnement adaptatif, de sorte que la personne ne parvient pas à répondre aux normes en matière d'indépendance personnelle et de responsabilité sociale, dans un ou plusieurs aspects de la vie quotidienne, notamment la communication, la participation à la société, le fonctionnement scolaire ou professionnel, et l'indépendance personnelle à la maison ou en collectivité » (American Psychiatric Association, 2015, p. 33).

Dépendance

Une dépendance qualifie le fait que certaines personnes ne parviennent toutefois plus à contrôler leur consommation de substances ou leur pratique. Elles présentent alors des comportement à risque (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2025b). Tout comme « addiction », « dépendance » n'est pas un diagnostic médical, mais un terme assimilé à des troubles de l'usage compulsifs de substance (Khan, 2022a) ou à des comportements non réfrénés (Griffiths, 2017). Les troubles se manifestent par un large éventail de gravité, allant de léger à grave, en fonction du nombre de critères symptomatiques présents.

Douleur

La douleur est « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée ou ressemblant à celle associée à une lésion tissulaire réelle ou potentielle » (International Association for the Study of Pain [IASP], 1994; Raja et al., 2020).

Douleur chronique

« Il est communément admis d'opposer la douleur aiguë, faisant irruption dans le quotidien et disparaissant la plupart du temps spontanément ou à la suite d'un traitement, à la douleur chronique qui, au contraire, se développe et persiste dans un laps de temps plus ou moins long. L'Association internationale pour l'étude de la douleur (Merskey et al., 1994) a défini une douleur chronique comme «une douleur persistant au-delà du temps habituel de guérison», qui est arbitrairement délimité à trois mois pour la clinique et à six mois pour la recherche » (Allaz & Piguet, 2009, p. 1347).

Dysphorie de genre

La dysphorie de genre est un diagnostic médical global introduit par l'American Psychiatric Association (2015). Dans le DSM-5, « Sexe et sexuel se réfèrent aux paramètres biologiques mâle/femelle (dans le contexte de la capacité de reproduction) : chromosomes sexuels, gonades, hormones sexuelles et organes génitaux internes et externes non ambigus. [...]. Le terme genre est utilisé pour désigner le rôle social (généralement légalement reconnu) de garçon ou de fille, d'homme ou de femme. La dysphorie de genre, comme terme descriptif général, se réfère à la non-congruence affective/cognitive d'un individu avec son genre assigné mais est plus spécifiquement définie lorsqu'elle est utilisée comme une catégorie diagnostique. Transgenre se réfère au large spectre d'individus qui s'identifient transitoirement ou de manière persistante avec un genre différent de leur genre de naissance. Transsexuel désigne un individu qui souhaite, ou a déjà subi, une transition sociale du genre masculin vers le genre féminin ou l'inverse, ce qui implique souvent (mais pas systématiquement) des modifications physiques par des traitements hormonaux transsexualisants et/ou par la chirurgie génitale (chirurgie de réassignation du sexe). Dysphorie de genre se réfère à la détresse qui peut accompagner l'incompatibilité entre le genre vécu ou exprimé et le genre assigné. Bien que tous les individus n'éprouvent pas de détresse à la suite d'une telle incongruité, beaucoup sont en difficulté lorsque les interventions somatiques (hormones et/ou chirurgie) ne sont pas disponibles. » American Psychiatric Association (2015, p. 593).

Emploi

« L'emploi est ce qui permet de procurer dignement les moyens de subvenir à l'existence du travailleur et de sa famille. » (Silem, 2011, p. 332).

Employabilité

Selon l'Organisation Internationale du Travail [OIT], « le terme « employabilité » se rapporte aux compétences et aux qualifications transférables qui renforcent la capacité d'un individu à tirer parti des possibilités d'éducation et de formation qui se présentent pour trouver un travail décent et le garder, progresser dans l'entreprise ou en changeant d'emploi, ainsi que s'adapter aux évolutions de la technologie et des conditions du marché du travail » (OIT, 2004, I. §2. (d)). Selon l'OIT, l'employabilité dépend de compétences techniques et transversales (savoirs, savoir-faire, soft skills), du niveau de formation et reconnaissance des diplômes, l'expérience professionnelle ainsi que de la capacité d'adaptation au changement.

Entourage familial

L'entourage familial consiste en l'ensemble des personnes liées à un individu par des liens familiaux (sanguins, légaux ou affectifs), vivant ou non en ménage commun. L'entourage comprend aussi les personnes à charge financièrement ou moralement et les personnes privilégiées (Bonvalet & Lelièvre, 1995).

Exclusion liée au logement

En Europe, on utilise la « Typologie européenne de l'exclusion liée au logement » comme système de classification conceptuelle et opérationnelle de l'exclusion liée au logement (Fédération Européenne d'Associations Nationales Travaillant avec les Sans-Abri [FEANTSA], 2007).

Fatigue chronique

« Le syndrome de fatigue chronique (SFC) est une pathologie invalidante qui associe un épuisement physique persistant et inexplicable à des douleurs diffuses, des troubles du sommeil, des troubles neurocognitifs et neurovégétatifs. » (Gonthier & Favrat, 2015, p. 2236). [...] L'épuisement chronique inexplicable « est constaté cliniquement, persistant ou récurrent. Il constitue un état nouveau dans la vie du patient (il ne s'agit pas d'une fatigue ressentie tout au long de la vie), qui ne résulte pas d'efforts prolongés, qui n'est pas soulagé par le repos, et qui se traduit par une réduction significative des activités professionnelles, scolaires, sociales ou domestiques. » (p. 2238).

Illétrisme

L'illétrisme (ou analphabétisme fonctionnel) définit la situation d'un adulte qui, bien qu'ayant été scolarisé, ne parvient pas à lire ni à comprendre un texte simple. Bien qu'elles soient en mesure de lire ou d'écrire des phrases isolées, les personnes en situation d'illétrisme éprouvent des difficultés à comprendre des textes suivis plus longs (Association Lire et Ecrire, 2012).

Incapacités de gain

Selon le Centre d'information AVS/AI (2025a), « Si une personne, en raison de problèmes de santé, reste limité pour toutes les tâches dans ses possibilités de gain, même après un traitement médical, alors il y a incapacité de gain. Une personne subissant une incapacité de gain ne peut plus ou que partiellement réaliser un revenu. L'étendue de l'incapacité de gain est définie par l'office AI. [...] Toutefois, d'un point de vue médical, il se peut qu'il soit entièrement capable d'exercer une autre activité moins lourde du point de vue physique. Dans ce cas, il n'y a donc pas d'incapacité de gain. Une activité adaptée à son état de santé lui permet de réaliser un revenu entier. Par contre, une personne restant en incapacité de travail partielle dans toutes les activités convenables, souffre d'une incapacité de gain partielle. »

Infirmités congénitales

Selon le Centre d'information AVS/AI (2025a), « Sont réputées infirmités congénitales les maladies présentes à la naissance accompagnée de l'enfant. La simple prédisposition à une maladie n'est pas réputée infirmité congénitale. Le moment où une infirmité congénitale est reconnue comme telle n'est pas déterminant. Les maladies réputées infirmités congénitales et donnant droit à des prestations de l'AI sont énumérées dans la liste suivante. Pour les assurés qui n'ont pas atteint l'âge de 20 ans révolus, l'AI prend en charge toutes les mesures médicales nécessaires au traitement de l'infirmité congénitale, et ce sans tenir compte d'une future capacité de gain. A partir de 20 ans, les mesures médicales sont prises en charge par l'assurance-maladie. ». La liste des infirmités congénitales reconnues en Suisse est fournie dans l'[Ordonnance du Département Fédéral de l'Intérieur concernant les infirmités congénitales - RO 2021 708](#) (Confédération suisse, 2021).

Imprévisibilité, incertitude (dans le travail social)

Selon Grossetti (2016, pp. 97-100), « Dans le monde social, l'imprévisibilité n'est pas synonyme de désordre. Elle contribue même souvent à l'établissement et au maintien de l'ordre social. L'imprévisibilité peut en effet être organisée et planifiée [...] : les issues sont prévues, le moment du choix est déterminé, mais l'orientation vers une ou l'autre des voies possibles est imprévisible. [...] Dans le deuxième type de cas, la situation imprévisible peut se produire sans qu'on s'y attende, mais on dispose d'avance d'un certain nombre de réponses possibles. [...] Dans le troisième type de situation, le moment peut être prévu, mais les issues de ne sont pas délimitées au départ. [...] Enfin, quatrième et dernier type, un changement peut s'opérer sans que les acteurs impliqués l'aient collectivement envisagé. La situation échappe à toute programmation et les conséquences se révèlent aussi inattendues pour tout le monde. ».

Imprévisibilité, incertitude (dans la santé)

Selon Han et al. (2011), l'incertitude dans les soins et la santé inclue trois composantes : 1) l'indétermination du résultat futur (probabilité) ; 2) la présence d'éléments contradictoires et/ou le manque d'information (ambiguïté), et 3) la multiplicité des facteurs de causalité et des indices d'interprétation.

Isolement

Manque de contacts dû à des facteurs situationnels (i.e. interaction ou participation sociale réduites) ; exclusion volontaire ou non de la vie sociale ; réduction des liens sociaux (famille, amis, voisins, activités sociales, etc.) (Perlman & Peplau, 1981). Une personne qui se retire de la vie sociale par choix ne se sent pas forcément seule (isolation ≠ sentiment de solitude).

Isolément perçu

Insatisfaction exprimée en regard de la qualité ou de la quantité des relations sociales (Perlman & Peplau, 1981).

Littératie

La littératie est définie comme la « capacité d'aborder, de comprendre, d'évaluer et d'utiliser l'écrit pour participer à la vie de la société, accomplir ses objectifs et développer ses connaissances et son potentiel. Le concept de « littératie » renvoie à la lecture de textes écrits et ne concerne ni la compréhension ou la production orale, ni la production de textes écrits [...] la compréhension de l'écrit électronique fait partie intégrante du construit de littératie » (Organisation de Coopération et de Développement Economiques [OCDE], 2020, p. 48).

Littératie numérique

La littératie numérique implique l'utilisation confiante et critique d'une gamme complète de technologies numériques pour l'information, la communication (TIC) et la résolution de problèmes de base dans tous les aspects de la vie. Elle s'appuie sur des compétences de base en TIC : l'utilisation des ordinateurs pour récupérer, évaluer, stocker, produire, présenter et échanger des informations, et pour communiquer et participer à des réseaux collaboratifs via Internet (United Nations Educational Scientific Cultural Organization [UNESCO], 2021).

Logement défavorable à la santé

Selon Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2018), le logement peut exposer les individus à un certain nombre de risques sanitaires, en particulier lorsque le logement est surpeuplé, lorsque la température à l'intérieur du logement est inadéquate, lorsque les risques d'accidents domestiques sont importants et lorsque l'accessibilité est restreinte. Plus spécifiquement, un logement peut être défavorables à la santé lorsqu'il y a des problématiques d'accessibilité financière (« affordability »), d'adéquation aux besoins physiques et sociaux (« suitability ») et de sécurité (« security ») (Mansour et al., 2022).

Maladies (chroniques)

Selon l'OMS (2024), les maladies non transmissibles (MNT), également appelées « maladies chroniques », ont tendance à sévir au long cours et sont le résultat d'une association de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. Les principaux types de MNT sont les maladies cardiovasculaires (comme les infarctus du myocarde et les accidents vasculaires cérébraux), les cancers, les maladies respiratoires chroniques (comme la bronchopneumopathie chronique obstructive et l'asthme) et le diabète. » Les maladies chroniques incluent parfois aussi « des maladies neuro-évolutives (sclérose en plaques) ; des maladies rares, comme la mucoviscidose, la drépanocytose et les myopathies ; des maladies transmissibles persistantes, comme le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou l'hépatite C ; des troubles mentaux de longue durée (dépression, schizophrénie...) » (Collectif (Im)Patients Chroniques & Associés [ICA], 2019, p. 10).

Minimum vital social

Selon les normes de la Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS] (2021) « La couverture des besoins de base permet une existence modeste conformément à la dignité humaine et qui comprend la participation à la vie en société (minimum vital social). Ses composantes sont : a. le forfait pour l'entretien (incluant alimentation, boissons et tabac ; vêtements et chaussures ; consommation d'énergie ; tenue générale du ménage ; soins personnels ; frais de déplacement ; communications à distance ; formation, loisirs, sport, divertissement ; autres), b. les frais de logement reconnus, c. les frais médicaux de base et d. les prestations circonstancielles couvrant les besoins de base ».

Modes de consommations ou schémas de comportement

Dans sa Stratégie nationale Addictions, l'OFSP (2025b) propose une distinction entre les modes de consommation ou les schémas de comportement en fonction de leur intensité et des risques qu'ils présentent pour la personne et pour la société. Le « comportement à faible risque » inclut les formes de consommation de substances psychoactives et les pratiques qui ne sont nocives ni pour la santé de la personne concernée ni pour son entourage et qui font souvent partie de la vie en société. Le « comportement à risque » désigne une consommation de substances ou une pratique qui peuvent causer des dommages à la personne concernée et à son entourage. On distingue trois schémas de comportement potentiellement nocifs à différents degrés : le comportement excessif, le comportement chronique et le comportement inadapté à la situation.

Moyens auxiliaires

Selon le Centre d'information AVS/AI (2025a), « Les moyens auxiliaires sont des accessoires qui peuvent s'avérer indispensables dans certains cas pour prévenir ou compenser un handicap. Ces moyens auxiliaires peuvent être utiles pour accomplir des actes de la vie quotidienne (se déplacer, établir des contacts avec l'entourage, assurer son indépendance) ou encore pour exercer une activité rémunérée ou aller à l'école ». Certains moyens auxiliaires sont pris en charge par les assurances sociales AVS ou AI (pour la liste, se référer au mémentos du Centre d'information AVS/AI, 2024a; 2024b).

Non-recours aux prestations sociales

Selon Warin (2016), « le non-recours renvoie à toute personne qui – en tout état de cause – ne bénéficie pas d'une offre publique, de droits et de services, à laquelle elle pourrait prétendre. » (p. 3). Le non recours adopte plusieurs formes (Warin, 2010, 2016) : (1) **Non connaissance** (non-recours à une prestation par manque d'information sur l'existence et/ou sur le mode d'accès à cette prestation, ou par non proposition par le prestataire) ; (2) **Non demande par choix** (p.ex. non adhésion aux principes de l'offre, pour des questions d'estime de soi et/ou des alternatives sont disponibles) ou **non demande par contrainte** (p.ex. découragement face à la complexité de l'accès, crainte d'effets induits, dénigrement de ses capacités) ; (3) **Non réception totale ou partielle** (p.ex. non adhésion à la proposition, disfonctionnement avec le prestataire, inattention aux procédures).

Obligation de collaborer

Selon le Centre d'information AVS/AI (2025a), « l'assuré doit entreprendre tout ce que l'on peut raisonnablement effectuer pour minimiser les conséquences d'un problème de santé, en particulier la durée et l'étendue de l'incapacité de travail, et prévenir la survenance d'une invalidité. Il a en particulier l'obligation de prendre toutes les dispositions raisonnables pour conserver son emploi actuel et/ou pour s'insérer dans la vie active. Si une personne ne s'acquitte pas de ses obligations, les prestations pourront être réduites ou refusées ».

Obstacles environnementaux

« Situations ou facteurs environnementaux qui limitent la réalisation d'une activité ou d'une tâche courante. Ils sont de trois types: obstacle majeur, qui empêche complètement l'habitude de vie de se réaliser ; obstacle moyen, qui entrave de façon importante la réalisation de l'habitude de vie; obstacle mineur qui entrave un peu la réalisation de l'habitude de vie ou ne fait qu'augmenter légèrement la difficulté » (Fougeyrollas et al., 2008, p. 5).

Partenariat

Dans les domaines de la santé et services sociaux, le partenariat une « relation de collaboration égalitaire entre les partenaires que sont le patient, ses proches aidants et les intervenants, les gestionnaires et les décideurs des services de santé et des services sociaux. Cette relation s'inscrit dans un processus dynamique d'interactions et d'apprentissages qui favorise l'autodétermination du patient (choix de santé libres et éclairés) et l'atteinte de résultats optimaux en fonction du contexte spécifique du patient. Fondée sur la complémentarité des savoirs de toutes les parties, cette relation consiste pour les partenaires à planifier, à coordonner les actions et à intervenir de façon concertée, personnallisée, intégrée et continue autour des besoins et du projet de vie du patient. Le partenariat s'exerce aussitôt qu'un intervenant entre en relation avec le patient et que s'installe entre eux une relation de collaboration, de reconnaissance mutuelle des savoirs, avec le souci d'une habilitation progressive du patient à prendre sa situation de santé en main. En ce sens, patient et intervenant forment une équipe. » (Direction collaboration et partenariat patient [DCPP] & Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal [CIO-UdeM], 2016, p. 34).

Pauvreté

« D'une manière générale, la pauvreté peut être définie comme une insuffisance de ressources (matérielles, culturelles et sociales) telle que les personnes sont exclues du niveau de vie minimal reconnu comme acceptable dans le pays où elles vivent. » (Office fédéral de la statistique [OFS], 2019). « En Suisse, la pauvreté est définie comme une insuffisance de ressources matérielles, culturelles et/ou sociales dans des domaines essentiels comme la santé, l'alimentation, le logement le travail, la sécurité sociale et les contacts sociaux » (Bonvin et al., 2020, p. 362).

Personne proche aidante

Dans le canton de Genève, une personne proche aidante est "Une personne de l'entourage immédiat d'un individu dépendant d'assistance pour certaines activités de la vie quotidienne, qui, à titre non-professionnel et informel, lui assure de façon régulière des services d'aide, de soins ou de présence, de nature et d'intensité variées, destinés à compenser ses incapacités ou difficultés ou encore d'assurer sa sécurité, le maintien de son identité et de son lien social. Il peut s'agir de membres de la famille, de voisins ou d'amis. Cela ne concerne pas les formes organisées de bénévolat. » (Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile [CCPA], 2017, p. 2).

Polymédication

L'OMS définit la polymédication (« polypharmacy ») comme l'administration de nombreux médicaments de façon simultanée ou l'administration d'un nombre excessif de médicaments (WHO Centre for Health Development, 2004). La polymédication est qualifiée de mineure si 2 à 4 substances différentes sont administrées sur un jour moyen ; elle est qualifiée de majeure si 5 substances ou plus sont administrées (Bjerrum et al., 1997). La polymédication est considérée comme excessive à partir de 8 ou 10 substances par jour « moyen ». La gradation de la polymédication est liée à l'augmentation du risque d'événements indésirables, qui augmente avec le nombre de substances (Monégat et al., 2014).

Précarité

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut-être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. » (Wresinski, 1987, p. 6).

Renoncement aux soins

*Pour Després et al. (2011), le renoncement aux soins exprime le fait « que des individus [...] ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit » (p. 3). Pour ces chercheurs, y aurait deux types de renoncement aux soins : (1) le **renoncement-barrière** (lié à des dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins, le plus souvent à travers des contraintes budgétaires qui amènent les personnes à procéder à des arbitrages entre la santé et d'autres dimensions de leur existence) ; (2) le **renoncement-refus** (acte d'autonomie à l'égard des soins et/ou de la médecine, et/ou expression d'un refus de soin et/ou d'un choix de se traiter par soi-même ou de solliciter des formes de soins non conventionnels (Després et al., 2011). En Suisse, la principale raison du renoncement aux soins est de nature financière (i.e. renoncement barrière (i.e. renoncement barrière, Bodenmann et al., 2018).*

Réseau social

Selon Bidart (2008, p. 35) « un réseau social est un système relationnel. Il regroupe un ensemble de relations, que cet ensemble soit défini par un individu commun (le réseau d'une personne) ou par un collectif (le réseau total d'une organisation ou d'une corporation). » Aussi, comme le rappelle (Versini, 2019, p. 184) « l'expression "réseau social" désigne un agencement de liens entre des individus et/ou des organisations, constituant un groupement qui a un sens : la famille, les collègues, un groupe d'amis, une communauté, etc. Un réseau social se définit alors comme un ensemble d'unités sociales et de relations que ces unités entretiennent les unes avec les autres, directement ou indirectement, à travers des chaînes de longueurs variables ; ces unités sociales peuvent être des individus, des groupes informels d'individus, ou des organisations de différents types qui interagissent entre elles. » Cette définition s'applique autant aux réseaux sociaux qu'aux réseaux sociaux « numériques » (au sens de Boyd & Ellison, 2007).

Reste à charge

Il s'agit de frais de santé (participation aux coûts) que les personnes assurées doivent payer elles-mêmes, en plus des primes mensuelles de l'assurance obligatoire des soins (LAMal). Il s'agit donc de la portion des coûts qui n'est pas remboursée par l'assurance maladie de base ; ils incluent la franchise ordinaire, le quote-part et la contribution aux frais de séjours hospitaliers (Office fédéral de la santé publique [OFSP], 2025a).

Retrait social

En psychologie, le terme est utilisé pour décrire l'évitement des contacts sociaux. Lorsque le retrait social est sévère et chronique, qu'il affecte principalement des adolescents ou jeunes adultes, il s'apparente au « syndrome de Hikikomori » (Dong et al., 2022; Kato et al., 2019) (retrait social ≠ auto-exclusion ; retrait social ≠ phobie sociale).

Revenu provenant d'une activité lucrative

Revenu qui « englobe tous les gains générés pour une personne par l'exercice d'une activité, qui augmentent sa capacité financière. [...]. Toute personne exerçant en Suisse une activité salariée ou indépendante dans l'industrie, le commerce, l'artisanat, l'agriculture ou des professions libérales est considérée comme obtenant un revenu du travail. » (Centre d'information AVS/AI, 2025a).

Sans-abrisme

Le sans-abrisme « désigne la situation des personnes qui n'ont pas de conditions de logement stables » (Rigumye et al., 2025, p. 221).

Santé

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé « La santé est définie, non pas d'une façon négative ou étroite, comme consistant en l'absence de maladie ou infirmité, mais d'une façon positive et large, comme étant "un état de complet bien-être physique, mental et social", dont la possession devrait faire partie de l'héritage légitime de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale. » (1948, p. 16). Pour parvenir à cet état de bien-être, « l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques » (1986, p. 1).

Situation complexe (accompagnement social - santé)

Une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs (conditions socio-économiques, entourage social, santé physique, santé mentale, comportement, intervenants, instabilité) est susceptible de perturber, de remettre en cause, voire d'aggraver les conditions sociales et/ou de santé de la personne accompagnée.

Situation complexe (santé)

Selon la Haute Autorité de Santé [HAS], une situation complexe est « Une situation dans laquelle la présence simultanée d'une multitude de facteurs, médicaux, psychosociaux, culturels, environnementaux et/ou économiques sont susceptibles de perturber ou de remettre en cause la prise en charge d'un patient, voire d'aggraver son état de santé. Le patient se trouve ainsi exposé à un risque accru d'hospitalisation non programmée et de ruptures dans son parcours. » (2014, p. 15).

Situation complexe (travail social)

Une configuration multidimensionnelle, relationnelle et dynamique impliquant de multiples agents, susceptible de vulnérabiliser une personne, de précariser sa situation, d'affecter le « care » et mettre en péril un projet de participation ou d'intégration sociale. (Fish & Hardy, 2015; Van Ewijk, 2017).

Surendettement

« En droit, le surendettement se définit comme l'incapacité durable de faire face à ses obligations financières et de rembourser ses dettes. » (Bonvin et al., 2020, p. 532).

Symptômes inexplicués

On entend par « symptômes inexplicués » des manifestations exprimées et/ou ressenties par la personne concernée, récurrentes ou présentes dans la durée, liées à des affections que l'on ne peut pas identifier avec certitude au moyen d'un examen physique et/ou d'autres instruments diagnostiques » (Park & Gilmour, 2017).

Transition

Une transition est un processus de passage d'un état, d'un rôle ou d'une phase de vie à un autre, souvent associé à des changements de rôles sociaux ou d'identité. Une transition implique un processus d'adaptation ; elle est souvent socialement marquée et peut inclure des changements imbriqués (émotionnels, cognitifs, relationnels). Elle peut être anticipée, attendue ou imprévue (Charrault, 2020; Meleis et al., 2000).

Travail au noir

« Le travail « au noir » est une activité professionnelle à caractère licite, rémunérée, non déclarée ou dissimulée, en ce sens qu'elle échappe au contrôle de l'État. On le différencie du travail « au gris », activité rémunérée non entièrement déclarée, par exemple des heures supplémentaires ou des pourboires. En Suisse, cette distinction n'est pas toujours faite. Le travail au noir entre dans la catégorie de l'économie souterraine ou informelle licite. [...] Le travail au noir (ou au gris) est illégal dans la mesure où il échappe à la fiscalisation et aux cotisations patronales et salariales des assurances sociales (AVS et chômage notamment) » (Bonvin et al., 2020, p. 539).

Travail rémunéré

« Le travail rémunéré désigne les activités qui génèrent un revenu sur le marché du travail et qui servent à la subsistance. » (Bonvin et al., 2020, p. 536).

Troubles bipolaires et apparentés

Selon le manuel MSD, « les troubles bipolaires sont caractérisés par des épisodes maniaques (humeur durablement élevée, expansive ou irritable ; engagement de manière excessive et impulsive dans des activités plaisantes, à haut risque ; agitation psychomotrice, idées de grandeur) et dépressifs (une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir) en alternance bien que les patients présentent une prédominance de l'un des deux états (voir aussi American Psychiatric Association, 2015, p. 157).

Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont caractérisés par une peur et une anxiété persistantes et excessives et par les modifications comportementales dysfonctionnelles qu'un patient peut utiliser pour atténuer ces sentiments. Les troubles anxieux sont différenciés les uns des autres en fonction des objets ou des situations spécifiques qui induisent la peur, l'anxiété et les changements de comportement associés. Ils sont classé comme « trouble d'anxiété de séparation », « mutisme sélectif », « phobie spécifique », « trouble d'anxiété sociale », « trouble panique », « agoraphobie », « trouble anxieux généralisé », « trouble anxieux induit par une substance/un médicament », « anxiété due à une autre pathologie », « autre trouble anxieux spécifié » (Barnhill, 2023a).

Troubles cognitifs

Les troubles cognitifs désignent des atteintes des fonctions cognitives supérieures. Les fonctions cognitives sont des capacités impliquées dans l'attention complexe (attention soutenue, attention divisée, attention sélective, vitesse de traitement) ; les fonctions exécutives (planification, prise de décision, mémoire de travail, capacité de corriger en réponse à des commentaires, habitudes ancrées et contrôle inhibiteur, flexibilité mentale) ; l'apprentissage et la mémoire (mémoire immédiate, mémoire à court et long terme, reconnaissance, apprentissage implicite) ; le langage ; les activités perceptivomotrices (activités visuoperceptives, visuoconstructives, perceptivomotrices, praxies et gnosies) et la cognition sociale (reconnaissance des émotions, et théorie de l'esprit) (American Psychiatric Association, 2015, pp. 777-779; Sachdev et al., 2014, p. 637).

Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité correspondent en général à des modes de pensée, perception, de réaction et de relation envahissants et durables et sont responsables d'une altération significative du fonctionnement global (American Psychiatric Association, 2015, p. 841). Ils incluent les troubles de personnalité paranoïaque (tendance omniprésente à la méfiance et à la suspicion injustifiées envers les autres qui mène à interpréter leurs motifs comme malveillants), personnalité schizoïde (tendance constante au détachement et à un désintérêt général des relations sociales et par une gamme limitée d'émotions dans les relations interpersonnelles), personnalité schizotypique (tendance omniprésente à l'inconfort intense envers des relations interpersonnelles et une capacité réduite à y faire face, par une cognition et des perceptions déformées, ainsi que

par un comportement excentrique), personnalité antisociale (motif persistant de mépris pour les conséquences et les droits des autres), personnalité borderline (tendance constante à l'instabilité et l'hypersensibilité dans les relations interpersonnelles, l'instabilité au niveau de l'image de soi, des fluctuations d'humeur extrêmes, et l'impulsivité), personnalité histrionique (motif omniprésent d'émotivité excessive et de recherche d'attention), personnalité narcissique (tendance omniprésente à la mégalo manie, au besoin d'adulation et au manque d'empathie), personnalité évitante (évitement des situations ou interactions sociales qui comportent des risques de rejet, de critique ou d'humiliation), personnalité dépendante (besoin excessif et omniprésent d'être pris en charge, ce qui induit des comportements de soumission et d'attachement) ; personnalité obsessionnelle-compulsive (souci permanent d'ordre, de perfection et de contrôle (sans marge de manœuvre), qui finit par ralentir ou entraver l'achèvement d'une tâche). (Zimmerman, 2023).

Troubles dépressifs

Les troubles dépressifs sont des troubles de l'humeur (Coryell, 2023a). Ils sont caractérisés par une tristesse suffisamment sévère ou persistante pour perturber le fonctionnement quotidien et souvent par une diminution de l'intérêt ou du plaisir procurés par les activités (anhédonie) (Coryell, 2023b).

Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments

Les troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments se caractérisent par des perturbations persistantes de l'alimentation ou du comportement alimentaire entraînant un mode de consommation pathologique ou une absorption de nourriture délétère pour la santé physique ou le fonctionnement social (American Psychiatric Association, 2015, p. 429). Ces troubles incluent notamment l'anorexie mentale (recherche incessante de minceur, une peur pathologique de l'obésité, une image corporelle déformée et une restriction de l'apport par rapport aux besoins), la boulimie (épisodes récurrents de crises de boulimie suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que des vomissements auto-induits, des abus de laxatifs ou de diurétiques, des jeûnes, ou des exercices excessifs), les accès hyperphagiques (épisodes récurrents au cours desquels sont consommées de grandes quantités de nourriture et les sujets ont l'impression de perdre le contrôle), d'autres troubles de l'alimentation avec restriction ou évitement (Attia & Walsh, 2022).

Troubles de toxicomanie

Les troubles de toxicomanie consistent en un modèle pathologique de comportements dans lequel les patients continuent à utiliser une substance en dépit de problèmes importants liés à son utilisation. Le diagnostic du trouble de toxicomanie repose sur les critères diagnostiques concernant la structure des comportements (Khan, 2022b).

Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites

Les troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites regroupent des troubles impliquant des difficultés dans l'autocontrôle des émotions et des comportements qui nuisent aux droits d'autrui (p. ex. agression, destruction de propriété) et/ou qui exposent le sujet à des conflits significatifs avec les normes sociétales ou les personnes en position d'autorité (American Psychiatric Association, 2015, p. 605).

Troubles dissociatifs

Les troubles dissociatifs sont caractérisés par une perturbation et/ou une discontinuité dans l'intégration normale de la conscience, de la mémoire, de l'identité, des émotions, de la perception, de la représentation du corps, du contrôle moteur et du comportement. Les symptômes dissociatifs peuvent perturber tous les domaines du fonctionnement psychologique. (American Psychiatric Association, 2015, p. 379). Les sujets qui ont un trouble dissociatif peuvent éprouver: a) des intrusions non voulues dans la conscience avec perte de continuité de l'expérience, y compris des sentiments de détachement de soi (dépersonnalisation) et/ou de l'environnement (déréalisation) et fragmentation de l'identité ; b) la perte du souvenir d'informations personnelles importantes (amnésie dissociative). Les troubles dissociatifs se développent fréquemment suite à un stress intense (Spiegel, 2023).

Troubles du développement et des apprentissages

Les troubles de l'apprentissage sont des pathologies qui entraînent une discordance entre le niveau potentiel de l'enfant, et ses performances scolaires réelles (Sulkes, 2024b). Les troubles de l'apprentissage comportent les déficiences ou les difficultés de concentration ou d'attention, de développement du langage et de traitement des informations visuelles et auditives. Les troubles de l'apprentissage sont considérés comme un type de trouble du développement neurologique. Les

troubles du développement neurologique sont des affections neurologiques qui apparaissent tôt dans l'enfance, généralement avant l'entrée à l'école. Ces troubles altèrent le développement du fonctionnement personnel, social, scolaire et/ou professionnel et comportent généralement des difficultés dans l'acquisition, le maintien ou l'application des compétences ou des ensembles d'informations spécifiques. Les troubles peuvent comporter un dysfonctionnement de l'attention, de la mémoire, de la perception, du langage, de la résolution des problèmes ou des interactions sociales. D'autres troubles du développement neurologique fréquents sont le trouble d'hyperactivité/déficit attentionnel, les troubles du spectre autistique (Sulkes, 2024c), et les déficiences intellectuelles (Sulkes, 2024a).

Trouble du spectre autistique

Selon le Manuel MSD, « les troubles du spectre autistique sont des troubles du développement neurologique caractérisés par une altération de l'interaction sociale et de la communication, des comportements répétitifs et stéréotypés et un développement intellectuel disharmonieux avec, souvent, un handicap intellectuel. » (Sulkes, 2024c). Selon le DSM-5, « le trouble du spectre de l'autisme est caractérisé par des déficits persistants de la communication et des interactions sociales observés dans des contextes variés. Il s'agit notamment de déficits dans les domaines de la réciprocité sociale, des comportements de communication non verbale utilisés au cours des interactions sociales, et du développement, du maintien et de la compréhension des relations. Outre les déficits de la communication sociale, le diagnostic de trouble du spectre de l'autisme nécessite la présence de modes de comportements, d'intérêts ou d'activités qui sont restreints ou répétitifs. »

Troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques

Selon les DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015, p. 109 et suivantes), les troubles du spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques sont définis par des anomalies dans au moins un des cinq domaines suivants : idées délirantes (croyances figées qui ne changent pas face à des évidences qui les contredisent ; elles sont clairement invraisemblables, incompréhensibles pour des personnes d'une même culture et ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie) ; hallucinations (expériences de type perceptif qui surviennent sans stimulus externe, elles sont saisissantes et claires, avec la force et l'impact des perceptions normales, et elles ne sont pas sous le contrôle de la volonté ; elles peuvent concerner toutes les modalités sensorielles) ; pensée ou discours désorganisé ; comportement moteur grossièrement désorganisé ou anormal (incluant la catatonie) et symptômes négatifs (p.ex. diminution de l'expression émotionnelle, aboulie, alogie, anhedonie, asociabilité) (voir aussi Tammenga, 2022, dans le Manuel MSD).

Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress

Les troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress regroupent des troubles pour lesquels l'exposition à un événement traumatisant ou stressant. Ils comprennent le trouble réactionnel de l'attachement, la désinhibition du contact social, le trouble stress post-traumatique, le trouble stress aigu et les troubles de l'adaptation (American Psychiatric Association, 2015, p. 343). Selon le manuel MSD, tous ces troubles se développent après une exposition à un événement traumatisant ou stressant. Ils sont souvent évoqués dans le contexte des troubles anxieux, mais les troubles liés au traumatisme et au stress peuvent se manifester par une dysphorie, une irritabilité, une dissociation, une toxicomanie ou une insomnie en plus (ou au lieu de) l'anxiété. (Barnhill, 2023b).

Troubles liés à l'usage de substances

Depuis la 5^e édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5 FR, American Psychiatric Association, 2015, p. 631), la catégorie « troubles liés à l'usage de substances » remplace les catégories « abus de substance » et « dépendance d'une substance ». Les substances identifiées sont : l'alcool, le tabac, la caféine, le cannabis et cannabinoïdes synthétiques, les hallucinogènes (p. ex., LSD, MDMA), les inhalants (p. ex. diluants, colles), les opiacés (p.ex. fentanyl, morphine, oxycodone), les sédatifs, hypnotiques et anxiolytiques (p.ex. lorazépam, sécobarbital), les stimulants (p. ex., amphétamines, cocaïne), autre (p. ex., stéroïdes anabolisants) (Khan, 2022a). Les troubles liés à la consommation d'une substance se manifestent par un large éventail de gravité, allant de léger à grave ; la prise compulsive s'étend d'une forme légère à un état grave à rechutes chroniques.

Trouble mental

« Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui relève l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importantes des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. Les réponses attendues ou culturellement approuvées à un facteur de stress commun ou à une

perte, comme la mort d'un proche, ne constituent pas des troubles mentaux. Les comportements déviants sur le plan social (p. ex. sur les plans politique, religieux ou sexuel) ainsi que les conflits qui concernent avant tout le rapport entre l'individu et la société ne constituent pas des troubles mentaux, à moins que ces déviations ou ces conflits résultent d'un dysfonctionnement individuel, tel que décrit plus haut » (American Psychiatric Association, 2015, p. 22).

Troubles neurocognitifs

Selon le DSM-5 (American Psychiatric Association, 2015, p. 775), la catégorie troubles neurocognitifs (TNC) recouvre le groupe des troubles dans lesquels le déficit clinique initial concerne les fonctions cognitives, et qui sont acquis plutôt que de nature développementale. Autrement dit, les TNC sont des troubles dans lesquels le déficit cognitif n'a pas été présent dès la naissance ou dans la petite enfance, et représentent donc un déclin par rapport à un niveau de fonctionnement antérieurement atteint. Les TNC sont dûs à différentes altérations du système nerveux causées par des maladies (p.ex. maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, maladie corps de Lewy, maladie de Huntington, maladie à prions), des dégénérescences (p.ex. TNC vasculaire, TNC frontotemporal), des infections (p.ex. VIH), à l'utilisation d'une substance/d'un médicament, à des lésions cérébrales traumatiques ou à des étiologies multiples (TNC non spécifié).

Troubles neurodéveloppementaux

« Les troubles neurodéveloppementaux sont un ensemble d'affections qui débutent durant la période du développement. Ces troubles se manifestent typiquement précocement durant le développement, souvent avant même que l'enfant n'entre à l'école primaire ; ils sont caractérisés par des déficits du développement qui entraînent une altération du fonctionnement personnel, social, scolaire ou professionnel. La gamme des déficits développementaux est variable, allant de limitations très spécifiques des apprentissages ou du contrôle des fonctions exécutives, jusqu'à une altération globale des compétences sociales ou de l'intelligence » (American Psychiatric Association, 2015, p. 33).

Troubles obsessionnels-compulsifs et apparentés

Le TOC est caractérisé par la présence d'obsessions et/ou de compulsions. Les obsessions sont des pensées, pulsions ou images récurrentes et persistantes qui sont ressenties comme intrusives et inopportunnes, alors que les compulsions sont des comportements répétitifs ou des actes mentaux que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible. D'autres troubles obsessionnel-compulsif et apparentés sont caractérisés en priorité par des comportements répétitifs centrés sur le corps (p. ex. s'arracher les cheveux, s'exciser la peau) et des tentatives répétées visant à diminuer ou arrêter ces comportements (American Psychiatric Association, 2015, p. 299). Selon le manuel MSD, les comportements répétitifs ou des actes mentaux que les patients se sentent poussés à faire (compulsions, rituels) sont présents comme tentatives de réduire ou éviter l'angoisse que provoquent les obsessions (Phillips & Stein, 2023).

Comp/Ass Glossaire

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v.01.03)

Bibliographie

- aha! Centre d'Allergie Suisse. (2021). *Qu'est-ce qu'une allergie?* Retrieved 2025/06/11 from <https://www.aha.ch/centre-allergie-suisse/allergies-intolerances/bon-a-savoir/qu-est-ce-qu'une-allergie-types-d-allergie>
- aha! Centre d'Allergie Suisse. (2023). *Allergie ou intolérance alimentaire?* Retrieved 2025/06/11 from <https://www.aha.ch/actualites/allergie-ou-intolerance-alimentaire>
- Allaz, A.-F., & Piguet, V. (2009). Douleurs chroniques, quelle définition ? *Revue Medicale Suisse*, 5(208), 1347-1348.
- American Psychiatric Association. (2015). *DSM-5. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5e ed.). Elsevier Masson. <http://doctidoc2.blogspot.com>
- Association Lire et Ecrire. (2012). *Illettrisme : petit guide pratique. Reconnaître, orienter, motiver.* Association Lire et Ecrire. [https://artias.ch/wp-content/uploads/2013/02/Brochure_sensibilisation_personnes_rela... version impression.pdf](https://artias.ch/wp-content/uploads/2013/02/Brochure_sensibilisation_personnes_rela...)
- Attia, E., & Walsh, B. T. (2022). *Introduction aux troubles du comportement alimentaire.* Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-du-comportement-alimentaire/introduction-aux-troubles-du-comportement-alimentaire>
- Barnhill, J. W. (2023a). *Revue générale des troubles anxieux.* Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/revue-générale-des-troubles-anxieux>
- Barnhill, J. W. (2023b). *Revue générale des troubles traumatiques et liés à des stress.* Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/anxiété-et-troubles-liés-au-stress/revue-générale-des-troubles-traumatiques-et-liés-à-des-stress>
- Bidart, C. (2008). Étudier les réseaux. Apports et perspectives pour les sciences sociales. *Informations sociales*, 147(3), 34-45. <https://doi.org/10.3917/ins.147.0034>
- Bjerrum, L., Rosholm, J. U., Hallas, J., & Kragstrup, J. (1997). Methods for estimating the occurrence of polypharmacy by means of a prescription database. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 53(1), 7-11. <https://doi.org/10.1007/s002280050329>
- Bodenmann, P., Wolff, H., Bischoff, T., Herzig, L., Warin, P., Chatelard, S., Burnand, B., Vaucher, P., Favrat, B., Panese, F., Jackson, Y., Vu, F., & Guessous, I. (2018). Renoncement aux soins : dépistage et prise en charge. In P. Bodenmann, Y. Jackson, & H. Wolff (Eds.), *Vulnérabilités, Équité et Santé* (pp. 361-371). RMS Editions/Médecine et Hygiène.
- Bonvalet, C., & Lelièvre, E. (1995). Du concept de ménage à celui d'entourage : une redéfinition de l'espace familial. *Sociologie et sociétés*, 27(2), 177-190. <https://doi.org/10.7202/001076ar>
- Bonvin, J.-M., Hugentobler, V., Knöpfel, C., Maeder, P., & Tecklenburg, U. (Eds.). (2020). *Dictionnaire de politique sociale suisse.* Éditions Seismo. <https://doi.org/10.33058/seismo.20729>
- Boyd, D. M., & Ellison, N. B. (2007). Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 13(1), 210-230. <https://doi.org/10.1111/j.1083-6101.2007.00393.x>
- Centre d'information AVS/AI. (2025a). *Glossaire.* Centre d'information AVS/AI. <https://www.ahv-iv.ch/fr/Assurances-sociales/Glossaire>
- Centre d'information AVS/AI. (2025b). *Mémentos.* Centre d'information AVS/AI. <https://www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos>
- Centre d'information AVS/AI. (2024a). *Moyens auxiliaires de l'AI.* Office Fédéral des Assurances Sociales [OFAS]., <https://www.ahv-iv.ch/fr/M%C3%A9mentos/Prestations-de-lAI>
- Centre d'information AVS/AI. (2024b). *Moyens auxiliaires de l'AVS.* Office Fédéral des Assurances Sociales [OFAS]., <https://www.ahv-iv.ch/fr/Mémentos/Prestations-de-lAVS>
- Charrault, A. (2020). Le paradigme du parcours de vie. *Informations sociales*, 201(1), 10-13. <https://doi.org/10.3917/ins.201.0010>
- Collectif (Im)Patients Chroniques & Associés [ICA]. (2019). *Parcours de santé des personnes malades chroniques.* ICA. <https://sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/vivre-avec-une-maladie-chronique/>
- Commission consultative pour le soutien des proches aidants actifs à domicile [CCPA]. (2017). *Programme de soutien aux proches aidants du Canton de Genève: 2017-2020.* République et Canton de Genève, Département de l'emploi, des affaires sociales et de la santé, Direction générale de la santé. <https://www.ge.ch/document/4189/telecharger>
- Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) - 832.10, (1994). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/1328_1328_1328/fr
- Ordonnance du DFI sur les prestations dans l'assurance obligatoire des soins en cas de maladie (OPAS) - 832.112.31, (1995a). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr
- Ordonnance sur l'assurance-maladie (OAMal) - 832.102, (1995b). https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/3867_3867_3867/fr
- Ordonnance du DFI concernant les infirmités congénitales (OIC-DFI) - 831.232.211, (2021). <https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/2021/708/fr>
- Conférence suisse des institutions d'action sociale [CSIAS]. (2021). *Normes* <https://rl.skos.ch/lexoverview-home>
- Coryell, W. (2023a). *Revue générale des troubles de l'humeur.* Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/revue-générale-des-troubles-de-l-humeur>

- Coryell, W. (2023b). *Troubles dépressifs. Le Manuel MSD.* Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-l-humeur/troubles-depressifs>
- Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., & Jusot, F. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'Economie de la Santé*, 169, 1-7.
- Direction collaboration et partenariat patient [DCPP], & Comité interfacultaire opérationnel de la formation à la collaboration interprofessionnelle en partenariat avec le patient de l'Université de Montréal [CIO-UdeM]. (2016). *Terminologie de la pratique collaborative et du partenariat patient en santé et services sociaux* [Terminology for Collaborative Practice and Patient Partnership in Health and Social Services]. Université de Montréal. <https://cepp.ca/ressources/terminologie-de-la-pratique-collaborative-et-du-partenariat-patient-en-sante-et-services-sociaux/>
- Dong, B., Li, D., & Baker, G. B. (2022). Hikikomori: A Society-Bound Syndrome of Severe Social Withdrawal. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 32(2), 167-173. <https://doi.org/10.5152/pcp.2022.22429>
- Fédération Européenne d'Associations Nationales Travailleur avec les Sans-Abri [FEANTSA]. (2007). *Typologie européenne de l'exclusion liée au logement*. FEANTSA. <https://www.feantsa.org/en/toolkit/2005/04/01/ethos-typology-on-homelessness-and-housing-exclusion>
- Fish, S., & Hardy, M. (2015). Complex issues, complex solutions: applying complexity theory in social work practice. *Nordic Social Work Research*, 5(sup1), 98-114. <https://doi.org/10.1080/2156857X.2015.1065902>
- Fougeyrollas, P., Noreau, L., St Michel, G., & Boschen, K. (2008). *Mesure de la Qualité de l'Environnement* (2e ed.). Réseau International sur le Processus de Production du Handicap [RIPPH]. <https://rripph.qc.ca/documents/mqe/quest-ce-que-la-mqe/>
- Gonthier, A., & Favrat, B. (2015). Syndrome de fatigue chronique. *Revue Medicale Suisse*, 11(496), 2236-2242. <https://doi.org/10.53738/revmed.2015.11.496.2236>
- Griffiths, M. D. (2017). Behavioural addiction and substance addiction should be defined by their similarities not their dissimilarities. *Addiction*, 112(10), 1718-1720. <https://doi.org/10.1111/add.13828>
- Grossetti, M. (2016). L'imprévisibilité dans le monde social. In J.-C. S. Levy (Ed.), *Complexité et désordre. Eléments de réflexion* (pp. 97-112). Presses Universitaires de Grenoble. <https://hal.science/hal-01390035/>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B. H., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Han, P. K. J., Klein, W. M. P., & Arora, N. K. (2011). Varieties of Uncertainty in Health Care : A Conceptual Taxonomy. *Medical Decision Making*, 31(6), 828-838. <https://doi.org/10.1177/0272989x10393976>
- Haute Autorité de Santé [HAS]. (2014). *Coordination des parcours. Comment organiser l'appui aux professionnels de soins primaires ? Note méthodologique et de synthèse documentaire* [Coordination of care paths. How to organize support for primary care professionals? Methodological note and documentation synthesis]. HAS. https://www.has-sante.fr/jcms/c_1764278/fr/comment-organiser-les-fonctions-d-appui-aux-professionnels-de-soins-primaires
- International Association for the Study of Pain [IASP]. (1994). *Terminology* <https://www.iasp-pain.org/resources/terminology/>
- Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 73(8), 427-440. <https://doi.org/10.1111/pcn.12895>
- Katz, S. S., Downs, T. D., Cash, H. R., & Grotz, R. C. (1970). Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 10(1), 20-30. https://doi.org/10.1093/geront/10.1_Part_1.20
- Khan, M. (2022a). *Revue générale de l'utilisation de substances*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-liés-à-l-utilisation-de-substances/revue-générale-de-l-utilisation-de-substances>
- Khan, M. (2022b). *Troubles de toxicomanie*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-liés-à-l-utilisation-de-substances/troubles-de-toxicomanie>
- Lawton, M. P., & Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3, Pt 1), 179-186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
- MacQueen, K. M., McLellan, E., Metzger, D. S., Kegeles, S., Strauss, R. P., Scotti, R., Blanchard, L., & Trotter, R. T. (2001). What Is Community? An Evidence-Based Definition for Participatory Public Health. *American Journal of Public Health*, 91(12), 1929-1938. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.12.1929>
- Mansour, A., Bentley, R., Baker, E., Li, A., Martino, E., Clair, A., Daniel, L., Mishra, S. R., Howard, N. J., Phibbs, P., Jacobs, D. E., Beer, A., Blakely, T., & Howden-Chapman, P. (2022). Housing and health: an updated glossary. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(9), 833-838. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219085>
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Merskey, H., Bogduk, N., & Task Force on Taxonomy of the International Association for the Study of Pain. (1994). *Classification of chronic pain. Descriptions of chronic pain syndromes and definition on pain terms* (2nd ed.). IASP Press.

- Monéga, M., Sermet, C., Perronnin, M., & Rococo, E. (2014). La polymédication : définitions, mesures et enjeux. *Revue de la littérature et tests de mesure. Questions d'Economie de la Santé*, 1-8. <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-lasante/204-la-polymedication-definitions-mesures-et-enjeux.pdf>
- Moutier, C. (2023). *Comportement suicidaire*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/comportement-suicidaire-et-autouutilisation/comportement-suicidaire>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2022). *Addictions comportementales* <https://www.bag.admin.ch/fr/addictions-comportementales>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2025a). Assurance-maladie : Primes et participation aux coûts. Retrieved 2025/05/21, from <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-versicherte-mit-wohnsitz-in-der-schweiz/praeien-kostenbeteiligung.html>
- Office fédéral de la santé publique [OFSP]. (2025b). *Stratégie nationale Addictions* <https://www.bag.admin.ch/fr/strategie-nationale-addictions>
- Office fédéral de la statistique [OFS]. (2019). *Pauvreté*. OFS. Retrieved 05/13 from <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/8766974>
- Organisation de Coopération et de Développement Economiques [OCDE]. (2020). *L'importance des compétences : Résultats supplémentaires de l'évaluation des compétences des adultes*, *Études de l'OCDE sur les compétences*. Éditions OCDE. <https://doi.org/10.1787/176f15d3-fr>
- R195 - Recommandation (n° 195) sur la mise en valeur des ressources humaines, (2004). https://normlex.ilo.org/dyn/nrmlx_fr/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:R195
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1948). *Actes officiels de l'Organisation Mondiale de la Santé N°2. Débats et actes finaux de la Conférence internationale de la Santé tenue à New York du 19 au 22 juillet 1946*. Nations Unies. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/88278>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (1986). *Promotion de la santé : Charte d'Ottawa*. OMS, Bureau régional de l'Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/349653>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2018). *Lignes directrices de l'OMS relatives au logement et à la santé. Résumé d'orientation*. OMS. <https://www.who.int/fr/publications/item/WHO-CED-PHE-18.10>
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS]. (2024). *Maladies non transmissibles*. Retrieved 2025/06/11 from <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Park, J., & Gilmour, H. (2017). Symptômes physiques médicalement inexplicables chez les adultes au Canada: comorbidité, recours aux soins de santé et emploi. *Rapports sur la santé*, 28(3). <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017003/article/14780-fra.pdf>
- Paugam, S. (1991). *La disqualification sociale*. Presses Universitaires de France.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1981). Toward a Social Psychology of Loneliness. In S. Duck & R. Gilmour (Eds.), *Personal Relationships: 3. Relationships in Disorder* (pp. 31-56). Academic Press.
- Phillips, K. A., & Stein, D. J. (2023). *Trouble obsessionnel-compulsif (TOC)*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-obsessionnels-compulsifs-et-troubles-similaires/trouble-obsessionnel-compulsif-toc>
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>
- Rigumye, L. O., Pinon, M., & Jackson, Y. (2025). Prévention et promotion de la santé pour les personnes sans-abri. *Revue Medicale Suisse*, 21(904), 221-224. <https://doi.org/10.53738/revmed.2025.21.904.221>
- Sachdev, P. S., Blacker, D., Blazer, D. G., Ganguli, M., Jeste, D. V., Paulsen, J. S., & Petersen, R. C. (2014). Classifying neurocognitive disorders: the DSM-5 approach. *Nature Reviews Neurology*, 10(11), 634-642. <https://doi.org/10.1038/nrneurol.2014.181>
- Silem, A. (2011). Les problèmes de l'emploi. In A. Silem (Ed.), *L'économie politique. Bases méthodologiques et problèmes fondamentaux* (pp. 332-353). Armand Colin.
- Spiegel, D. (2023). *Revue générale des troubles dissociatifs*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-dissociatifs/revue-generale-des-troubles-dissociatifs>
- Sulkes, S. B. (2024a). *Handicap intellectuel*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/handicap-intellectuel>
- Sulkes, S. B. (2024b). *Revue générale des troubles d'apprentissage*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/revue-generale-des-troubles-d-apprentissage>
- Sulkes, S. B. (2024c). *Troubles du spectre autistique*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/pediatrie/troubles-du-developpement-et-des-apprentissages/troubles-du-spectre-autistique>

Comp/Ass Bibliographie

Ludwig, Busnel, Delicado, Michel, Zarrillo, septembre 2025 (v01.03)

- Tamminga, C. (2022). *Introduction à la schizophrénie et aux troubles apparentés*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/schizophrénie-et-troubles-apparentés/introduction-à-la-schizophrénie-et-aux-troubles-apparentés>
- United Nations Educational Scientific Cultural Organization [UNESCO]. (2021). *Glossaire. Littératie numérique*. Retrieved 07/10 from <https://uis.unesco.org/fr/node/4789131>
- Van Ewijk, H. (2017). *Complexity and Social Work*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315109275>
- Versini, J. (2019). Les réseaux sociaux et la vie sociale : une synthèse de la connaissance. *Vie Sociale*, 28(4), 179-187. <https://doi.org/10.3917/vsoc.194.0179>
- Warin, P. (2010). *Le non-recours: définition et typologies*. Observatoire des non-recours et droits aux services. <https://www.aide-sociale.fr/wp-content/uploads/2019/02/typologies-non-recours-41.pdf>
- Warin, P. (2016). *Le non-recours : définition et typologies*. Actualisé en 2016. Odenore. <https://odenore.msh-alpes.fr/ressources/documents-travail/working-paper-ndeg1-juin-2010-actualise-en-decembre-2016-non-recours-definition-et-typologies>
- WHO Centre for Health Development. (2004). *A Glossary of Terms for Community Health Care and Services for Older Persons*. WHO. <https://iris.who.int/handle/10665/68896>
- World Health Organization [WHO]. (2018). *Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of the WHO Framework on integrated people-centred health services*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514033>
- Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale - Journal officiel de la République Française N°6*. Paris, France: Conseil Economique et Social.
- Zimmerman, M. (2023). *Revue générale des troubles de la personnalité*. Le Manuel MSD. Retrieved 2025/07/21 from <https://www.msdmanuals.com/fr/professional/troubles-psychiatriques/troubles-de-la-personnalité/revue-générale-des-troubles-de-la-personnalité>

Titre : Évaluation des situations complexes dans l'accompagnement social - santé. L'outil Comp/Ass (v.01.03)

Auteurs : Catherine Ludwig (Haute école de santé de Genève, HES-SO), Catherine Busnel (Institution genevoise de maintien à domicile / IMAD), Noelia Delicado (Haute école de santé de Genève, HES-SO), Aude Michel (Hospice général), Marco Zarrillo (Hospice général)

Publication : VisionS, Genève. Septembre 2025.

DOI : 10.26039/EQ19-H321

Publication distribuée sous les termes de la licence Creative Commons CC 4.0 (CC BY NC ND)



Disponible sur <https://www.hesge.ch/visions/media/1023> / <https://doi.org/10.26039/EQ19-H321>

Référence suggérée:

Ludwig, C., Busnel, C., Delicado, N., Michel, A., & Zarrillo, M. (2025). Évaluation des situations complexes dans l'accompagnement social - santé. L'outil Comp/Ass (v.01.03). VisionS – Centre de formation continue Santé-Social HES-SO Genève. <https://doi.org/10.26039/EQ19-H321>