

la Santé en action

PRÉVENTION/PROMOTION/ÉDUCATION

« Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations



Personnes sans domicile stable ou fixe : revue des pratiques et des connaissances sur le recours à la vaccination contre la Covid-19

En mai 2021, plus de 120 chercheurs, acteurs et décideurs ont partagé leurs connaissances et leurs pratiques pour favoriser l'accès à la vaccination contre la Covid-19 des personnes en situation de précarité due à l'exclusion liée au logement (sans-abri, bidonvilles, aires d'accueil, personnes hébergées). Ce groupe de Mobilisation des connaissances (MobCo), piloté par Santé publique France, a permis de définir collectivement des pistes d'action.

Les premiers travaux de ce groupe ont permis d'identifier trois points-clés :

- L'organisation du système de santé doit être structurée par un pilotage collectivement bien identifié. La répartition du rôle des différents acteurs de l'exécution de la stratégie vaccinale doit également être bien définie. Cette organisation doit faciliter l'intervention des acteurs locaux et des associations pour une mobilisation efficace des populations grâce aux relations de confiance préexistantes.
- L'organisation de la vaccination doit intégrer des actions réitérées d'information, d'éducation et de communication auprès des populations, au plus près de leurs lieux de vie. Ces actions doivent être réalisées par les acteurs locaux préalablement formés à ces questions grâce à des équipes mobiles sanitaires et sociales. Ces équipes permettent d'intégrer des actions de vaccination aux soins de santé et aux services courants, par l'instauration d'un parcours de vaccination facilité, avec une démarche de « (r)amener vers » les

centres de vaccination et d'« aller-vers » les populations au sein des lieux de vie.

● Les actions de vaccination doivent prendre en compte l'existence de facteurs limitants comme :

- la forte compétitivité des besoins primaires (logement, sécurité, travail, accès à l'eau, alimentation ; prise en charge des enfants ; un éventuel contexte de prise de substances addictives) ;
- une grande mobilité ;
- un faible niveau de littératie en santé et de littératie numérique ;
- la barrière de la langue ;
- l'éloignement des systèmes institutionnels ;
- une faible perception de l'utilité de la vaccination ou de la menace de la Covid.

Tous ces facteurs contextuels sont prégnants au sein de ces populations et nécessitent une analyse fine et spécifique, en situation et en temps réels.

Le rapport sur MobCo vaccination anti-Covid sera publié au mois de janvier 2022 sur le site de Santé publique France.

Suite aux échanges structurés via le webinaire MobCo sur la vaccination contre la Covid-19 auprès des personnes en situation de précarité, deux actions de co-construction ont été mises en place :

1. Un projet de recherche appliquée via l'étude Prevac coordonnée au moyen d'un partenariat entre Epicentre et Santé publique France doit évaluer la couverture vaccinale contre la Covid-19 auprès des personnes très

précaires, en relation avec plusieurs partenaires (Médecins sans frontières, Médecins du monde, Samusocial, Interlogement 93, Croix-Rouge française et les agences régionales de santé (ARS) d'Île-de-France et de Provence-Alpes-Côte d'Azur).

2. Une lettre d'information sous forme de questions-réponses est co-élaborée pour répondre aux besoins de connaissances des acteurs de terrain en première ligne auprès des populations précaires qui ont plus de difficultés dans le parcours vaccinal contre la Covid-19. Cette lettre d'information prend en compte les nouvelles connaissances au jour le jour. Elle vise à faciliter les échanges autour de la vaccination anti-Covid avec les publics en situation de précarité : personnes sans abri, migrants, gens du voyage, travailleurs du sexe, etc. Au-delà de ce premier bilan synthétique, le prochain numéro de *La Santé en action* publiera un article plus détaillé sur les principaux résultats de MobCo. ■

Pour en savoir plus

- Lien pour s'abonner à la lettre d'information : En ligne : http://spec.wewmanager.com/com_clients/2013/20211119-tl-SantéPublique-MOBCO/Mobco.html.
- Le rapport *Populations en grande précarité et Covid-19 : partage des connaissances pour améliorer la prévention et les actions en lien avec la MobCo dépistage Covid-19 en 2020* est disponible en ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2021/populations-en-grande-precarite-et-covid-19-partage-des-connaissances-pour-ameliorer-la-prevention-et-les-actions>

la
Santé
en action

est éditée par :
Santé publique France
12, rue du Val d'Osne
94415 Saint-Maurice Cedex – France
Tél. : 01 41 79 67 00
Fax : 01 41 79 67 67
www.santepubliquefrance.fr

Santé publique France est l'agence nationale de santé publique. Etablissement public administratif sous tutelle du ministère chargé de la Santé, l'agence a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé (loi n°2016-41 du 26 janvier 2016).

Directrice de la publication :
Laetitia Huiart

RÉDACTION

Rédacteur en chef :
Yves Géry
Assistante de rédaction :
Danielle Belpaume

PHOTOS :

Couverture : © Sébastien Duijndam
Page 13 : © Studio Chlorophylle
Pages 14, 16 : © François Chobeaux
Pages 21, 25, 26, 42 : © Sébastien Godefroy
Page 22 : © Pierre Faure
Page 28 : © Thierry Chenu - Ville de Grenoble
Pages 32, 33 : © Marc Helleboid
Page 34 : © Roziane Silva Barbosa
Page 36 : © Sophie Pinto

Page 37 : © Adrien Mesroua
Pages 39, 40, 41 : Mari Trini
Page 45 : © Association ASETIS

FABRICATION

Conception graphique : **offparis.fr**
Réalisation graphique : **Jouve**
Impression : **Imprimeries La Galiote Prenant**

ADMINISTRATION

Gestion des abonnements :
Marie-Josée Bouzidi (01 71 80 16 57)
sante-action-abo@santepubliquefrance.fr
N° ISSN : 2270-3624
Dépôt légal : 4^e trimestre 2021
Tirage : 7 000 exemplaires

Les titres, intertitres et chapeaux sont de la responsabilité de la rédaction

« ALLER-VERS » POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ DES POPULATIONS

Dossier coordonné par
Yves Géry,
rédacteur en chef,

Avec la collaboration de
Emmanuelle Hamel,
responsable de l'unité personnes âgées
et populations vulnérables,
Direction de la prévention
et de la promotion de la santé,
Santé publique France.

Introduction

4 _ Yves Géry

DÉFINITION, ENJEUX, CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES ET EXPÉRIENTIELLES

« *Nous devons aller vers
les populations vulnérables
pour leur permettre d'accéder
aux soins et à tous leurs droits* »

5 _ Entretien avec Marine Jeantet

« *L'aller-vers permet
de faire face aux situations
de décrochage social
et de réduire le non-recours
aux droits* »

8 _ Entretien avec Cyprien Avenel

« *Aller-vers, c'est ne pas attendre
que les exclus expriment
une demande d'aide* »

10 _ Entretien avec Carole Le Floch

ALLER VERS LES JEUNES EN MARGE DE LA SOCIÉTÉ

Mission locale de Mulhouse :
« *Ce que demandent
ces jeunes perdus de vue,
c'est du travail* »

12 _ Entretien avec Anne-Gaëlle Wurth
et Sandrine Poprawa

« *Aller vers les personnes
dans la rue, c'est avant tout
ne pas s'imposer, ne pas juger* »

15 _ Entretien avec François Choceaux



Accompagnement des jeunes
en errance à Lannion :
« *On ne juge pas leur histoire* »

17 _ Entretien avec Caroline Petit

L'ALLER-VERS TEL QUE PRATIQUÉ PAR LES SERVICES DE L'ÉTAT, VILLES, COLLECTIVITÉS, HÔPITAUX, ASSOCIATIONS

Coopération ville-bailleurs-
psychiatrie pour « *interrompre
les procédures d'expulsion* »

19 _ Entretien avec Nacer Leshaf
et Émilie Malbec

Équipe mobile psychiatrie
précarité de Saint-Étienne :
« *Aller vers les laissés-pour-
compte pour leur permettre
d'accéder aux soins* »

21 _ Entretien avec Mathias Poitou

Maraudes d'Emmaüs Solidarité :
« *Aller à la rencontre des
personnes qui ont renoncé à
tout, leur redonner une
étincelle d'espoir* »

24 _ Entretien avec Bruno Morel
et Herbert Ndoumou

À Grenoble : « *Les médiatrices
paires en santé suscitent la
confiance, parce qu'elles
partagent le vécu des usagers* »

27 _ Entretien avec Delphine Dubois-Fabing
et Marie Robin

Aller vers les personnes âgées :
« *Rester chez soi tout en
bénéficiant de l'assistance des
professionnels des Ehpad* »

29 _ Entretien avec Johan Girard

FOCUS SUR DES PROGRAMMES D'ALLER-VERS DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Martinique : « *Aller vers
les personnes victimes
de la prostitution
pour les aider à s'en sortir* »

31 _ Entretien avec Coline Robin

Guyane intérieure :
Une équipe mobile de santé
publique va vers les habitants
des communes isolées

34 _ Entretien avec Charlène Cochet,
Bérengère Bonot, Mélanie Gaillet

À Cayenne, des équipes
mobiles de santé vont
vers les populations
des quartiers précarisés

38 _ Entretien avec Aude Trépont
et Claire Bocéno

Croix-Rouge française
en Guyane : « *Des équipes
mobiles pour aller
vers les publics précarisés* »

42 _ Entretien avec Benoit Renollet

La Réunion : Un bus
de prévention en santé
sexuelle pour aller vers
les communes isolées

44 _ Entretien avec Maryse Picard

Programme de santé
communautaire Tsingoni
à Mayotte : « *Construire
ensemble des solutions
que les habitants vont
s'approprier* »

46 _ Entretien avec Samy Boutouaba
et Marie-Angéline Reynaud

« Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations

Yves Géry,
rédacteur en chef.

Ce n'est pas une nouveauté :

la démarche dite d'« aller-vers » est un fondement du travail social. Toutefois depuis mars 2020, la survenue de la pandémie de Covid-19 rend plus incontournable encore ce principe éthique d'« aller-vers ». En effet, les populations les plus vulnérables se sont retrouvées dans un isolement accru au fur et à mesure que la crise sanitaire a pris de l'ampleur. Dans ce numéro spécial, Marine Jean-tet, déléguée interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la pauvreté, souligne avec vigueur l'enjeu de l'« aller-vers » les populations vulnérables : leur permettre d'accéder aux soins et à leurs droits.

La démarche d'« aller-vers » peut permettre, dans certains cas, d'intervenir en amont, « *avant que les difficultés ne soient installées* » indique le sociologue Cyprien Avenel. Pour Carole Le Floch, c'était trop tard : contrainte de quitter son logement, elle a vécu un temps dans la rue. Cette femme a cependant pu se reconstruire dans une structure d'hébergement grâce à un collectif. Aujourd'hui coordinatrice-paire au conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées (CRPA) d'Île-de-France, elle met son expérience au service de la communauté : « *Aller-vers*, résume-t-elle, *c'est ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide* ». Le maître mot est donc d'anticiper. C'est ce que fait la mission locale de Mulhouse en allant chercher « *là où ils sont* » les jeunes de 16 à 25 ans, invisibles, en rupture avec la société, pour les accompagner vers un projet d'insertion. La démarche requiert une posture d'ouverture, ainsi formulée par le sociologue François Chobeaux : aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout « *ne pas s'imposer, ne pas juger* ». Telle est la démarche d'une

association à Lannion en accueillant des jeunes en errance, sur des chantiers forestiers.

Les acteurs et les initiateurs de ces démarches d'« aller-vers » sont multiples : les services publics relevant de tous les secteurs – social, santé, éducation –, les collectivités territoriales, les villes, etc. Ainsi, la ville de Paris s'est-elle alliée au Groupement hospitalier universitaire (GHU) de Paris psychiatrie et neurosciences pour créer dans quatre arrondissements des Équipes de liaison intersectorielle d'accompagnement de l'habitat aux soins (Éliahs). Leur mission ? Aller vers les locataires en grande difficulté pour qu'ils ne soient pas expulsés de leur logement. À Saint-Étienne (Loire), comme dans bien d'autres territoires, c'est le centre hospitalier universitaire (CHU) qui travaille hors de ses murs grâce à son Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) ; psychologues, infirmières et autres professionnels vont vers les publics en situation de grande vulnérabilité, dans les rues et dans les centres d'hébergement et autres structures sociales.

Comment intervenir ? Les maraudes sont par définition l'une des modalités les plus anciennes. En Île-de-France, celles de l'association Emmaüs Solidarité ont suivi 1 300 personnes en 2020. Soulignons que la démarche d'« aller-vers » ne concerne pas que les personnes vivant dans la rue ou dans d'autres conditions indignes (squats, bidonvilles). Elle s'avère pertinente pour toute personne ou tout collectif se trouvant en situation d'isolement ou de difficulté à accéder aux soins et à l'ensemble de ses droits. Dans cette optique, la ville de Grenoble met en œuvre plusieurs dispositifs relevant de l'« aller-vers », incluant l'intervention de médiateurs-pairs dans les quartiers défavorisés. Quels que soient la population concernée et le terrain d'intervention, aller-vers, c'est avant tout respecter les désirs des personnes.

Ainsi, le programme expérimental de la Croix-Rouge française Vivre@lamaison a-t-il pour premier objectif éthique de permettre à des personnes âgées de ne pas être contraintes d'entrer dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) : ici, ce sont les professionnels qui vont au domicile de la personne. Dans un tout autre domaine il est à souligner que ce programme est l'un des seuls à avoir été scientifiquement évalué par des chercheurs et des professionnels extérieurs au dispositif. Au regard des multiples exemples présentés dans ce numéro spécial, il apparaît ainsi que l'évaluation est peu développée dans ces programmes innovants d'« aller-vers ». C'est donc l'un des défis à relever que de démontrer l'efficacité de ce type de démarche.

Enfin, ce numéro spécial fait largement état des pratiques d'« aller-vers » dans les départements d'outre-mer. Ainsi, en Martinique, la Croix-Rouge française pilote le dispositif permettant aux personnes contraintes de se prostituer d'en sortir : il s'agit d'un accompagnement spécifique de longue durée, psychologique, social et d'insertion. En Guyane, des équipes mobiles de santé du centre hospitalier de Cayenne, de Médecins du Monde et de la Croix-Rouge vont vers les habitants tant des communes isolées à l'intérieur du territoire que des quartiers urbains précarisés du littoral. À La Réunion, un bus de prévention en santé sexuelle va vers les populations isolées. À Mayotte, une association expérimente, avec le soutien de l'agence régionale de santé (ARS), un programme de santé communautaire avec des médiateurs à Tsingoni, village éloigné des centres de santé.

L'« aller-vers » s'impose donc comme une réponse essentielle et adaptée pour lutter, au sein des territoires, contre la dégradation sanitaire et sociale des plus démunis, isolés, exclus et vulnérables. ■

« Nous devons aller vers les populations vulnérables pour leur permettre d'accéder aux soins et à tous leurs droits »

Entretien avec Marine Jeantet,

déléguée interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la pauvreté.

La Santé en action : Comment définissez-vous cette démarche d'« aller-vers » que vous soutenez ?

Marine Jeantet : L'« aller-vers » consiste à aller à la rencontre de personnes qui ne formulent aucune demande ou ne s'adressent pas aux dispositifs adaptés, en allant sur leur lieu de vie ou de prise en charge de la personne (structure d'hébergement, établissement de santé ou médico-social, etc.) Cette démarche est essentielle pour les publics en situation de précarité, qui cumulent de nombreuses problématiques, constituant autant de barrières pour leur accès aux droits et aux soins : méconnaissance des démarches à entreprendre, difficultés à identifier les acteurs à contacter, déficit d'offres de services sur le territoire, barrières linguistiques ou culturelles, incapacité de se déplacer pour se rendre sur les lieux de services ou de soins ou dans l'amplitude horaire d'ouverture, renoncements aux soins ou aux droits malgré un état de santé généralement dégradé, etc.

S. A. : Comment mettre en œuvre cette démarche ?

M. J. : Face à ces difficultés, le système de santé doit se mettre au service de ces personnes, s'adapter à leur situation, et non l'inverse.

Les modalités de l'« aller-vers » présentent de nombreux avantages : une capacité d'intervention rapide ; un repérage précoce des situations ou des pathologies ; un rôle d'interface entre l'usager et les institutions ou les structures de prise en charge. Ces démarches ont ainsi pour finalité de créer du lien, informer, réduire les risques de dommages sanitaires et sociaux, de permettre de formuler une demande de soutien, d'aider à accéder aux services compétents (sanitaires, sociaux, administratifs...). Les modalités de l'« aller-vers » permettent de lever les éventuelles réticences au recours à ces services et renforcent les capacités des personnes à se rendre par elles-mêmes dans les structures de droit commun. Ces démarches, lorsqu'elles sont mises en œuvre par des équipes pluriprofessionnelles, avec un réseau de partenaires développé, offrent une prise en charge globale et adaptée aux besoins des usagers. C'est pourquoi le Ségur de la santé a très fortement soutenu cette approche, au travers de la mesure 27 de lutte contre les inégalités de santé, en allouant plus de la moitié des 100 millions d'euros de financement en 2021 au développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires.

S. A. : Comment les dispositifs d'« aller-vers » ont-ils été renforcés ?

M. J. : Tout d'abord, les dispositifs mobiles existants ont été renforcés : équipes mobiles psychiatrie précarité, permanences d'accès aux soins de santé des hôpitaux dédiées à la prise en charge sanitaire et sociale des patients

L'ESSENTIEL

Marine Jeantet estime qu'il faut aller vers les personnes qui n'ont pas accès aux soins et à la prévention. Le Ségur de la santé apporte selon elle un soutien accru à cette démarche, en allouant près de 60 millions d'euros au développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires.

sans droits ouverts (Pass mobile). Ensuite, de nouveaux modèles d'équipes mobiles médico-sociales ont été développés, sur la base d'expérimentations ou de modèles d'organisation ayant fait leurs preuves pendant la crise sanitaire : ainsi, les versants mobiles des lits halte soins santé (LHSS) et des appartements de coordination thérapeutiques (ACT) ; ces équipes interviennent en amont et en aval des séjours en LHSS/ACT et permettent d'aller vers les personnes à la rue et dans les squats, les bidonvilles... Autre exemple, les équipes de soins spécialisés infirmiers précarité (Essip) ; inspiré de l'expérimentation des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) précarité de l'agence régionale de santé (ARS) des Hauts-de-France, ce nouveau dispositif médico-social propose des soins infirmiers techniques et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou très démunies, accueillies dans les structures de l'accueil, d'hébergement et d'insertion (p. ex. : centres d'hébergement d'urgence – CHU, centres d'hébergement et de réinsertion sociale – CHRS) ou dans des lieux de vie informels (campements, squats...).

Ont également été créées des équipes mobiles santé précarité (EMSP) : ces structures autonomes – non rattachées à une structure médico-sociale ou sociale préexistante – peuvent intervenir dans tous les lieux de vie des personnes sans domicile ou des personnes précaires (hébergées ou non dans des établissements sociaux ou médico-sociaux, bidonvilles, squats ou campements, dans des logements insalubres ou dégradés, etc.) et sont composées *a minima* d'un binôme infirmier-professionnel du travail social, et d'autres professionnels : psychologue, aide-soignant, médiateur en santé, pair-aidant, interprète, chauffeur, etc. Ces différentes structures offrent un panel très large de réponses possibles, que les agences régionales de santé peuvent activer en fonction des besoins et des capacités de leurs territoires.

S. A. : *Comment aller vers les personnes en répondant véritablement à leurs attentes ?*

M. J. : Il s'agit d'entendre ce que la personne a à nous dire. Il faut pouvoir se mettre à la portée de la personne en l'écoutant, se mettre en lien sans s'imposer. C'est le principe de la participation des personnes concernées, qui constitue un des fondements de la stratégie de lutte contre la pauvreté. Cette stratégie a été construite sur la base de la concertation et avec la participation des personnes concernées dans un certain nombre d'instances et de groupes de travail, et elle continue d'être mise en œuvre au quotidien. Là aussi, il faut aller vers les personnes au lieu de leur demander de venir dans nos instances où, trop souvent, on ne se met pas à leur portée. On risque sinon de faire de la participation une caution, un alibi plus qu'une réalité. La participation doit idéalement tendre vers une co-construction. C'est pourquoi nous préférons désormais cibler cette participation sur des projets locaux, sur lesquels les personnes ont vraiment leur mot à dire à toutes les étapes : dans la sélection des projets, leur montage et leur évaluation. Par ailleurs, écouter, c'est déjà soigner, poser les premières pierres de la prise en charge. Cela permet à la personne de se décharger de son fardeau quotidien. L'écoute active, base du soutien

psycho-social, est mise en œuvre par les équipes qui prennent en charge les plus vulnérables. Pour l'intervenant, cela permet de prendre la mesure de l'ensemble des problématiques auxquelles cette personne est confrontée. Soigner par exemple une personne à la rue avec des troubles psychiques ou des addictions, c'est d'abord lui trouver un hébergement. C'est donc plus facile lorsque l'équipe est en lien avec le service intégré d'accueil et d'orientation (Siao). Cependant, les solutions peuvent prendre du temps, d'où l'importance du lien avec la personne et de la coordination entre les professionnels. Être en capacité d'écouter, face à des personnes allophones, c'est aussi pouvoir s'appuyer sur un interprète professionnel. C'est pourquoi je soutiens fortement le développement de l'interprétariat, qui revêt en outre une dimension éthique dans le champ de la santé vis-à-vis du consentement aux soins.

S. A. : *Quel bilan dressez-vous de la formation des intervenants sur l'« aller-vers » que vous avez développé ?*

M. J. : Intégrer ces démarches participatives d'« aller-vers », d'écoute active, cela s'apprend. C'est à la fois une posture et une pratique. C'est pourquoi la stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté soutient la formation des travailleurs sociaux sur ces thématiques, avec un budget de 30 millions d'euros sur trois ans (six thématiques au total : l'« aller-vers », le numérique, la participation des personnes, le développement social, les territoires, l'insertion socio-professionnelle). En effet, bien que l'« aller-vers » soit à la base du travail social, il est peu pratiqué. Les professionnels ont fait remonter le besoin d'être outillés en la matière, mais surtout d'avoir un temps pendant lequel ils puissent partager les bonnes pratiques. Ces formations intègrent donc généralement des phases d'apport théorique sur les enjeux et les outils de l'« aller-vers » et des phases pratiques, avec des partages d'expérience inter-acteurs et des mises en situation. Il est trop tôt pour effectuer le bilan qualitatif de ce plan de formation, la crise sanitaire a en effet retardé d'un an son lancement. Toutefois, plus de

1 000 journées de formations ont été organisées au niveau national par les opérateurs de compétences (Opco). En outre, plus de 13 500 formations ont été réalisées (dont certaines sous forme de webinaires) dans les 47 départements qui se sont engagés dans ce plan de formation dans le cadre de leur convention avec l'État sur la lutte contre la pauvreté. L'« aller-vers » fait partie des quatre thématiques les plus plébiscitées.

S. A. : *De quelle façon soutenez-vous cette approche d'« aller-vers » ?*

M. J. : Je soutiens très fortement le développement de l'« aller-vers » à différents niveaux : 1) dans le cadre de la mesure de lutte contre les inégalités de santé du Ségur que je pilote, au travers du développement des équipes mobiles, mais également des médiateurs en santé. Je crois en effet beaucoup aux vertus d'un accompagnement par les pairs, seuls vraiment capables d'instaurer un lien de confiance avec les personnes. On l'a bien vu avec la question de la vaccination contre la Covid-19 des publics en situation de précarité : sans la présence de médiateurs dans les équipes mobiles, on n'aurait pas obtenu ces résultats. Ils ont permis de sensibiliser, répondre aux questions, déconstruire les fausses représentations, orienter voire accompagner vers le dépistage et ensuite vers la vaccination, rassurer, dédramatiser, établir des passerelles avec les soignants... Ils ont également fait remonter aux agences régionales de santé (ARS) les questionnements du terrain pour leur permettre de concevoir des outils adaptés, traduits en plusieurs langues. Le médiateur en santé crée du lien avec les personnes tout en ayant une connaissance fine de son territoire d'intervention, des acteurs et des publics. Il assure une fonction d'interface entre les usagers et les institutions, facilitant leur accès aux soins et aux droits. C'est pourquoi je soutiens le développement de la médiation en santé dans le cadre de l'expérimentation des centres et maisons de santé « participatifs », qui recourent fréquemment à ces personnes pour accompagner leurs patients. La quasi-totalité des ARS financent aujourd'hui des médiateurs en santé ou des projets de médiation,

portés par des associations, collectivités, hôpitaux, centres de santé... 2) Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ; j'ai été à l'initiative des équipes mobiles caisses primaires d'assurance maladie – caisses d'allocations familiales (CPAM-CAF) à destination des personnes hébergées, mises en place en juin-juillet 2021. Il s'agissait de profiter de l'effort exceptionnel de mise à l'abri des personnes à la rue pendant le premier confinement pour capter un public habituellement « invisible ». Plus de 2 000 ouvertures de droits et plus de 350 domiciliations ont été effectuées. Ces actions ont ensuite donné lieu à l'établissement de conventions entre les Siao, CPAM et CAF afin de les systématiser et de les fluidifier. Toutefois, le plus important à mon sens, c'est que les agents des caisses ont particulièrement apprécié cette démarche d'« aller-vers » avec un sentiment de qualité de service et de réelle mission de service public. Ils ont uni leurs forces pour une mission commune : accompagner un public fragile, en percevant directement les bénéfices de leur action : accrocher des personnes habituellement éloignées du système de santé, détecter les renoncements aux soins, débloquer des situations complexes... et aussi être remerciés par les usagers pour cela. De nombreuses initiatives régionales

existent en matière d'« aller-vers ». J'évoquerai à titre d'exemple la démarche mise en œuvre en Martinique à destination des jeunes très marginalisés, avec un camion qui permet de rendre accessible l'offre de service de la mission locale sur le territoire, parallèlement à la distribution de packs de « première urgence » (chaque pack est composé d'une carte de téléphone prépayée de 15 €, un chéquier de tickets-services de 5 €, un kit hygiène, des tickets de transport pour cinq jours, des produits alimentaires secs et liquides et des contacts indispensables pour le logement). Nous finançons également une évaluation des projets financés dans le cadre de la stratégie sur le modèle des *what work centers*¹, qui va cartographier les actions d'initiatives territoriales financées par les commissaires et par les collectivités, puis dresser un bilan de 26 projets innovants. À ce titre, une petite dizaine de projets dédiés à l'« aller-vers » seront étudiés, soit plus d'un tiers de la totalité des projets évalués. Il s'agit notamment d'actions à destination des jeunes des quartiers prioritaires de la ville de Lyon, d'interventions solidaires contre le « mal-logement » en Centre Ouest Bretagne, d'inclusion numérique des publics fragiles à travers un fourgon se déplaçant sur des communes de l'agglomération bordelaise, etc.

S. A. : **Comment utiliser l'« aller-vers » dans ce contexte d'accroissement de la pauvreté causé par la pandémie Covid-19 ?**

M. J. : L'« aller-vers » a été une des réponses essentielles à la crise et c'est bien pour cela qu'autant de moyens ont été mis sur la table pour le développer à l'issue du premier confinement. Ces moyens vont perdurer, car il s'agit d'une approche essentielle pour atteindre tous ceux qui n'accèdent pas aux biens et aux services essentiels, plébiscitée par tous les acteurs et en premier lieu par les usagers et par les professionnels du travail social. Nous avons renforcé le cadre et les moyens de cet essor, je suis donc confiante dans le fait que ces démarches vont continuer de se développer et que de nouveaux métiers, tels que ceux des médiateurs en santé, vont bientôt devenir incontournables. ■

Propos recueillis par Emmanuelle Hamel, responsable de l'unité personnes âgées et populations vulnérables, Direction prévention-promotion de la santé, Santé publique France.

1. NDLR : « ce qui marche », structures créées au Royaume-Uni pour éclairer la décision publique en mettant l'accent sur « ce qui fonctionne ».

UNE DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

Créée par décret le 24 octobre 2017, la délégation interministérielle à la Prévention et à la Lutte contre la pauvreté est chargée d'une triple mission : organiser la concertation, coordonner la préparation de la stratégie de lutte contre la pauvreté et suivre sa mise en œuvre. Elle est placée sous l'autorité conjointe du ministre des Solidarités et de la Santé et du ministre du Travail, de l'Emploi et de l'Insertion.

Dans la phase de mise en œuvre, la délégation a notamment en charge de :

- coordonner la mise en œuvre des mesures de la stratégie de lutte contre la pauvreté : rédaction de textes législatifs et réglementaires, inscription dans les textes financiers annuels, lancement d'appels à projets, production de cahiers des charges,

guides, barèmes, en lien avec les administrations concernées ;

- veiller au déploiement des mesures du quotidien de la stratégie de lutte contre la pauvreté : petits déjeuners à l'école, cantine à 1 euro, obligation de formation pour les 16-18 ans, mise en place du contrat d'engagement jeunes pour les jeunes précaires, création de nouveaux points conseil budget, lutte contre les inégalités de santé, etc. ;

- animer le réseau des commissaires à la lutte contre la pauvreté, nommés auprès de chaque préfet de région, et chargés de la mise en œuvre de la stratégie de lutte contre la pauvreté dans tous les territoires ;
- assurer la montée en puissance des conventions de lutte contre la pauvreté et d'accès

à l'emploi signées avec les départements et élargir la contractualisation avec les métropoles et les conseils régionaux.

Pour en savoir plus

- Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. Retour sur 3 années d'actions.

Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, 13 octobre 2021. En ligne : <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/lutte-contre-l-exclusion/lutte-pauvrete-gouv-fr/>

- Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : le point sur la mise en œuvre 2018-2021. Rapport d'étape national. *Délégation interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté*, octobre 2021. En ligne : *Bilan d'étape de la Stratégie pauvreté - Ministère des Solidarités et de la Santé* (solidarites-sante.gouv.fr)

« L'aller-vers permet de faire face aux situations de décrochage social et de réduire le non-recours aux droits »

Entretien avec Cyprien Avenel,

adjoint au chef de la mission analyse stratégique, synthèses et prospective à la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS).

La Santé en action : Comment définissez-vous la démarche d'« aller-vers » ?

Cyprien Avenel : Il n'existe pas de définition conventionnelle. Ce n'est pas un concept scientifique, mais une approche professionnelle. C'est une démarche par laquelle les travailleurs sociaux et les intervenants sociaux sont conduits à sortir physiquement de leur structure pour aller à la rencontre des populations isolées ou ayant « décroché » afin de rétablir un lien et l'accès aux aides et au droit commun, en se

tournant vers leurs lieux de vie. L'« aller-vers » a donc deux dimensions principales : une mobilité hors les murs vers les milieux de vie, et une posture relationnelle d'ouverture vers la personne alors qu'elle renonce à être aidée. C'est une démarche aussi nécessaire que paradoxale : comment aller vers une personne qui ne demande rien, alors que le besoin est criant ?

Le développement de l'« aller-vers » est la conséquence de l'accroissement de la population en situation de désaffiliation sociale. Cette démarche s'impose aussi pour contrebalancer des évolutions institutionnelles négatives : avec l'accumulation des dispositifs, des normes et des procédures, les professionnels finissent par occuper plus de temps à gérer la complexité administrative et à instruire des dossiers suivant la logique des files actives qu'à être tout simplement présents auprès des personnes, au risque d'une perte de sens de la mission. Il s'agit de sortir le travail social de la bureaucratisation en privilégiant une approche plus préventive et ancrée dans la proximité. L'« aller-vers » ne signifie rien d'autre que le retour au cœur de métier, quand le fonctionnement des institutions contribue aujourd'hui à produire du non-recours aux droits et de la distance entre travailleurs sociaux et personnes en grande difficulté.

S. A. : **Quel cadre éthique vous semble incontournable dans toute démarche d'« aller-vers » ?**

C. A. : Dès lors que certaines personnes (sans abri par exemple) refusent de donner suite, l'intervenant doit-il ne pas contraindre la personne – et la laisser, voire l'abandonner à son propre sort – ou bien forcer subtilement le contact pour s'assurer que la personne va bien ? La question de l'éthique se pose dans la limite entre le respect du libre arbitre et le contrôle social inhérent au mandat assigné par la société au travail social au nom de la protection. La démarche est ambivalente, car elle intègre en même temps une démarche de secours et de présence sociale, mais elle recèle aussi

des formes de contraintes implicites, voire d'imposition de normes. Ce risque me semble somme toute très relatif dans le cadre d'un mandat non contraignant, par lequel les personnes approchées ont la liberté d'adhérer ou non. Surtout, l'éthique des acteurs et des équipes de l'« aller-vers » demeure très en alerte sur cette question du contrôle qu'ils pourraient exercer sur les personnes qui ne demandent rien ou qui se trouvent en situation de grande vulnérabilité. Plus qu'un pouvoir discrétionnaire, c'est bien l'objectif de faciliter la reconquête d'un pouvoir d'agir auprès de ces personnes qui est central : inconditionnalité, juste proximité, écoute, libre choix des personnes, rétablissement du pouvoir d'agir des personnes et augmentation de celui-ci sont les fondamentaux du référentiel éthique de l'« aller-vers ».

S. A. : **Quels changements cette démarche requiert-elle au sein des institutions ?**

C. A. : L'« aller-vers » reste une gageure à relever pour les institutions, car la logique habituelle est encore largement celle du guichet qui attend son public. Afin de répondre aux défis des situations d'isolement et de solitude, de la massification de la précarité, de la fracture numérique et de la participation des personnes concernées, « l'aller-vers » oblige les acteurs à modifier leur posture, à être moins administratifs et plus proactifs, moins dans la procédure d'instruction des dossiers que dans le processus d'immersion territoriale. Cette démarche génère par ailleurs une modification du rapport entre le travail social et la population : le métier ne repose plus seulement sur l'expression d'une

L'ESSENTIEL

► Pour Cyprien Avenel, la démarche d'« aller-vers » s'inscrit dans l'actuelle rénovation des politiques sociales et de santé : il s'agit d'activer l'ensemble des leviers pour combattre à la source les inégalités avant que les difficultés ne soient installées, dans un objectif de repérage et de prévention, plutôt que de réparation, et afin de promouvoir les droits fondamentaux et l'autonomie des personnes. Le mouvement est déjà amorcé, puisque la pandémie de la Covid-19 a provoqué un renforcement de l'« aller-vers », à l'initiative des travailleurs sociaux auprès des populations vulnérables afin de prévenir une dégradation de leur situation, dans une démarche de « prendre soin » et d'accès aux services d'aides.

demande – initiée par la personne – ou sur un engagement réciproque contractualisé – initié par un dispositif – ; c’est le travailleur social qui fait la démarche de se déplacer dans le milieu de vie de la personne pour la rencontrer, aller au-devant d’elle et initier la relation. L’« aller-vers » occupe ainsi aujourd’hui une place qu’il n’avait pas auparavant, aussi centrale désormais que celle de l’accompagnement. Cela conduit à faire évoluer les profils des travailleurs sociaux et à remettre en question les stratégies institutionnelles dans leur capacité à créer les conditions pour faciliter des logiques de décroisement et de changement de posture.

S. A. : Comment accompagner le changement de posture des professionnels ?

C. A. : Cela soulève au moins un double enjeu. D’abord, celui d’un accompagnement des pratiques professionnelles par la formation. C’est là une des principales ambitions affichées dans le cadre de la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : elle promeut une évolution du travail social vers les logiques de l’action collective, de la participation et de l’« aller-vers »¹. Elle met l’accent sur le développement social et sur des fonctions comme le référent de parcours, avec la volonté de généraliser les accueils sociaux inconditionnels de proximité². Du côté des services de l’État, la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) valorise toutes les pratiques d’« aller-vers » du travail social dans l’accès à l’emploi et au logement, aux droits sociaux fondamentaux, notamment dans les territoires qui n’ont pas de centres sociaux ou de lieux de soutien à la parentalité, mais aussi avec les actions sur l’aide alimentaire. Ensuite et c’est essentiel, la démarche implique que les services compétents soient dotés des moyens d’intervenir hors les murs et elle dépend des conditions de travail et du soutien des institutions pour la mettre en œuvre concrètement sur le terrain. C’est le management d’encadrement qui doit placer le travail social en capacité d’« aller-vers » et de conduire l’action. Or, pour les organisations, cette orientation peut sembler aller à l’encontre de la maîtrise

des risques, du contrôle des processus, des impératifs de gestion auxquels les politiques publiques sont confrontées.

S. A. : Comment cette démarche peut-elle contribuer à réduire les inégalités ?

C. A. : Souvent associées à la prévention spécialisée ou aux maraudes du Samusocial, les démarches d’« aller-vers » se sont progressivement diversifiées et diffusées vers un public beaucoup plus large. Elles permettent de faire face aux situations de décrochage social et de vulnérabilité de la population qui n’est pas en situation de pouvoir accéder à ses droits et se tient en retrait des institutions. Face à ce constat, les travailleurs sociaux ne peuvent plus être seulement positionnés comme des professionnels de la relation individuelle dans leur bureau, favorisant les logiques de guichet et un certain systématisme de la réparation. Les travailleurs sociaux sont conduits à intervenir sur le rapport aux institutions et sur l’environnement en étant acteurs des milieux de vie et de leurs ressources. Cela implique pour eux d’aller vers les populations, mais aussi d’aller vers les partenaires du territoire (ceux de la santé, de l’éducation, du logement, de l’emploi, etc.) pour trouver des solutions collectives et décroisées susceptibles de mieux accompagner les parcours de vie dans toutes leurs composantes et leur complexité.

S. A. : La pandémie de Covid-19 ne rend-elle pas incontournable l’« aller-vers » ?

C. A. : Effectivement, l’« aller-vers » est une stratégie qui permet de mobiliser efficacement dans la proximité les instruments de lutte contre les inégalités sociales et de santé, que la pandémie de Covid-19 démultiplie. Cette crise l’a renforcée à l’initiative des travailleurs sociaux auprès des populations vulnérables en butte à l’isolement, afin de prévenir une dégradation de leur situation et de s’enquérir de leur santé, dans une démarche de « prendre soin » et d’accès aux services d’aides. Elle a montré la pertinence des approches transversales articulant « aller-vers », santé communautaire et développement du pouvoir d’agir. Dans

cette lignée, le ministère des Solidarités et de la Santé, en particulier, vient de publier un décret « aller-vers »³ créant deux nouveaux dispositifs mobiles médico-sociaux financés dans le cadre du Ségur de la santé : les équipes mobiles santé précarité (EMSP) et des équipes spécialisées de soins infirmiers précarité pour lutter contre l’aggravation des inégalités en santé et la surmortalité dans certains territoires des personnes en situation de précarité liée à la Covid-19. En définitive, l’« aller-vers » s’inscrit dans un travail de recomposition globale des politiques sociales et de santé : le principal enjeu est l’activation de l’ensemble des leviers permettant de combattre à la source les inégalités, afin d’intervenir plus en amont, avant que les difficultés ne soient installées. Ceci dans un objectif de repérage et de prévention, plutôt que de réparation, et afin de promouvoir les droits fondamentaux et l’autonomie des personnes, tout en réhabilitant la participation de celles-ci à la société. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Un plan de formation continue est ainsi engagé et organisé en six thématiques : Développement social et travail social collectif ; La participation des personnes ; « aller-vers » ; Travail social et territoires ; Insertion socio-professionnelle ; Travail social et numérique.

2. Garantir à toute personne rencontrant des difficultés ou souhaitant exprimer une demande d’ordre social une écoute attentionnée de l’ensemble de ses besoins et de ses préoccupations afin de lui proposer le plus tôt possible des conseils et une orientation adaptés.

3. Décret n° 2021-1170 du 9 septembre 2021 relatif aux équipes mobiles médico-sociales intervenant auprès de personnes confrontées à des difficultés spécifiques.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Avenel C. L’« Aller-vers » : un enjeu de cohésion sociale. [Note d’analyse], Mission analyse stratégique, synthèses et prospective, Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), n° 53, février 2021.
- Avenel C., Martin C. (Coord.) *Manuel de l’intervention collective pour les travailleurs sociaux. Des principes à l’action en faveur du développement social.* Paris : La Documentation française, 2021 : 202 p.

« Aller-vers, c'est ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide »

Entretien avec Carole Le Floch,

coordinatrice-paire au conseil régional des personnes accompagnées (CRPA) d'Île-de-France, conseillère technique à l'Institut régional de travail social - IRTS Paris Île-de-France¹.

La Santé en action : Quelle trajectoire de vie a construit en vous l'« aller-vers » que vous prônez aujourd'hui au sein de divers organismes ?

Carole Le Floch : Mon expérience est issue d'une rupture de vie. Il y a huit ans, j'ai dû quitter précipitamment le logement familial. J'ai dû vivre à la rue avant de trouver une structure d'hébergement. Au sein de ce centre, en Normandie, j'ai découvert les groupes d'expression, puis la participation des personnes accompagnées à la commission des usagers du département de l'Eure. Mes pair.e.s délégué.e.s au Conseil national des personnes accueillies et/ou accompagnées (CNPA) m'ont élue pour être leur représentante au Haut Conseil du travail social (HCTS) dans le collège des personnes accompagnées – aujourd'hui, j'y suis élue en tant que personne qualifiée. Puis, les choses se sont enchaînées. Je suis en contrat à mi-temps à l'Institut régional de travail social (IRTS) Parmentier pour faire reconnaître les savoirs expérientiels et les introduire dans la formation des travailleurs sociaux, en complémentarité des autres savoirs déjà reconnus. Par ailleurs, l'Armée du Salut m'emploie en tant que coordinatrice-paire « paire aidante » du conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées (CRPA)

L'ESSENTIEL

■

▣ **Carole Le Floch a vécu un temps dans la rue suite à une rupture de vie. Elle a pu se reconstruire grâce notamment à des groupes d'expression au sein de sa structure d'hébergement. Ce savoir expérientiel, acquis douloureusement, lui a permis de devenir experte en participation des publics : elle structure et accompagne la participation des personnes en situation d'exclusion sociale dans les institutions, afin qu'elles aient leur mot à dire dans les politiques publiques. Elle bataille aussi pour faire reconnaître leurs savoirs expérientiels dans la formation des travailleurs sociaux de façon officielle et pérenne. Elle préconise des solutions comme la mise en place d'accueils de jour où toute personne en situation de grande vulnérabilité pourrait aller y rencontrer une équipe pluridisciplinaire de professionnels et se faire accompagner par celle-ci. Le principe éthique qu'elle revendique : « aller-vers », c'est ne pas attendre que les personnes en situation d'exclusion expriment une demande d'aide auprès des professionnels du secteur médico-social.**

d'Île-de-France : il s'agit d'accompagner la participation des personnes en situation d'exclusion sociale dans les institutions afin qu'elles aient leur mot à dire dans les politiques publiques. C'est aussi à ce titre que je fais partie – nommée en tant qu'experte – de la Commission en charge du social et du médico-social (CSMS) de la Haute Autorité de santé (HAS). Et je suis également membre du comité de pilotage d'Associations nos savoirs, collectif qui soutient les personnes qui repensent l'enseignement

grâce à la coopération de ceux ou celles qui sont en situation de vulnérabilité sociale, entre autres.

S. A. : **Quelle est votre définition de l'« aller-vers » ?**

C. L. F. : L'« aller-vers » est une approche de l'accompagnement des bénéficiaires, dont les besoins – qui ne correspondent pas forcément aux propositions des professionnels – ne sont ni écoutés ni pris en compte, la plupart du temps. C'est aussi une autre façon d'atteindre des publics exclus, pas seulement sans logement, mais également ceux qui souffrent d'isolement au domicile comme les personnes handicapées ou âgées. Par exemple, les jeunes de plus de 16 ans disent avoir le sentiment d'être invisibles et de ne pas exister pour autrui ; cela traduit, souvent volontairement, un souhait de s'isoler du monde physique. Les déplacer pour les faire entrer dans des dispositifs de droit commun n'est pas toujours adapté. L'« aller-vers », dans ce cas, consiste à entrer en communication avec eux, en se servant de leurs outils, c'est-à-dire principalement les réseaux sociaux. Plus généralement, cette démarche implique de ne pas attendre que les personnes en situation d'exclusion expriment une demande d'aide auprès des professionnels du secteur médico-social. Il faut donc que ces derniers sortent de leurs bureaux et prennent contact physiquement, ce qui suppose une étape préalable, une phase de recensement pour identifier les personnes à aider et leurs besoins. Cela nécessite aussi de trouver des moyens et des outils pour mettre en action cet « aller-vers ». Cependant, ce n'est pas quelque chose de nouveau. Il y a quelques années, les assistantes

sociales avaient des méthodes de travail qui s'y apparentaient, en se déplaçant sur le terrain à la rencontre des publics ; elles disposaient de moyens humains et logistiques, et de temps. Aujourd'hui, à cause des économies successives, certains travailleurs sociaux sont pour partie devenus des bureaucrates, et leurs pratiques professionnelles sont jugées sur des critères quantitatifs : traiter X dossiers par jour, régler X situations par semaine, etc.

S. A. : *Quel impact la crise sanitaire a-t-elle eu sur la démarche d'« aller-vers » les exclus ?*

C. L. F. : La crise sanitaire de la Covid-19 a eu à cet égard des effets surprenants. Elle a bien sûr causé nombre de difficultés dans le soutien aux exclus. Toutefois, l'urgence a aussi conduit à décharger les intervenants d'une partie de leurs tâches administratives pour justement aller de nouveau vers ce public et s'appuyer sur les connaissances des personnes accompagnées pour proposer des solutions adaptées au contexte de la pandémie. Ces dernières ont pu se ré-emparer de leur pouvoir d'agir. C'est un point souligné par Marie-Paule Cols, dans son rapport au Haut Conseil du travail social [1].

S. A. : *Comment l'« aller-vers » se décline-t-il sur le terrain ?*

C. L. F. : À mes yeux, l'« aller-vers » ne peut être qu'une dimension, certes très importante, d'une démarche plus globale, qui corresponde vraiment aux attentes des gens précaires et non aux idées préconçues que les travailleurs sociaux peuvent en avoir. Les interventions pensées par les professionnels répondent davantage à une norme sociétale : il faut intégrer les exclus ; alors qu'il faudrait prendre en compte les besoins exprimés par les personnes accompagnées et « faire avec » elles, en reconnaissant les compétences qu'elles ont retirées de leur expérience de vie. Mettre en œuvre cette approche n'est pas facile, car les secteurs de la santé, du social et du médico-social sont très cloisonnés. Ainsi, les maraudes qui apportent le minimum vital à ceux qui sont à la rue se cantonnent à une seule problématique, faute de disposer des moyens d'intervenir plus largement. Les urgences psychiatriques se

concentrent également sur un problème précis. Certes, des agents de la caisse d'allocations familiales (CAF) peuvent se rendre dans un centre d'hébergement pour aider un bénéficiaire à obtenir le revenu de solidarité active (RSA) – ce qu'ils ne peuvent faire que trop rarement –, mais ce que la personne voudrait, c'est sûrement davantage une prise en charge complète, et surtout l'accès à un logement. Il serait intéressant d'imaginer des formes d'« aller-vers » collectives : par exemple, mettre en place un accueil de jour où serait présente une équipe pluridisciplinaire, composée de représentants de l'assurance maladie, de la CAF, de pôle emploi, et de travailleurs sociaux formés à l'écoute des besoins. Ils seraient là régulièrement pour solutionner les problèmes avec les premiers concernés. On pourrait aussi impulser une dynamique globale, avec un référent de parcours de la personne accompagnée, qui centraliserait les informations rassemblées auprès des différents intervenants.

S. A. *Comment former les professionnels à cette approche en évitant des écueils ?*

C. L. F. : L'une des choses les plus compliquées peut-être, c'est d'apprendre à ne pas avoir peur de la pauvreté. Les gens en galère ont une façon de parler souvent agressive, car la survie provoque un grand état de fatigue, ainsi qu'une colère contre la société. Il faut que les travailleurs sociaux ou les professionnels de santé sachent que « se faire envoyer bouler » – pour employer un langage cru – n'est pas vraiment la réaction violente que l'on perçoit, mais une extériorisation de la souffrance de l'Autre ! Connaître les situations de vie de ces populations, leur état mental est indispensable. L'« aller-vers », le « faire-avec », la participation, etc., ces notions ne sont actuellement pratiquement pas enseignées dans les formations initiales et continues. Pourtant, d'après ce que j'ai pu constater sur le terrain, les étudiants en médecine, par exemple, sont demandeurs pour sortir de leurs propres représentations et afin de pouvoir disposer de davantage d'outils pour mettre en œuvre des prises en charge globales.

S. A. : *Quelle place la « paire-aidance » tient-elle dans ce dispositif ?*

C. L. F. : La coopération professionnelle-pair aidant me paraît un binôme intéressant. Le pair aidant est un formidable facilitateur pour établir la relation entre deux univers. Cela est de nature à rassurer l'intervenant. Il apporte aussi une capacité plus grande de repérage et d'identification des problèmes. Et enfin, il peut donner envie à la personne accompagnée d'accepter d'être soutenue. C'est la dimension éthique de l'« aller-vers », on ne peut forcer personne à se soigner ou à entrer dans un parcours d'insertion : elle doit trouver une raison, une envie de le faire. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

1. Institut d'enseignement supérieur et professionnel dans le secteur social, médico-social et sanitaire.

Pour en savoir plus

- Le Floch C. *De la grande exclusion au pouvoir d'agir retrouvé*. Le journaliseur. Paris : Éditions L'Harmattan, col. Recherches en action, avril 2021 : 206 p.
- Le Floch C. avec le soutien de Rurka A. *De la rue aux instances de participation, de la pair-aidance à la formation des travailleurs sociaux*. In : Revue Forum, n° 158, octobre 2019 : p. 9-12.
- Le Floch C, Maisonneuve B. Bilans annuels du Conseil National des Personnes Accueillies et/ou Accompagnées, 2019 ; 2020.
- Le Floch C. Maltraitance hébergeuse de compétences. *Rhizome*, bulletin national santé mentale et précarité, n° 80-81, Juillet 2021 : p. 22. En ligne : <https://www.orspere-samdarra.com/rhizome/rhizome-80-81-echos-de-la-violence-juillet-2021/>

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Cols M.-P. (coord.) Le Travail social au défi de la crise sanitaire, Impact de la crise sanitaire de la COVID-19 sur les organisations et les pratiques professionnelles des travailleurs sociaux. [Rapport] remis suite à la saisine interministérielle du 5 octobre 2020, Haut Conseil du travail social, 25 janvier 2021 : 109 p.

Mission locale de Mulhouse : « Ce que demandent ces jeunes perdus de vue, c'est du travail »

Entretien avec

Anne-Gaëlle Wurth,

responsable projets et développement de l'association Sémaphore Mulhouse Sud Alsace (MSA),

Sandrine Poprawa,

conseillère en insertion sociale et professionnelle.

La Santé en action : Comment la Plateforme d'accroche des perdus de vue est-elle née ?

Anne-Gaëlle Wurth et Sandrine Poprawa : En 2013, nous avons répondu à un appel à projet de la région Alsace à destination des missions locales. Il s'agissait de proposer un accompagnement spécifique pour les jeunes entre 16 et 25 ans, que l'on nomme « invisibles » ou « NEET » – acronyme anglais pour « ni scolarisés, ni en formation, ni en emploi » –, qui offrirait un cadre plus ouvert que celui de la mission locale. Nous avons rassemblé des partenaires de terrain (conseil départemental, protection judiciaire de la jeunesse, centres socio-culturels, associations de quartiers, foyers d'hébergement, éducateurs spécialisés de la ville, etc.) pour bâtir le dispositif « Plateforme d'accroche des perdus de vue ». Il repose sur l'équipe suivante : conseillère en insertion professionnelle-coordinatrice, éducatrice spécialisée, éducatrice spécialisée stagiaire et apprenti éducateur spécialisé. Depuis 2014, la plateforme propose à ces jeunes désocialisés un processus d'accompagnement incluant des ateliers de loisirs très diversifiés afin de les « accrocher », les remobiliser sur un projet de vie et les accompagner

vers une prise en charge par les dispositifs de droit commun. Ces ateliers ont évolué au fil du temps : de sportifs (préparation physique, relaxation) et culturels (musique, arts graphiques), ils se sont étendus à des domaines plus professionnalisants, comme la cuisine avec l'association Espaces de projets d'insertion cuisine et santé (Epices), la peinture, la menuiserie, la chaudronnerie/soudure en partenariat avec l'Agence nationale pour la formation professionnelle des adultes (Afp), le maraîchage, l'entretien des espaces verts du cimetière avec l'association Mémoire mulhousienne. En effet, nous avons écouté ce que disaient les jeunes : ce qu'ils demandent, c'est du travail ; sinon, ils ne continuent pas à venir.

S. A. : Peut-on dire que vous allez vers ces jeunes invisibles ?

A.-G. W et S. P. : La Plateforme d'accroche des perdus de vue fonctionne comme un sas en amont d'un parcours d'accompagnement de droit commun. Donc, différemment d'une mission locale, où il faut prendre rendez-vous pour s'inscrire. Notre travail se situe au contraire à 80 % hors les murs. Les éducateurs spécialisés vont à la rencontre des jeunes, sans ordinateur ni dossier, pour prendre contact et amorcer de premiers échanges. Ce n'est que plus tard qu'il y aura une inscription, parfois après avoir testé un ou deux ateliers. Par exemple, nous organisons un atelier de graffiti dans un skatepark d'un quartier sensible de l'agglomération avec un artiste, les éducateurs de la plateforme et deux ou trois jeunes que nous accompagnons ; nous revenons trois ou quatre fois au même endroit.

L'ESSENTIEL

▣ **La mission locale de Mulhouse va chercher, là où ils sont, les 16-25 ans « invisibles », en rupture avec la société. Elle les accompagne vers un projet d'insertion en leur proposant des activités de sport, loisir, culture, du travail et des formations.**

Cela nous permet d'atteindre d'autres adolescents, qui ne viendraient pas à nous par les partenaires habituels : services de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), aide sociale à l'enfance (ASE), mission locale – qui nous adresse les inscrits qui ne viennent pas à leurs rendez-vous –, plateforme d'appui aux décrocheurs scolaires, etc. Le bouche à oreille fonctionne aussi très bien : 15 % des personnes arrivent chez nous par ce biais.

S. A. : Quels sont les profils et les parcours de vie des personnes que vous accompagnez ?

A.-G. W et S. P. : Elles ont entre 16 et 25 ans. Les garçons représentent 67 % de notre public et les mineurs, 49 %. Ces jeunes sont sortis de l'école sans diplôme et montrent une grande défiance vis-à-vis du système scolaire, des institutions et des adultes. Leur parcours personnel est chaotique : familles monoparentales, ruptures familiales, placements en foyer... Ils manquent de codes éducatifs et sont en déficit de relations sociales. Nous travaillons aussi avec les jeunes incarcérés en maison d'arrêt, à qui nous proposons des ateliers, en collaboration avec le conseiller référent justice de la mission locale, le service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP) et la PJJ. L'idée est de

créer un lien de confiance pendant la détention, car les jeunes sont alors très réceptifs à ceux qui les visitent, et ce afin de préparer leur sortie en lien avec le SPIP et la PJJ. L'intérêt d'intervenir en milieu fermé est de pouvoir proposer, dès la sortie, un ou plusieurs ateliers afin de maintenir le lien de confiance tissé en prison. Ces publics fragiles viennent donc plus facilement vers nos professionnels pour être intégrés tout de suite dans la Plateforme d'accroche des perdus de vue. Il y a aussi dans notre public des mineurs étrangers non accompagnés.

S. A. : Quel rôle jouent les pairs dans ce dispositif d'« aller-vers » ?

A.-G. W et S. P. : Le rôle des pairs est important lors de la première prise de contact. Si nous n'étions que des adultes ou des professionnels à le faire, cela ne marcherait pas. Tous les jeudis après-midi, un moment convivial est organisé dans un lieu à l'extérieur, une maison associative. Des jeunes déjà en parcours sur la plateforme sont présents et – avec l'équipe de la Plateforme d'accroche des perdus de vue – ils rencontrent les nouveaux venus. Leurs échanges sont essentiels. Seuls les pairs peuvent bien exprimer, avec leurs propres mots, ce qu'ils font, ce que leur apporte le dispositif, pourquoi il est intéressant d'en faire partie.

S. A. : Qu'apporte aux jeunes cet accompagnement en termes de santé physique et psychique ?

A.-G. W et S. P. : Ce sont des jeunes qui ont souvent connu des violences physiques, du harcèlement



© Studio Christophyllis

CE QU'EN PENSENT LES JEUNES

« Les jeunes qui sont accrochés par la Plateforme des perdus de vue nous disent se sentir écoutés et aidés », témoignent les professionnels de la Plateforme d'accroche des perdus de vue. « Ils disent également se sentir à l'aise, parce qu'ils constatent que les éducateurs les accompagnant ne les jugent pas. Ils apprécient qu'on soit bienveillant avec eux. Ceux qui sont en surpoids par exemple ne sont pas gênés à l'idée de faire du sport : au sein des ateliers,

il n'y a pas de place pour les moqueries. Comme les éducateurs "font avec eux", cela rend l'échange plus facile, à tout moment. Ils savent qu'on ne les force pas, c'est à eux d'adhérer pour apprendre de nouvelles choses, découvrir des métiers. En travaillant avec les jeunes, à leur rythme, nous avons de belles réussites, de beaux parcours. On peut citer celui d'un adolescent placé en foyer à l'âge de 16 ans, puis en logement semi-autonome avec un suivi éducatif ;

très timide, il ne choisissait au début que les ateliers rassemblant peu de personnes, comme la cuisine où les jeunes sont en groupe de trois. Puis, il est venu aux permanences, où il y a plus de monde, et ensuite il a participé aux jeux collectifs. Il a, par la suite, effectué un stage en boulangerie. Cela lui a plu. Son projet professionnel a été validé et il est entré dans le dispositif de droit commun "garantie jeunes" de la mission locale. »



© François Chéreau

moral, et qui passent la nuit sur les jeux en ligne et les réseaux sociaux, ne se levant que dans l'après-midi. Les ateliers sportifs leur permettent de se dépenser et de retrouver des cycles de sommeil plus normaux. L'atelier cuisine est l'occasion de faire découvrir les légumes, d'apprendre à se faire à manger au quotidien, de façon saine et pas plus chère qu'au kebab du coin. Le travail avec les éducateurs et les encadrants de la plateforme – avec qui ils partagent leur vécu et ils peuvent échanger – participe à retrouver la confiance en soi. Nous faisons aussi intervenir des associations pour parler des addictions, du tabac aux écrans. Une de nos conseillères, psychologue, propose des séances individuelles de sophrologie. Ce n'est pas une consultation, mais cela ouvre la voie vers un suivi psychologique à l'extérieur, si besoin.

S. A. : **Quel est le bilan de votre action ?**

A.-G. W et S. P. : Il n'y a pas eu d'évaluation scientifique à ce jour, mais chaque année, nous rendons compte aux financeurs : la région apporte un financement depuis la création du dispositif (d'abord expérimental, puis pérenne depuis 2018). Et depuis 2019, nous bénéficions, jusqu'en juin 2022, des subsides du Plan d'investissement dans les compétences (PIC³) pour les « invisibles », qui nous a permis de pérenniser un poste d'éducateur. Notre objectif est de mobiliser ces jeunes et de les faire entrer dans le cadre institutionnel des dispositifs de droit commun, en utilisant les moyens de la mission locale – convention de stage, apprentissage, garantie jeunes, etc. Ce parcours peut

être plus ou moins long, entre six mois et deux ans. En 2020, 120 jeunes ont été accompagnés par la plateforme et 66 en sont sortis. Pour 68 % d'entre eux, l'objectif est rempli : ils sont en formation (29 %), en garantie jeunes (15 %), en emploi (10 %), suivis par la mission locale (9 %) ou en service civique (5 %). 10 % ont abandonné, mais ils ont la possibilité de revenir à tout moment ; ils ne sont « radiés » que temporairement. 12 % ont déménagé et 3 % ont eu plus de 26 ans. Pour ces derniers, nous faisons un relais avec les institutions en charge des publics plus âgés. Enfin, 6 % sont incarcérés, avec un accompagnement du référent justice et 1 % sont en centre éducatif renforcé.

S. A. : **À quelles difficultés majeures êtes-vous confrontés ?**

A.-G. W et S. P. : Le travail en partenariat exige une présence constante auprès des partenaires afin de communiquer sur le dispositif, notamment auprès des professionnels des différentes institutions, qui peuvent être amenés à changer. Les comités de pilotages opérationnels (tous les deux mois) maintiennent ce lien indispensable avec les partenaires. Plus largement, l'épidémie de Covid a eu des répercussions importantes, tant sur notre activité que sur la situation générale vécue par les jeunes défavorisés. Nous avons le sentiment que les confinements et les couvre-feux ont exacerbé la violence intrafamiliale. Des adolescents se retrouvent plus nombreux à la rue, alors que l'hébergement d'urgence est saturé. On observe aussi une détresse psychologique plus forte. Et face à cette dégradation, les éducateurs

sont trop seuls en première ligne. Il faudrait des relais, notamment dans les commissariats de police pour des extractions d'urgence en cas de violence, dans les structures médicales pour une meilleure prise en charge. Dans ce contexte, le comité de pilotage stratégique nous permet de travailler sur un état des lieux plus précis des situations rencontrées par l'équipe. Pour mieux épauler l'équipe, il est nécessaire de créer de nouveaux partenariats afin que les situations les plus difficiles puissent être traitées de concert avec les structures et les institutions en charge de ces problématiques. Seul ce partenariat permettra une prise de relais fiable pour accompagner ces publics. ■

Propos recueillis par Nathalie Quérue, journaliste.

1. <https://grand-est.dreets.gouv.fr/Appel-a-projets-Reperer-et-mobiliser-les-publics-invisibles-et-en-priorite-les>

Pour en savoir plus

- Plateforme d'accroche des perdus de vue. En ligne : <https://www.facebook.com/perdusdevuesemaphore/>
- Forum régional et européen. *Les Perdus de vue*. 20 janvier 2015 [Transcription], Conseil régional d'Alsace. En ligne : <https://docplayer.fr/8552605-Forum-regional-et-europeen-les-perdus-de-vue-conseil-regional-d-alsace.html>
- Union nationale des missions locales. *Accompagner les jeunes dits « perdus de vue » vers le droit commun*. unmi.info, onglet du côté des missions locales, 27 novembre 2018. En ligne : <https://www.unml.info/actualites/du-cote-des-missions-locales/20184/accompagner-les-jeunes-dits-perdus-de-vue-vers-le-droit-commun.html>
- Dassonville S. *Portrait des jeunes de la région mulhousienne. Des enjeux de compréhension, de mutualisation et de proximité*. [Étude] Mulhouse : Agence d'urbanisme de la région mulhousienne, juillet 2017 : 23 p. En ligne : <https://www.aurm.org/uploads/media/595b90794adc9.pdf>
- Dassonville S. *Portrait des jeunes Mulhousiens. Quels publics, quels enjeux pour quelles politiques ?* [Observatoire] Mulhouse : Agence d'urbanisme de la région mulhousienne, janvier 2016 : 23 p. En ligne : <https://www.aurm.org/uploads/media/56a9faf1d515b.pdf>
- Le Sémaphore Mulhouse sud Alsace veut accrocher les perdus de vue. *L'Alsace*, 14 octobre 2020. En ligne : <https://www.lalsace.fr/social/2020/10/14/accrocher-les-perdus-de-vue>

« Aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout ne pas s'imposer, ne pas juger »

Entretien avec

François Chobeaux,

travailleur social, sociologue,
Centre d'entraînement aux méthodes
d'éducation active (Ceméa),
mouvement national d'éducation nouvelle.

La Santé en action : **Comment appréhendez-vous l'« aller-vers » face aux sans-abri ?**

François Chobeaux : Cette démarche consiste à aller à la rencontre de personnes qui semblent avoir besoin d'un contact sans qu'elles l'aient pour autant sollicité. Il s'agit alors d'aller vers elles là où elles sont, dans l'espace public. Aller-vers, c'est agir modestement, de façon non invasive, non contraignante. La rue, c'est l'acmé¹ de l'« aller-vers », où l'on n'a même pas la possibilité de s'appuyer sur une visite dans un squat, un bidonville, au moins quelque chose qui ressemble à un toit. Ou alors ce sera un toit de voiture, un porche, un renforcement, ou simplement un banc, un coin de rue... Dans la rue, on travaille en public et sans les filets habituels que sont les locaux du service, l'organisation spatiale maîtrisée du cadre de l'entretien, le statut conféré par les lieux de l'accueil.

S. A. : **Quelles sont les bases à respecter pour aller vers les personnes vivant dans la rue ?**

F. C. : Déontologiquement, professionnellement, il y a des règles : ne pas s'imposer, ne pas juger, choisir les moments où la personne est disponible. Accepter de s'engager, de parler de soi, de partager des

émotions, et des cigarettes – ou du chocolat, des frites, etc. Proposer une position, une posture en décalage, ni favorable ou fascinée par les excès de la rue, ni radicalement conforme aux discours ambiants ultra-libéraux portant sur la volonté individuelle et le sens de l'effort pour s'en sortir.

S. A. : **Quel positionnement l'intervenant adoptera-t-il préférentiellement ?**

F. C. : Il y a d'abord la question de ressemblance². Faut-il être un peu, beaucoup, radicalement ou pas du tout semblable à ceux ou celles vers qui je veux aller ? Ressemblance d'âge, de vêtements, de mode d'expression, d'expérience ? La totale ressemblance enferme, la totale différence empêche. La vérité est entre les deux de façon construite, réfléchie, en assumant ses différences. Et bien évidemment, une équipe mixte, aux âges, aux histoires et aux expériences personnelles divers, voilà un outil efficace pour pouvoir aller vers les personnes qui vivent dans la rue. Les intervenants doivent aussi veiller à associer les personnes destinataires de cette démarche d'« aller-vers », c'est-à-dire prendre en compte le fait qu'elles sont dans une posture individualiste de survie.

S. A. : **Quel est le rôle des médiateurs et des pairs-aidants ?**

F. C. : Médiateurs, pairs-aidants ? Ici, il faut être très clair sur ce qui est attendu de ces personnes et sur la durée – dans le sens « pérennité » – de leur statut. Un pair-aidant, ce n'est pas un « pair-oquet » chargé de traduire et de répéter les bonnes

L'ESSENTIEL

■ **▶ Aller vers les personnes qui vivent dans la rue exige une posture éthique : agir modestement, de façon non invasive, non contraignante. François Chobeaux souligne qu'il faut toujours avoir à l'esprit le fait que ces personnes se retrouvent sans liens institutionnels, non parce qu'elles ne « sauraient pas faire », mais parce que les institutions d'accueil et l'ensemble des services de droit commun ont contribué à les placer dans une situation d'exclusion, au regard de leur parcours de vie.**

paroles des travailleurs sociaux. C'est quelqu'un qui agit dans l'intervalle, et qui doit rester crédible aux yeux des personnes accompagnées. Ces dernières doivent toujours pouvoir se penser pairs vis-à-vis de lui. En effet, la question du statut de pair-aidant se pose en permanence : dans la plupart des situations, ce ne peut être un métier durable, inscrit de fait dans la précarité et dans la dépendance, enfermant son titulaire dans son statut. Ce doit être un tremplin possible, proposé et accompagné afin d'accéder à un autre statut.

S. A. : **Quels changements la Covid-19 a-t-elle induits pour les sans-abri et pour les intervenants ?**

F. C. : Les équipes de rue qui ont continué à travailler durant le premier confinement rapportent toutes les mêmes expériences : une précarité immensément accrue des gens de la



© François Chabeaux

rue, dans des rues vides, seulement arpentées par quelques travailleurs sociaux et par des policiers. Dans ce désert, l'on a vu apparaître des croisements positifs, des rencontres inattendues ont eu lieu entre des acteurs de ces deux professions, souvent considérées antagonistes. Et ces rues vides ont mis en évidence les invisibles d'hier, qui savaient si bien se cacher dans la foule. La façon de travailler a été elle-même modifiée : pas de nécessité permanente d'adresser des usagers vers des services de droit commun devenus inaccessibles ; pas de complexes réunion de partenariat, faute de participants disponibles ; enfin, le temps de « faire de la rue » ! Elle a aussi été modifiée, parce que les équipes au travail ont dû aider à résoudre des questions de vie à la fois simples et essentielles : hygiène quotidienne, alimentation, rechargement de téléphone, autant

d'aides de premier rang qui ont supplanté des volontés plus complexes de mobilisation, d'ouverture, d'aide à l'élaboration de projets... Pour toutes ces équipes, cette action humanitaire, basique, a permis de fonder, refonder, renforcer leur légitimité auprès des personnes vivant dans la rue. Une reconnaissance sincère – fondée sur : « vous étiez là » – leur a permis, ensuite, d'avancer autrement avec ces mêmes sans-abri.

S. A. : Comment les intervenants sociaux peuvent-ils inciter les institutions à repenser une société plus égalitaire ?

F. C. : Est-ce aux travailleurs sociaux de conduire la lutte contre la machine à exclure et à briser ? Ils ont à témoigner, à informer, ils ont à travailler avec les décideurs pour ainsi tenter d'influer sur les grandes décisions à prendre.

Cependant, c'est une question qui concerne tous les citoyens, pas uniquement les intervenants sociaux de la rue. Il reste que l'« aller-vers » permet de contacter ceux et celles qui sont sans liens institutionnels, et que cette absence de liens est à réfléchir non pas du point de vue de l'usager qui ne saurait pas faire, mais des institutions d'accueil, des services de droit commun dont les fonctionnements inconscients fabriquent de l'exclusion. Certes, il faut informer sur les droits ; encore faut-il alors que les personnes puissent les exercer. Les nécessités de prises de rendez-vous à terme, les obligations de conformité administrative, les refus de la présence des chiens qui les accompagnent... Autant de réalités qui ont pour conséquence d'exclure les gens de la rue. Les professionnels de l'« aller-vers » peuvent ici proposer des adaptations des formes d'accueil et de considération qui seront bénéfiques non seulement aux gens de la rue, mais également à l'ensemble des usagers. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. NDLR : « Sommet » en grec.

2. NDLR : Ici, la volonté de se rapprocher, de se ressembler, de s'identifier.

Pour en savoir plus

- Cefai D., Gardella É. *L'Urgence sociale en action. Ethnographie du Samusocial de Paris*. Paris : La Découverte, 2011 : 576 p.
- Escots S. *Travail de rue et personnes à la marge*. Toulouse : Éditions érès, 2005 : 191 p.
- Le travail de rue. [Dossier central] *Vie sociale et Traitement (V.S.T.)*, décembre 2021, n° 142, à paraître. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements.htm>
- *International Street Workers Network*. [Site Internet] <https://www.dynamob.org/international-street-workers>
- *Dynamo International* (association belge liée au réseau des travailleurs de rue). [Site Internet] <https://dynamointernational.org/> Voir les publications.
- Réseau national *Jeunes en errance*. [Site Internet] <https://jeunes-en-errance.cemea.asso.fr>
- *Samusocial International* [Site Internet] <https://samu-social-international.com/> Voir les publications.
- *Groupe Addap13*, association départementale pour le développement des actions de prévention des Bouches-du-Rhône. [Site Internet] <https://www.addap13.org/> Voir les publications.

Accompagnement des jeunes en errance à Lannion : « Nous ne jugeons pas leur histoire »

Entretien avec Caroline Petit,

éducatrice de rue,
centre communal d'action sociale (CCAS),
Lannion (Côtes-d'Armor).

La Santé en action : **Qui sont les jeunes accueillis par votre association ?**

Caroline Petit : L'association La tribu de tachenn est composée d'un bûcheron, d'un charpentier et de moi-même, éducatrice spécialisée. Nous accueillons sur des chantiers de valorisation de la vallée de Milin ar Vaou des jeunes en errance, qui ont rompu avec leur milieu familial – certains sont passés par des familles d'accueil – et qui n'ont pas d'amis ou peu. Ils ont entre 16 et 25 ans, parfois un peu plus, et font la manche pour subvenir à leurs besoins. Ils vivent dans des squats ou en camion ; ils peuvent aussi passer la nuit dans des hébergements d'urgence ou au sein des foyers de jeunes travailleurs. Il y a plus de garçons que de filles. Certains viennent de la région, d'autres sont de passage. Ils ont arrêté l'école tôt, après le collège. Ce qui les caractérise, c'est l'envie de vouloir vivre le moment présent, sans entrer dans un projet défini par la société : avoir une maison, des enfants, des crédits à la consommation, etc. En rébellion, ils rejettent les parcours d'insertion institutionnalisés que peuvent leur proposer les services sociaux. Ils consomment alcool et drogues, et sont souvent accompagnés d'animaux. Dans une ville côtière et touristique comme Lannion, ils ne sont pas bien vus par les habitants ni

L'ESSENTIEL

■
▶ **À Lannion, une éducatrice, un bûcheron et un charpentier font équipe pour accueillir des jeunes en errance sur des chantiers forestiers. Les jeunes peuvent y travailler et l'association leur finance l'obtention du permis de conduire pour qu'ils puissent vivre dans un camion – c'est le choix de nombre d'entre eux – ou éventuellement accéder à un emploi.**

par les responsables municipaux. Nous leur proposons de venir sur les chantiers ; ces derniers ont lieu une fois par mois en moyenne et durent une semaine. Nous accueillons entre dix et quinze jeunes par an.

S. A. : **Comment entrez-vous en contact avec ces « invisibles » ?**

C. P. : Le premier chantier a démarré en 2013, lorsqu'un squat a été démantelé, posant des problèmes de logement aux jeunes qui s'y étaient installés. Kevin, au sein de l'association La tribu de tachenn, souhaitait s'occuper de la vallée de Milin ar Vaou, livrée à l'abandon depuis des années. Je suis éducatrice spécialisée, et je savais ce public susceptible d'être intéressé. C'est ainsi qu'est né ce projet commun : proposer à sept jeunes en errance une semaine de travail dans la nature, à nettoyer les rivières ou à débroussailler, pour « se vider la tête ». Notre projet a pris ensuite plus d'ampleur et de régularité, avec un nombre de personnes plus important. En tant qu'éducatrice de rue, l'« aller-vers » fait partie de ma façon de travailler. Je me montre sur les lieux où se trouvent

les jeunes, je ne téléphone pas ! D'autre part, certains peuvent nous être adressés par des institutions : les missions locales qui n'arrivent pas à les « accrocher » ; la justice qui nous envoie ceux qui doivent effectuer un travail d'intérêt général (TIG) ; l'accueil de jour de la ville où ils peuvent aller prendre une douche, etc. Nous avons aussi une travailleuse-paire en contrat, Coralie, qui effectue des maraudes avec la Croix-Rouge.

S. A. : **Quel regard portez-vous sur cette démarche d'« aller-vers » ?**

C. P. : L'« aller-vers », ce n'est pas seulement la prise de contact. C'est aussi l'écoute, la réactivité, la souplesse pour répondre aux besoins qui s'expriment. Nous ne donnons pas rendez-vous des semaines plus tard, nous sommes présents tout de suite ! Ceux qui veulent participer à un chantier font partie de La tribu à l'instant T. C'est une libre adhésion à l'association. Il n'y a pas besoin de papiers – carte d'identité ou attestation de sécurité sociale. Le repas du midi est fourni : occupés de 9 heures à 17 heures, ces jeunes ne peuvent pas faire la manche –, mais pas la nuitée. En revanche, il y a quelques principes à respecter : pas d'alcool, ni de drogues, puisqu'on se sert d'outils qui peuvent être dangereux, comme des tronçonneuses et des débroussailleuses. Pour moi, l'« aller-vers », ce n'est pas courir après ces jeunes et chercher à tout prix à les sortir de leur errance. Ça serait voué à l'échec. Quelqu'un ne tient pas le coup toute la semaine ? Pas de problème, il peut arrêter, puis revenir. Notre démarche, c'est d'être ensemble. Nous ne jugeons pas leur

histoire, nous les considérons comme des personnes. Il n'y a pas de hiérarchie verticale entre eux et nous. Nous décloisonnons vie privée, vie professionnelle : nous nous retrouvons le soir dans un bar, nous nous donnons un point de rendez-vous le matin pour aller sur le chantier, etc. Comme nos propres modes de vie ne sont pas classiques – je suis en camion et chez ma grand-mère, Kevin habite un *shelter*¹ de l'armée, Thomas vit en roulotte –, les jeunes peuvent s'identifier.

S. A. : *Que proposez-vous à ces jeunes ?*

C. P. : Je ne parlerais pas d'un accompagnement au sens classique, mais d'un accompagnement humain qui leur donne l'occasion de faire une pause dans l'errance et dans la consommation de substances, de recréer du lien social, de se libérer émotionnellement. En échange de leur engagement au sein de l'association, celle-ci leur finance le permis de conduire. C'est une demande importante de ceux qui ne l'ont pas. S'ils veulent mener une vie nomade en camion, il est indispensable. Il l'est aussi pour obtenir un travail. Le chantier permet de découvrir les différents métiers forestiers et de la charpente. Une convention de gestion a été signée avec la mairie sur les cinq hectares qu'elle possède. Un kiosque en bois a été construit et installé dans un parc de la ville. Cette commande municipale, et d'autres, valorise le bois local et le travail des jeunes. Ce n'est pas une formation qualifiante, mais ils apprennent des bases : reconnaître

des outils, travailler en équipe, se repérer sur un chantier, faire des calculs, etc. Cela peut ouvrir la voie à un contrat d'apprentissage dans ces secteurs d'activité. D'autre part, les assistantes sociales et l'infirmière du centre communal d'action sociale (CCAS) sont disponibles quand ils expriment le besoin de régulariser leurs papiers, de demander une aide à la caisse d'allocation familiale (CAF), de voir un médecin ou un psychologue. La santé est loin d'être leur première préoccupation : outre les addictions, il y a la malnutrition et le manque d'hygiène. Certains ont déjà des problèmes dentaires. Lorsqu'ils sont prêts à entamer une cure de désintoxication, l'infirmière se met en relation avec le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) pour leur réserver un appartement.

S. A. : *Comment justifiez-vous votre action auprès des soutiens financiers ou autres ?*

C. P. : Nous n'avons aucune obligation de résultats chiffrés, ce profil de public ne le permettrait pas. Toutefois, la préfecture et la mairie connaissent bien ce que nous avons mis en œuvre depuis 2015 ; leurs représentants viennent nous voir sur le terrain. Ils y voient un intérêt, celui de diminuer les désagréments perçus par les riverains et par les commerçants du fait de la présence de ces jeunes en ville. Notre démarche est aussi accompagnée par le sociologue spécialiste de l'errance,

François Chobeaux (voir article « *Aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout ne pas s'imposer, ne pas juger* » dans ce dossier central, NDLR). Nous disposons d'un financement de 65 000 euros, qui sert à rémunérer les jeunes, à financer le passage du permis de conduire et l'achat de matériel. Plusieurs partenaires soutiennent l'action : la Fondation de France, la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca), le CCAS de la ville – qui prend notamment en charge le coût des repas –, le Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion (CNLE), le département, la Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités (Ddets), etc. Nous avons l'idée d'un autre projet, baptisé Loco Motive. Il s'agit de récupérer le site d'une ancienne déchetterie, située près de la vallée, pour en faire une aire de stationnement pour les routards, avec des aménagements facilitant l'accès à l'hygiène (douche, W.C., machine à laver) et un atelier participatif de réparation mécanique. Nous prévoyons aussi d'y avoir un bureau, où pourraient venir régulièrement assistantes sociales, infirmières, employés de la mission locale, de la CAF, etc. Ceci permettrait de favoriser le recours au droit commun : mise en place de la complémentaire santé solidaire (CMU), rendez-vous administratifs, médicaux, juridiques...

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

« UN LIEU OÙ ILS ONT TROUVÉ LEUR PLACE DANS LE GROUPE »

Comment les jeunes perçoivent-ils l'accueil, la démarche et les activités de l'association La tribu de tachenn ? Voici quelques échos restitués par les trois animateurs :

« Ils parlent surtout du plaisir direct d'être bien dans la forêt, et de voir avancer concrètement la construction du kiosque. Chacun est très concentré sur la pièce de bois qu'il travaille. »

« Tous disent qu'ils ont enfin un lieu où ils ont trouvé leur place dans le groupe, où ils peuvent s'exprimer sur leurs souhaits de

vie, sans que l'on détourne leur demande. »

« Ils ont été très flattés quand une collègue du centre communal d'action sociale (CCAS), qui accueille des femmes victimes de violences conjugales, a orienté ces personnes vers nous pour venir cuisiner et participer aux activités, afin de pouvoir penser temporairement à autre chose. Ces femmes se sentent bien, respectées et valorisées sur le chantier. Elles le disent et reviennent, ce qui a créé une réelle vague d'émotion chez les garçons et une grande fierté. »

1. Sorte d'abri militaire de type conteneur mobile.

Pour en savoir plus

● Groupe de travail n° 4 de la Commission insertion des jeunes « Repérer et mobiliser les jeunes ». *Boîte à outils relative au repérage et à la mobilisation des jeunes. Cartographies et recueils d'initiatives, repérer et mobiliser les jeunes.* Conseil d'orientation des politiques de jeunesse. Voir fiche 15, p. 40 : Reconnaissance de la Vallée du Milin ar Faou. En ligne : https://www.jeunes.gouv.fr/IMG/pdf/Reperer_mobiliser_jeunes.pdf

● Petit C. Le chantier de Milin ar Vaou. *Vie sociale et traitements V.S.T.*, 2018, vol. 1, n° 137. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-vie-sociale-et-traitements-2018-1-page-9.htm>

Coopération ville-bailleurs- psychiatrie pour « interrompre les procédures d'expulsion »

Entretien avec

Nacer Leshaf,

responsable du pôle santé mentale et résilience, sous-direction de la santé, Direction de l'action sociale, de l'enfance et de la santé (Dases), ville de Paris,

Émilie Malbec,

chargée de mission des équipes de liaison intersectorielle d'accompagnement entre habitat et soins (Éliahs), Paris, Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences.

La Santé en action : **Comment les équipes de liaison intersectorielles d'accompagnement entre habitat et soin ont-elles été créées ?**

Nacer Leshaf et Émilie Malbec : Les premières équipes de liaison intersectorielles d'accompagnement entre habitat et soin (Éliahs) ont été mises en place en 2017, suite à un long travail coordonné à partir de 2012 dans le cadre du conseil local de santé mentale (CLSM) du 20^e arrondissement de Paris. Cette initiative a trouvé un écho favorable dans une triple dynamique. La ville de Paris s'est engagée à faire de la lutte contre la grande exclusion la grande cause de sa mandature. Les bailleurs sociaux visaient à répondre aux problématiques de santé mentale au sein de leurs logements. Enfin, les hôpitaux psychiatriques publics parisiens, notamment le Groupe hospitalier universitaire (GHU) Paris psychiatrie et neurosciences, s'engageaient toujours davantage dans une perspective de prévention permettant de mieux repérer, en amont, les difficultés intriquant psychiatrie et social. Ce partenariat a permis le déploiement de deux équipes dédiées aux signalements

effectués par les bailleurs sociaux en 2017 sur le 20^e et le 13^e arrondissements, d'une troisième équipe en 2019 sur le 19^e arrondissement et enfin d'une quatrième équipe sur le 18^e arrondissement en 2021. Ces équipes bénéficient d'un financement hybride : la ville de Paris, les bailleurs sociaux et la psychiatrie de secteur. Ces équipes Éliahs, composées chacune d'un infirmier, d'un assistant social, d'un temps de médecin psychiatre et d'un chargé de mission, évaluent la situation de certains locataires fragiles afin de mettre en œuvre un accompagnement adapté et d'orienter vers des soins psychiatriques lorsque cela s'avère nécessaire pour prévenir les risques de crise, et de favoriser le maintien dans le logement. Elles ont été co-construites dans une démarche d'« aller-vers », territorialisée pour rapprocher l'offre de soins existante des personnes en souffrance psychosociale. Leur mise en place favorise un « circuit court » afin d'éviter la démultiplication des intermédiaires, qui dans certains cas, complexifie le recours aux services de soins des usagers en rupture. De plus, ces équipes sont engagées dans une démarche de déstigmatisation auprès des professionnels des bailleurs sociaux et des travailleurs sociaux des centres d'action sociale de la ville de Paris (CASVP), acteurs de première ligne, en proposant des cycles de sensibilisation et de formation.

S. A. : **En quoi Éliahs est-il un programme relevant de l'« aller-vers » ?**

N. L. et É. M. : Le travail pluridisciplinaire en équipe permet les regards croisés et favorise l'évaluation des

L'ESSENTIEL

■ **À Paris, dans quatre arrondissements, des équipes pluridisciplinaires de professionnels Éliahs (Équipe de liaison intersectorielle d'accompagnement entre habitat et soin) pratiquent l'« aller-vers » les locataires en situation de grande vulnérabilité sociale et psychique afin en particulier de prévenir leur expulsion. Une assistante sociale, un infirmier, un médecin psychiatre et un coordonnateur se rendent régulièrement à leur domicile et instaurent un accompagnement pour leur permettre de garder leur logement et d'accéder aux droits et aux soins. Plus de 60 % d'entre eux ne bénéficient d'aucun suivi social avec les services sociaux de proximité alors même que ce besoin est fortement présent. L'intervention de l'équipe permet de rétablir une prise en charge adaptée.**

besoins des personnes de manière globale. La démarche d'« aller-vers » implique une modification des pratiques et une évolution des dispositifs au plus près des populations en favorisant un travail sur les déterminants sociaux de la santé. Les outils employés dans le cadre de cette démarche sont susceptibles de varier d'une situation à l'autre, ils visent avant tout à créer une alliance avec le locataire rencontré. Les équipes ont plusieurs outils à leur disposition : la visite à domicile (VAD) se révèle un outil adapté dans la plupart

des situations. En se déplaçant au domicile, autant de fois que nécessaire, les professionnels créent un lien de confiance qui s'ancre dans une relation durable. Il arrive occasionnellement que certains locataires ne souhaitent pas être rencontrés chez eux ; dans ce cas, d'autres choix correspondant aux souhaits du locataire sont proposés : des rendez-vous dans les jardins publics, dans les cafés, chez les partenaires de confiance. L'important reste ici de s'adapter aux besoins et aux réalités de terrain pour ne pas mettre à mal une relation de confiance naissante. Les tout premiers temps permettent de prendre connaissance de la situation psycho-sociale du locataire en allant vers lui afin d'avoir une vision la plus complète possible des problématiques ou des acteurs en présence. Cette première phase permet d'établir une évaluation prenant en compte notamment les dimensions psychiques, sociales, environnementales, économiques, historiques, somatiques. Dans un autre registre, l'offre et le travail de disponibilité permettent de conforter les liens et se déclinent ainsi : réactivité, mobilité, diversité de l'offre, prise en compte des points de vue des demandeurs, mais également recherche de la meilleure solution pour que les personnes en repli, sans demande ou en opposition se laissent approcher par les équipes. Celles-ci mettent en œuvre ce que l'on pourrait qualifier de « clinique de l'interstitiel ». Il s'agit de marcher au même rythme, au même pas que le locataire pour laisser le temps à la relation de soin et à l'alliance de s'ancre. Les espaces et les moments informels sont investis et les conversations, détournées. Il s'agit de laisser l'espace nécessaire pour que le locataire puisse exprimer ses besoins, difficultés ou problématiques tout en créant un cadre où les professionnels restent disponibles, réactifs et mobiles.

S. A. : Quels sont les résultats ?

N. L. et É. M. : Les résultats des cinq premières années permettent de rendre compte d'une file active stable sur le long terme, comprenant une centaine de situations signalées par arrondissement et par an. Ces situations de locataires signalés sont,

pour la plupart, prises en charge sur une durée allant de six à douze mois et couvrent un accompagnement sur l'ensemble des champs d'action mêlant les questions sociales, psychiques et somatiques. La composition de chaque équipe permet un accompagnement pluriel des locataires pour accéder aux droits communs et aux démarches quotidiennes. Lutter contre le non-recours aux droits et aux soins est ainsi un axe fort des équipes. Il faut souligner que parmi les locataires, 60 % n'avaient plus aucun suivi social avec les services sociaux de proximité alors même que le besoin était fortement présent. Dans l'intérêt du locataire, les équipes Éliahs proposent un accompagnement individualisé soutenu pouvant passer par un accompagnement physique pour relancer les démarches d'accès aux droits sociaux, de travail de réaffiliation en articulation avec les acteurs du service social de proximité (SSP), des caisses d'allocations familiales (CAF) et les travailleurs sociaux des bailleurs. Par ailleurs, en repérant les difficultés psychiques des locataires sur la base de signaux de faible intensité des troubles, les professionnels de l'équipe Éliahs permettent un retour aux soins somatiques.

S. A. : Comment accompagnez-vous les gardiens d'immeubles et les travailleurs sociaux des bailleurs ?

N. L. et É. M. : Les équipes Éliahs Paris favorisent à la fois un travail de déstigmatisation de la santé mentale, une compréhension du système de soin, un travail de sensibilisation pour donner des clés de compréhension sur la santé mentale, et un travail sur le savoir-être auprès des professionnels de première ligne (gardiens d'immeubles, travailleurs sociaux des bailleurs, travailleurs sociaux du CASVP). Ce travail de formation permet de renforcer les savoir-faire des professionnels sur le repérage des signaux faibles des troubles. Des outils pédagogiques ont été co-construits avec les bailleurs sociaux pour répondre au mieux aux besoins spécifiques : films, jeux de parcours, débats... Depuis le démarrage de l'activité, 400 gardiens ont été sensibilisés ainsi que des travailleurs sociaux.

S. A. : Parvenez-vous à éviter des expulsions ?

N. L. et É. M. : Sur l'ensemble des situations présentées aux équipes Éliahs depuis 2017 sur tous les arrondissements, nous constatons que 50 % des locataires étaient alors en procédure d'expulsion. Dans la plupart des situations, le travail partenarial avec les bailleurs permet d'interrompre les procédures d'expulsion et de laisser le temps aux équipes Éliahs de travailler avec le locataire. Il en résulte que le taux d'expulsion des locataires reste inférieur à 1 % ; et le travail des équipes permet aussi d'éviter des hospitalisations en psychiatrie dans certaines situations.

S. A. Quel est l'avenir de ce dispositif expérimental ?

N. L. et É. M. : La création d'une quatrième équipe démontre à la fois que les résultats de ces équipes portent leurs fruits de manière positive et que les besoins sur le terrain ne cessent de croître. La mise en place d'autres équipes Éliahs dans les années à venir sur Paris est aujourd'hui sérieusement à l'étude. Il apparaît cependant nécessaire de favoriser des arrondissements qui réunissent plusieurs caractéristiques rendant ces interventions particulièrement pertinentes : un taux de logements sociaux importants, la présence de quartiers bénéficiant du dispositif Quartier prioritaire de la politique de la ville (QPV) et des besoins explicitement repérés par les partenaires sociaux.

Une dernière vigilance est de devoir s'adapter encore et toujours aux particularités du terrain et aux besoins des personnes accompagnées. Ce dispositif d'« aller-vers » a été inscrit dans le projet territorial de santé mentale (PTSM) de Paris. Il fera l'objet d'une contractualisation dans le cadre du contrat territorial de santé mentale (CTSM) avec une implication forte de la ville de Paris, de la psychiatrie et des bailleurs sociaux au côté de l'agence régionale de santé (ARS) avec le soutien des représentants des usagers de l'Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques (Unafam). ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

Équipe mobile psychiatrie précarité de Saint-Étienne : « *Aller vers les laissés-pour-compte pour leur permettre d'accéder aux soins* »

Entretien avec Mathias Poitou, psychologue clinicien, centre hospitalier universitaire de Saint-Étienne, psychologue, Équipe mobile psychiatrie précarité Interface, Hôpital La Charité.

La Santé en action : Quelles sont les missions de cette équipe mobile psychiatrie précarité ?

Mathias Poitou : Petit rappel du contexte : en 1999, le pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne se saisit de la loi Aubry relative à la lutte contre les exclusions et il met en place un dispositif innovant en créant Interface, première équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP)

du département de la Loire. Deux décennies plus tard, cette unité a été considérablement étoffée et inclut à ce jour quatre équivalents temps plein (ETP) d'infirmiers diplômés d'État (IDE), cinq psychologues (3,3 ETP), 0,2 ETP d'interne en psychiatrie, un ETP de secrétaire et 0,3 ETP de cadre de santé. Ce développement peut s'expliquer par la volonté des tutelles, le soutien de la cheffe de service et la prise en



© Sébastien Godéroy

Dossier
« *Aller-vers* » pour promouvoir la santé des populations



© Pierre Faure

L'ESSENTIEL

► **Psychologues, infirmières et autres professionnels de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) de Saint-Étienne vont vers les publics en situation précaire, dans les rues, dans les structures sociales pour identifier leurs besoins, les orienter et leur permettre d'accéder au dispositif de soins. Ils assurent une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux. Cependant, le maillage médico-social pour prendre le relais après le travail de l'EMPP n'est pas toujours assuré. Témoignage de l'un des psychologues.**

compte des spécificités de ce territoire, particulièrement concerné par la précarité. L'équipe mobile psychiatrie précarité intervient sur un bassin d'environ 200 000 habitants. Sur cet ancien territoire minier et industriel, une grande précarité sociale et financière atteint une partie importante de la population constituée au fil de nombreuses vagues d'immigration. Toutefois, l'équipe mobile peut compter sur un tissu associatif dynamique et sur un marché de l'immobilier permettant aux plus fragiles d'occuper un logement. En vingt ans, l'équipe a créé différents dispositifs : permanences dans les foyers, maraudes, groupes thérapeutiques, interventions à domicile, travail du groupe traitant de l'incurie¹ de l'habitat à la mairie de Saint-Étienne, etc.

S. A. : **Comment intervenez-vous ?**

M. P. : L'équipe a adossé sa pratique aux missions principales des EMPP, réaffirmées dans la circulaire de 2005, à savoir : tout d'abord, aller au-devant des publics en situation de précarité, des « décrochés du système » – quel que soit le lieu : dans un quartier, dans

la rue, dans les institutions sociales, que les individus souffrent ou non d'une pathologie mentale – afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire ou « rencontrer, apprivoiser, évaluer, orienter » ; ensuite, assurer une fonction d'interface entre les secteurs de psychiatrie et les équipes de travailleurs sociaux œuvrant dans le domaine de la lutte contre la précarité et l'exclusion, afin de faciliter l'élaboration de prises en charge coordonnées autour d'un projet sanitaire et social pour les personnes en situation de précarité ou « faire réseau, faire lien entre l'hôpital et la cité ».

S. A. : **Quels sont les principes éthiques de votre équipe ?**

M. P. : La création des EMPP et la réalité de notre quotidien professionnel s'inscrivent dans la lignée de la Charte d'Ottawa. La promotion de la santé, la prise en soin globale de toutes les personnes constituent nos fondements éthiques d'intervention, quels que soient leur demande... ou leur absence de demande, leur statut et leur trajectoire de vie. En 2014, le Conseil de l'Europe a formalisé trois principes éthiques essentiels qui questionnent nos interventions quotidiennes de soignants : 1) l'autonomie des usagers. Lors de chaque rencontre, tentative d'accroche, d'apprivoisement mutuel, nous veillons à ne pas imposer une vision soignante ou normative. C'est un travail – préalable à l'orientation vers les soins – d'accueil de l'Autre dans sa réalité et son fonctionnement ou son dysfonctionnement. Il s'agit notamment d'évaluer ce qui relève des

choix de l'usager, de ses non-choix et de ses capacités à être autonome dans ses choix ; 2) la bienfaisance et la non-malfaisance envers les personnes. Lorsque nous nous présentons à des usagers de centres d'hébergement d'urgence, à des migrants déboutés et squattant sous tente ou à des personnes en transit dans des lieux d'accueil de jour, nous rappelons nos missions de soignants souhaitant « prendre soin ». Toutefois, nous avons bien conscience que l'écart est parfois grand entre nos modèles de « prendre soin » et les besoins et les représentations des personnes rencontrées sur ce que « peut faire un psy quand on n'a pas de quoi bouffer ». Nous précisons combien dans la rencontre, dans l'accompagnement proposé, nous cherchons à apporter une aide (parfois juste l'adresse d'un médecin généraliste) et à ne pas blesser ni nuire ; 3) la justice dans nos interventions. En contact avec des personnes ayant trop souvent subi l'injustice (maltraitements et abus infantiles, abandon et violence, rejet et stigmatisation...), notre intérêt pour eux, pour leur histoire et pour leur devenir repose sur un principe premier de justice. Malgré leur vie « cassée », malgré leurs actes (parfois condamnés), malgré leurs comportements ou leurs troubles, nous tentons d'aller à la rencontre de cette population en souffrance sans jugement et de manière équitable. Cependant, ces grands principes sont malmenés tous les jours dans nos interventions. Ainsi sommes-nous conduits dans certaines circonstances à participer à la mise en place d'une hospitalisation sous contrainte, c'est-à-dire sans le consentement du patient. Les dilemmes éthiques auxquels l'équipe est confrontée sont nombreux et fréquents. Le travail en réseau et la solidarité entre les membres de l'équipe permettent de les nommer, de travailler sur ces dilemmes, de tenter de les résoudre collectivement.

S. A. : **Quel bilan dressez-vous de l'activité de l'équipe ?**

M. P. : Il convient de préciser d'emblée que l'un des revers de la médaille d'un fonctionnement artisanal, créatif et sans cesse en mouvement d'une équipe comme la nôtre est le peu de

données chiffrées, qui seraient le fruit d'un protocole. L'informatisation du service étant en cours, les statistiques d'activité ont toujours été manuelles, et notre évaluation du dispositif (une réunion annuelle avec nos tutelles) est bien plus qualitative que quantitative. Malgré tout, chaque année, ce sont près de 900 patients qui sont rencontrés par l'équipe, et environ 5 000 « actes » sont réalisés – entretien, passage, concertation, visite à domicile... Point fort du dispositif, la dynamique d'« aller-vers » dans nos interventions est une réponse incontournable, car adaptée. Cette manière d'entrer en relation avec les patients peu demandeurs d'aide est une pratique connue de la psychologie clinique (la psychologie « au chevet du lit », du grec *klinê*, le lit). Nous reprenons ici la description de Franck Mathieu et de Sandrine Moissinac, ces dispositifs d'« aller-vers » consistant « à se rendre vers l'errant, sur son lieu de vie par exemple, régulièrement, mais pas trop non plus, pour prendre des nouvelles, échanger quelques paroles, pour tenter au fil des rencontres de "tricoter" un lien qui lui permettra peut-être, et si besoin, d'accéder à des dispositifs plus élaborés ».

S. A. : Quelles principales difficultés rencontrez-vous ?

M. P. : Une fois rappelés les besoins matériels incontournables (véhicules, téléphones portables...), mais pas

toujours fournis par l'Hôpital public, l'accueil principal de notre dispositif réside dans les relais pas toujours possibles. Effectivement, les différentes interventions de notre EMPP doivent théoriquement se terminer lorsque le maillage médico-social est mis en place (ou remis en place) ; nous disons alors que nous passons le relais. Dans les faits, les choses sont plus complexes. La question des délais de prise en charge en psychiatrie, l'insuffisance du nombre de psychiatres, et la difficulté pour certaines unités d'assouplir les modalités de leur accueil des patients les plus fragiles entraînent une difficulté à confier les patients rencontrés. Le piège principal de notre équipe réside dans la transformation de l'EMPP en centre médico-psychologique (CMP) de pauvres.

S. A. : Cette équipe aide-t-elle les personnes à accéder à un logement ?

M. P. : Au sein du dispositif Interface, le choix a été fait historiquement de ne pas accueillir de travailleurs sociaux dans l'équipe. Ce choix vise à accompagner les personnes rencontrées et à les orienter vers des travailleurs sociaux de droit commun, en nous consacrant à la question de l'accès au soin. Nous ne participons pas de manière directe à la recherche d'un hébergement ou d'un logement. Malgré tout, dans une volonté d'accueillir la personne dans son entièreté, les problématiques

d'habitat font que nous sommes régulièrement – dans nos accompagnements vers les soins – en lien avec les intervenants sociaux dédiés à cette question : service intégré d'accueil et d'orientation (Siao), 115, bailleurs sociaux... Depuis quelque temps, et bien que Saint-Étienne et son marché immobilier soient spécifiques – forte offre de logements à des prix particulièrement bas qui permettent à des populations précaires de louer un bien –, les initiatives de « Logement d'abord » se développent. L'EMPP, dans sa mission d'être un sas entre l'hôpital et la cité, participe de près (équipe d'orientation) ou de loin (accompagnement psy des personnes hébergées) à ces nouveaux dispositifs essentiels. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Manque ou déficit de soin.

Pour en savoir plus

● Poitou M., Nau J., Chiroussel N., Massoubre C. Une Équipe Mobile Psychiatrie Précarité contre la discrimination dans l'accès aux soins ? *Médecine*, 2020, vol. 16, no 10 : p. 465-469. doi:10.1684/med.2020.610

« DANS L'ENTRE-DEUX DU TRAVAIL SOCIAL ET DE L'INSTITUTION HOSPITALIÈRE »

Catherine Massoubre, professeure, cheffe du pôle de psychiatrie du centre hospitalier universitaire (CHU) de Saint-Étienne et de l'équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), témoigne de ce qu'apporte ce type de dispositif d'« aller-vers » : « Les EMPP sont une réponse à la forte prévalence des troubles psychiatriques chez les personnes en grande précarité et à leur difficulté à demander des soins par elles-mêmes. Ces équipes se situent dans l'entre-deux du travail social et de l'institution hospitalière [1]. En l'absence de cadre externe préétabli, le travail en équipe mobile oblige à s'adapter aux cadres de travail des institutions sociales et à inventer continuellement des modalités

d'intervention collective dans le métissage de nos cultures professionnelles. Le travail clinique est amputé de la fonction contenante des murs et de l'institution hospitalière. Le cadre d'intervention n'est pas constant et doit s'adapter à la clinique, il est vivant et malléable, sa construction est collective, au sein d'un travail en réseau. L'EMPP stéphanoise est l'une des plus anciennes de la région, son développement a été le fruit d'une volonté affichée du pôle de psychiatrie du CHU de Saint-Étienne. Le travail réalisé par cette équipe est incroyablement difficile et nécessite une adaptabilité de tous les instants, une bienveillance et un non-jugement vis-à-vis de personnes en marge de la société. »

RÉFÉRENCE BIBLIOGRAPHIQUE

[1] Einhorn L., Tremblay V. *Initier le soin : des professionnels au front de la précarité. État des lieux des équipes mobiles psychiatrie précarité en Auvergne-Rhône-Alpes*. [Rapport] Lyon : Orspere-Samdara, 2021. En ligne : <https://www.orspere-samdara.com/wp-content/uploads/2021/11/os-rapport-empp-novembre-2021.pdf>

Maraudes d'Emmaüs Solidarité : « Aller à la rencontre des personnes qui ont renoncé à tout, leur redonner une étincelle d'espoir »

**Entretien avec
Bruno Morel,**
directeur général,
Herbert Ndoumou,
chef de service de la maraude
bois de Vincennes, Emmaüs Solidarité.

*La Santé en action : Comment
les maraudes d'Emmaüs Solidarité
s'organisent-elles auprès
des sans-abri ?*

Bruno Morel et Herbert Ndoumou :
Emmaüs Solidarité décline trois
maraudes d'intervention sociale
qui, en 2020, ont suivi 1 310 per-
sonnes. Tout d'abord, la maraude
Paris-Nord (9^e, 10^e, 18^e et 19^e ar-
rondissements) comprend 8,5 équivalents
temps plein (ETP), dont 7 travail-
leurs sociaux. Quelques maraudes
mixtes en santé sont effectuées en
partenariat notamment avec des
professionnels de l'Association
Addictions France et de l'équipe

mobile psychiatrie-précarité (EMPP).
La maraude Paris-Centre (1^{er}, 2^e, 3^e,
4^e arrondissements et quais de Seine)
comporte quant à elle 4,2 ETP, dont
quatre travailleurs sociaux. Quelques
maraudes mixtes en santé s'effec-
tuent également en partenariat avec
l'équipe de liaison addictologie. Enfin,
7 ETP – dont 5 travailleurs sociaux et
une prestation de psychologue clini-
cienne – composent la maraude Bois
de Vincennes (Paris et sept communes
limitrophes du bois). Cette maraude
coordonne les interventions entre les
différents acteurs qui opèrent dans le
bois de Vincennes. Chaque semaine,
elle recense la population installée ;
au 9 novembre 2021, 125 personnes
étaient réparties sur 95 campements.
Par ailleurs, et parallèlement aux
maraudes dans le bois, nous dis-
posons d'un local à Vincennes qui
permet l'accueil des personnes quatre
demi-journées par semaine – l'une
d'elles étant consacrée aux activités
de création de lien, d'échanges et de
valorisation de la personne à travers
un atelier jardinage-bricolage ouvert
également aux Vincennois.

*S. A. : Comment entrez-vous en
contact avec ces personnes ?*

B. M. et H. N. : Il s'agit d'aller à la
rencontre des personnes installées
dans les rues ou dans le bois afin de
leur proposer un accompagnement
social en vue d'une orientation vers
des solutions d'hébergement et/ou
de logement. La prise de contact
s'effectue de manière progressive

avec le souci de veiller au respect
de la dignité, de l'intimité, et de la
volonté de la personne d'établir un
contact. Au bois, les maraudeurs qui
se présentent devant une nouvelle
tente se tiennent à bonne distance
dans l'attente d'être invités à entrer
dans l'espace de la personne, puis ils
s'annoncent en indiquant qui ils sont
et la raison de leur venue. L'équipe
est composée d'au maximum trois
personnes afin d'éviter d'être intru-
sif dans la sphère de la personne.
Les interventions sont réalisées par
des professionnels, et des bénévoles
participent également régulièrement
aux maraudes : leur rôle est de sou-
tenir les travailleurs sociaux dans leurs
missions de création et de maintien
du lien. Généralement, les bénévoles
sont perçus comme une « troisième
oreille » du travailleur social, car ils
sont très disponibles à l'écoute.

S. A. : Que leur proposez-vous ?

B. M. et H. N. : La maraude du bois,
pour reprendre celle-ci, propose un
accompagnement social global, *via*
un projet éducatif personnalisé afin
d'aider les personnes à regagner leur
autonomie et à vivre dignement.
Cet accompagnement se traduit par
l'accès à la citoyenneté (identité, titre
de séjour, réappropriation des codes
de vie en collectivité...), l'ouverture
et/ou le maintien des droits aux
minima sociaux, l'accès aux soins, le
soutien à l'insertion professionnelle
et le traitement des demandes d'hé-
bergement ou de logement. Lors des

L'ESSENTIEL

▣ Emmaüs Solidarité organise des maraudes
auprès des sans-abri. L'association souligne que
les personnes rencontrées sont particulièrement
sensibles au fait de n'être plus regardées
sous le prisme de leurs supposées carences.
Elle met en relief la réussite de cette démarche
d'« aller-vers » : la persévérance, la patience,
l'empathie et le respect dont font preuve les
maraudeurs à l'égard des personnes rencontrées
finissent toujours par faciliter le lien avec elles.



© Sébastien Godefroy

maraudes, les équipes peuvent, selon les besoins, distribuer des kits hygiène, des duvets, des vêtements, des gourdes rafraîchissantes par temps de canicule ou des boissons chaudes par grand froid...

S. A. : Comment se déroule l'« aller-vers » ces personnes ?

B. M. et H. N. : Le processus d'aller à la rencontre des habitants du bois dans des campements présente plusieurs niveaux. Il s'agit tout d'abord d'une prospection consistant à rechercher des nouvelles installations et à nouer un premier lien avec les occupants. Ensuite, il s'agit de faire de la veille sociale et sanitaire pour entretenir le lien, questionner l'état de santé de la personne et la stimuler dans les formalités d'accès aux droits et à la citoyenneté. Les maraudes spécialisées sont essentiellement axées sur le volet santé, somatique et psychologique. Lors de ces interventions mixtes, les maraudeurs interviennent avec soit la psychologue clinicienne, soit l'Équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP), soit un animateur de l'Association Addiction France pour les problématiques d'addiction. Depuis début octobre 2021, une maraude mixte sociale-sanitaire avec les infirmières de l'espace solidarité insertion (ESI) Saint-Michel est également organisée chaque mois. Globalement,

les interventions des maraudeurs, effectivement caractérisées par l'objectif « aller-vers », prennent diverses formes : assurer une mission de veille sociale, fondée sur une bonne connaissance de la cartographie de présence des personnes vulnérables qui permet d'intervenir, d'alerter et de signaler en cas de danger ou de situation préoccupante ; proposer et garantir un suivi individualisé ; favoriser l'accès aux droits, aux soins, à l'emploi ; agir en partenariat avec d'autres acteurs, notamment pour la mobilisation de dispositifs adaptés à l'exemple de celui des « Premières Heures¹ », décliné pour certaines personnes dans le cadre des jardins d'insertion ; promouvoir des activités culturelles, artistiques, sportives, etc. ; orienter vers un hébergement ou vers un logement, dans un contexte qui demeure caractérisé par une insuffisance quantitative et qualitative de l'offre.

S. A. : Quel bilan dressez-vous de ces maraudes ?

B. M. et H. N. : Lors de la création de la maraude du bois de Vincennes en 2009, celui-ci comptait environ 350 personnes vivant dehors. Cette population a été réduite à 125 personnes actuellement, soit une diminution de 64 %. Au total, les maraudes d'Emmaüs Solidarité ont, en 2020, orienté 208 personnes. Ce

simple indicateur démontre l'utilité et l'efficacité du dispositif qui s'appuie sur un important réseau partenarial. Toutefois, la principale grande difficulté demeure l'insuffisance de solutions d'hébergements, notamment pour les personnes cumulant des problématiques d'addiction, somatiques, psychologiques voire psychiatriques. Ces questions sont difficiles à traiter en situation de rue et il serait préférable de commencer par stabiliser la personne en hébergement, puis de lui proposer un accompagnement aux soins.

S. A. : Quel impact la pandémie Covid-19 a-t-elle sur votre organisation et sur les sans-abri ?

B. M. et H. N. : Dès le début de la crise sanitaire, Emmaüs solidarité a fait le choix de maintenir l'intégralité de ses dispositifs ouverts, dont bien entendu l'activité des maraudes auprès de personnes particulièrement exposées aux risques pandémiques et à ses conséquences sociales et économiques. La maraude du bois a ainsi renforcé ses interventions de veille sociale et sanitaire afin de s'assurer de l'état de santé de ses « habitants », mais aussi de leurs moyens de subsistance, au regard du constat rapide de pertes de revenus. C'est dans ce contexte que l'équipe a déployé plusieurs actions de



© Sébastien Cordigny

distributions : produits d'hygiène et matériels sanitaires, en conditionnements adaptés pour les personnes à la rue ; tickets-services ; Smartphone auprès des personnes les plus vulnérables ; alimentation, allant jusqu'à 330 paniers-repas par jour entre fin mars et début juin 2020... Une campagne de vaccination a également été organisée : d'une part avec les médecins bénévoles de l'association *via* des séances de sensibilisation et de vaccination, d'autre part en lien avec l'ESI Saint-Michel : 11 personnes suivies dans le bois ont ainsi été vaccinées.

S. A. : Comment parvenez-vous à capter l'attention de ces personnes ?

B. M. et H. N. : Tout professionnel qui travaille au sein de l'association, et donc des maraudes, porte l'éthique et les valeurs du mouvement Emmaüs en tout lieu et en tout temps. Cela veut dire que les maraudeurs ont un profond respect de la singularité de la personne rencontrée et de sa dignité. Une personne qui ne souhaite pas échanger avec l'équipe en maraude est remerciée pour son accueil et l'équipe lui propose de repasser une prochaine fois. La persévérance, la patience, l'empathie et le respect dont fait preuve l'équipe à l'égard des personnes rencontrées finissent toujours par faciliter le lien avec une personne.

S. A. : Les personnes accompagnées ont-elles le choix de ce qui est leur priorité ?

B. M. et H. N. : Il s'agit bien de proposer un accompagnement social global. Par conséquent, l'approche du travailleur social est d'inviter la

personne suivie à faire un choix parmi les prestations mises à sa disposition pour se reconstruire, regagner son autonomie et retrouver sa dignité. La loi 2002-2² a mis fin à la standardisation de l'accompagnement social au profit d'un accompagnement éducatif personnalisé dans lequel la personne est actrice dans son projet d'accompagnement. C'est le principe de « décider avec » ou de « faire avec » et non plus de « décider à la place de l'utilisateur » ou de « faire à la place de l'utilisateur » Le travailleur social a pour rôle de l'aider à construire son projet éducatif personnalisé, en hiérarchisant ses besoins.

S. A. : Combien de sans-abri ont été logés grâce à la maraude du bois de Vincennes ?

B. M. et H. N. : En douze ans, la maraude a sorti du bois plus de 600 personnes, pour la grande majorité orientées vers des structures d'hébergements *via* le service intégré d'accueil et d'orientation (SIAO) – 52 personnes en 2020 –, et dans une moindre mesure vers des logements accompagnés ou de droit commun – quatre personnes en 2020. Avec l'ouverture, en novembre 2020, du centre d'hébergement d'urgence (CHU) Pavillon La Terrasse – une structure d'hébergement de 17 places située à la périphérie du bois et rattachée à la maraude –, 22 personnes ont pu être accueillies. Il est à noter que cette nouvelle structure intègre aussi une halte de nuit permettant la mise à l'abri de quatre personnes, à l'exemple de ce qui est également fait avec la maraude Paris-Centre qui dispose de l'accès à une halte similaire de 30 places.

S. A. : Quel questionnement éthique émerge chez les professionnels face à ces sans-abri ?

B. M. et H. N. : Il est inacceptable de voir des personnes vivre dans une extrême précarité dans un espace non hospitalier. Le sens des maraudes est une nouvelle fois d'aller à la rencontre de ces personnes qui parfois ont renoncé à tout, pour leur redonner des étincelles d'espoir. Emmaüs Solidarité ne peut accepter que la société s'accommode à voir la misère s'installer au coin des rues, sans que cela ne suscite la moindre indignation. Attachée à la solidarité nationale, l'association entend donc développer ses actions de la lutte contre les inégalités sociales – les maraudes constituant le premier maillon des réponses –, en développant un sens de l'innovation et du partenariat en lien avec les autres acteurs du secteur.

S. A. : Que pensent de vos maraudes les personnes que vous accompagnez ?

B. M. et H. N. : Les personnes rencontrées sont particulièrement sensibles au fait de n'être plus regardées sous le prisme de leurs supposées carences. D'où l'investissement dans l'accès à la citoyenneté, sachant que le rejet des normes est une caractéristique des personnes à la rue. De surcroît, elles ont parfois le sentiment d'avoir été abandonnées par les pouvoirs publics, mais aussi par leur environnement local. Par-delà la réponse à leurs besoins en termes de santé, d'emploi, d'orientation, l'ouverture sur la proximité est un élément de reconstitution, à l'exemple des ateliers jardinage ou de la création de boîtes à livres, initiés par la maraude du bois et qui changent considérablement l'image des personnes à la rue, en valorisant leurs compétences. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. NDLR : Le dispositif Premières Heures est un outil de réinsertion des personnes précaires qui leur permet d'accéder à l'emploi graduellement par la réalisation de quelques heures de travail par semaine.

2. Loi du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale. En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000000215460/>

À Grenoble : « Les médiatrices-paires en santé suscitent la confiance, parce qu'elles partagent le vécu des usagers »

Entretien avec Delphine Dubois-Fabing, responsable du pôle santé-précarité, **et Marie Robin,** chargée de mission prévention et réduction des risques, service promotion de la santé, Direction de la santé publique et environnementale, ville de Grenoble.

La Santé en action : Par quelles actions d'« aller-vers » Grenoble promeut-elle la santé des populations ?

Delphine Dubois-Fabing et Marie Robin : Quatre médiatrices-paires en santé travaillent depuis 2016 dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville, avec l'objectif d'atteindre des personnes « sorties des radars » institutionnels. La municipalité a coopéré avec l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) de l'université de Grenoble-Alpes. Ce triple constat a été établi : une non-demande, une non-information et une non-réception pour une partie de la population qui demeure, de ce fait, éloignée des soins et des dispositifs de droit commun. L'appellation médiatrice-paire en santé donne une idée assez précise de la mission de ces personnes. Elles se situent à égale distance entre les institutions et les publics qui en sont les plus éloignés. Parce qu'elles sont elles-mêmes issues de quartiers à l'image de ceux où elles interviennent, elles connaissent la situation complexe des gens qui vivent dans la

précarité. Elles étaient pour la plupart déjà engagées dans le milieu associatif de leur cité. Leur savoir expérientiel est un atout pour motiver les personnes à entamer des démarches. D'autre part, en 2019, il a été décidé de déployer des travailleurs-pairs auprès des jeunes qui sortent le soir et la nuit, afin de limiter les prises de risques liés à la consommation d'alcool et de substances psychotropes dans un contexte festif sur la voie publique. Ce sont des étudiants qui ont l'habitude de la fête. Ils sont formés spécifiquement pour partir à la rencontre des jeunes – le public-cible avec lequel ils ont des points communs – afin de discuter et d'apporter de l'information sur la santé et sur la prévention.

S. A. : En quoi ces deux dispositifs relèvent-ils d'un véritable « aller-vers » ?

D. D. F. et M. R. : Pour les médiatrices, l'« aller-vers » revêt plusieurs formes, une diversité nécessaire pour aller chercher les « invisibles ». C'est d'abord du porte-à-porte, des présences à la sortie des écoles, sur les marchés, dans les cafés ou des contacts *via* nos partenaires (associations de lutte contre la précarité, bailleurs sociaux, etc.). Cela représente une demi-journée par semaine sur chaque quartier prioritaire. Des prospectus sont distribués, renseignant sur les permanences qui se tiennent également une demi-journée par semaine dans sept Maisons des habitants des territoires concernés

et lors d'ateliers Prévention santé. Les permanences sont un lieu essentiel pour entamer concrètement les démarches d'accès aux droits et aux soins. L'« aller-vers » intervient aussi par le biais de questionnaires pour mieux connaître les besoins du public, ce qui permet à la collectivité de décider d'actions adaptées. Nous l'avons fait, par exemple en 2021, pour le dépistage et la prise de rendez-vous de vaccination, avec la mise en place d'un Bus Covid-19 qui s'est déplacé auprès des gens qui ne se rendaient pas dans les centres prévus à cet effet. Les quatre travailleurs-pairs Réduction des risques se déplacent en centre-ville à bicyclette et ils font la tournée des bars et des parcs. C'est une intervention qui a lieu deux fois par semaine, mais seulement une fois de novembre à mars, et qui s'interrompt pendant les vacances scolaires. Le cadre informel de la rue est propice à la discussion. Les travailleurs-pairs adoptent une

L'ESSENTIEL

▶ **La ville de Grenoble a déployé plusieurs dispositifs d'« aller-vers ». Les travailleurs-pairs y tiennent des permanences et arpentent les quartiers pour aiguiller les habitants vers leurs droits et vers l'accès aux soins. Ils leur parlent aussi de prévention et les informent notamment des risques liés à la consommation de substances psychoactives. Focus sur les médiatrices-paires en santé.**



© Thierry Chemu - Ville de Grenoble

posture d'écoute, ils sont bienveillants, ne jugent pas. Cela permet de premiers échanges sur la consommation de substances psychoactives et de rendre le sujet moins tabou. Ces rencontres sont aussi l'occasion de distribuer du matériel – éthylo-tests, préservatifs, etc. – et des prospectus – informations générales, bons gestes – à adopter, ressources locales, etc.

S. A. : *Quel sont les bilans de ces deux actions ?*

D. D. F. et M. R. : La crise sanitaire, entre confinements et fermeture des bars, a perturbé la mission des travailleurs-pairs. Selon les derniers chiffres (arrêtés en septembre 2021), ils avaient effectué 250 heures d'interventions et atteint 8 500 personnes. Ils ont aussi distribué 6 300 unités de matériel, ainsi que 7 000 prospectus. L'équipe est maintenant reconnue par les jeunes qui apprécient son écoute. Il apparaît que l'échange oral leur semble plus important que les supports écrits. Nous avons le sentiment que le message passe, qu'il y a une prise de conscience et une augmentation des connaissances sur les risques liés à la consommation de substances psychoactives. Cependant, à ce stade, les changements de pratique sont difficiles à mesurer. L'épidémie a aussi eu un impact sur le travail des médiatrices-paires en santé, puisque pendant les confinements, il était impossible de pratiquer un « aller-vers » physique. Celui-ci a été remplacé par un « aller-vers » téléphonique, qui a permis notamment de relayer

auprès des habitants les messages de prévention sanitaire et de répondre aux angoisses ou à l'isolement de certains. En 2020, 852 personnes ont été rencontrées dans le cadre de ce dispositif ; 298 personnes ont été reçues lors des permanences, avec ou sans rendez-vous, et 248 ont été accompagnées dans leurs démarches d'accès aux droits ou aux soins. En 2021, les chiffres dont nous disposons montrent une augmentation : 1 700 personnes ont été atteintes par le biais de l'« aller-vers », et 500 d'entre elles sont venues aux permanences. Nous disposons d'une vision assez précise de ce public, qui est celui que nous voulions atteindre : en 2020, 11 % des personnes reçues n'avaient aucune couverture maladie et 21 % ne disposaient pas d'une mutuelle ; 79 % étaient bénéficiaires de la protection universelle maladie (PUMA) et 40 %, de la complémentaire santé solidaire (CSS). Si 48 % sont des personnes seules ou des familles monoparentales, près de 45 % sont sans activité professionnelle ou au chômage. Autre signe de l'efficacité de l'action : en 2020, plus de 130 personnes ont été orientées par les médiatrices vers la ligne urgence précarité (LUP), un service de la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM).

S. A. : *Quelles sont pour vous les principales qualités de la médiation paire en santé ?*

D. D. F. et M. R. : Les gens concernés sont attachés aux médiatrices-paires en santé, qui suscitent la confiance,

parce qu'elles partagent le vécu des usagers, les comprennent et savent les remettre en lien avec les institutions. Elles ont une grande capacité à faire remonter les problèmes, et elles sont aussi, de ce fait, appréciées par les professionnels de santé ou par les travailleurs sociaux. Elles apportent une aide précieuse au quotidien : elles peuvent par exemple accompagner une personne qui ne sait pas lire à un premier rendez-vous médical, afin que celle-ci puisse repérer le chemin et se débrouiller par la suite. Un autre facteur d'exclusion est le passage au tout-numérique des services publics, quand encore beaucoup n'ont pas de Smartphone ni d'adresse e-mail. Les médiatrices viennent en soutien pour leur permettre d'approprier le numérique et de parvenir par exemple à accéder à un site aussi essentiel que celui de la sécurité sociale.

S. A. : *Quels freins entravent la mission des médiatrices ?*

D. D. F. et M. R. : Les médiatrices les plus anciennes sont aujourd'hui victimes de leur succès et ne parviennent plus à faire face aux demandes, sachant que leur numéro de téléphone est indiqué sur les prospectus qui sont distribués pour faire connaître leur action. L'accompagnement physique aux droits et aux soins, le suivi des dossiers des personnes non francophones, la recherche d'un médecin traitant qui veuille bien prendre de nouveaux patients, le système de soins embouteillé... Tout concourt à alourdir leur charge de travail. Nous faisons évoluer la façon dont elles interviennent : chacune reste en charge de secteurs, mais les médiatrices travaillent également de façon collective autour de thèmes tels que l'accès aux droits ou au numérique, afin de faire remonter aux institutions les problématiques rencontrées sur le terrain ou pour l'accueil de nouvelles médiatrices-paires en santé, ou quand elles font du porte-à-porte. L'« aller-vers » n'est pas toujours facile à réaliser seule. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Aller vers les personnes âgées : « Rester chez soi tout en bénéficiant de l'assistance des professionnels des Ehpad »

Entretien avec

Johan Girard,

délégué national de la filière
Personnes âgées et domicile
à la Croix-Rouge française.

La Santé en action : En quoi Ehpad@dom innove-t-elle dans le soutien de personnes âgées à domicile ?

Johan Girard : L'expérimentation d'Ehpad@dom à Sartrouville (Yvelines) avait pour objectif de permettre un libre choix aux personnes âgées qui perdent en autonomie dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté. Aujourd'hui, il y a une segmentation historique dans le secteur médico-social du grand âge, avec d'un côté le « tout domicile », et de l'autre l'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) qui représente pour les individus concernés une rupture de vie brutale, un choc. Le projet Ehpad@dom vise à dépasser cette fragmentation de la prise en soins, en proposant une solution hybride, permettant aux intéressés de vivre dans leur logement, tout en bénéficiant du plateau technique et de l'expertise proposés dans un Ehpad : médecin gériatre, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute, etc. En d'autres termes : rester chez soi tout en bénéficiant de l'assistance des professionnels des Ehpad. Ce dispositif permet de répondre à la fois aux attentes de cette population, en leur donnant un choix plus ouvert dans leur parcours de vie,

et aussi à leurs besoins qui évoluent rapidement à cet âge. Concrètement, le dispositif repose sur la coordination des différentes interventions : services d'aide et d'accompagnement à domicile (Saad), services de soins infirmiers à domicile (Ssiad), médecin traitant, professionnels libéraux – kinésithérapeutes par exemple –, etc. Un travail qui incombe aujourd'hui à l'aidant familial et qui représente une importante charge mentale pour ce dernier. L'idée est donc de mettre à disposition des personnes âgées les ressources professionnelles de l'Ehpad, en complémentarité avec les autres intervenants, grâce à la fonction de coordinatrice de parcours de gériatrie.

S. A. : Dans quelle mesure ce dispositif relève-t-il d'une démarche d'« aller-vers » ?

J. G. : C'était le principe même de ce projet au départ : porter les compétences de l'Ehpad hors les murs et renforcer l'expertise gériatrique au domicile même des personnes, afin de leur permettre de continuer à vivre dans leur maison, selon leurs souhaits. Les services d'aide et de soins à domicile pratiquent déjà cet « aller-vers » ; celui-ci est consolidé par l'apport d'autres ressources spécialisées et par leur coordination. Cependant, au cours de l'expérimentation de Sartrouville, nous nous sommes rendu compte que la solution n'était pas de transférer toute l'offre en dehors de l'Ehpad. Les personnes âgées sont aussi en demande de resocialisation. Il leur paraissait tout aussi important de

leur permettre d'aller vers l'institution pour suivre, à la carte, des activités thérapeutiques ou culturelles, ou simplement pour partager un repas avec les résidents de l'Ehpad. Au vu de la réputation assez négative des Ehpad dans l'imaginaire collectif, nous avons été surpris de cette demande. C'est pourquoi nous avons adapté le projet : nous avons investi dans un véhicule pour offrir une solution de mobilité à ceux qui souhaitent se rendre à l'Ehpad, quand leur aidant n'est pas disponible pour les conduire. La lutte contre l'isolement et la solitude, sujet peu traité – et encore moins financé aujourd'hui – est au cœur des préoccupations de la Croix-Rouge française. La solution hybride que nous proposons y contribue. Aller-vers, c'est avant tout être à l'écoute des besoins

L'ESSENTIEL

► **La Croix-Rouge française et d'autres partenaires expérimentent dans sept territoires français un dispositif de soutien à domicile Vivre@lamaison qui permet aux personnes âgées de rester dans leur logement. Dans ce cadre, ce sont les professionnels (médecin, psychologue, psychomotricien, ergothérapeute...) qui vont vers les personnes âgées. Ce programme innovant a pour particularité d'avoir été évalué en profondeur par des organismes extérieurs, l'Université Paris-Dauphine et le gérontopole de Reims. Les résultats favorables de cette évaluation ont ouvert la voie à l'extension de ce dispositif.**

Dossier

« Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations

de chacun pour mettre en place un accompagnement pertinent. De plus, ce décloisonnement de la prise en soins atténue le choc de la rupture, quand l'entrée à l'Ehpad ne peut plus être différée, soit parce que la perte d'autonomie ne permet plus la vie à la maison, soit parce que l'aidant ne peut plus assurer le soutien. En effet, la personne connaît le lieu, le personnel et les autres résidents.

S. A. : *Que conclut l'évaluation d'Ehpad@dom par Paris-Dauphine et le gérontopole de Reims ?*

J. G. : Cette approche plus globale de l'individu et de son parcours a été jugée positivement, les personnes âgées faisant état d'un bon niveau de satisfaction de l'accompagnement proposé. L'étude souligne plusieurs effets : un soutien efficace au maintien dans le lieu de vie et une meilleure résilience face à la perte d'autonomie ; un soulagement de l'aidant familial qui apprécie la simplification apportée par ce mode de fonctionnement où il ne doit plus jongler avec plusieurs interlocuteurs ; un impact positif sur l'activité des soignants qui, dans la prise en soins globale, trouvent davantage de sens à leur action. Ce dernier point est important à l'heure où se pose un problème d'attractivité de ces métiers, marqués ces dernières années par une forme de taylorisation des tâches. Le dispositif redonne une perspective à la notion de prendre soin, dans l'acceptation du *care*.

S. A. : *Quelles sont les difficultés de mise en œuvre de ce programme ?*

J. G. : Sortir du droit commun pour entrer sur le terrain de l'expérimentation demande beaucoup de pédagogie pour expliquer aux différents partenaires concernés les tenants et les aboutissants du projet qui devait absolument être lisible par tous. Il y a parfois eu des incompréhensions : les fédérations professionnelles de l'aide à domicile craignaient au départ qu'on empiète sur leur travail. La coordination étant un point essentiel de cet accompagnement centré sur les besoins des personnes, l'infirmière coordinatrice de l'Ehpad de Sartrouville, qui s'est portée volontaire, a été formée à ce qui s'apparente à un nouveau métier.

S. A. : *Ce dispositif existe-t-il dans d'autres départements ?*

J. G. : Effectivement, à partir de 2018, cette expérimentation s'est élargie à de nouveaux territoires, adoptant une nouvelle dénomination : Vivre@lamaison. En 2018, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) a inclus dans son article 51 la possibilité de déroger au droit commun pour accélérer l'innovation dans le secteur de la santé et du médico-social. Ehpad@dom avait été financé sur les fonds propres de la Croix-Rouge, avec un complément de mécénat. Nous nous sommes donc emparés de cette possibilité d'obtenir des financements publics, permettant de conforter l'expérimentation de Sartrouville et de l'étendre sur six autres territoires – voire plus loin, car nous sommes convaincus du bien-fondé de notre approche, une solution pour les enjeux du grand âge demain. Le ministère de la Santé nous a rapprochés de deux autres partenaires, portant des projets similaires : la Mutualité française et l'association Hospitalité Saint-Thomas de Villeneuve (HSTV) Bretagne. Un cahier des charges unique a été publié au *Journal officiel* fin 2020, faisant état d'une expérimentation se déroulant sur trois ans. Deux cabinets d'évaluation en rendront compte, tant sur le plan médico-économique qu'en termes de santé publique. Par ailleurs, le PLFSS 2022, dans son article 31, ouvre une autre perspective, puisqu'il prévoit la création d'Ehpad « Pôle de ressources territorial », comprenant un volet « hors les murs », c'est-à-dire justement des dispositifs renforcés d'accompagnement à domicile. Il convient donc d'examiner dans quelle mesure les expérimentations que nous menons pourraient être reconnues dans le droit commun *via* cette disposition, une fois le processus réglementaire achevé.

S. A. : *Le déploiement de Vivre@lamaison présente-t-il des évolutions ?*

J. G. : Le dispositif, porté par les Ehpad de la Croix-Rouge, est en cours de déploiement sur six territoires et également en continuité sur celui de Sartrouville : la Charente (Rouillac), la Haute-Vienne (Rochechouart), l'Yonne (Aillant-sur-Tholon), les

Ardennes (Carignan), les 1^{er}, 2^e, 5^e, 13^e et 14^e arrondissements de Marseille, et sur Nîmes. Selon les endroits, entre 20 et 30 usagers sont concernés. Ce projet national décline l'expérimentation de Sartrouville, avec des services complémentaires. Ainsi, l'assurance maladie finance, à hauteur de 120 euros par mois et par personne, un « pack domotique » qui complète la plateforme de téléassistance accessible sept jours sur sept : ce sont des objets connectés, adaptés aux besoins de la personne (chemins lumineux, systèmes anti-chute, etc.), qui permettent une meilleure prévention de la perte d'autonomie. Par ailleurs, une solution d'hébergement d'urgence est prévue pendant soixante-douze heures dans une chambre de l'Ehpad mise à disposition, en cas de dégradation soudaine de l'état de santé. C'est un accueil temporaire pour prendre le temps de faire une évaluation approfondie avant de prendre des mesures appropriées. L'offre d'accompagnement des personnes âgées est aujourd'hui très large : résidences autonomie, résidences services seniors, services d'aides et de soins à domicile qui se regroupent en Spasad (services polyvalents d'aide et de soins à domicile), unités de soins longue durée, accueils de jour, haltes-répît pour les malades d'Alzheimer... L'objectif est de proposer le bon accompagnement au bon moment, ce qui suppose une offre moins normée qu'actuellement et une agilité pour composer des solutions hybrides répondant aux attentes de nos aînés et respectueuses des personnes. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Pour en savoir plus

- Croix-Rouge française. Vivre@la maison. La solution pour les personnes âgées qui souhaitent rester à domicile. En ligne : <https://www.croix-rouge.fr/Nos-actions/Action-sociale/Personnes-agees/Vivre-lamaison-la-solution-pour-les-personnes-agees-qui-souhaitent-rester-a-domicile>
- Croix-Rouge française. *Le Dispositif renforcé d'accompagnement à domicile (Drad)*. YouTube, 30 novembre 2021. En ligne : <https://www.youtube.com/watch?v=bkWpfNrlBqI>

Martinique : « Aller vers les personnes victimes de la prostitution pour les aider à s'en sortir »

Entretien avec Coline Robin,

éducatrice spécialisée, responsable d'équipe du dispositif d'aide aux victimes, Croix-Rouge française en Martinique.

La Santé en action : Comment rencontrez-vous les personnes prostituées ?

Coline Robin : Nous travaillons en partenariat étroit avec l'antenne locale du Mouvement du nid¹ – MDN 972. Nous n'allons pas vers ces personnes sur le terrain, elles sont orientées vers nous par des personnels associatifs et par des professionnels des services de l'État et des collectivités : le Mouvement du nid, d'autres associations, les services sociaux de secteur, l'hôpital, la police, la gendarmerie. Nous accompagnons les personnes majeures ; ce sont des femmes et des hommes martiniquais et étrangers de 18 à 60 ans. Certains sont depuis de très longues années dans la prostitution, d'autres depuis moins longtemps voire récemment. Le partenariat étroit entre l'antenne locale du Mouvement du nid et la Croix-Rouge française permet un véritable accompagnement : il débute auprès des victimes en situation de prostitution en prenant en compte leurs besoins, et se poursuit vers l'insertion sociale et professionnelle.

S. A. : Comment les aidez-vous à sortir de la prostitution ?

C. R. : Nous allons vers les personnes victimes de la prostitution pour les aider à s'en sortir. Nous

rencontrons les personnes qui ont le désir d'arrêter la prostitution. Pour certaines, cette volonté d'arrêter peut être freinée par un sentiment ambivalent et nous les accompagnons pour renforcer leur motivation, car elles ont besoin d'être soutenues. Une personne qui est dans la prostitution depuis dix ou quinze ans va souhaiter arrêter, mais sa volonté peut se heurter à de nombreux freins et obstacles. Lors de notre première rencontre, nous lui expliquons en détail le cadre de notre intervention ; puis, si la personne est d'accord, nous démarrons avec elle une évaluation psycho-sociale au cours de laquelle nous recueillons toute une série d'informations afin d'instruire son dossier et de le présenter ensuite devant la commission qui statue dans le cadre du dispositif d'accompagnement vers la sortie de la prostitution. C'est cette commission qui valide l'entrée dans le « parcours de sortie de la prostitution et d'insertion sociale et professionnelle » et qui ouvre donc l'accès à l'accompagnement à proprement parler. Toutefois, pendant cette phase d'évaluation et avant de présenter le dossier devant la commission, nous mettons en place sans attendre des premiers éléments d'accompagnement pour faire face à l'urgence des situations : les personnes bénéficient d'un colis alimentaire par mois, si besoin nous les accompagnons pour trouver un hébergement d'urgence ou un nouveau logement afin de les aider à sortir de la dépendance d'un hébergement lié à des activités de prostitution. Il faut être très réaliste : les personnes arrivent vers nous avec la volonté d'arrêter, ce qui est impossible sans un

L'ESSENTIEL

▣ La Martinique est le premier département d'outre-mer à avoir mis en œuvre le dispositif prévu par la loi permettant aux personnes contraintes de se prostituer de pouvoir sortir de cette activité, grâce à un accompagnement spécifique et un soutien psychologique, social et d'insertion. Le parcours prostitutionnel est une violence qui crée une forme d'emprise sur les victimes : réussir à sortir de cette spirale demande un accompagnement spécialisé souvent long (de six à vingt-quatre mois) et de proximité.

accompagnement immédiat y compris matériel, car elles ont un loyer à payer, elles doivent se nourrir et parfois subvenir aux besoins de leur famille dans leur pays d'origine ; il leur faut donc un minimum de ressources. Nous les orientons pour les faire accéder à des hébergements d'urgence, ce qui est crucial car cela leur permet de ne plus être dans la situation de devoir se prostituer pour payer leur loyer. L'aide alimentaire permet de la même façon de réduire leur dépendance à leur activité de prostitution. Ainsi, dès la phase d'évaluation, elles peuvent réduire leur activité de prostitution ; certaines arrêtent totalement. L'infirmière coordinatrice, dès son premier entretien avec la personne, déclenche l'accompagnement nécessaire : elle commence par mettre en place des soins, parce que certaines prises en charge sont prioritaires : dépistages des infections sexuellement transmissibles (IST), du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Sida, que souvent les personnes n'ont pas fait depuis longtemps ; prise en charge des maladies chroniques ; suivi de grossesse.



© Marc Helleboid

S. A. : En quoi consiste l'évaluation psycho-sociale ?

C. R. : L'évaluation psycho-sociale permet de renseigner le parcours de vie des personnes dans toutes ses composantes : le logement, la famille et l'entourage, le budget et les ressources, l'insertion professionnelle, le niveau d'études, leur projet professionnel. Il y a bien entendu un focus sur leur parcours de prostitution, sur les violences qu'elles ont subies, mais au fil des entretiens, nous les laissons choisir le moment où elles souhaitent aborder ces sujets qui sont les plus difficiles pour elles, car ils sont liés à des violences. Elles peuvent ressentir une honte par rapport à cette activité : elles savent qu'elles vont devoir en parler, mais elles se préparent et choisissent le moment où elles se sentent prêtes.

S. A. : Comment instruisez-vous leur dossier à présenter à la commission ?

C. R. : La personne va avoir au moins cinq à dix entretiens avec le travailleur social, au moins trois entretiens avec la psychologue et au moins un avec l'infirmière coordinatrice.

Nous rédigeons ensemble l'évaluation psycho-sociale qui sera présentée ensuite devant la commission. Il y a aussi parfois des entretiens en commun avec un travailleur social-psychologue. Tout dépend du vécu de la personne. Nous lui donnons des rendez-vous qui vont durer de une heure à deux heures ; pour certaines personnes, quatre à cinq rencontres suffisent. Pour d'autres, il faut beaucoup plus de temps en fonction de la complexité des situations. Il nous incombe, au début du processus, d'évaluer le temps dont la personne a besoin pour délivrer les informations nécessaires à l'évaluation psycho-sociale. L'objectif est de rassembler ensemble toutes les informations sur ce qu'elle a vécu et où elle en est dans sa vie. Certaines vont se livrer rapidement et être transparentes, d'autres vont rester sur la réserve et avoir besoin de se sentir progressivement en confiance afin de pouvoir évoquer les différents aspects de leur vie. Le parcours prostitutionnel est une violence qui peut créer une forme d'emprise sur les victimes. Réussir à sortir de cette spirale demande un accompagnement spécialisé souvent long et de proximité.

S. A. : Comment la commission rend-elle son avis ?

C. R. : La commission, mise en place suite à la loi de 2016², gère en Martinique l'ensemble des questions relevant de la lutte contre la prostitution, le proxénétisme. Elle donne un avis – favorable ou défavorable – sur les demandes d'engagement dans ce parcours de sortie de prostitution. Nous lui présentons les dossiers, qui sont anonymes. Le préfet rend ensuite sa décision et valide ou non l'engagement de la personne dans le parcours. À ce jour, tous les dossiers que nous avons présentés ont reçu un avis favorable et 25 personnes ont ainsi pu entrer dans ce parcours.

S. A. : Jusqu'où les accompagnez-vous ?

C. R. : Le parcours de sortie de la prostitution permet un accompagnement adapté et important : il ouvre notamment l'accès à une aide financière, à une autorisation provisoire de séjour pour les personnes en situation irrégulière. Chaque situation est différente, mais nous allons vraiment au plus près des besoins : il peut y avoir des personnes pour qui c'est vraiment un accompagnement soutenu de proximité, avec des accompagnements physiques et des contacts téléphoniques plusieurs fois par semaine. L'accompagnement peut être renforcé dans un premier temps, puis adapté à la prise d'autonomie des personnes pour préparer leur sortie du dispositif. Pour certaines, qui peuvent être en situation d'addiction, la prise en charge globale et l'accompagnement doivent être encore plus soutenus. Les personnes sont accompagnées pour tout ce qui va permettre leur insertion sociale et professionnelle : la santé, la parentalité, le logement, le travail, la gestion du budget, etc. Elles bénéficient d'accompagnements individuels et collectifs avec des ateliers et d'un suivi psychologique bimensuel.

S. A. : Que sont devenues les personnes passées par ce parcours ?

C. R. : Notre accompagnement n'a pas fait l'objet d'une évaluation scientifique indépendante. Toutefois, nous disposons d'indicateurs intéressants pour ce parcours instauré depuis 2018 en Martinique. Les premières personnes qui en sont sorties

– à la mi-2021 – présentait de bons indicateurs d'insertion, elles étaient en formation ou en emploi, souvent autonomes dans les démarches, bien insérées socialement. Dans le détail : sept personnes sont sorties du parcours à l'issue de dix-huit mois ou deux ans d'accompagnement. Trois travaillent, quatre sont en formation rémunérée. En parallèle, nous avons arrêté le parcours avec une personne ayant une problématique de dépendance à l'alcool trop importante et nous l'avons orientée vers une prise en charge plus adaptée et des soins.

S. A. : Quelles sont les difficultés rencontrées ?

C. R. : Les délais – pour que l'accompagnement soit effectif et opérationnel – sont perçus comme trop longs par les personnes, d'autant que le parcours est limité à vingt-quatre mois, car il faut déjà au moins six mois pour tout enclencher : les autorisations d'engagement dans le parcours, l'autorisation provisoire de séjour, l'inscription à pôle emploi, l'inscription à la sécurité sociale, etc. Cette lenteur du début du parcours peut décourager ces personnes qui attendent énormément de ce dispositif. Or pendant ces premiers mois, certaines personnes sont confrontées à des situations particulièrement complexes qui rendent le parcours difficile voire impossible : avec elles, on ne peut pas travailler sur l'insertion sociale et professionnelle, car la première chose dont elles ont véritablement besoin, c'est de soins. Toutefois, pour d'autres, il est possible de combiner une prise en charge *via* des soins et un accompagnement vers une insertion sociale et professionnelle. Pour ce faire, nous collaborons en permanence avec nos partenaires comme les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) pour la question des addictions, les centres médico-psychologiques (CMP) quand il y a des pathologies psychiatriques avec des traitements. Nous procurons un accompagnement vraiment global, nous sommes quatre travailleurs sociaux de la Croix-Rouge française, référentes de parcours, et nous faisons le lien avec le soin, le logement, l'insertion professionnelle... Il nous reste également à fluidifier la question de la



© Marc Heibohd

sortie du parcours notamment pour les personnes ayant bénéficié d'une autorisation provisoire de séjour. C'est une réflexion en cours, en lien avec les services de l'État.

S. A. : N'est-ce pas un peu court de limiter l'accompagnement à deux ans ?

C. R. : Nous ne les abandonnons pas à l'issue du parcours : nous restons disponibles ; songez que pendant deux ans nous les avons accompagnés, parfois toutes les semaines ! Nous maintenons le lien, les personnes continuent de nous appeler. Nous les redirigeons vers d'autres services si nécessaire. Ainsi, à la Croix-Rouge française, une plateforme d'accompagnement des personnes étrangères peut prendre le relais au niveau de l'accompagnement dans les démarches. Nous les orientons aussi vers les dispositifs de droit commun (CMP, services sociaux de secteur, etc.). ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. L'association Le Mouvement du Nid – France agit en soutien aux personnes prostituées. Il les accompagne dans leurs démarches d'accès à la justice, aux soins, ou encore à la sécurité sociale. Et lorsqu'elles entreprennent des démarches pour quitter la prostitution, il est également présent à leurs côtés. Depuis la création des parcours de sortie par la loi du 13 avril 2016, le Mouvement du Nid, agréé dans 17 départements, accompagne aussi les personnes dans cette voie (présentation officielle de l'organisme).

2. Le dispositif d'accompagnement vers la sortie de la prostitution a été conçu dans le cadre du décret n° 2016-1467 du 28 octobre 2016, qui vient compléter la loi n° 2016-444 du 13 avril 2016 visant à renforcer la lutte contre le système prostitutionnel et à accompagner les personnes prostituées. Il répond au besoin d'accompagnement spécifique nécessaire pour permettre à des personnes victimes de la prostitution qui le souhaitent d'accéder à un nouveau modèle économique et social. Objectif général : permettre à des personnes en situation de prostitution de construire un nouveau modèle économique et social pour sortir de la prostitution. Objectifs secondaires : permettre aux personnes intégrant le dispositif l'accès aux droits sociaux : logement, santé, etc. ; accompagner ces personnes dans un parcours d'insertion professionnelle. La Croix-Rouge française en Martinique a reçu l'agrément pour mettre en œuvre ce dispositif. Après un travail préparatoire conjoint avec la délégation régionale aux Droits des femmes et à l'Égalité (DRDFE), la première commission départementale de lutte contre la prostitution et la traite des êtres humains s'est tenue en 2019, point de départ de la mise en œuvre opérationnelle de ce dispositif.

Guyane intérieure : une équipe mobile de santé publique va vers les habitants des communes isolées

Entretien avec
Charlène Cochet, Bérengère Bonot,
infirmières diplômées d'État (IDE),
coordonnatrices de l'équipe mobile
de santé publique en commune (Emspec),
Mélanie Gaillet,
médecin infectiologue,
coordonnatrice de la santé publique
en centres délocalisés de prévention
et de soins (CDPS).

*La Santé en action : Pourquoi avoir
créé des équipes mobiles de santé
publique en Guyane ?*

*Charlène Cochet, Bérengère Bonot et
Mélanie Gaillet :* La Guyane compte
plus de 300 000 habitants, dont 60 000
vivent dans l'intérieur du territoire
guyanais, à distance du littoral urba-
nisé. Les populations qui y résident
sont isolées sur les plans géographique
et administratif, précaires aux niveaux
socio-économique et environnemen-
tal, présentent des difficultés d'accès
aux droits. En situation transfronta-
lière, elles vivent de part et d'autre des
deux fleuves-frontières : l'Oyapock,
côté Brésil et le Maroni, côté Surinam.
On recense des populations amérin-
diennes (Wayana, Wayampi, Teko,
Palikur, Kali'na, Arawaks), bushin-
guées (Aluku, N'djuka, Saramaka),
des Brésiliens, Haïtiens, Dominicains,
Chinois, Hmong, Guyaniens (ressor-
tissants de Guyana), Surinamiens, etc.

*S. A. : Quelles sont les missions
premières de cette équipe mobile ?*

C. C., B. B. et M. G. : Le projet
d'équipe mobile de santé publique
en commune (Emspec) a été pensé



© Roziane Silva Barbosa

dans le but de répondre aux be-
soins importants de santé publique
de ces populations en s'appuyant
sur l'offre sanitaire assurée par les
centres délocalisés de prévention et
de soins – CDPS (voir carte ci-après)
et en complément de ceux-ci. Ces
derniers sont un pôle hospitalier
du centre hospitalier de Cayenne
et représentent la principale offre
de soins de ces territoires. Le projet
Emspec était inscrit dans le premier
plan régional de santé de l'agence
régionale de santé (2011), puis dans le
second (2018). Il a été lancé en 2019
et répond à deux objectifs du plan :
« l'amélioration de l'état de santé de la

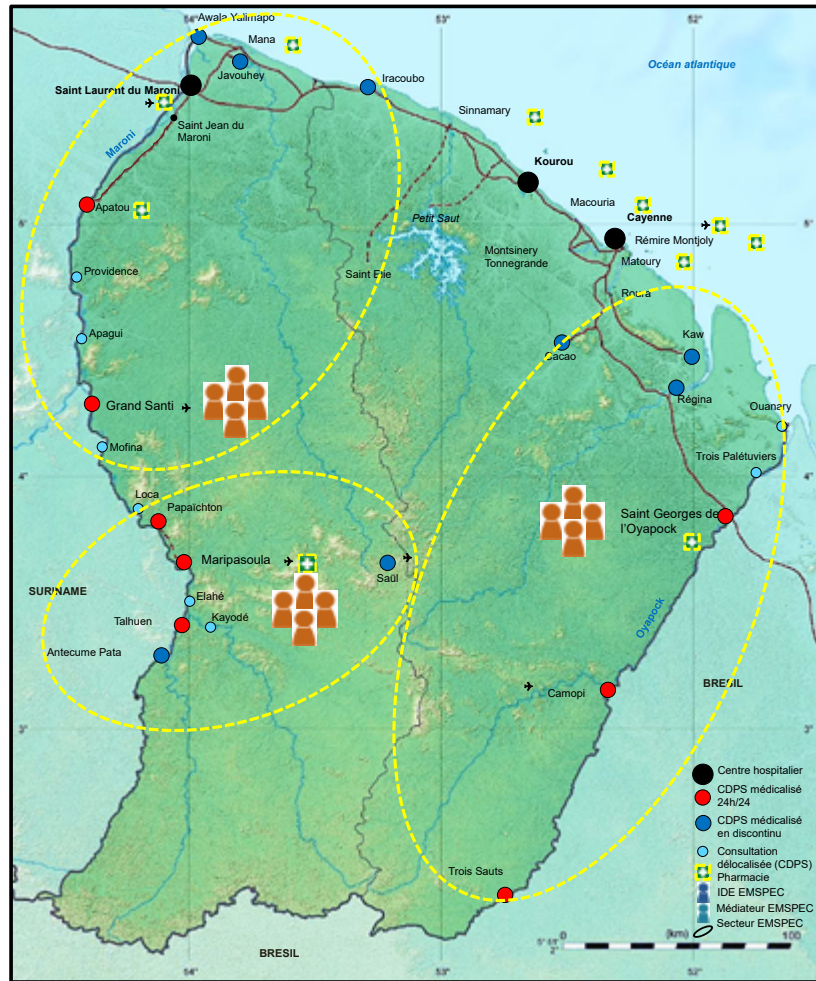
L'ESSENTIEL

■
➤ **En Guyane intérieure, une équipe mobile de santé publique de médecins, infirmières, médiateurs et autres travailleurs de la santé et du social va vers les populations isolées, Amérindiens, Bushinengués et autres peuples, par la route, en pirogue, en quad. Objectif : améliorer l'accès aux soins et à la prévention, en développant des actions de promotion de la santé.**

population guyanaise » et « la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé à 10 ans ». La création de l'Emspec traduit l'ambition de sacraliser du temps et des compétences à la promotion de la santé dans les centres délocalisés de prévention et de soins. Le pôle hospitalier des CDPS de l'hôpital de Cayenne se décline en 17 centres répartis dans les territoires de l'intérieur guyanais. Les centres délocalisés de prévention et de soins sont organisés en secteurs autour de trois centres-pivots : Maripasoula, Grand-Santi, Saint-Georges-de-l'Oyapock. D'abord centres de soins, les CDPS ont acquis le P de « prévention » en 2011. Il existait alors une volonté forte de développer les programmes de santé publique du fait de besoins majeurs et alors que l'offre sanitaire et sociale y demeurait très insuffisante, que les actions de promotion de la santé y étaient quasi inexistantes. Cependant, compte tenu d'un important retard structurel de l'offre de soins et d'un taux de renouvellement important des soignants, le développement de projets de santé publique au long cours n'a pu aboutir. Ainsi, l'idée de créer une équipe de santé publique des CDPS dédiée, détachée du soin, a progressivement pris forme. Sous l'impulsion du Dr Paul Brousse, chef de pôle des centres délocalisés de prévention et de soins de 2014 à 2019, nous avons élaboré le projet d'équipe mobile de santé publique en commune.

S. A. : Quels professionnels composent cette équipe ?

C. C., B. B. et M. G. : Au lancement du projet en mai 2019, l'équipe était constituée de huit agents : un binôme de coordination infirmier-médecin, positionné à Cayenne, et trois binômes infirmier-médiateur, situés dans chacun des secteurs de soins. Très rapidement, cette organisation structurelle est apparue insuffisante au regard de l'importance des besoins en santé publique. Les binômes infirmier-médiateur ont été doublés en 2021 pour former des équipes de quatre, dans le contexte de la crise sanitaire et à la faveur du développement du projet *Water, Sanitation and Hygiene – Wash¹* (eau, assainissement et hygiène, NDLR), porté par



la Croix-Rouge française (Crf). La coordination a également été renforcée par une deuxième infirmière coordonnatrice. Cette structure apparaît aujourd'hui adaptée pour permettre à l'Emspec de remplir ses missions et de répondre aux besoins en santé publique des communes de l'intérieur. De plus, les infirmiers et les médiateurs bénéficient en continu de formations à la santé publique, construites avec nos partenaires, au premier rang desquels l'association Guyane promo santé (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé – IREPS) Les médiateurs sont formés à la médiation en santé et bénéficient d'un accompagnement métier par la coordonnatrice de la médiation des centres délocalisés de prévention et de soins.

S. A. : Comment l'équipe intervient-elle ?

C. C., B. B. et M. G. : Les missions de l'équipe mobile de santé publique en commune (Emspec) se déclinent en cinq axes d'intervention : 1) la description de l'état de santé des

populations, qui concerne la production, le recueil, le traitement, la valorisation des données d'activités de l'Emspec et des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) ; 2) la prévention et la promotion de la santé, qui constituent indéniablement notre cœur de métier. Nous développons des outils de communication et menons des actions de sensibilisation co-construits avec les communautés, souvent en partenariat avec les acteurs institutionnels et associatifs locaux (rectorat, Croix-Rouge française, associations de médiateurs : Développement, animation, accompagnement, coopération – Daac et Action pour le développement, l'éducation et la recherche – Ader, l'ID Santé, Réseau périnatal, etc.) ; 3) la formation et l'accompagnement des équipes ; 4) le soutien et le développement de la coopération transfrontalière ; 5) le soin et la gestion des phénomènes épidémiques. L'Emspec participe au développement des parcours de soins spécifiques (p. ex. : rendre accessible le dépistage du cancer colorectal en lien avec le centre régional de



© Sophie Pinto

coordination des dépistages des cancers – CRCDC, développer des parcours de soins spécifiques comme les consultations spécialisées en urologie ou en diabétologie). L'équipe intervient également hors les murs selon deux modalités : le soin à domicile des patients sur sollicitation des soignants des CDPS ; la gestion opérationnelle des phénomènes épidémiques en lien avec la veille sanitaire.

S. A. : *En allant vers les populations, l'équipe parvient-elle à réduire les inégalités ?*

C. C., B. B. et M. G. : La force de l'équipe mobile de santé publique en commune (Emspec) est d'avoir placé la médiation en santé au centre de nos actions, ce qui nous permet de construire et de proposer des actions de promotion de la santé ajustées aux besoins des communautés. Nous sommes guidés par le désir de

renforcer l'aptitude des populations à améliorer leur santé globale, tout en respectant et en valorisant leur propre culture. L'objectif est bien de réduire les inégalités sociales et territoriales de ces territoires. Nous plaçons la question d'équité en santé au cœur de nos réflexions en améliorant l'accès aux soins et à la prévention, en développant des actions de promotion de la santé et en permettant de mieux décrire



© Adrien Mestras

l'état de santé des communautés précaires afin d'adapter l'offre de soins et de prévention. Nous développons des projets spécifiques à certaines populations, en particulier celles mineures, très souvent en partenariat avec le rectorat. Nous portons également une attention particulière aux femmes enceintes ou en âge de procréer et nous travaillons par exemple à la prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale avec nos collaborateurs et nos partenaires. D'autres projets ciblent l'ensemble des populations, mais ils se déclinent sous différentes modalités en fonction des publics auxquels ils s'adressent.

S. A. : Avez-vous des relais internes pour compléter cet « aller-vers » les populations ?

C. C., B. B. et M. G. : Le caractère mobile de cette équipe est mis en avant, car nous souhaitons véritablement rapprocher du soin les populations les plus éloignées des centres délocalisés de prévention et de soins (CDPS) et déployer des actions de promotion en santé adaptées à leur mode de vie et à leur culture (nous sommes équipés de quads, pirogues, voitures). Par

ailleurs, en intégrant la médiation en santé au cœur de nos démarches, nous tissons des liens permanents entre la culture occidentale et les cultures locales. Nous sollicitons très souvent les chefs coutumiers ainsi que les leaders communautaires, qui sont respectés et écoutés par les populations et avec qui nous avons tissé des liens de confiance. Les messages et les projets de santé publique s'adaptent et se construisent avec les populations. Le but de cette co-construction est d'offrir aux communautés la possibilité de devenir actrices de leur santé. Enfin, nous apportons une attention particulière à l'évaluation de nos projets et du niveau de satisfaction des communautés.

S. A. : Quel bilan peut-on dresser du travail de cette équipe mobile ?

C. C., B. B. et M. G. : L'année 2020, en dépit de son caractère exceptionnel, a parachevé l'ancrage des équipes mobiles de santé publique en commune dans les territoires et a validé, dans le cadre de la crise sanitaire, le modèle des binômes médiateur-infirmière et leur démarche d'« aller-vers ». L'année 2021 a vu le

doublage des effectifs de l'équipe. Nos financements sont pérennisés et s'inscrivent dans le cadre du projet de création de centre hospitalier universitaire (CHU) de la Guyane. En 2022, une attention particulière devra être portée au village de Trois-Sauts ainsi qu'aux communes du bas Maroni, jusqu'à présent peu investis par l'équipe du fait de leur éloignement des centres-pivots. Par ailleurs, dans le cadre du projet de CHU, une demande de financement d'une quatrième équipe a été formulée ; elle serait basée à Saint-Laurent-du-Maroni pour collaborer avec les centres délocalisés de prévention et de soins de Javouhey, Awala-Yalimapo et Apatou. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Le projet Eau, assainissement et hygiène avait pour objectif l'amélioration de la gestion des points d'accès à l'eau potable et la diffusion des bonnes pratiques, des conditions d'hygiène dans le cadre de la lutte contre la pandémie de Covid-19, la sensibilisation et l'accompagnement des populations aux bonnes pratiques pour faire face aux maladies hydriques, vectorielles et à l'épidémie de Covid-19.

À Cayenne, des équipes mobiles de santé vont vers les populations des quartiers précarisés

Entretien avec Aude Trepont,

coordinatrice régionale Médecins du Monde, délégation Guyane, et Claire Boceno, médecin, responsable de la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass), centre hospitalier de Cayenne.

La Santé en action : Pourquoi avoir créé des équipes mobiles sanitaires en Guyane ?

Aude Trepont et Claire Boceno : La Guyane est une terre migratoire multiculturelle qui connaît une grande précarité et une forte immigration (voir encadré ci-après). Créée en 2000, la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) du centre hospitalier de Cayenne (CHC) est une cellule de prise en charge médico-sociale. Elle propose – au sein du centre hospitalier et de ses antennes délocalisées – un suivi social et médical aux personnes sans droits ouverts et permet un accès au plateau technique de l'hôpital. Les équipes de Médecins du Monde (MdM) sont présentes en Guyane depuis dix-huit ans. Depuis 2018, le programme Médiation en santé développe des équipes mobiles sanitaires dans les zones d'habitat précaire de l'île de Cayenne (presqu'île qui regroupe les communes de Cayenne, Matoury et Remire-Montjoly). Ce dispositif propose une offre de soins de santé primaire en « aller-vers », visant à l'intégration dans un parcours de santé de droit commun. Jusqu'en 2020, ces équipes mobiles ont fonctionné sur la base de l'investissement de médecins bénévoles pour les consultations médicales, leur

L'ESSENTIEL

■
En Guyane, des équipes mobiles Médecins du Monde – Permanence d'accès aux soins de santé (MDM/Pass) proposent aux personnes en situation de grande vulnérabilité un accompagnement social, notamment dans l'accès aux droits de santé et à des consultations médicales. Ces équipes sont constituées de médiateurs et de professionnels de santé, bénévoles ou salariés. Elles ont reçu 6 600 personnes et dispensé 1 500 consultations entre mars et décembre 2020. Ce partenariat permet de faire le lien entre la ville et l'hôpital, et de remettre dans le circuit des patients perdus de vue ou en rupture de soins.

planification étant alors soumises aux disponibilités de ces derniers. Dans le contexte de la crise de la Covid-19, il est apparu nécessaire de renforcer ces actions d'« aller-vers », car les publics-cibles rencontraient de grandes difficultés pour accéder aux soins en raison du confinement. Médecins du Monde et la Pass du CHC, déjà partenaires depuis plus de dix ans, ont alors renforcé leur coopération avec la mise à disposition des professionnels de santé de la Pass au sein des équipes mobiles de MdM.

S. A. : Quelles sont les missions de ces équipes mobiles ?

A. T. et C. B. : Les équipes mobiles MdM – Pass proposent un accompagnement social, notamment dans l'accès aux droits de santé et à

des consultations médicales. Elles s'adressent aux personnes en demande de soins sans droits ouverts à l'assurance maladie ou en rupture de droit. Les équipes sont constituées de médiateurs et de professionnels de santé, bénévoles ou salariés. La mise en place des équipes mobiles découle de l'analyse des facteurs entravant l'accès aux soins des populations rencontrées par nos équipes ces dernières années dans le cadre des dispositifs d'accueil fixes et des maraudes menées dans les différents quartiers. Il s'agit notamment de problématiques d'accès à la couverture maladie et de son renouvellement, méconnaissance des dispositifs, barrière de la langue, mauvaises expériences d'accueil, craintes des déplacements liés aux contrôles permanents de la police aux frontières. Au-delà du déplacement physique caractéristique de la démarche d'« aller-vers », il s'agit aussi d'aller vers autrui sans idée préconçue et sans jugement.

S. A. : Les équipes mobiles impliquent-elles ces populations ?

A. T. et C. B. : La démarche de santé communautaire, favorisant l'implication des personnes concernées à l'élaboration des réponses apportées, s'inscrit au cœur de la méthodologie d'intervention de Médecins du Monde (MdM) en Guyane. Les équipes de médiateur.trice.s en santé salarié.e.s et de bénévoles « facilitateurs communautaires » – dont une grande partie sont des habitant.e.s des quartiers d'intervention – participent à l'élaboration et à l'adaptation des modes d'intervention. De par leurs connaissances



© Méri Timi

linguistiques, culturelles, sociales, et plus généralement de l'ensemble des spécificités des publics accompagnés, les médiateurs permettent de tisser une relation de confiance avec les personnes accompagnées, favorisant ainsi l'expression de leurs besoins et leur prise en compte. Par ailleurs, les équipes mobiles s'articulent avec des maraudes d'information et d'orientation qui sont organisées dans les quartiers et qui s'appuient sur la mobilisation et la participation de « relais communautaires ». Ce sont des habitant.e.s des quartiers d'intervention dont le rôle est de créer le lien entre les communautés et l'équipe de MdM, et de participer à une veille sanitaire et sociale. Ceci a permis en particulier d'identifier l'ampleur de l'insécurité alimentaire dans ces quartiers lors du premier confinement en 2020. Une évaluation de la satisfaction des usagers des équipes mobiles reste néanmoins à mettre en œuvre pour objectiver leur perception du dispositif.

DES INDICATEURS DE SANTÉ DÉFAVORABLES

Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la moitié de la population guyanaise vit sous le seuil de pauvreté [1]. L'accès à un logement digne reste une difficulté pour une partie de la population, et l'habitat informel s'est développé de façon généralisée sur l'ensemble du territoire. Les Guyanais ont un taux de recours au soin inférieur à la moyenne nationale. Selon une étude de 2015, 30,9 % des personnes étudiées déclaraient avoir renoncé aux soins pour des raisons financières [2]. Alors que les indicateurs de santé et de précarité sont particulièrement défavorables, l'offre de soins et de travailleurs sociaux sur le territoire guyanais reste cependant très inférieure à celle retrouvée dans l'Hexagone. Les services d'accès aux droits (droit au séjour, couverture sociale) sont saturés de façon chronique, saturation qui rejaille également sur les services d'accès aux soins dédiés à ces populations précaires (Pass et associations).

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Rimbaud B., Kempf N., Demougeot L. Niveau de vie et pauvreté en Guyane en 2017 : la moitié des Guyanais vivent sous le seuil de pauvreté. *Insee Analyses Guyane*, 2020, n° 46. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4623886>.
- [2] Van Melle A., Cropet C., Parriault M.-C., Adriouch L., Lamaison H., Sasson F. *et al.* Renouncing care in French Guiana : the national health barometer survey. *BMC Health Services Research*, 2019, vol. 19 : p. 1-11. En ligne : <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/guyane/documents/article/2019/renouncing-care-in-french-guiana-the-national-health-barometer-survey>



© Mari Tini

S. A. : *Quel bilan peut-on dresser du travail des équipes mobiles ?*

A. T. et C. B. : La forte fréquentation des équipes mobiles sanitaires (EMS) – 6 668 personnes reçues et 1 515 consultations médicales entre mars et décembre 2020 – est un des indicateurs reflétant l'importance du besoin. La majorité (53 %) des orientations externes proposées à l'issue des consultations médicales en EMS en 2020 ont concerné la Pass du centre hospitalier de Cayenne (demandes d'examen complémentaires et de suivi médical). En forte augmentation, ces orientations s'expliquent par la proximité géographique des EMS et des sites de Pass et par la participation de l'équipe médicale et soignante de la Pass aux équipes mobiles sanitaires. Les personnes ont ensuite été le plus souvent orientées (31 %) vers les services de vaccination, du centre de lutte anti-tuberculose (Clat) et du centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (Ce-gidd) des infections par le virus de l'immunodéficience humaine et des

hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles. Enfin, la santé des femmes ou des jeunes enfants a concerné 17 % des orientations, vers les centres de protection maternelle et infantile (PMI) ou vers le pôle femme – enfant du CHC. Les orientations par Médecins du Monde (MdM) vers le site de la Pass du centre hospitalier sont passées de 2 % en 2019 à 12 % en 2020. De la même manière, sur une des antennes Pass délocalisées, les orientations par MdM sont passées de 14 % à 37 % en un an. Ceci illustre le succès de ce partenariat qui permet de faire le lien entre la ville et l'hôpital et de remettre dans le circuit des patients perdus de vue, en rupture de soins ou en défiance vis-à-vis de l'institution.

S. A. : *Quelles sont les limites de ce dispositif ?*

A. T. et C. B. : Les conditions de consultations (sous tente, sans eau courante...) restent des facteurs limitants pour une bonne qualité de consultation et ne sont pas

adaptées à des consultations longues et complexes qui seront réalisées à la Pass dans un second temps si besoin. L'ampleur de la demande nous amène également à nous questionner : notamment pour que nos dispositifs ne deviennent pas des systèmes parallèles dédiés aux personnes précarisées, mais bien un tremplin vers le droit commun. Il est donc fondamental que nous parvenions à nous extraire du contexte de l'urgence permanente pour évaluer cette activité. Ce travail de recul et d'évaluation scientifique a débuté en août 2021 avec une thèse de médecine portant sur l'état de santé des enfants en situation de précarité. Enfin, une démarche d'évaluation et de capitalisation des dispositifs d'« aller-vers » déployés durant la crise sanitaire par les acteurs de l'accès aux soins est actuellement portée par l'agence régionale de santé (ARS). Malgré la lourdeur logistique et la difficile gestion des ressources humaines du dispositif, les équipes mobiles de santé MDM – PASS se pérennisent et se sont déjà étendues

à de nouveaux quartiers de l'agglomération cayennaise. Le dispositif semble particulièrement adapté au contexte guyanais et démontre la nécessité d'adapter l'offre institutionnelle aux réalités du territoire.

S. A. : La pandémie actuelle a-t-elle modifié le fonctionnement des équipes mobiles ?

A. T. et C. B. : Lors de l'arrivée de l'épidémie de Covid-19 sur le territoire guyanais, Médecins du Monde (Mdm), la Croix-Rouge française (CRf) et la Permanence d'accès aux soins de santé (Pass) ont mutualisé leurs moyens pour organiser la démultiplication d'équipes mobiles sanitaires (EMS) dans l'agglomération cayennaise. Cette montée en charge avait initialement pour objectif de réduire le risque de renoncement aux soins face au fonctionnement dégradé des services de soins dans le contexte de la Covid-19. Les EMS ont également été une réponse à la lutte contre l'épidémie *via* l'élargissement à une offre de dépistage, de prévention, de distribution de matériel, puis de sensibilisation et d'orientation vers la vaccination. Rapidement, d'autres modalités d'intervention en « aller-vers » ont été mises en place, notamment des équipes mobiles de dépistages de la Covid-19, assurées par les professionnels de la Réserve sanitaire avec l'appui des médiateurs du projet d'urgence. Des maraudes ont participé à repérer et à relayer auprès des pouvoirs publics les besoins en termes d'accès à l'eau et à l'aide alimentaire et ont apporté un appui de terrain à l'organisation des réponses. Par ailleurs, Mdm a mis en place, avec le soutien de l'ARS et d'autres partenaires, un *pool* de 14 médiateurs en santé pour répondre aux besoins générés par la crise sanitaire sur l'île de Cayenne (voir encadré ci-après). Enfin, une équipe a été mise en place pour le dépistage, l'annonce, le suivi et les visites à domicile des patients précarisés atteints de la Covid-19, d'abord en partenariat avec la Croix-Rouge française, puis portée par Médecins du Monde. ■

Propos recueillis par Yves Géry,
rédacteur en chef.



© Médi-Tim

À CAYENNE, 14 MÉDIATEURS EN RENFORT DES SERVICES DE L'ÉTAT ET DES ASSOCIATIONS

À partir du mois de juin 2020, l'île de Cayenne s'est trouvée confrontée à une propagation très rapide de l'épidémie de Covid-19 dans les quartiers informels et les bidonvilles. Si le renfort de la Réserve sanitaire a permis de déployer des professionnels de santé, l'approche en médiation s'avérait capitale alors que peu de médiateurs formés et salariés étaient disponibles. Dans ce contexte, Mdm Guyane, avec le soutien de l'agence régionale de santé (ARS), a constitué une équipe de médiateurs-pairs issus de l'équipe de bénévoles et/ou détenteurs du diplôme universitaire de médiation en santé de l'université de Guyane. Sur une période de trois mois, ce sont donc 14 médiateurs qui sont intervenus dans les activités mises en place par la coalition d'acteurs (Mdm, Croix-Rouge française – CRf, Développement, animation, accompagnement, coopération – Daac, Permanence d'accès

aux soins de santé – PASS et agence régionale de santé – ARS) dans le cadre de la crise de la Covid-19. L'évaluation interne menée à l'issue de ce projet souligne la valeur ajoutée de la médiation en santé dans les actions menées et la pertinence de l'approche partenariale. Des leviers ont été identifiés, tels que le soutien des autorités sanitaires et la mise en place de ressources dédiées à l'accompagnement, à la formation et au suivi des médiateurs. Un des freins à l'intégration pérenne de ces professionnels au sein des équipes reste la difficile reconnaissance de ce métier et le nécessaire accompagnement des acteurs de santé dans cette perspective et ce malgré une dynamique historique du développement de la médiation en santé en Guyane (notamment porté par des associations comme Daac et Actions pour le développement, l'éducation et la recherche – Ader).

Dossier

« Aller-vers » pour promouvoir la santé des populations

Croix-Rouge française en Guyane : « Des équipes mobiles pour aller vers les publics précarisés »

**Entretien avec
Benoît Renollet,**
directeur territorial Guyane,
Croix-Rouge française, Cayenne.

*La Santé en action : Dans quel
contexte la Croix-Rouge française
intervient-elle en Guyane ?*

Benoît Renollet : La Guyane connaît une forte dynamique démographique et l'offre légale et sociale de logements ne permet pas de couvrir les besoins locaux [1]. De ce fait, une grande partie de la population guyanaise vit dans des zones de bâti spontané : en 2015, on dénombre 37 287 constructions spontanées, soit 41 % du bâti total. Ces constructions illicites posent également des problèmes d'accès à l'eau potable, d'assainissement et de durabilité. Le système de santé en Guyane présente un retard structurel important [2]. L'accès aux soins est limité par le fait qu'une proportion importante des personnes vivant en Guyane n'ont pas de droits ouverts à l'assurance maladie [3], notamment parmi les populations immigrées ou défavorisées. Ainsi, au cours du premier semestre 2021, plus de 70 % des usagers de la Croix-Rouge de Cayenne en 2018 n'ont pas de droits ouverts.

*S. A. : Quelles équipes avez-vous
constituées depuis la Covid-19 ?*

B. R. : Ce sont des équipes mobiles pour aller vers les publics précarisés. Le confinement depuis mars 2020 et la première vague épidémique de Covid-19 qui a fortement touché la Guyane de juin à septembre 2020



© Sébastien Godéroy

ont eu un impact sensible sur l'accès aux soins des populations précaires de Guyane. La Croix-Rouge française, qui était jusqu'alors concentrée sur des actions spécialisées des centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections par les virus de l'immunodéficience humaine (VIH), des hépatites virales et des infections sexuellement transmissibles (Cegidd), de dépistage de la tuberculose et des actions de vaccination, a diversifié son offre de soins en créant des équipes mobiles sanitaires (EMS) dans ses secteurs d'intervention hors les murs sur le modèle des EMS mises en place par Médecins du Monde dans leurs quartiers d'intervention. La Croix-Rouge française a aussi créé un pôle dédié à la lutte contre la Covid-19, comprenant des équipes mobiles de vaccination, une équipe mobile de dépistages *via* notamment des tests

L'ESSENTIEL

■
➤ **Depuis la survenue de la pandémie de Covid-19 en mars 2020, les centres de prévention santé de la Croix-Rouge française Guyane ont développé des équipes mobiles sanitaires afin d'aller vers les populations pour leur permettre d'accéder à la prévention et aux soins.**

antigéniques permettant un rendu rapide des résultats et une orientation directe si besoin avec une aide à l'isolement, une aide sociale... Ce pôle est aussi doté d'une équipe de maraudes et de sensibilisation des publics éloignés aux soins liés à la Covid-19, aux gestes-barrières, à la vaccination et à son fonctionnement. Ce pôle Covid-19 s'occupe

également du suivi téléphonique et à domicile des patients sans sécurité sociale, dépistés positifs à la Covid-19. Outre ce pôle, la Croix-Rouge pilote deux autres initiatives intervenant uniquement en « aller-vers » : les projets WASH¹ et Jeunes en Bonne santé sexuelle – JBOSS².

S. A. : Pratiquez-vous l'« aller-vers » avant la survenue de la pandémie ?

B. R. : De fait, nous pratiquons les stratégies d'« aller-vers », aussi appelées chez nous « hors les murs », depuis de nombreuses années ; l'objectif étant d'atteindre les populations les plus éloignées des parcours de soins conventionnels. Nous intervenons directement dans les quartiers d'habitat spontané où notre présence est annoncée *via* des maraudes d'équipes de la Croix-Rouge française ou partenaires. Historiquement, les centres de prévention santé (CPS) de la Croix-Rouge en Guyane combinent dépistage et prise en charge de pathologies infectieuses reliées par l'activité vaccinale, véritable pierre angulaire de notre organisation. Au sein des CPS existent également des consultations transversales en médiation en santé et en psychologie, facilitant ainsi les orientations les plus adaptées. Dans les CPS et en dehors, nos médiateurs en santé permettent une orientation pour l'ouverture de droits à la sécurité sociale ; le nombre de bénéficiaires étant très important, nous orientons les ouvertures de droits vers Médecins du Monde et vers l'association Développement, animation, accompagnement, coopération (Daac). Cette transversalité d'activité nous a permis de mettre en place un schéma de consultation complet, comprenant les trois activités (Dépistages MST, VIH, tuberculose et vaccinations) pour le public primo-arrivant, puis une orientation facilitée vers nos psychologues ou encore vers les services de la permanence d'accès aux soins de santé (Pass). Par ailleurs, des sages-femmes assurent également dans nos centres une prise en charge globale des femmes, notamment pour la contraception, les examens gynécologiques ou encore en prévention et prise en charge des violences sexuelles.

S. A. : Comment les professionnels de ces équipes mobiles interviennent-ils ?

B. R. : Selon les sites d'interventions, les équipes mobiles – le plus souvent un médecin et une infirmière – utilisent un « camion santé », véhicule aménagé avec deux cabinets de consultation et des tables d'auscultation correspondant au standard d'un cabinet médical de ville. Ce dispositif est adapté à nos activités de Cegidd et de vaccination. Sur certains terrains d'intervention, des locaux nous sont mis à disposition par les mairies ou par les partenaires associatifs, ce qui permet de délocaliser totalement les activités des centres de prévention santé (CPS), notamment les consultations de sage-femme, psychologue ou encore médiateur en santé. Nous utilisons systématiquement les tests rapides d'orientation de diagnostic pour le VIH, la syphilis et les hépatites B et C, que ce soit en consultation de Cegidd ou de vaccination. Les prévalences du VIH et du virus de l'hépatite B sur le territoire restent préoccupantes. Souvent, ces patients dépistés ne peuvent pas se déplacer dans les centres de prévention ou à l'hôpital et ils n'ont pas accès aux soins ; ceci peut expliquer notamment les taux élevés de positivité notamment au VIH. Il faut non seulement considérer la vaccination comme un enjeu majeur de santé publique en Guyane, mais également comme une aide à l'insertion pour les populations migrantes. En effet, la vaccination contre la fièvre jaune est l'une des conditions requises par les autorités pour entamer des procédures de demande d'asile ou de titre de séjour.

S. A. : Quelle difficulté rencontrez-vous vis-à-vis des « sans-droits » ?

B. R. : Effectivement, nombre de patients viennent vers nos équipes mobiles avec l'objectif de bénéficier d'une consultation de médecine générale. Or la patientèle Croix-Rouge française en Guyane est à 80 % composée de personnes n'ayant pas de sécurité sociale ; hors les murs, on atteint selon les sites les 100 % de patients n'ayant pas de droits ouverts à la sécurité sociale. L'articulation avec les partenaires est donc importante : si un besoin en médecine générale est décelé, nous orientons les patients vers les structures adéquates comme les services de Pass hospitaliers des différents centres hospitaliers de Guyane. Et nous orientons les patients rencontrés vers Médecins du Monde et l'association Daac pour qu'ils puissent accéder à une ouverture de droits. ■

Propos recueillis par Yves Géry, rédacteur en chef.

1. Water, sanitation and hygiene (eau, hygiène et assainissement) : projet en promotion de la santé, déployé depuis septembre 2020 en période d'épidémie de Covid-19 pour lutter contre la propagation du virus et contre les maladies hydriques via l'hygiène, et en faveur de la gestion de l'eau potable dans les quartiers précaires et les communes de l'intérieur.
2. Projet de promotion de la santé sexuelle auprès du jeune public (12-25 ans), en abordant les volets médical, social et psychologique de la sexualité. Les équipes interviennent dans des établissements scolaires, auprès de structures de formations et aussi auprès des jeunes non scolarisés dans les quartiers.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Jeanne-Rose M. Une croissance démographique toujours soutenue. Bilan démographique de Guyane 2018. *Insee Flash Guyane*, 14 janvier 2020, n° 121. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4285434>
[2] Cour des comptes. *La Santé dans les outre-mer. Une responsabilité de la République*. [Rapport public thématique] Paris : Cour des comptes,

- juin 2014. En ligne : <https://www.drom-com.fr/articles/rapport-de-la-cour-des-comptes-la-sante-dans-les-outre-mer-une-responsabilite-de-la-republique-juin-2014-14016.htm>
[3] Agence régionale de santé Guyane. *Rapport d'activité 2018*. Cayenne : ARS Guyane, 2018 : 8 p. En ligne : <https://www.guyane.ars.sante.fr/media/41076/download>

La Réunion : un bus de prévention en santé sexuelle pour aller vers les communes isolées

Entretien avec Maryse Picard,

directrice de l'association reconnue d'intérêt général Asetis à la Réunion, responsable du projet bus Prévention.

La Santé en action : Pourquoi avoir mis en place un bus Prévention dans le sud de la Réunion ?

Maryse Picard : En 2017, nous avons répondu à un appel à projet de l'agence régionale de santé (ARS) sur des innovations et des expérimentations concernant la prévention en santé sexuelle et affective. Nous disposons d'une maison de vie située à Saint-Pierre au sud de la Réunion, dans laquelle nous accueillons des personnes atteintes du Sida. Depuis 2013, nous réalisons, lors de manifestations extérieures sur un stand et au sein de l'association, des tests de dépistage

rapide du virus de l'immunodéficience humaine (VIH), que nous avons étendus à l'hépatite C à partir de 2016. Or nous nous sommes rendu compte que nous ne parvenions pas à atteindre l'ensemble du public potentiellement concerné, notamment celui habitant des villes excentrées ou isolées : celui-ci ne vient pas jusqu'à nous, parce que les routes sont difficiles et qu'il n'y

a pas de transports en commun réguliers. Ne se déplacent pas non plus les personnes en grande précarité sociale, qui ne disposent pas de véhicule. Nous avons aussi observé qu'une partie de la population était gênée de venir sur un stand identifié par une pancarte « Tests rapides », lesquels étaient réalisés à l'époque sous l'ancien nom de l'association Sid'Aventure. Les gens – pas tellement les jeunes, mais les personnes de 40 à 50 ans – craignaient qu'on les voie faire cette démarche. Ils s'inventaient des prétextes, comme se renseigner pour leurs enfants ou pour leurs petits-enfants, pour expliquer leur présence. D'autre part, les données épidémiologiques montraient que le nombre de personnes infectées par le VIH stagnait, voire augmentait légèrement. De même, le nombre de grossesses non désirées demeure toujours plus élevé qu'en métropole. C'est pour répondre à ces besoins et à ces problématiques que le bus Prévention santé a été mis en place début 2019 dans le sud de l'île. Il complète ainsi l'autre véhicule qui est déjà opérationnel dans le nord du territoire. Ce dernier intervient également sur la thématique de la santé sexuelle. Sur la carrosserie du véhicule, l'accent est mis sur la santé globale, avec ces trois mots : « Prévention », « Accompagnement » et « Éducation thérapeutique ».

S. A. : **Comment ce bus Prévention santé s'inscrit-il dans une démarche d'« aller-vers » ?**

M. P. : Deux fois par semaine, le bus se déplace dans l'une des municipalités partenaires (Cilaos, Saint-Philippe, Tampon, Saint-Joseph, etc.) pour aller

à la rencontre des personnes isolées géographiquement et de celles des quartiers prioritaires. Nous décidons avec ces villes d'un planning d'intervention en fonction de leurs besoins. On peut par exemple, pour optimiser les rencontres, faire coïncider la présence du bus Prévention santé et celle du Mobicaf, le dispositif mobile de la caisse d'allocations familiales (CAF). La date du prochain passage du bus est communiquée sur les réseaux sociaux et par affichage ; le centre communal d'action sociale (CCAS) et les éducateurs de rue de la ville sont alertés afin qu'ils relaient le message, en précisant bien que c'est sans rendez-vous, gratuit et anonyme. Une fois le bus installé, les deux animateurs de prévention accueillent les personnes, sont à leur disposition et répondent à leurs questions. L'échange s'amorce sur la santé de façon générale, avant d'entrer dans le vif du sujet : la santé sexuelle. Ils distribuent de la documentation pédagogique, des préservatifs (masculins et féminins) et proposent des tests de dépistage rapide. Le minibus permet à un animateur de recevoir du public à l'extérieur sous un store, avec une table sur laquelle est disposé le matériel d'information et de prévention, tandis que son collègue procède aux tests de dépistage à l'intérieur, auprès des personnes qui en font la demande, en toute confidentialité.

S. A. : **Qui sont les professionnels de cette équipe mobile ?**

M. P. : Quatre animateurs de prévention se relaient pour les interventions avec le bus, supervisés par

L'ESSENTIEL

► À la Réunion, un bus Prévention en santé sexuelle sillonne le sud de l'île pour aller vers les communes excentrées. Quatre animateurs formés à la bienveillance délivrent une information adaptée, fournissent des kits de prévention aux personnes qui peuvent aussi bénéficier de tests rapides du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) Sida et de l'hépatite C. Ce projet est complémentaire des actions du bus Santé du centre hospitalier universitaire (CHU) Nord.

une responsable. Ces professionnels de l'accompagnement et de l'animation sociale ont été spécifiquement formés à cet « aller-vers », notamment sur le concept de bienveillance. Ils suivent des formations trois fois par an, sur différents thèmes : les compétences psychosociales (comment travailler avec le public sur l'estime de soi, l'acceptation de son corps, etc.), mais aussi les violences intra-familiales par exemple. Ils assistent à des colloques sur les avancées thérapeutiques du VIH ou sur la situation des maladies sexuellement transmissibles (MST) dans les départements d'outre-mer. La coordination régionale du VIH (Corevih) – à laquelle nous participons – apporte son expertise pour former les animateurs et améliorer leurs pratiques.

S. A. : *Qu'apporte concrètement ce dispositif aux populations ?*

M. P. : Notre objectif, c'est de développer l'éducation à la sexualité et d'améliorer l'accès au dépistage et à la contraception, notamment pour les très jeunes femmes afin qu'elles ne soient pas confrontées à une grossesse non désirée. Trois sujets reviennent fréquemment : la contraception, la place du consentement dans la relation et les violences intra-familiales. Les personnes jugent les interventions pertinentes, déclarent apprendre de nombreuses choses, comme l'existence d'un préservatif féminin. Elles aimeraient que le bus passe plus souvent ! La possibilité de parler de sexualité ouvertement, sans préjugés, constitue à leurs yeux un apport indéniable : pour les jeunes, réticents à en parler avec leurs parents ; pour les plus âgés, qui n'ont pas bénéficié de séances d'éducation sexuelle en milieu scolaire et pour qui le sexe est encore une question taboue.

S. A. : *Quel bilan dressez-vous de l'activité du bus Prévention et de son impact ?*

M. P. : Il faut être prudent, car nous ne disposons que d'éléments parcellaires. Un des résultats très encourageants est que le nombre de dépistages du VIH et de l'hépatite C a été multiplié par deux, passant d'environ 500 par an à 1 200. Nous



© Association ASETIS

manquons de recul concernant le nombre de grossesses non désirées. Toutefois, nous avons des retours favorables du CHU de la ville de Saint-Pierre (dans le sud de l'île, *NDLR*), dans lequel Asetis assure une permanence deux matinées par semaine. Des personnes y sont envoyées par les animateurs de prévention du bus, soit pour procéder à un dépistage plus complet, parce qu'elles ont eu des comportements à risque précédemment, soit dans le but d'obtenir une prescription médicale pour une pilule contraceptive. Les professionnels du CHU nous font remonter une prise de conscience des personnes sur le dépistage, après avoir été sensibilisées par nos animateurs. Nombre de ces personnes peuvent ainsi bénéficier d'un dépistage de l'ensemble des infections sexuellement transmissibles – IST. C'est un des points forts du dispositif que de parvenir à atteindre un nouveau public dans les « écarts » – c'est-à-dire les municipalités excentrées – et dans les quartiers prioritaires des villes. Le bus Prévention santé permet aussi d'élargir la cible, en recevant des gens un peu plus âgés. L'épidémie de Covid-19 a eu un fort impact sur l'activité du bus en 2020, puisqu'il n'est pas sorti pendant quatre mois. Il a fallu revoir le fonctionnement, en particulier pour s'adapter aux règles en vigueur, interdisant les rassemblements de plus de six personnes sur la voie publique. Nous nous sommes par exemple associés à la Croix-Rouge qui organisait une distribution de colis alimentaires par tranches horaires afin de limiter l'affluence du public.

S. A. : *Quelles sont les améliorations à apporter à ce dispositif ?*

M. P. : La contractualisation avec les villes a été plus longue que prévu. Cependant, aujourd'hui, huit conventions sont signées, couvrant un territoire d'environ 350 000 habitants. Pour mieux assurer notre mission, nous avons adapté les lieux de stationnement du bus, les jours d'intervention et les horaires. Positionner le véhicule près d'un petit supermarché paraissait une bonne idée pour profiter du passage, mais cela ne garantissait pas assez de confidentialité. De même, la pause de midi draine davantage de public : les interventions en matinée ont donc été allongées et se terminent autour de 13 h 30-14 heures. Parmi les améliorations futures, nous aimerions étoffer l'équipe afin de pouvoir multiplier nos déplacements sur le terrain et répondre ainsi à la demande des gens de nous voir plus souvent. Le bus sort deux fois par semaine ; toutefois, selon le lieu, il ne fait qu'un passage par trimestre, ce qui est peu. Un passage par mois serait bien. Instaurer un rendez-vous fixe hebdomadaire serait encore mieux en termes d'efficacité. Nous souhaitons également nous appuyer davantage sur les radios locales pour communiquer sur la venue du bus Prévention. Ce sont les usagers qui nous ont donné cette idée. Certains d'entre eux, après leur visite, ont spontanément appelé Radio Freedom pour témoigner auprès des auditeurs et les encourager à faire de même. ■

Propos recueillis par Nathalie Quéruel, journaliste.

Programme de santé communautaire Tsingoni à Mayotte : « Construire ensemble des solutions que les habitants vont s'approprier »

Entretien avec Samy Boutouaba,
coordinateur du pôle médiation environnementale
et responsable du projet MaySanté,
Marie-Angéline Reynaud,
directrice de l'association Horizon à Mayotte.

La Santé en action : Pourquoi avoir lancé le projet de santé communautaire MaySanté ?

Samy Boutouaba et Marie-Angéline Reynaud : Un constat a été réalisé par l'agence régionale de santé (ARS) : le public est très hétérogène, avec de fortes inégalités sociales entre les personnes précaires vivant dans des maisons en tôle avec peu d'accès à l'eau et à l'électricité, et les anciennes familles mahoraises vivant dans des quartiers résidentiels ou les habitants des quartiers nouveaux, à forte proportion de ressortissants venus de la métropole. De nombreux habitants sont très éloignés du système de soin. D'où la volonté de l'agence de développer des projets de santé communautaire, permettant d'associer les gens pour définir leurs besoins et la façon d'y répondre. Au sein d'Horizon, association créée en 2018, nous intervenons auprès des populations vivant dans les communes du centre-ouest de l'île, en nous fondant sur une démarche participative d'éducation populaire. Après une rencontre avec l'ARS, nous avons élaboré le projet de proximité MaySanté en 2019 ; sa mise en œuvre sur le terrain au printemps 2020 a été accélérée par la survenue de la crise sanitaire de la Covid-19.

S. A. : Sur quels principes d'intervention s'appuie MaySanté ?

S. B. et M. A. R. : MaySanté est un projet avec une approche locale, destiné aux habitants de la commune de Tsingoni. L'idée est d'accroître leur capacité d'agir pour transformer la façon dont ils vivent au quotidien. Il s'agit d'abord de poser un diagnostic avec eux sur les questions de santé environnementale, liées aux déchets, à la pollution, au bruit, etc. Les difficultés d'accès à l'eau ne facilitent pas l'hygiène corporelle, entraînant des problèmes dermatologiques. Les moustiques, nombreux, sont responsables d'épidémies de dengue. Pour comprendre les difficultés

des populations, il faut prendre le temps de discuter, d'être au plus proche de leur vie, de se déplacer jusqu'au sein des habitations, etc. Seules ces conditions nous permettent de construire ensemble des solutions qui répondent à de vrais besoins et que les gens vont s'approprier. Par exemple, il peut s'agir de créer des puits de lumière et un système de ventilation avec des bouteilles pour les maisons en tôle qui n'ont pas de fenêtre, grâce à un travail commun de recherches – notamment sur Internet. Au moment de la mise en place du projet, la situation de crise liée à l'épidémie nous a permis d'apprendre à travailler avec la population, en disposant d'un accroissement du nombre de bénévoles au plus fort de la pandémie. Avec les habitants, nous avons adapté les messages de prévention : ainsi la distanciation physique était de deux pas – et non exprimée en mètres. Avec la population, nous avons cherché la façon de répondre au respect d'un des gestes simples les plus importants : le lavage des mains. Des bornes-fontaines et des dispositifs de lavage ont été installés sur les lieux de déplacement et des packs hygiène, distribués.

S. A. : Comment cet « aller-vers » est-il concrètement mis en œuvre ?

S. B. et M. A. R. : Nous nous appuyons sur une équipe de deux animateurs salariés, qui collabore avec une vingtaine de relais communautaires, répartis principalement dans deux des quatre villages de la commune. Ces derniers sont des bénévoles issus des quartiers et qui connaissent donc bien les habitants. Ils sont formés sur plusieurs aspects : compétences psychosociales, posture de l'enquêteur, identification de symptômes de maladies (comme les dermatoses), action de promotion de la santé, etc. Les relais communautaires signent un contrat d'engagement bénévole, stipulant qu'ils donnent de leurs temps ; il leur est versé une indemnité journalière en tickets-restaurants pour leur contribution. Les tickets-restaurants ou les bons alimentaires ne sont distribués qu'à ceux qui les veulent, lors d'actions ponctuelles ou de mobilisation pour répondre à des crises sanitaires. Ces

L'ESSENTIEL

À Mayotte, une association soutenue par l'agence régionale de santé (ARS) fait du porte-à-porte dans deux villages grâce à des animateurs, des personnes-relais et des professionnels de la santé et du secteur social, dans le cadre d'un programme communautaire expérimental. Le défi ici est d'aller vers les populations sur un territoire très défavorisé où une partie des habitants vivent dans des habitats précaires en tôle, sans eau et n'ont pas accès aux droits fondamentaux ni aux soins. Une évaluation extérieure démontre le bien-fondé de cette démarche. Il reste qu'avant d'accompagner les habitants dans une démarche de modification de leurs comportements, il conviendrait au moins d'équiper ces territoires en infrastructures (eau potable, etc.) leur permettant de prendre soin de leur santé au quotidien.

bénévoles travaillent, d'une part, avec les habitants pour améliorer le quotidien et ils font, d'autre part, remonter des informations à l'association sur des problèmes spécifiques, qui peuvent ensuite être transmises à l'ARS. Trois fois par semaine, des maraudes sont organisées dans les quartiers pour aller vers la population. Les animateurs et leurs relais font du porte-à-porte. Une sage-femme de l'association, qui a exercé au Rwanda en santé communautaire, se joint souvent à eux ; c'est un profil rare, investi à 50 % de son temps sur le projet MaySanté. Cette femme a une grande aptitude à rassurer les gens. Plusieurs actions peuvent en découler. Par exemple, des collectes de déchets ont été organisées en partenariat avec la mairie et l'organisme en charge du ramassage des ordures. Des solutions individuelles de compost ont pu aussi être proposées. Également, des interventions des autorités sanitaires ou de professionnels de santé (dépistage, lutte anti vectorielle, etc.) ont eu lieu, impliquant la population : notamment l'organisation et la mobilisation communautaire.

S. A. : Êtes-vous confrontés à des difficultés de mise en œuvre ?

S. B. et M. A. R. : Nous avons identifié plusieurs freins. Le premier tient à l'engagement bénévole des relais communautaires. Comme pour tout engagement associatif, celui-ci n'est pas stable. Les personnes se mobilisent pendant un temps, puis elles arrêtent, avant parfois de revenir. Certaines ne peuvent pas continuer, car elles ont trouvé un emploi et n'ont plus assez de temps. Les animateurs doivent faire tout un travail pour les recruter, les motiver et les garder. Au départ, nous souhaitons que chaque animateur fonctionne avec huit relais communautaires. Aujourd'hui, les actions reposent sur un noyau dur de six personnes par animateur, avec d'autres qui vont et viennent. Le second frein est engendré par les difficultés administratives. Les personnes n'ayant pas de titre de séjour – elles sont nombreuses – se déplacent le moins possible de peur d'être arrêtées et placées en centre de rétention, en laissant les enfants seuls à la maison. L'« aller-vers » est donc très compliqué. Certains de nos relais communautaires ne sont pas à jour de leurs papiers ; à cause de cette situation, ils ont eux-mêmes des réticences et ne se sentent pas légitimes pour réaliser des projets avec la population. Nous rencontrons aussi des difficultés pour intervenir dans certains quartiers, où les interactions avec la population ne sont pas évidentes à créer, notamment parce que le sujet de la santé collective n'y est pas prioritaire. Il en va ainsi dans les nouveaux quartiers avec une population aisée, récemment installée, qui est moins marquée par une logique de village et de communauté.

S. A. : Qu'a conclu l'évaluation en mai 2021 de votre action à Tsingoni ?

S. B. et M. A. R. : Les conclusions étaient dans l'ensemble encourageantes, puisque l'auteure, Charlotte Marchandise, soulignait que l'association « *avait mené des actions ayant eu des effets visibles et positifs* ». Ce rapport reconnaît notre capacité à mettre en place des projets avec la population – comme *bangla pilote* (micromaison) qui vise à mettre en valeur son espace domestique ou encore la création de supports de communication par les jeunes pour communiquer sur des maladies qu'ils jugent importantes. Mme Marchandise a pointé l'importance d'analyser et d'évaluer – avec les relais, les animateurs et la population – la façon dont sont menés les actions, les projets et le travail de chacun. L'évaluation a également mis en avant notre ancrage dans l'éducation populaire, notamment pour permettre à certains relais de savoir écrire le français, avec un investissement important dans le développement des compétences en gestion de projets et en santé publique des animateurs et des relais communautaires. Autre point qui a été remarqué : notre faculté à faire remonter aux autorités des signaux sanitaires précoces *via* les populations, notamment celles qui ne passent pas par le système de soins ou qui y vont tardivement. Suite à cette analyse, le rapport formule quelques recommandations. Il s'agit en particulier de faire participer davantage les hommes afin de les impliquer plus avant dans les problématiques de santé des enfants ou des femmes, et les jeunes des quartiers pour qu'ils aillent discuter avec ceux de leur âge une ou deux fois par semaine. Par ailleurs, certaines thématiques

pourraient être renforcées, comme l'hygiène et la santé sexuelle. Enfin, il serait pertinent de consolider le réseau des professionnels médicaux, à l'instar du travail effectué par la sage-femme ; cela permettrait un croisement des savoirs entre population et experts en santé, ce qui est une attente des relais communautaires et des praticiens. Nous avons d'ailleurs commencé à l'expérimenter avec succès depuis le mois de novembre 2021.

S. A. : Le projet MaySanté sera-t-il pérennisé et étendu ?

S. B. et M. A. R. : À l'été 2021, MaySanté a été prolongé pour trois ans, avec un financement de l'ARS. Et ponctuellement, en fonction des initiatives des habitants qui ont un impact direct sur leur environnement, les microprojets qui œuvrent dans la direction du projet MaySanté peuvent être soutenus par la chambre régionale de l'économie sociale et solidaire (Cress), *via* le fonds d'appui aux initiatives citoyennes. Ces dotations sont essentielles pour renforcer voire consolider les compétences, le savoir-faire et le savoir-être des animateurs et des bénévoles, essentiels pour acquérir la confiance dans leurs pratiques. Notre stratégie est de continuer de travailler sur notre zone, où il y a déjà beaucoup à faire, et d'intervenir ponctuellement dans les communes limitrophes, puisque Horizon est sollicitée par des organisations extérieures à la commune. Ainsi, nous partageons nos bonnes pratiques, nous dispensons des ateliers thématiques, etc. ■

Propos recueillis par **Nathalie Quéruel**, journaliste.

LES PERSONNES INTERVIEWÉES DÉCLARENT N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

SANTÉ : LES DÉMARCHES D'« ALLER-VERS » À MAYOTTE

À Mayotte, les difficultés d'accès à la santé et aux soins des publics sont complexes et diverses : elles sont liées à la géographie des territoires, à la répartition de l'offre de soins, à des aspects psychoculturels, à l'accès aux droits. L'irrégularité du séjour est également un frein pour certaines personnes. Par ailleurs, en 2021, la moitié des habitants de Mayotte vit dans un habitat insalubre et un tiers d'entre eux n'ont pas accès à l'eau courante.

Pour toutes ces raisons, la démarche d'« aller-vers » revêt plusieurs formes sur le territoire : les médiateurs du dispositif Tester – Alerter – Protéger, un réseau associatif qui relaie des messages de santé sur les bornes fontaines (lesquelles fournissent

de l'eau potable dans certains quartiers) ; les équipes mobiles de la Veille et Sécurité sanitaire, qui réalisent des visites à domicile et des enquêtes épidémiologiques ; des dispositifs mobiles par thématiques, portés par des associations financées par l'agence régionale de santé (ARS) ; ainsi que des maraudes et des projets structurants comme le projet MaySanté (voir article page 46). La crise sanitaire a mis en lumière la nécessité de pouvoir disposer de structures de proximité pour faciliter l'accès à l'information, lutter contre les rumeurs, les idées reçues ou identifier les préoccupations de la population. Ainsi, l'équipe projet Horizon (voir article ci-avant) parvient à identifier des signaux sanitaires précoces et à faire adhérer la population à

la démarche de soins en facilitant l'orientation, l'information et les réponses concrètes individuelles et collectives. Cette proximité permet d'agir rapidement, de gagner en confiance et d'augmenter la résilience des populations. L'enjeu est désormais de couvrir le territoire avec un réseau d'acteurs en capacité d'aller vers ces dernières, de faire monter en compétence les intervenants et de les professionnaliser et de créer du lien avec les structures sanitaires.

Julie Durand, chargée de prévention santé environnement, agence régionale de santé (ARS) Mayotte.

Pour en savoir plus
● www.mayotte.ars.sante.fr

L'AUTEURE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.

Et si vous faisiez le point sur votre consommation d'alcool ?

Même à faible dose, la consommation d'alcool peut être dangereuse pour votre santé.

Évaluez gratuitement et en quelques clics votre consommation d'alcool.



ALCOOMETRE.FR

