

RAPPORT

Etat des lieux des actions
d'« aller-vers » à destination des
personnes en situation de grande
précarité en Ile-de-France

BLANC, Aurélie ; BERTINI, Barbara ; CHABIN-GIBERT, Isabelle
15/02/2018

SOMMAIRE

INTRODUCTION	3
METHODOLOGIE.....	7
I. Nature et sources des données	7
1. Synthèse de la littérature	7
2. Recensement	7
3. Observations de terrains	10
4. Entretiens téléphoniques	12
5. Comité de suivi	13
6. Autres réunions et entretiens	13
II. Méthode utilisée pour l'analyse	14
III. Limites	14
RESULTATS DE LA MISSION : POUR UNE DEFINITION DE L'« ALLER-VERS »	16
IV. Typologie des interventions	16
1. Maraude	16
2. Equipe mobile	17
3. Permanence délocalisée	18
4. Récapitulatif des principales différences	18
V. Objectifs et stratégies d'intervention	20
Objectifs généraux	22
1. Créer le lien avec les personnes	22
2. Accompagner les personnes vers le système de droit commun	28
3. Amener la santé vers les personnes	31
4. Travailler en équipe et avec des partenaires	33
5. Veiller et alerter	37
VI. Questions transversales	39
1. Barrière de la langue	39
2. Faire correspondre l'offre, la demande et les besoins	40
3. Respect du libre arbitre et non-assistance à personne en danger	40
4. Les limites et enjeux du non-jugement.	41
5. Rendre une pratique ou un statut stigmatisé et/ou illégal visible	41
6. Les limites et enjeux de l'accompagnement	42
7. Quelle place pour le public cible ?	42

8. Santé mentale	43
CONCLUSION	43
PRECONISATIONS	49
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE	51
ABBREVIATIONS	52
ANNEXES	53
I. Annexe 1 : Description des variables du recensement	53
II. Annexe 2 : Analyse descriptive des actions retenues	55
III. Annexe 3 : Grille d'observation et d'entretien	56
IV. Annexe 4 : Liste des actions recensées, classées par typologie d'intervention. (Tableau annexé séparément)	57
V. Annexe 5 : Liste des outils d'information et de sensibilisation cités, classés par thématique de santé	57
BIBLIOGRAPHIE	59

INTRODUCTION

Créée en avril 2010, l'Agence Régionale de Santé (ARS) d'Ile de France a pour mission de mettre en place la politique de santé dans la région, en coordination avec ses partenaires et en tenant compte des spécificités de ses territoires. Elle est compétente sur le champ de la santé dans sa globalité, de la prévention, aux soins en passant par l'accompagnement médico-social. Son intervention s'appuie sur un projet de santé élaboré en concertation avec les professionnels et les usagers. Le sens de son action est d'améliorer la santé de la population et de rendre le système de santé plus efficace.

Au sein de l'ARS Ile de France et de la DPSRI, le département Précarité a en charge l'élaboration, la mise en œuvre et le suivi du Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins (PRAPS) en direction des personnes très démunies et en situation d'exclusion. Le département assure donc la gestion d'un certain nombre de dispositifs comme les Permanences d'Accès aux Soins de Santé (PASS) hospitalière, les expérimentations de PASS ambulatoires ou de missions LAMPES, etc. Il assure aussi la référence thématique régionale pour toutes les actions de promotion et de prévention en santé destinées à ce public.

Dans le cadre de l'élaboration du PRAPS 2 (2018 - 2022), l'ARS s'est fixée pour objectif de mieux appréhender les stratégies d'accompagnement personnalisé des personnes démunies et éloignées du système de droit commun, comme par exemple celles de médiation en santé, de recours à l'interprétariat ou de recours au « aller-vers ». De nombreux opérateurs soutenus par l'ARS mettent en place ces stratégies, pourtant sous les mêmes terminologies coexistent une variété d'actions et de pratiques. Le département Précarité - PRAPS a donc choisi d'initier un travail d'état des lieux régional des actions de « aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité¹. Tout comme l'ARS Ile de France, d'autres acteurs s'emparent de ces questions pour proposer une structuration de ces pratiques. Nous pouvons citer à titre d'exemple, les deux référentiels publiés récemment par la Haute Autorité de Santé (HAS), sur la médiation en santé et sur l'interprétariat.

Les objectifs d'un tel travail sont multiples. Tout d'abord, il permet de travailler à la définition d'un langage commun à partir de l'état des connaissances actuelles du sujet et des expériences de terrain. D'autre part, l'état des lieux des intervenants utilisant cette approche et la description de leurs actions permet une meilleure visibilité des ressources sur le territoire. Ce répertoire étant utile autant pour l'ARS, en cas d'émergence de besoins nouveaux, que pour les acteurs de terrain, dans l'appui à la création de partenariats.

Cette mission s'est déroulée en trois phases sur une durée de quatre mois (septembre à décembre 2017), prolongée ensuite sur deux mois supplémentaires (janvier à février 2018) au regard de

¹ La précarité est défini par Wresinski comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». On parle dans le PRAPS de personnes très démunies ou de vulnérabilité sociale.

l'ampleur du travail à réaliser. Dans un premier temps, une synthèse de la littérature sur l'« aller vers » a été réalisée. Puis, ont été recensées au sein de la région les actions d'« aller vers » à destination des personnes en situation de grande précarité. Enfin, des observations des pratiques de terrain ainsi que des entretiens ont été menés pour compléter.

De nombreux termes sont utilisés pour parler des actions d'« aller-vers » : maraude, équipe mobile, visite à domicile, action hors-les-murs, action sociale de proximité, prévention spécialisée, travail social de rue, permanence délocalisée, consultation avancée, outreach, etc. Le concept de « maraude » et ses différentes déclinaisons sont plutôt bien délimités (FNARS Bourgogne, 2015; Samu Social de Paris, 2016), cependant il y a très peu d'articles scientifiques qui traitent de la définition de l'« aller-vers » plus généralement. Les documents qui abordent l'« aller-vers » sont des études de cas, des retours sur expérience, etc. publiés dans des journaux, sur les pages internet d'association, etc. Ces documents se concentrent majoritairement sur la description de cas spécifiques. D'après la littérature trouvée, l'« aller-vers » se caractérise par « l'adaptation de ses formes à divers publics et réalités sociales » (McCluskey, 2016) étant une démarche utilisée à la fois avec une visée commerciale pour un public aisé, et aussi avec pour objectif de resocialiser des personnes en situation de grande exclusion. Néanmoins parmi tous les points de vue donnés sur cette démarche, des points communs émergent et permettent de proposer des contours de la définition de l'« aller-vers ».

L'élément qui apparaît central dans une démarche d'« aller-vers » est le changement du rapport entre l'intervenant et le public ciblé. Plusieurs points contribuent à ce changement de rapport et nécessitent des adaptations de l'intervention et des intervenants. C'est l'intervenant qui fait la démarche de rechercher une personne ou un groupe faisant parti de son public cible. Dans ce but, l'intervenant se déplace dans les lieux de vie de ces personnes, là où elles travaillent, habitent, etc. Au contraire d'un patient qui prend rendez-vous pour aller chez le médecin, c'est l'intervenant qui provoque la rencontre et va au-devant des personnes pour se présenter et initier la relation (Addiction Méditerranée, 2015; McCluskey, 2016; Pichon, Franguiadakis, & Laval, 2000; Roy, Otis, Vallancourt, & Côté, 2013). Il y a donc deux principes fondamentaux dans les approches d'« aller-vers » : 1) l'initiation de la relation par l'intervenant ; 2) le déplacement de l'intervenant là où se trouve le public.

Les déplacements sont de trois sortes. Premièrement, le déplacement peut être physique. Par exemple, l'intervenant se rend chez les personnes avec qui il cherche à entrer en contact. Deuxièmement, le déplacement peut être virtuel. Sans qu'une personne ne l'ait demandée, elle peut être contactée par mail, téléphone, sur des tchats en ligne, etc. Par exemple, certaines associations de réduction des risques contactent les personnes qui proposent des relations sexuelles tarifées sur des tchats pour discuter de prévention (Aubin et al., 2012; Stern-Sanson, 2016). Enfin, le déplacement peut être symbolique. Cet « aller-vers » symbolique consiste généralement à adapter son intervention pour que l'accès d'un public cible particulier soit facilité, pour qu'il ait envie de revenir, etc. Par exemple, Le Tremplin, centre de réinsertion socioprofessionnelle pour personnes

toxicodépendantes à Fribourg en Suisse² a modifié les règles du lieu par rapport à la consommation d'alcool pour encourager les personnes consommatrice à revenir dans le lieu et à pouvoir entamer une démarche de réduction des risques.

Les actions d'« aller-vers » peuvent être destinées à tout type de public. On peut prendre comme exemple l'intervention des personnes qui approchent les passants dans la rue pour collecter des fonds pour une association. L'intervenant se déplace dans un lieu fréquenté par le public qu'il cible et provoque la rencontre, c'est donc bien une action qui répond aux principaux critères de définition du « aller-vers ». Néanmoins, les actions qui ont été le sujet de cette mission ciblent des personnes en situation de grande précarité. La précarité est définie par Wresinski (1987) comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux ». Elle est différente de la « pauvreté », qui est l'absence ou l'insuffisance de ressources financières relativement à un seuil fixé arbitrairement dans chaque pays. La précarité peut être « bonne », selon les mots de J. Furtos, lorsque les personnes sont en capacité de demander de l'aide et de trouver cette aide dans leur environnement. Il existe aussi une « mauvaise » précarité, lorsque les personnes ne demandent pas ou lorsque l'environnement ne peut répondre à la demande. L'absence de logement a récemment pris une plus grande importance parmi les symptômes de la précarité en tant que symbole de l'intégration dans la société dans un contexte où le chômage notamment est devenu structurel (notes du séminaire « Exclusion et santé mentale »). Le public cible des actions étudiées lors de cette mission sont donc des personnes sans chez-soi³, des personnes qui ne vont pas dans les structures du système de droit commun et qui ont tendance à ne pas faire de demande quelles que soient le type de structure.

Ce non-recours et non-demande peuvent s'expliquer de nombreuses manières, dont les principales sont présentées ci-après.

- **Manque d'information.** Ce critère est le plus souvent évoqué quand on parle de non recours (Mazet, 2010). Dit autrement, une personne ne fait pas de démarches parce qu'elle n'a pas connaissance des dispositifs auxquels elle peut prétendre.
- **Priorité à la survie.** La recherche de moyens de subsistance, d'un abri pour la nuit, etc. sont autant de priorités pour les personnes qui sont en situation de survie. Cette insécurité est quotidienne et contraint à vivre au jour le jour, rendant la construction de projets à moyen ou long terme difficile. Les actions de prévention, les rendez-vous avec un créneau horaire fixe, sont des exemples d'évènements difficiles à négocier et à planifier avec ce public et peuvent en partie contribuer au non-recours et à la non-demande.
- **Raisonnement du type coût / bénéfice.** Ces publics sont confrontés à de nombreuses barrières dans leur parcours de demande (administrative, sociale, sanitaire, etc.). Le coût, la

² <http://tremplin.ch/reduire-les-risques-en-brassant-la-trampoline/>

³ Une personne sans chez-soi peut être hébergée de façon temporaire chez une personne, dans une structure, mais elle n'habite pas dans ces lieux, autrement dit elle n'investit pas d'elle dans ce lieu (notes du séminaire « Exclusion et santé mentale » avec J. Furtos).

langue utilisée, le délai d'attente, les horaires, le lieu et les moyens d'y accéder, etc. compliquent l'accès aux différents dispositifs. Surmonter seul chacune de ces barrières lorsqu'elles se cumulent demande beaucoup d'énergie. La non-demande résulte d'un calcul coût / bénéfice, « l'offre n'intéresse pas les individus, parce que le coût d'entrée (financier, matériel, cognitif, psychologique, psychique, symbolique) dans le dispositif de demande apparaît plus élevé que les bénéfices que les individus peuvent en attendre » (Mazet, 2010).

- **Potentiel stigmatisant attaché à un dispositif.** Une personne peut refuser la reconnaissance sociale produite par la proposition d'aide, lorsqu'elle est rattachée à une image négative avec un potentiel stigmatisant. Par exemple, un dispositif à destination des personnes se prostituant, une aide sociale pour les personnes pauvres, une action en faveur des migrants, etc. En adhérant au dispositif, la personne affiche son appartenance à ce public cible qui peut être stigmatisé dans la population. Les dispositifs produisent des images de leurs bénéficiaires (Mazet, 2010).
- **Hyper-individualisme.** On parle d'hyper-individualisme « lorsque la conception que les individus ont d'eux-mêmes ou les modèles culturels auxquels ils sont attachés (autonomie et indépendance) impliquent de ne pas demander à autrui, et font par conséquent obstacle à la constitution de soi comme sujet « qui demande » [...] la non demande résulte ici d'un choix, celui de conserver une image positive de soi – en appui sur la « bonne honte » dont parle Jean Furtos – et par conséquent de ne pas recourir à l'offre existante : ne pas demander c'est alors rester « digne ». ». (Mazet, 2010; séminaire "Exclusion et santé mentale" avec J. Furtos).
- **Perte de confiance en soi, dans les autres et dans le temps** (séminaire « Exclusion et santé mentale » avec J. Furtos). Certaines personnes ne pensent pas être capables de porter une demande, ne pensent pas mériter de demander. Elles peuvent aussi avoir perdu confiance dans la capacité des « autres », de l'entourage, des structures du droit commun à répondre à leur demande. Et cette perte de confiance s'accompagne du sentiment que la situation ne va pas s'améliorer avec le temps. On peut citer par exemple les sentiments de défiance, de découragement et de lassitude dans les démarches d'accès au logement qui ont été régulièrement évoqués lors des entretiens.
- **Syndrome d'auto-exclusion.** Dans des cas extrêmes, une personne peut, pour se protéger de toutes souffrances, se couper de son corps, de ses émotions et de son entourage. Il ne ressent plus ses besoins, les nie, ne veut pas en entendre parler. Cette personne est dans l'incapacité de faire une demande. Ce syndrome est décrit par J. Furtos dans plusieurs ouvrages et articles dont « De la précarité à l'auto-exclusion » (2009).

L'approche d' « aller-vers » est donc utilisée pour toucher les personnes qui ne viennent pas dans les structures et qui ne demandent pas. Mais chaque acteur recensé lors de cette mission a défini un public cible plus restreint avec ces spécificités. Parmi les personnes sans chez-soi, les personnes qui se prostituent, les consommateurs de drogues, les personnes avec un trouble psychique, les personnes roms vivant en squat ou bidonville, etc. Une très bonne connaissance du public cible est cruciale pour construire des interventions pertinentes et pour définir des critères d'inclusion et d'exclusion des personnes par rapport à l'action. Les modalités d'intervention sont définies en fonction du public cible et du diagnostic qui est posé sur leur non-recours et leur non-demande.

METHODOLOGIE

I. Nature et sources des données

1. Synthèse de la littérature

Une synthèse de la littérature a été conduite pour faire l'état des connaissances sur les pratiques d'« aller-vers » en direction des personnes en situation de précarité. La recherche documentaire a été effectuée entre le 5 et le 8 septembre 2017. Elle porte sur des articles et des rapports en français ou en anglais publiés après le 1^{er} janvier 2000. La Banque de Données en Santé Publique (BDSP) et Cairn sont les deux bases de données qui ont été utilisées. Au vu du peu de références scientifiques trouvées, la recherche a été élargie aux articles de blog et pages web d'associations référencées dans Google. Seuls les termes « aller vers », « outreach », et « maraude » ont été utilisés pour cette recherche documentaire. Toutefois un corpus de termes de recherche a été constitué au fil des lectures⁴. Les documents ont été lus au fur et à mesure de leur inclusion jusqu'au point dit « de saturation » où les nouveaux documents n'apportaient plus de d'informations supplémentaires. Cette recherche bibliographique a permis 29 inclusions sur la cinquantaine de documents repérés, avec des faits concernant la France ou la Suisse.

2. Recensement

Le recensement des actions de « aller-vers » a pour but de donner une meilleure visibilité à ces actions. Le repérage des actions d'« aller-vers » a été réalisé en premier lieu à partir des dossiers de demandes de subventions et/ ou conventions passées avec l'ARS. Des entretiens menés avec les référents thématiques au siège de l'ARS, avec les représentants des délégations territoriales de l'agence, et avec les opérateurs de terrain ont permis de compléter ce travail d'identification. Un total de 41 variables a été sélectionné pour renseigner un tableau Excel, portant sur l'identité du porteur de l'action, les lieux et modalités d'intervention, le(s) public(s) cible(s), les ressources humaines et matérielles, les sources de financement et le budget, ainsi que les indicateurs utilisés pour le suivi de l'activité avec les derniers résultats disponibles⁵. Les données collectées pour décrire les actions sont issues des dossiers de demandes de subventions, des conventions passées entre l'opérateur et l'ARS, des rapports d'activités (retrouvés à l'agence, sur internet ou envoyés par les opérateurs), ainsi que des informations retrouvées sur les sites internet des opérateurs, ou lors d'entretiens téléphoniques, d'échanges de mail, ou encore d'observations participantes sur le terrain.

⁴ Vocabulaire associé à l'« aller vers » en français (équipe mobile, visite à domicile, hors murs, action sociale de proximité, mettre le pied dans la porte, prévention spécialisée, travail social de rue, santé communautaire, permanence délocalisée, consultations avancées, intervenants de proximité, outreach) ; en anglais (reach out, community-based, outreach)

⁵ Le descriptif des variables utilisées est disponible en annexe 1 de ce document.

Face à un nombre important d'acteurs et d'actions d'aller vers, comme de la durée restreinte de la mission de recensement, le périmètre de la recherche a été nécessairement limité. Ce travail s'inscrivant dans le PRAPS 2, le périmètre a donc été pensé pour répertorier les seules actions à destination des personnes en situation de grande précarité.

Dans ce cadre, un certain nombre de critères a donc été défini pour l'inclusion et l'exclusion des actions. Ils sont présentés ci-dessous.

Ce premier cadrage n'est que le début d'un travail d'amélioration des connaissances sur l' « aller vers ». Il pourra faire l'objet d'approches complémentaires adaptées aux besoins des autres populations dans les territoires.

Premièrement, seules sont retenues les actions réalisées par des groupes organisés et mandatés (que les intervenants soient salariés ou bénévoles). Cela exclue les actions réalisées par des individus isolés ou par des groupes non financés ou « autofinancés » (au sens de financement par ses propres membres).

Deuxièmement, sont pris en compte uniquement les actions en direction des personnes en situation de grande précarité et qui ne vont pas par elles-mêmes vers les structures de santé du droit commun. Ont donc été ciblées les actions à destination des personnes sans chez-soi, et des personnes ayant des pratiques ou un mode de vie illicites/stigmatisés, qu'elles soient hébergées de façon temporaire chez des particuliers ou dans des structures d'hébergement (comme le Centre d'Hébergement d'Urgence - CHU), qu'elles habitent dans des bidonvilles, etc. Ces actions peuvent se dérouler dans les espaces publics, dans les lieux de vie ou d'activités des personnes mais en ciblant spécifiquement ces publics. Ont donc été écartées les actions identifiées comme ouvertes à « tout public », même si les personnes en situation de grande précarité peuvent être concernées à un moment donné. De la même manière, les actions concernant des personnes bénéficiant par ailleurs d'un accompagnement et/ou qui se révèlent autonomes dans leurs démarches ont été écartées. Enfin, les actions s'adressant uniquement aux acteurs de premières lignes ont aussi été retirées (par exemple les équipes mobiles de soutien aux intervenants).

Troisièmement, à partir de là, seules les actions impliquant un déplacement physique des intervenants vers le lieu de passage, de vie, ou de travail du public cible ont été analysées. Les actions d' « aller-vers » symbolique et/ou virtuel n'ont pas été prises en compte malgré leur grand intérêt, et bien que certaines parmi les actions recensées s'appuient sur ces autres formes d' « aller-vers ».

Quatrièmement, les actions considérées doivent aussi s'inscrire dans un minimum de pérennité, soit en se renouvelant d'une année sur l'autre, soit en maintenant une certaine régularité dans leur présence auprès des publics bénéficiaires. Les actions spontanées réalisées à l'occasion d'un évènement et qui ne se reproduiraient pas dans l'année ont donc été exclues.

Cinquièmement, il convient enfin de s'assurer d'un minimum d'informations disponibles sur ces actions pour déterminer dans quelle mesure elles répondent ou non à ces critères d'inclusions. Les actions insuffisamment visibles n'ont pas été prises en compte.

Tableau 1 : Liste des critères d'inclusion et d'exclusion du recensement des actions de « aller vers »

CRITERES	INCLUSION	EXCLUSION
Mandat et origine des ressources financières	Action initiée par un groupe mandaté et financé	Action initiée par un individu isolé, par un groupe non-financé ou autofinancé (un ou plusieurs membres subvenant au besoin de l'action)
Public cible	Personnes en situation de grande précarité et très éloignées du système de droit commun : - personnes sans chez soi, personnes hébergées de façon temporaire dans les CHU, les hôtels, les lieux de mises à l'abri, - personnes ayant des pratiques ou un mode de vie illicites/stigmatisés (prostitution, addictions, vivant dans des bidonvilles, etc.)	Tout public sans distinction de statut (action dans les centres commerciaux, bars, coiffeurs, lycées, universités, etc.), personnes en logement accompagné (CHRS, pension de famille, FJT, FTM, LHSS, ACT, résidences sociales, maison de retraite, etc.), personnes détenues, les actions conduites auprès des personnes dans les lieux de soin (hôpital, PASS, CMP, CMS, PMI, CAO, etc.) ou les structures sociales (CCAS, MJC, mission locale, CADA, etc.) En contact avec les acteurs de premières lignes (indirectement avec le public cible).
Déplacement	Déplacement physique des équipes sur le lieu de vie, de passage ou de travail du public cible	Contact uniquement par téléphone ou sur internet. Action d' « aller-vers » symbolique, stratégie d'adaptation au public cible d'un opérateur au sein de ses propres murs.
Régularité	Action pérenne d'une année sur l'autre et/ou qui se reproduit dans l'année	Action ponctuelle, spontanée
Niveau d'information	Action avec suffisamment d'information pour s'assurer qu'elle correspond aux critères d'inclusion et d'exclusion, permettant une description de l'activité et une comparaison avec les autres actions.	Action pas suffisamment renseignée pour s'assurer qu'elle corresponde aux critères d'inclusion et d'exclusion. Activité trop peu décrite, ne permettant pas l'analyse.

Processus de sélection

En tout, 216 porteurs d'actions ont été considérés, regroupant un total de 239 actions. En effet, un porteur pouvant effectuer plusieurs actions différentes (des programmes à destination de public différent).

1) Première étape de sélection

Suite à la lecture des dossiers de demande de subvention, des conventions et des pages internet, une première exclusion de 84 porteurs d'action (pour 96 actions) a été réalisée.

Tableau 2 : Nombre de porteurs et d'actions éliminés, classés par causes d'élimination (première étape de sélection)

Causes de l'élimination	Nombre de porteurs	Nombre d'actions
Pas de déplacement physique	19	20
Pas le public ciblé	31	38
Action autofinancée	2	2
Manque d'information	32	36

TOTAL	84	96
--------------	-----------	-----------

2) Deuxième étape de sélection

Dans un deuxième temps, les 132 porteurs restants (143 actions) ont été contactés par mail. En parallèle, des entretiens téléphoniques ou en présentiel avec les porteurs d'action et les référents en DD, ainsi que des observations participantes sur le terrain ont été menés pour compléter les informations. Les descriptions de 93 actions ont pu être vérifiées, tandis que 43 actions n'ont pas pu bénéficier d'un retour avant le début de l'analyse. Enfin, 8 actions n'ont pas pu être confirmées faute d'un contact valide. Suite à cette opération, 30 porteurs (30 actions) ont été écartés.

Tableau 3 : Nombre de porteurs et d'actions éliminés, classés par causes d'élimination (deuxième étape de sélection)

Causes de l'élimination	Nombre de porteurs	Nombre d'actions
L'action n'existe plus	1	1
Pas de déplacement physique	3	3
Pas le public ciblé	8	8
Manque d'information	18	18
TOTAL	29	29

3) Actions conservées

Au total, 103 porteurs pour 113 actions ont été retenus pour cette analyse⁶.

3. Observations de terrains

Pour compléter les données du recensement, 9 observations ont été réalisées. Ces observations nous sont parues nécessaires pour décrire la diversité des pratiques et des stratégies employées pour entrer en contact avec les personnes qui sont le plus éloignées des structures de santé du droit commun.

Au vu de la contrainte de temps, il a été décidé de réaliser une observation par type d'intervention, en essayant de varier au maximum les types de public et de lieux d'intervention. Cet échantillonnage n'a pas pour objectif d'être représentatif mais il vise plutôt à montrer la grande variété d'actions de « aller-vers ». Les observations devaient se dérouler lors d'une action de « aller-vers » correspondant aux critères du recensement, et devaient durer le temps entier de l'action. La sélection des actions observées a été réalisée à partir du recensement des actions de « aller-vers » dans la région, en respectant le critère évoqué ci-dessus d'échantillonnage et en utilisant les contacts créés tout au long de cette mission.

Les temps d'observations ont été négociés avec les acteurs de terrain en amont pour discuter du moment approprié, du but de l'observation, du déroulement général de l'action, etc. En effet, la question de l'introduction d'une personne extérieure, pour une unique fois, avec un statut

⁶ Analyse descriptive des actions retenues en annexe 2.

d'observateur se devait d'être posée. Dans trois situations, l'observation a été adaptée ou n'a pas pu se réaliser.

Nous avons créé une grille commune aux observations et aux entretiens (disponible en annexe 3). Cette grille a été pensée pour s'assurer de porter attention aux points qui posaient question. Toutefois, les autres détails des interventions, l'ensemble des explications fournies par les personnes ont été reportés avec autant de soin.

Profitant des temps de trajets ou d'attente, des discussions ont pu être engagées, rebondissant sur ce qui venait de se passer, demandant des explications, gardant à l'esprit le canevas d'entretien préalablement conçu. Parfois, l'activité étant tellement intense, ces discussions n'ont pu être réalisées et ont été organisées de façon plus ou moins formelle a posteriori (discussion lors d'un repas partagé à la fin de l'action, entretien organisé dans un bureau un autre jour, etc.). Un des entretiens a eu lieu avant l'observation.

Pour minimiser l'impact de notre présence sur l'action, le choix a été fait de ne pas enregistrer les conversations et de ne pas prendre de notes pendant l'observation. Après chaque observation, une description exhaustive a été réalisée, en essayant de séparer les descriptions, des interprétations possibles. Dans un souci d'exactitude, les comptes rendus d'observation ont tous été envoyés pour relecture aux acteurs présents le jour de l'action, leurs ajouts et modifications ont été pris en compte dans le document final.

Tableau 4 : Liste et description des terrains d'observations

Nom du porteur de l'action	Modalités d'intervention	Public	Lieu	Thématique
Les Amis du Bus des Femmes	Maraude spécialisée véhiculée	Personnes qui se prostituent	Lieux de prostitution	Santé sexuelle et reproductive (réduction des risques)
Première Urgence Internationale	Equipe mobile - public	Personnes habitant en squat ou bidonville, Roms, Femmes enceintes et enfants	Bidonville ou squat	Santé materno-infantile, Santé sexuelle et reproductive
Maquéro, Aux Captifs, La Libération	Maraude spécialisée	Personnes à la rue avec un syndrome d'auto-exclusion, ou avec des troubles psychiques	Gares du Nord parisien	Santé mentale
Emmaüs Solidarité, Bois de Vincennes	Maraude d'intervention sociale	Personnes à la rue habitant dans le bois de Vincennes	Bois de Vincennes	
Charonne	Maraude d'intervention sociale / Maraude	Personnes à la rue	Espace public	

	bénévole			
BAPSA	Maraude d'évaluation et d'orientation	Personnes à la rue	Espace public	
CAARUD La Boutique, Charonne	Maraude spécialisée véhiculée	Consommateurs de drogues	Lieux de consommation de drogues	Conduites addictives
EMPP La Boussole	Equipe mobile - santé	Personnes avec des troubles psychiques		Santé mentale
Acceptess-T	Maraude spécialisée	Personnes transgenres, Personnes qui se prostituent	Espace public	Santé sexuelle et reproductive

4. Entretiens téléphoniques

Permettant tout à la fois de vérifier les informations contenues dans le recensement et d'interroger les porteurs d'actions sur leurs pratiques, 23 entretiens téléphoniques ont été conduits pour 31 actions.

Tableau 5 : Liste des porteurs d'actions entretenus par téléphone

Actions Concrètes Conciliantes : Education, Prévention, Egalité, Santé, Sport pour les Transgenres (ACCEPTESS-T)
Amicale du Nid (AdN)
Association bus social dentaire (ABSD)
Association Intermèdes-Robinson
Association pour l'accueil des voyageurs (ASAV)
Association pour le Développement de la Santé des Femmes (ADSF)
CAARUD Inter'UD 77
CeGIDD de Saint Denis
Croix Rouge Française (CRF)
EMPP La Boussole
EMPP Unité mobile Psychiatrie Précarité
<i>Equipe mobile de liaison du RPSM78</i>
Samu social de Paris
<i>HF Prévention</i>
Hôtel social 93
L'Association Ville Hôpital (L'AVIH)
Médecins du Monde (MdM)
MOBIL'douche
Ordre de Malte France
Prévention Action Santé Travail pour les Transgenres (PASTT)
Réseau Ville Hôpital 77 Sud (RVH 77 Sud)
Sauvegarde de l'Enfant, de l'Adolescent et de l'Adulte en Yvelines (SEAY)
Utopia 56

5. Comité de suivi

Un comité de suivi a été constitué au début de la mission, pour apporter un regard critique et valider au fur et à mesure les étapes de travail. De la même manière que pour les observations de terrain, un échantillonnage de personnes représentants différents types d'actions auprès de différents publics a été réalisé. Ce comité s'est réuni 3 fois, en octobre, novembre et janvier.

Tableau 6 : Liste des participants (présents au moins une fois) au comité de suivi

Organisme	Nom	Prénom	Fonction
Acceptess-T	GAISSAD	Laurent	Sociologue
	RINCON	Giovanna	Directrice
ARS DD75	DECAYEUX	Amélie	Gestionnaire des pratiques cliniques préventives
	QUERE	Laura	Chargée de mission prévention et promotion de la santé
ARS Siège	BERTINI	Barbara	Coordinatrice des PASS franciliennes
	CHABIN GIBERT	Isabelle	Référente cohésion sociale et précarité
Charonne	PEQUART	Catherine	Directrice générale
Centre Hospitalier de Sainte Anne	MERCUEL	Alain	Chef du Pôle « GHT-Psychiatrie-Précarité » de Paris
CRPA IDF	LE FLOCH	Carole	Coordinatrice, paire aidante
	NJOH NJOH	Ferdinand	Délégué élu
Direction Régionale aux Droits des Femmes et à l'Égalité (DRDFE)	DEMONCHY	Valérie	Directrice régionale adjointe aux droits des femmes et à l'égalité
DRIHL	REDAELLI	Mario	Responsable du pôle accompagnement social et populations spécifiques
	SANCHEZ	Alice	Responsable du pôle urgence et observation sociale
	CLOP	Marjorie	Stagiaire
FAS 75	DEBACKERE	Charlotte	Chargée de mission Santé – Migrants – Emploi
Médecins du Monde	RAMEL	Pierre	Coordinateur régional
	ROCHEFORT	Jeanine	Déléguée régionale Ile de France
Première Urgence Internationale (PUI)	BATORI	Florence	Coordinatrice Mission France
	LEMONNIER	Véronique	Médiatrice sanitaire, mission bidonvilles
Samu social de Paris	GOUDJO	Abdon	Directeur du Pôle médical et soins

6. Autres réunions et entretiens

Des informations partagées lors d'autres réunions et entretiens ont permis de réaliser un travail d'imprégnation avec le sujet, un enrichissement du questionnement, le signalement de porteurs d'action correspondant aux critères, etc.

- Participation à la réunion d'information sur les maraudes, interne à l'ARS DD75 ;
- Participation à la formation « aller-vers » organisée par l'association le Carillon ;
- Entretien en personne ou téléphonique avec les personnes référentes de la prévention et de la promotion de la santé dans chaque délégations départementales de l'ARS ;
- Entretien en personne avec certains référents thématiques au sein au siège de l'ARS (VIH/IST, périnatalité, tuberculose, santé mentale, contrats locaux de santé, addiction) ;
- Participation à la journée professionnelle « Innovation sociale et territoires » organisée dans le cadre de « Paris Capital.e Solidaire » ;
- Entretien téléphonique avec la FAS 75 sur les résultats franciliens de l'enquête sur les EMPP menée au sein de la fédération ;
- Réunion avec la coordination des maraudes de Paris ;
- Participation au groupe de travail sur la médiation (2 réunions) dont une avec présentation du référentiel sur la médiation par les référents de la HAS.
- Participation au séminaire « La périnatalité hors-les-murs : Aller vers les femmes les plus éloignées du soin » organisé dans le cadre du DIU Précarité, santé maternelle et périnatale
- Participation à la troisième journée de la formation « Santé mentale et exclusion. La santé mentale dans la Cité : de la souffrance psychosociale à la maladie mentale. » proposée et organisée par le Réseau Santé de Proximité Créteil Solidarité et soutenue par l'ARS Ile de France et la DD94.

II. Méthode utilisée pour l'analyse

Les données ont été recoupées puis analysées à la recherche de thèmes. Ils ont ensuite été regroupés pour former un arbre de concepts, dans la limite des objectifs de la mission. Cette méthode s'appuie donc sur les données de terrain pour faire émerger des concepts, on l'appelle inductive. Le recoupement de données de différente nature (recueil des discours lors des entretiens et observation des actions, recensement et description systématique des actions, entretiens avec des informateurs) permet de trianguler des informations venant de points de vue différents. La triangulation permet de rechercher les points communs sans effacer les différences (Olivier de Sardan, 1995).

III. Limites

Le choix du périmètre d'étude a des limites non-négligeables. De nombreux publics apparaissent peu ou sont absents de ce rapport, ce qui ne signifie pas qu'ils n'aient pas besoin d'actions d' « aller-vers ». On pense par exemple aux actions organisées dans les foyers de travailleurs migrants où de nombreuses personnes surnuméraires vivent dans des situations précaires.

Les actions dans les lieux ouverts au tout public n'ont pas été incluses bien qu'elles puissent toucher des personnes en situation de grande précarité.

Plusieurs acteurs sont reconnus pour leur expertise dans ce type d'intervention et dans leur capacité à toucher un public en situation de précarité comme Ikambere et Afrique Avenir par exemple. Il y a aussi de nombreuses actions réalisées dans les écoles pour toucher les élèves primo-arrivants, les élèves qui habitent dans les bidonvilles ou squat, etc. Les personnes sous-main de justice, les locataires en passe d'expulsion, les personnes isolées avec un trouble psychique ou vieillissantes, etc.

n'ont pas fait partie de cette étude alors qu'ils représentent des cibles importantes des actions d'« aller-vers ». C'est aussi le cas des actions en direction des acteurs de premières lignes, structures de santé ou du social, etc.

De nombreux services de droit commun, non-répertoriés lors de cette mission, font le pari de l'« aller-vers » à destination du tout public comme l'initiative « ma mairie mobile »⁷, le Barreau de Paris solidarité⁸, etc. qui contribuent aussi à faciliter l'accès des personnes au droit commun. Le nombre de permanence délocalisée à destination d'un public en situation de grande précarité est beaucoup plus important que celui présenté dans ce document, il faut citer notamment les permanences de la CPAM dans de nombreuses associations facilitant l'ouverture de droit.

Le aller-vers symbolique dans les structures d'hébergement, dans les accueils de jours n'a pas été pris en compte. De nombreux acteurs s'adaptent pour « attirer » et « fidéliser » les personnes, en proposant des activités culturelles, en proposant des services (vestiaire, douche, etc.). Sur ces lieux, les acteurs organisent parfois d'autres activités de prévention, d'accompagnement social, ou autre. Ils profitent de l'attractivité du lieu et des services proposés, pour organiser des séances de prévention ou des accompagnements sociaux.

Les actions d'« aller-vers » virtuel sont aussi très peu présentes dans ce recensement. Ceci résulte du périmètre choisi, du nombre restreint de ces actions et/ou de leur manque de visibilité. C'est un phénomène dont il faudrait continuer à suivre les évolutions, étant donné le développement des technologies de nouvelles communication et leurs impacts sur les pratiques telles que la prostitution ou l'achat de produits illégaux.

Les sources documentaires ont aussi un impact sur les actions recensées. Bien qu'une recherche sur internet et sur les conseils des acteurs de terrain ait été réalisée, l'utilisation des ressources internes à l'ARS (demande de subvention et convention) a nécessairement facilité le recensement des actions financées par l'ARS, donc les actions spécifiques à la santé. Les actions moins connues, à plus petite échelle sont sûrement moins représentées dans ce document.

L'échantillonnage des observations et des entretiens n'a pas été pensé pour être représentatif mais pour montrer la variété des actions existantes. On peut donc questionner la généralisation des données à l'ensemble des acteurs d'« aller-vers ». Toutefois, le recensement et la synthèse de littérature ont été pensés pour compléter par un aspect plus systématique de collecte des données et une comparaison plus large. De plus, les résultats ont été validés au fur et à mesure par le comité de suivi.

⁷ <https://www.paris.fr/mairiemobile>

⁸ <http://www.barreausolidarite.org/>

RESULTATS DE LA MISSION : POUR UNE DEFINITION DE L'« ALLER-VERS »

IV. Typologie des interventions

Actuellement, de nombreux termes sont utilisés pour parler des actions d' « aller-vers ». Cependant, derrière ces mots des pratiques très différentes sont regroupées. Il paraissait donc important de définir clairement le vocabulaire pour décrire ces actions. Les différences de pratiques ont été mises en évidence lors du travail documentaire et du travail de terrain mené auprès des acteurs. Les précisions sur ces termes ont pour objectif de faciliter le travail entre les différents acteurs par l'utilisation d'un langage commun. Toutefois, les propositions ci-dessous ne cherchent pas à effacer les spécificités de chaque action qui persistent malgré les catégories. Ce langage est amené à évoluer avec la poursuite de la réflexion sur les actions de « aller-vers ». Les principales différences entre les termes « maraude », « équipe mobile » et « permanence délocalisée » sont d'abord précisées ci-dessous. Chacune de ces grandes catégories est divisée en sous-catégorie. Certaines équipes utilisent plusieurs de ces modalités.

1. Maraude

Le terme « maraude » est d'abord utilisé pour parler des taxis circulant lentement à la recherche de clients (définition du Larousse). Il évoque l'idée d'une déambulation aléatoire à la recherche de quelque chose ou de quelqu'un. Une maraude est donc une action basée sur la prospection, la recherche de personnes faisant parti d'un public cible dans l'espace public. Ce travail de prospection donne lieu à la rencontre de personnes avec qui un autre travail pourra être engagé (création de liens, accompagnement social, etc.). D'autres termes peuvent être employés comme « tournée-rue », « travail social de rue », « outreach », « prévention spécialisée », etc. Nous avons choisi d'utiliser le terme de « maraude » dans ce document car il semble être le mot le plus employé par les acteurs rencontrés.

a) Maraude bénévole

Une action de maraude bénévole est assurée majoritairement par des bénévoles rattachés à une association. Les heures et jours d'intervention sont organisés en fonction des disponibilités des bénévoles, en mettant tout en œuvre pour assurer une présence régulière auprès du public. Ces maraudes ont pour objectif de créer et de maintenir un lien social avec les personnes sans chez-soi rencontrées dans l'espace public. Des biens de première nécessité (boissons, aliments, produits d'hygiène, vêtements, couvertures, etc.) peuvent être distribués. Elles assurent l'information des personnes et leur orientation vers les dispositifs existants, et peuvent alerter sur les situations inquiétantes. A titre d'exemple, les maraudes effectuées par les bénévoles de la Croix-Rouge Française font partie de cette catégorie de maraude.

b) Maraude médicalisée

Certaines maraudes sont médicalisées, c'est-à-dire qu'elles sont en capacité d'évaluer la situation sanitaire d'une personne, de lui apporter une écoute, des conseils et des orientations spécifiques au sujet de la santé et qu'elles peuvent réaliser des soins de premiers recours sur le lieu de rencontre. Les équipes de maraudes médicalisées sont composées au minimum d'un professionnel de la santé,

bénévole ou salarié. La plupart utilisent un véhicule aménagé et ont à disposition des médicaments d'usage courant, des pansements, etc. Une maraude quelle que soit sa nature (bénévole, spécialisée, etc.) peut être médicalisée. On peut citer par exemple la maraude bénévole médicalisée de l'association Hôtel Social 93.

c) Maraude d'évaluation et d'orientation (MEO)

Les maraudes d'évaluation et d'orientation (MEO) sont rattachées d'une façon ou d'une autre à l'Etat, elles représentent le « service public » de veille sociale et sanitaire. En d'autres termes, ils évaluent la situation des personnes rencontrées dans l'espace public et les orientent sur les structures adaptées (principalement hébergement et soin). Tous les intervenants sont des salariés. Ils interviennent tous les jours de l'année sans interruption et se répartissent les secteurs et les heures pour couvrir l'ensemble du territoire à tout moment. Les maraudes de la Brigade d'Assistance aux Personnes Sans-Abri (BAPSA) sont un exemple des maraudes de ce type.

d) Maraude d'intervention sociale (MIS)

Les équipes de maraude d'intervention sociale (MIS) sont toutes rattachées à des associations mais sont principalement composées de professionnels du social salariés. Elles ont pour principal objectif d'accompagner les personnes rencontrées dans leurs démarches (ouverture de droit, recherche d'un logement, début de soins, etc.). Ces accompagnements peuvent prendre différentes formes : physique, psychologique, administratif, etc. La création de liens de confiance est une étape primordiale pour permettre cet accompagnement. Les maraudes assurées par Emmaüs Solidarité sont des MIS.

e) Maraude spécialisée

Les maraudes spécialisées ont un public cible plus restreint que les autres types de maraudes. On retrouve par exemple parmi les publics cibles de ces actions : les personnes qui se prostituent, les mineurs non-accompagnés, les femmes vivant dans la rue, les personnes ayant des troubles psychiques, les personnes vivant dans la rue avec une ou plusieurs addictions, les personnes vivant dans des bidonvilles ou des squats. La grande majorité de ces maraudes sont portées par des associations. Les équipes sont majoritairement composées de professionnels du social salariés (travailleur social, éducateur spécialisé, animateur de prévention, médiateur, etc.). Comme les MIS, leur objectif premier est l'accompagnement des personnes dans leurs démarches, ce qui nécessite d'abord un travail sur les liens de confiance avec le public. L'équipe de maraude spécialisée possède des compétences spécifiques au public cible. Par exemple, les équipes sont en capacité d'identifier les lieux de vie des personnes faisant parti du public cible, et sont en mesure de les repérer, de les approcher dans ces lieux. Elles ont une expertise thématique en fonction des principaux sujets qui concernent ces personnes. Une grande majorité de ces actions informe et distribue du matériel de réduction des risques (préservatifs, kits crack, brochures, etc.).

2. Equipe mobile

Au contraire d'une maraude, l'équipe mobile ne prospecte pas à la recherche de nouvelles personnes dans l'espace public. Il existe deux sortes d'équipes mobiles, l'une basée sur une approche thématique et l'autre sur une approche populationnelle.

a) Equipe mobile - approche thématique

Les équipes mobiles avec une approche thématique recensées sont spécialisées dans la santé (addictions, santé sexuelle et reproductive, vaccination, santé mentale, etc.). La majorité de ces

équipes sont rattachées à une structure de santé (CeGIDD, Centre Municipal de santé, CLAT, EMPP, etc.), mais d'autres sont rattachées par des associations. Certaines équipes sont dédiées aux interventions d' « aller-vers » (ex. EMPP) tandis que d'autres réalisent ponctuellement des interventions « hors-les-murs » (ex. CeGIDD). Toutes les équipes sont dotées d'au moins un professionnel de santé salarié et souvent de plusieurs. Médecin, infirmier, psychiatre et psychologue sont les professions les plus représentées.

Les équipes mobiles santé ont pour objectif de réaliser des actes de prévention comme le dépistage ou la vaccination, d'évaluer et d'orienter les personnes vers une prise en charge, d'effectuer les premiers soins si nécessaire et le suivi des soins, etc. A la différence des maraudes médicalisées, elles ne réalisent pas de tournée aléatoire dans la rue. Elles interviennent le plus souvent pour répondre aux sollicitations d'un autre acteur, qui est lui en contact direct avec le public cible et a identifié une situation qui nécessite une collaboration. Cela signifie que ces équipes peuvent intervenir auprès de toutes les populations (précaires et moins précaires), quel que soit le lieu où leur besoin s'est exprimé. L'équipe mobile peut aussi, sur sa propre initiative, identifier un public cible et un lieu d'intervention qui correspondent à sa mission. Le public cible dans ce cas est défini par la thématique comme le public le plus à risque par rapport à la spécialisation de l'équipe. Par exemple, pour la vaccination de la rougeole, une équipe peut prioriser les interventions sur les campements roms. Les équipes mobiles santé interviennent donc généralement en étant introduites auprès du public par des partenaires (réfèrent social, médiateur, travailleurs sociaux de l'établissement, etc.).

b) Equipe mobile – approche populationnelle

Les équipes mobiles avec une approche populationnelle réalisent le même travail que les maraudes spécialisées, à la différence qu'elles interviennent sur des lieux plus fixes et « pérennes », ce qui induit un rapport différent à la prospection. Elles interviennent par exemple dans les bidonvilles et les squats, dans les hôtels où sont hébergées des personnes orientées par le 115, etc. Bien que ces lieux évoluent au grès des évènements et de l'actualité, les interventions peuvent généralement se dérouler sur un temps relativement long et ne nécessite pas de déplacement aléatoire à la recherche des personnes à chaque sortie de l'équipe. L'intervention de PUI sur les campements roms fait partie des équipes mobiles avec une approche populationnelle.

3. Permanence délocalisée

Une « permanence délocalisée » ou « consultation avancée » est le déplacement d'un service dans un lieu différent du lieu habituel d'exercice, à des heures et jours fixes (Couteron, 2013). C'est une action inscrite dans la durée, un service assuré toute l'année et souvent sur plusieurs années. Le service est délocalisé dans un lieu le plus proche possible des lieux fréquentés par les personnes qui en ont besoin. Les permanences de la CPAM dans les associations fréquentées par les personnes en situation de grande précarité sont un exemple des permanences délocalisées.

4. Récapitulatif des principales différences

L'ensemble des actions répertoriées en fonction de leur typologie d'intervention et de leurs spécialités sont en annexe de ce document.

Tableau 7 : Récapitulatif des différences d'objectifs entre les typologies d'intervention

	MARAUDE				EQUIPE MOBILE	
	Bénévole	MEO	MIS	Spécialisée	Populationnelle	Thématique
Prospecter					*	
Accompagner						
Distribuer				**	**	
Soigner					***	

* Les équipes mobiles avec une approche populationnelle réalisent un travail de prospection lorsque leur public cible est expulsé du lieu où ils interviennent habituellement. Mais ils ne sont pas en constante recherche de nouveaux publics.

** Les maraudes spécialisées et les équipes mobiles spécialisées pour un public réalisent des distributions de matériel de réduction des risques plutôt que de biens de premières nécessités

*** Les équipes mobiles spécialisées pour un public ne soignent pas mais sont en capacité de coordonner l'intervention de plusieurs professionnels de santé pour une intervention sur le lieu de vie des personnes.

Tableau 8 : Récapitulatif des différences en termes de ressources humaines, public cible et lieu d'intervention entre les typologies d'intervention

	MARAUDE				EQUIPE MOBILE	
	Bénévole	MEO	MIS	Spécialisée	Populationnelle	Thématique
RH	Bénévole ⁹	Majorité ou uniquement des salariés				Pros de santé
Public	Personnes à la rue			Public spécialisé		Entrée thématique

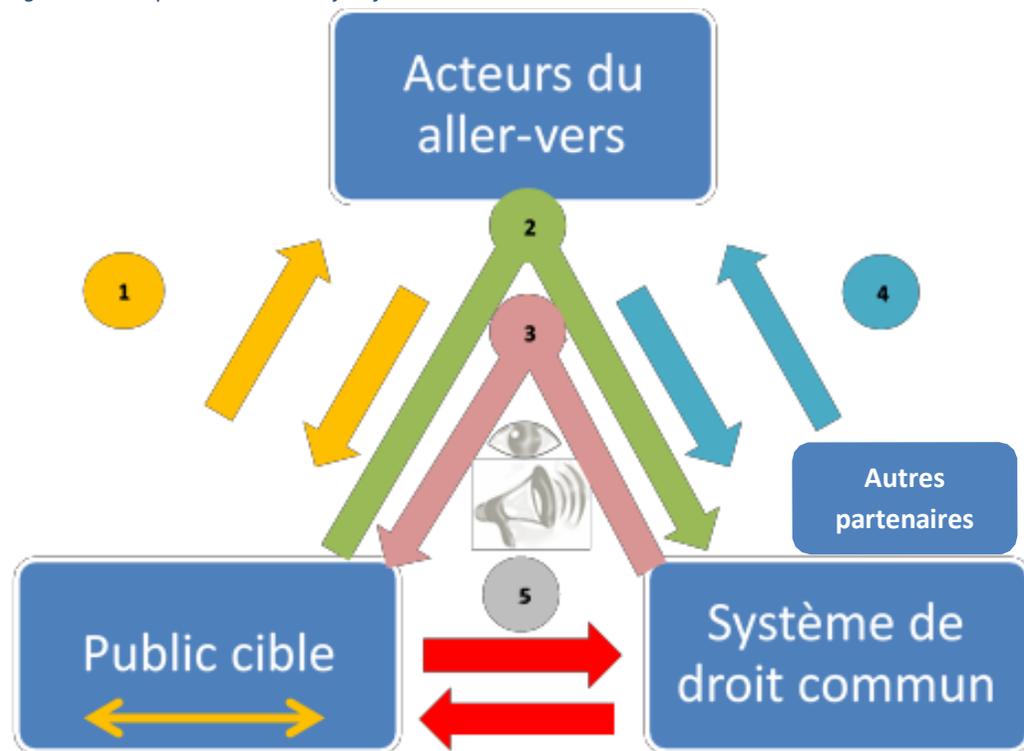
⁹ Les compétences professionnelles des bénévoles peuvent être mises à contribution lors des actions.

Lieu	Espace public	Lieu identifié (bidonville, hôtel, etc.)	Quel que soit le lieu de vie
------	---------------	--	---------------------------------

V. Objectifs et stratégies d'intervention

Toutes les actions se réclamant d'une démarche d' « aller-vers » ont pour objectifs minimaux (toujours avec le consentement de la personne) de créer du lien, d'informer, et de réduire les risques auxquels la personne pourrait être exposée. Toutes procèdent d'une démarche d' « aller-vers » l'autre pour lui permettre, s'il le souhaite, de formuler une demande et d'accéder à des services.

Figure 1 : Principaux acteurs et objectifs de la démarche d' « aller-vers »



Le diagramme ci-dessus présente les différents objectifs de la démarche d' « aller-vers », ainsi que ces principaux acteurs.

L'ensemble des objectifs ne s'appliquent pas à tous les intervenants utilisant la démarche d' « aller-vers ». Les maraudes bénévoles, les maraudes d'évaluation et d'orientation, par exemple, se concentrent majoritairement sur la création de liens, la veille sociale, l'information et l'orientation des personnes (objectifs 1 et une partie du 2). Ils réalisent peu ou aucun accompagnement, ni n'organisent la venue des systèmes de droit commun auprès des personnes.

Toutefois, la majorité des actions d'« aller-vers » considérées dans ce travail réalisent l'ensemble des objectifs. Sans en afficher le nom, ces équipes font un travail de médiation en santé, au sens de la HAS. En effet, ils se mettent en position d'interface entre le public cible et le système de droit commun. Ils ont pour objectif de créer et consolider une passerelle entre le public et le système de droit commun qui pourra être utilisée de façon autonome par les deux parties à l'avenir.

Objectifs généraux

- a. Un public cible autonome
 - b. Un système de droit commun capable de s'adapter
- 1) Créer le lien avec les personnes
 - a. Rechercher de nouvelles personnes (prospector)
 - b. Créer la rencontre
 - c. Etablir et maintenir le lien
 - d. Effectuer une veille sociale et sanitaire, alerter si besoin
 - 2) Accompagner les personnes vers le système de droit commun
 - a. Faire émerger une demande
 - b. Informer sur les possibilités et orienter
 - c. Accompagner la personne dans ses démarches
 - 3) Amener le système de droit commun vers les personnes
 - a. Informer et sensibiliser les personnes aux différentes thématiques de santé et au système de santé
 - b. Distribuer du matériel de réduction des risques
 - c. Organiser des actions de prévention et des premiers soins (avec l'intervention d'un ou plusieurs partenaires)
 - 4) Travailler en équipe et avec des partenaires
 - a. Travailler en équipe
 - b. Etablir des partenariats
 - c. Accompagner l'adaptation des partenaires
 - d. Assurer la coordination
 - 5) Veiller et alerter
 - a. « Garder un œil sur les évolutions et alerter sur les situations problématiques
 - b. Suivre et évaluer les actions

Objectifs généraux

Les objectifs généraux des actions d'« aller-vers » à destination des personnes en situation de grande précarité sont de deux sortes.

Tout d'abord, ces actions visent à renforcer la capacité des personnes à se rendre de façon autonome dans les structures de droit commun. L'autonomie n'est pas synonyme d'indépendance dans le sens où l'objectif serait que la personne n'ait besoin de personne d'autre. L'autonomie s'entend comme la capacité d'une personne à mobiliser les ressources autour d'elle pour faire face aux situations qu'elle rencontre. La personne est en capacité de s'informer et de faire des choix éclairés, de formuler une demande au bon moment au bon interlocuteur, dans des « termes » intelligibles pour les deux parties. Cette autonomie suppose un travail sur l'estime de soi, la confiance dans les institutions de droit commun et une confiance dans l'avenir. Elle requiert un état des lieux des barrières auxquelles fait face la personne, de ses ressources et compétences mobilisables.

D'autre part, les actions d'« aller-vers » ont pour but de contribuer à l'adaptation du système de droit commun à ces publics cibles. Les acteurs des structures de droit commun font aussi face à de nombreuses barrières dans leur « accès » à ces publics cibles. L'objectif des actions d'« aller-vers » à destination de ces structures est qu'elles soient en capacité d'identifier les publics qui ne viennent pas dans les structures, les raisons de cette absence et les moyens qu'elles peuvent mettre en œuvre pour y remédier. Par la formation et la sensibilisation des structures, des professionnels, des intervenants de premières lignes, l'objectif des acteurs du « aller-vers » est de participer à la montée en compétences de tous pour l'accès des personnes aux droits dans tous les domaines.

Les acteurs du « aller-vers » sont des facilitateurs, qui tiennent le rôle d'interface et de passerelle n'ayant pas vocation à devenir permanent. Temporaire Les actions n'ont pas pour objectif de se substituer au droit commun en créant une voie parallèle de recours. Ils visent à pallier à une défaillance temporaire en attendant le rétablissement du contact entre le public cible et les structures de droit commun.

1. Créer le lien avec les personnes

La création et l'entretien d'un lien de confiance est primordial pour une intervention d'« aller-vers » qui s'inscrit dans la durée (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Cette relation de confiance se tisse notamment grâce au respect de certaines valeurs, comme le non-jugement, le respect des choix d'une personne, mais aussi par exemple par la régularité de l'intervention, qui permettent de fidéliser le public et d'être identifié comme une ressource (Addiction Méditerranée, 2015; Aubin, Jourdain-Menninger, & Emmanuelli, 2012; McCluskey, 2016). Une relation de confiance solide permet par la suite de mieux accompagner la personne dans ses démarches et d'éviter les ruptures dans l'accompagnement face aux difficultés et aux échecs. Si la « création de liens de confiance » se retrouve de façon presque systématique dans tous les discours à propos des actions d'« aller-vers », la définition du « lien de confiance » n'est jamais donnée, ce qui mériterait d'être interrogé. Dans la suite de cette partie, les différentes stratégies mises en place par les intervenants pour créer cette relation de confiance sont détaillées.

a) Rechercher de nouvelles personnes (prospector)

Avant de pouvoir rencontrer le public cible, les équipes d'« aller-vers » doivent identifier les lieux où les personnes vivent, les moments appropriés à une rencontre permettant la relation, et doivent être

en capacité de repérer les personnes faisant parties du public cible dans cet espace qui est souvent public.

Choix des horaires et des lieux

En fonction du public cible, les équipes identifient un ou des lieux où il est possible de rentrer en contact avec les personnes. Par exemple pour les personnes qui se prostituent, les lieux de travail du sexe sont des lieux possibles de rencontres. L'équipe doit dans ce cas repérer les horaires où les personnes qui se prostituent investissent ces lieux. Toutefois, il faut être conscient des spécificités du lieu, des pratiques, etc. dans l'objectif de trouver le moment et le lieu le plus favorable à la rencontre. Toujours en suivant le même exemple, il faut prendre en compte les pics d'activités, ce qui peut avoir un impact sur la disponibilité des personnes. Les équipes doivent aussi intégrer d'autres logiques dans ce choix, notamment les horaires d'ouverture des principales structures de droit commun si elles souhaitent réaliser des accompagnements physiques vers ces structures.

Certaines équipes utilisent un lieu mobile, un véhicule aménagé selon leurs besoins, qui peut être facilement garé dans de nombreux lieux. Bien que positionné sur le lieu de vie du public cible, le véhicule crée un espace qui est séparé. Ces lieux mobiles sont des espace-temps de « pause » dans le quotidien de la personne et dans son parcours, des espace-temps « potentiel » où peuvent se construire un avenir différent (Tordjman, 2016). Comme le présente Tordjman (2016) à propos d'une EMPP, la mobilité du lieu présente aussi certains avantages. En permettant la négociation du lieu entre l'intervenant et le public cible, les équipes réduisent le possible sentiment d'intrusion. Cette négociation peut aussi diminuer les peurs de jugement des pairs, des voisins, etc. en choisissant un lieu à l'écart. De plus, Tordjman (2016) remarque que les personnes ne se racontent pas de la même façon en fonction des lieux dans lesquels ils sont. Le choix du lieu de rencontre, et le changement de celui-ci sont donc des éléments à prendre en compte.

Stratégies de repérage

Certains acteurs ont besoin de développer des compétences spécifiques au repérage du public cible puisqu'ils interviennent dans l'espace public. Il a été compliqué pour la majorité des acteurs d'explicitier ces stratégies. Plusieurs fois, les acteurs ont mentionné le fait d'avoir repéré une personne mais d'attendre de la revoir à nouveau sur le même lieu pour l'approcher. Plus généralement, les acteurs vont tous vers des personnes qui ne sont pas en mouvement. Les indices d'appartenance d'une personne au public cible ne sont souvent pas rationalisés : « j'ai été dans cette situation donc je sais comment les repérer », « c'est évident, on voit la différence entre une personne à la rue et un jeune qui boit un coup dehors ». La bonne connaissance du public et l'expérience de terrain sont mises en avant très régulièrement par les acteurs, leur permettant de repérer les personnes grâce à un « feeling informé ».

Parfois, les personnes sont orientées directement par leurs pairs vers l'équipe : il s'agit d'un recrutement par les pairs (« effet boule de neige »).

b) Créer la rencontre

Une fois le lieu et les horaires choisis et le public repéré, l'équipe cherche à créer la rencontre avec la personne ou le groupe, ce qui relève de nombreuses stratégies.

Signes d'identification de l'équipe

Le choix des signes extérieurs d'appartenance à un métier, à une structure, etc. identifiables par le public est un préalable à toute intervention. Certains acteurs portent un uniforme, comme les agents de la BAPSA. Cet uniforme est une combinaison bleu foncé avec une veste floquée qui rappelle à la fois leur appartenance à la police (bande réfléchissante police dans le dos) et leur démarcation d'avec les brigades répressives (bleu de travail et écusson de la BAPSA). Dans la même logique, leurs véhicules sont identifiables (mention BAPSA sur le véhicule) mais banalisés pour se démarquer des brigades répressives (véhicule de type 9 places de couleur grise).

Chaque intervenant choisit les signes extérieurs d'identification en fonction de la position qu'il souhaite avoir par rapport aux personnes mais aussi en fonction des enjeux que cette identification peut avoir dans la création de liens de confiance avec les personnes. A l'inverse, certaines équipes n'affichent aucun signe extérieur pour instaurer une relation plus horizontale. Par exemple, les membres de l'EMPP observée et leur véhicule n'affichaient aucuns signes extérieurs repérables. Comme le montre Tordjman (2016), l'identification du véhicule par les voisins, l'entourage, etc. peut porter préjudice à la personne, de nombreux sujets pouvant être stigmatisant. Dans le premier cas comme dans le deuxième, présentent leur structure en même temps qu'ils se présentent.

L'identification des intervenants par le public cible pose la question des entités à qui la confiance est donnée. En effet, lorsqu'un intervenant est clairement identifié comme appartenant à une structure, la relation de confiance a plus de chance de s'instaurer avec la structure par le biais de la personne qui la représente. De cette manière, les membres d'une équipe d'intervention peuvent se relayer auprès de la personne, de nouveaux membres peuvent être introduits, et d'anciens membres partir, sans que la relation ne soit rompue. La confiance est donnée à la structure et le transfert de confiance sur les membres de cette structure se fait plus naturellement. De la même manière, une personne ou une structure recommandée par les membres de cette équipe aura plus de chance de bénéficier de la confiance de la personne. Il est cependant difficile d'éviter toute personnalisation de la relation à l'échelle de deux personnes.

Position physique

Quelques règles de positionnement physique sont mises en avant par certains acteurs comme des bonnes pratiques.

- 1) Se mettre au même niveau que la personne.** En général, les intervenants observés se positionnent à hauteur de la personne rencontrée : debout si elle est debout, accroupi si elle est assise ou allongée sur le sol, sauf quand ce n'est pas possible (par exemple, présence d'un chien agressif aux côtés de la personne assise).
- 2) Respecter l'espace vital d'une personne.** Rencontrer une personne sur son lieu de vie implique de s'introduire dans son « chez-elle ». Tout comme une personne qui entre dans le domicile d'une autre attend d'être invitée à s'asseoir, l'intervenant est reçu dans un espace de vie d'une personne qui a ses propres usages. Les intervenants respectent donc une certaine distance sauf si on est invité à les dépasser (par exemple, ne pas s'asseoir sur le carton, matelas, où la personne est installée).

Le Bonjour

Lancer un « bonjour » est souvent la première étape de la rencontre, que la personne soit visible ou bien dans une tente, dans un abri. Le « bonjour » est un test de la disponibilité de la personne à un

moment T. et une façon de commencer la relation à chaque fois. Il faut parfois de nombreux « bonjour » avant d'avoir un premier échange avec une personne. La répétition de ces salutations crée des repères lorsqu'un intervenant identifiable va régulièrement vers une personne ou un groupe, et contribue à créer la relation.

Lorsque la personne ne répond pas, certains acteurs préfèrent ne pas insister pour respecter le droit de la personne à ne pas être dérangée. Cette situation se présente notamment lorsqu'une personne dort, des bénévoles observées ont fait le choix de laisser un petit mot pour dire qu'elles étaient passées, en laissant leur prénom et nom de la structure. D'autres acteurs préfèrent s'assurer que la personne va bien. Ils ont dans ce cas chacun leurs techniques pour s'assurer de la présence ou de la disponibilité de la personne (« il y a quelqu'un ? », appeler par le prénom, frapper à la porte, secouer la tente, etc.).

Lorsque la personne répond à ce premier « bonjour », les équipes se présentent, donnent leur prénom, annoncent qu'elles sont rattachées à une structure et exposent les raisons de leur présence. Certaines personnes n'acceptent qu'un bonjour, mais ne voudront jamais entendre parler du reste. Lorsque la personne est ouverte à la conversation, quelques questions réponses peuvent être échangées, la suite de la relation dépend des stratégies et des objectifs propres à chaque intervenant. Les sujets de conversation sont diverses, allant de « la pluie et du beau temps » à des demandes de régularisation administrative, ou démarches à suivre pour sortir de la prostitution.

Distribution : prétexte de rencontre ?

De nombreux acteurs organisent la distribution de biens de première nécessité (boissons, nourriture, vêtements, etc.). La distribution peut être occasionnelle et individualisée, en fonction d'un besoin identifié lors d'une précédente intervention pour une personne, ou bien elle peut être proposée de façon systématique à toutes les personnes rencontrées. Lors des actions de distribution systématique ou de distribution occasionnelle mais non-ciblée, l'objet proposé est à la fois une réponse à un besoin matériel « urgent » et un prétexte à l'échange avec la personne. De nombreux acteurs désignent la distribution comme un des objectifs de leur action, il serait plus juste de parler de moyen. Les règles de distribution semblent varier d'un intervenant à l'autre.

D'autres acteurs préfèrent une approche « les mains nues », c'est-à-dire qu'ils n'apportent rien de matériel aux personnes. Pour eux, la distribution peut constituer un obstacle dans la relation. Si la personne attend de l'intervenant un échange matériel, une fois le contrat réalisé, la rencontre ne serait plus justifiée. Les intervenants qui ont choisi une approche les « mains nues » justifient la rencontre uniquement par la création de liens.

L'un des acteurs de terrain a soulevé la question du don et contre-don qu'impose la pratique de la distribution, mais cette question se pose peu importe que la relation d'aide soit d'ordre matérielle ou psychosociale. La logique du « don, contre-don » a été décrite par Marcel Mauss, et a été reprise par de nombreux auteurs. D'après Mauss, le lien social est basé sur l'obligation de donner, recevoir et rendre (Mauss, 1923). Il serait intéressant de s'interroger sur les possibilités que les personnes aidées ont d'accepter ou de refuser l'aide et d'offrir quelque chose en retour, et donc de faire société. Ici sont questionnées les relations de dépendance entre l'intervenant et la personne aidée, leur pouvoir de décider et d'agir dans cette relation d'aide, et donc leur capacité à être autonome vis-à-vis de cette relation d'aide.

c) Etablir et maintenir le lien

L'objectif de la création de lien dans la durée est non seulement de pouvoir démarrer une démarche d'accompagnement des projets de la personne, mais ce lien est aussi une façon de travailler à la resocialisation de la personne. Le déplacement de l'intervenant auprès de la personne, la régularité de son intervention, etc., tous ces facteurs rentrent en compte dans l'inscription de la relation dans la durée et dans le développement de l'estime de soi des personnes.

Régularité des interventions

La régularité des interventions est une des stratégies les plus citées par les intervenants (dans les entretiens comme dans la littérature) pour créer une relation de confiance avec le public cible. La présence régulière et inconditionnelle sur un même lieu, aux mêmes heures et jours de la semaine sont des points de repères qui permettent la fidélisation du public. Par exemple, les personnes savent qu'elles peuvent compter sur l'équipe Charonne du mardi au vendredi de 20h à minuit pour avoir du matériel de réduction des risques pour la consommation de drogues. Une fois cette présence régulière et inconditionnelle établie, tout écart par rapport aux habitudes peut mettre en péril la relation de confiance (avec un niveau de tolérance du public cible variant). C'est pourquoi les intervenants qui ont opté pour cette stratégie mettent en place des systèmes d'information dans le cas d'éventuels changements (par exemple, impossibilité de tenir la permanence faute de véhicule en état de marche).

Utilisation d'une « porte d'entrée »

Les acteurs ont régulièrement mentionné le fait d'utiliser « une porte d'entrée », pour amener les sujets plus compliqués à aborder avec les personnes – sujets non prioritaires, tabous, etc. – ou pour toucher un public plus difficilement accessibles. La santé mentale par exemple n'est pas une thématique facile à aborder avec les personnes. Une EMPP a développé une stratégie pour amener les personnes suivies à assister à un rendez-vous avec l'EMPP. Le travailleur social qui suit la personne va l'inviter à assister à un rendez-vous avec l'EMPP, prétextant qu'il se trouve lui-même en difficulté dans son accompagnement.

L'association Acceptess-T promeut lors de ses maraudes les séances de piscine pour les personnes transgenres, cette « porte d'entrée » leur permet d'inciter les personnes à se renseigner sur l'association, et à s'y rendre (au local elles pourront découvrir une large palette d'autres activités, et aussi des possibilités d'accompagnement). Enfin dernier exemple, dans un campement roms, le fait de cibler les femmes enceintes et les enfants prioritairement et donc d'être identifié par tous comme la personne référente sur les questions de santé materno-infantile permet aussi à l'équipe de toucher plus largement aux questions de couverture sociale, de vaccination ou de dépistage de toute la famille (dont les hommes qui sont plus difficilement accessibles pour les questions de santé).

Question de crédibilité

La crédibilité de l'équipe a été évoquée à deux reprises lors des entretiens. Elle se mesure principalement au savoir-être, aux connaissances, et compétences techniques, et permet de nouer des liens de confiance. Toutefois, des écueils ont été soulignés par les opérateurs de terrain. Premièrement, une position trop « experte », peut effrayer ou être perçue comme « hautaine » par certaines personnes. Deuxièmement, assumer une fonction à laquelle on n'a pas été formé entraîne les travailleurs à perdre une partie de leur crédibilité vis-à-vis des personnes accompagnées. Par exemple, réaliser le travail d'un assistant social pour un éducateur spécialisé prend plus de temps, il doit chercher les démarches à accomplir, comment remplir les dossiers, etc. Ceci peut être

déstabilisant pour la personne accompagnée. La question de la crédibilité avec les partenaires se pose également. Elle se mesure différemment, au parcours professionnel et à l'expérience.

d) Effectuer une veille sociale et sanitaire, alerter si besoin

Les équipes de maraudes effectuent un travail de veille sociale et sanitaire, autrement dit, ils évaluent la situation des personnes qu'ils rencontrent et s'assurent qu'elles ne sont pas en danger. Par exemple, un bénévole appelle les pompiers pour prendre en charge une personne blessée qui a l'air désorientée et est très peu couverte par un temps de grand froid. En fonction du niveau d'urgence, les intervenants signalent aux services compétents les situations inquiétantes. Un travailleur social incitera une personne dont l'Aide Médicale d'Etat (AME) est en voie d'expiration à la renouveler et l'orientera vers la CPAM. Si tout citoyen est tenu de porter assistance à une personne en danger, la responsabilité pénale diffère en fonction du statut de l'intervenant (bénévole ou salarié, profession médicale ou autre profession). Les critères de signalement d'une situation inquiétante ont été très peu approfondis lors de cette mission. Toutefois, il est apparu que le jugement d'une situation dépendait des critères exposés ci-dessous.

- 1) Expérience de « maraude »** Si une grande expérience de maraude permet à l'intervenant d'évaluer rapidement une situation, elle peut aussi contribuer à la banalisation des situations, et au détachement des intervenants. Là où une personne nouvelle verra une situation préoccupante, une personne expérimentée peut ne pas voir le danger y étant très habitué. Les temps de réflexion, de supervision des pratiques sont donc importants.
- 2) Formation de la personne qui alerte.** En fonction de la formation (médicale, sociale, etc.) des intervenants, la perception du danger peut varier. De la même manière qu'avec l'expérience de maraude, la formation est à la fois un atout pour l'évaluation rapide de la situation dans un domaine précis, mais elle peut aussi contribuer à la banalisation de certaines situations.
- 3) La personne est-elle connue des intervenants ?** L'évaluation de la situation dépend aussi de la connaissance ou l'absence de connaissance de la personne dont la situation est évaluée. L'intervenant qui connaît bien une personne sera en mesure de déterminer si un comportement, un fait particulier, est un signe de danger, ou bien si ce comportement généralement perçu comme inquiétant ou potentiellement dangereux, est le comportement habituel de la personne.
- 4) Connaissances de la démarche à suivre, adaptée en fonction de la situation.** Pour que le signalement (115, pompiers, police, etc.) se déroule le mieux possible, il faut que les intervenants connaissent la démarche à suivre en fonction de la situation qu'ils viennent d'évaluer et avec les ressources mises à disposition par la structure de rattachement ; ou bien il faut que l'équipe soit en mesure de contacter une personne référente qui pourra les guider dans la procédure.
- 5) Cadre et règles fixés par la structure.** Les règles fixées par les structures qui portent ces actions de « aller-vers » ont aussi une grande influence sur l'évaluation et les décisions prises sur le terrain par les intervenants. Par exemple, si une structure recommande vivement aux acteurs de terrain de prioriser les appels aux services d'urgence pour ne pas les saturer, cette recommandation peut faire hésiter les acteurs à appeler.

Ces critères sont valables plus généralement lors de l'évaluation de n'importe quelle situation et notamment lors de situations de violence. Quasiment tous les acteurs rencontrés ont rapportés des situations de violence au sein du public cible et entre le public et les intervenants. Si il apparaît

évident aux intervenants qu'il faut quitter les lieux et/ou appeler la police lorsqu'une situation dégénère, il a été compliqué de parler des autres façons de gérer les situations de violence auxquelles sont confrontées les acteurs. Il serait intéressant d'établir un cadre général commun pour le repérage et le signalement de situations préoccupantes, ainsi que de réfléchir aux règles de conduites à tenir en cas de situations violentes.

2. Accompagner les personnes vers le système de droit commun

Certains intervenants s'envisagent comme une passerelle, un moment de transition vers une structure sanitaire et/ou sociale existante. Ils visent à pallier à une défaillance temporaire en attendant le rétablissement du contact entre le public cible et les structures de droit commun. Les accompagnements peuvent toucher à tous les domaines de la vie d'une personne : logement, emploi, éducation, santé, culture, etc. C'est la spécificité de ce public cible qui fait face à des difficultés dans plusieurs domaines de la vie. De plus, comme cité ci-dessus, il y a des « portes d'entrée », des sujets plus faciles à aborder, un premier accompagnement vers l'emploi peut aboutir sur un accompagnement en santé et à plus long terme sur un accompagnement global de la personne.

Individualisation de la relation et gestion de la confidentialité dans un groupe

Avoir des relations individuelles est importante pour permettre de respecter les choix de la personne. Or il n'est pas rare de rencontrer les personnes en groupe et il peut être difficile que chacune ait la possibilité de s'exprimer en toute liberté. Dans tout groupe, des relations de pouvoir, des règles sociales informelles, etc. se jouent. Pareillement, la question de la confidentialité se pose quand une personne est rencontrée dans un groupe. Par exemple, la réalisation d'exams médicaux « hors les murs » dans les lieux de vie des personnes implique souvent l'aménagement et la gestion de l'espace pour permettre une certaine confidentialité. La transmission d'informations personnelles importantes, comme le résultat d'un dépistage, nécessite un espace plus intime. Les conditions complètes de la confidentialité lors des actions de « aller-vers » ne sont pas toujours réunies (présence d'un tiers non-professionnel pour faire la traduction, présence systématique d'une personne avec un pouvoir sur la personne, pas d'espace aménagé ou aménageable pour avoir de l'intimité, etc.). Toutefois, certaines techniques sont mises en place par les équipes pour essayer d'aménager des espaces de parole individuel et de confidentialité. Le fait d'être deux au minimum lors d'une sortie permet d'isoler une personne d'un groupe pour lui parler spécifiquement. La personne peut être amenée à l'écart du groupe, en dehors du bus, dans un petit espace aménagé dans le bus, etc. La personne peut être invitée à venir au local. Les temps d'accompagnement physique sont aussi des moments privilégiés pour créer la possibilité d'une parole plus libérée. Si la personne le souhaite, l'échange peut se dérouler devant une autre personne. Il ne faut pas négliger non plus le pouvoir des personnes à gérer elles-mêmes le niveau de confidentialité souhaité quand les rencontres sont prévues (exemple, les mamans font sortir les enfants lors de la consultation de la sage-femme).

a) Faire émerger une demande

Toutes les personnes rencontrées ne sont pas nécessairement en capacité immédiate de formuler une demande. Il faut parfois du temps et parfois un accompagnement. De plus, une demande formulée n'est pas toujours le reflet des besoins de la personne. D'après les discours sur les actions

d' « aller-vers », on peut distinguer deux écoles de pratique pour initier l'accompagnement des personnes qui ne sont pas dans la demande.

- **Faire émerger la demande.** Il y a d'une part, les intervenants qui ne proposeront d'orientations qu'à partir des demandes formulées par les personnes elles-mêmes, ces intervenants accompagnent la personne dans leurs réflexions (« faire émerger la demande »). Certains intervenants diffèrent parfois la demande pour voir si elle persiste dans le temps. Cette stratégie est utilisée pour s'assurer d'une demande solide car les accompagnements sont souvent longs et compliqués, ils peuvent décourager une personne, aggraver son état psychique, et ils peuvent mettre à mal la relation de confiance tissée entre l'intervenant et la personne.
- **« Proposer » une demande à partir de l'évaluation de la situation de la personne.** Il y a d'autre part, les intervenants qui évaluent la situation d'une personne ou d'un groupe et leur proposent des orientations en fonction des besoins identifiés (« réaliser un diagnostic individuel (social, psycho-social) et collectif », « faciliter le repérage précoce, l'identification des besoins », « évaluer la situation de la personne »). Parfois, l'intervenant doit porter la demande de la personne pour elle, parce qu'elle n'est pas en capacité de demander (Furtos, 2007).

Sur le terrain, les frontières entre ces pratiques sont beaucoup plus floues. Il est difficile de ne pas évaluer la situation d'une personne quand on la rencontre (même de façon inconsciente). Cela ne signifie pas que cet avis sera nécessairement communiqué à la personne. Il faut toujours partir de la demande de la personne (ou de l'absence de demande) et négocier avec elle entre intrusion et respect de sa temporalité.

De la même manière, il semble s'opérer une différence entre les acteurs qui orientent les demandes vers un objectif souhaité et souhaitable (« Faire émerger le désir de sortir de la rue, de réacquiescer des droits, de se soigner, de travailler, etc. ») et ceux qui laissent le champ libre (« Accompagner la diversité de leurs projets »). Cette dichotomie pose la question de la limite à tenir entre le respect absolu des choix individuels quels qu'ils soient et le désir de conformité/normativité (ce que l'on juge « bon », « normal », pour le bien des autres).

Dans tous les cas de figure, les acteurs s'attachent à bien préciser la demande de la personne. Par exemple, pour une demande de logement, il faut prendre en compte qu'un homme isolé cherche un logement seul, mais aussi qu'il possède un chien et qu'il souhaite le garder, qu'il a un contrat premières heures dans le Nord de Paris, que sa vie sociale est plutôt rattachée au Sud-Est, etc. Prendre en compte tous ces critères augmente les chances d'adhésion de la personne au projet et augmente donc les chances de réussite.

Que la demande ait été formulée initialement par l'intervenant ou par la personne elle-même, les acteurs de terrain vont s'assurer de son information pour lui permettre de faire des choix éclairés.

b) Informer sur les possibilités et orienter

Toutes les actions d' « aller-vers » recensées informent leurs publics cibles des dispositifs et structures existantes où elles peuvent être orientées pour répondre à leurs demandes. Les sujets des informations et des orientations sont aussi vastes que les sujets de conversations peuvent l'être. C'est pourquoi les acteurs ont très souvent recours à des outils papiers. Des guides, parfois traduits

en plusieurs langues, sont créés et proposés par les intervenants, mais ils peuvent aussi être créés par des acteurs tels que la Mairie de Paris (« Guide solidarité ») ou l'ARS (« Guide santé à destination des acteurs de la filière de l'hébergement »). Ces documents sont à la fois des carnets d'adresses utiles (horaires, coordonnées, plan d'accès) et des guides donnant des repères pour l'évaluation d'une situation et l'orientation des personnes. D'autres outils sont entièrement dédiés aux personnes accompagnées, comme les flyers de présentation d'une structure incluant ou pas les plans d'accès, les plans de transport, les fiches de rappel de rendez-vous, les fiches de liaison à remettre aux structures contenant les principales informations (coordonnées, motif de la référence). Ces outils peuvent être traduits dans la ou les langues majoritaires du public cible.

Informé sur les possibilités est une étape essentielle pour la formulation d'une demande, mais c'est aussi une étape cruciale de l'orientation d'une personne. En effet, orienter, c'est être capable de transmettre à une personne les informations nécessaires à sa prise de décision. L'intervenant s'assure donc que l'information est « adaptée et appropriable » (notes à partir d'un entretien sur le terrain). La traduction des documents est une forme de cette adaptation, elle peut prendre de nombreuses autres formes.

Si pour certains acteurs l'orientation s'arrête une fois les bonnes informations transmises, pour d'autres l'orientation se poursuit naturellement par un accompagnement dans les démarches.

c) Accompagner la personne dans ses démarches

Suite à une orientation, un nombre important de démarches doit être effectué et les personnes en situation de grande précarité sont souvent confrontées à des difficultés. L'intervenant facilite ce processus de nombreuses façons. Par exemple, pour une consultation chez le médecin, l'intervenant peut vérifier la couverture sociale de la personne, il peut prendre rendez-vous pour la personne, il peut l'accompagner physiquement au rendez-vous, il peut organiser la garde des affaires personnelles pendant que la personne se rend à la consultation. Les principales formes d'accompagnements recensés pendant la mission sont présentées ci-dessous :

- **Accompagnement administratif.** De nombreux acteurs accompagnent leurs publics cible dans l'ouverture de droits sociaux et dans le maintien de ceux-ci. Cette étape est essentielle pour que la personne puisse accéder aux structures de droit commun par la suite.
- **Accompagnement physique.** Il peut être entendu comme le transport de la personne à son rendez-vous, comme il peut être compris comme la présence physique pendant le rendez-vous. Dans le deuxième cas, l'accompagnateur tient le rôle de médiateur entre le professionnel et la personne accompagnée. Il peut être amené à traduire et reformuler l'échange pour la bonne compréhension des deux parties.
- **Accompagnement dans le projet.** Les intervenants essaient autant que possible de faciliter les démarches pour augmenter les chances de réussite du projet. Ils rappellent les rendez-vous, soutiennent moralement la personne face aux temps longs que peuvent prendre les réponses à une demande, etc.

Pour pouvoir faciliter l'accès au droit commun et accompagner dans les démarches, il est important que les intervenants connaissent les principales barrières auxquelles sont confrontées à la fois le public cible mais aussi les structures de droit commun. Cette connaissance, ainsi que celle des ressources mobilisables, est capitale pour pouvoir proposer des solutions.

La base arrière de l'équipe, couramment appelé le « local », à la fois lieu de pause, lieu de confidentialité et lieu neutre, est un lieu privilégié pour accueillir les personnes et démarrer leur accompagnement. La convivialité a souvent été mentionnée comme un facteur important pour l'accueil des personnes (partage d'une boisson, d'un encas, espace aménagé accueillant, etc.) Nombreux sont les intervenants qui ont un lieu d'accueil des personnes, où de nombreuses activités, services ainsi que des entretiens pour des accompagnements sont proposés. Ces lieux peuvent être directement rattachés à l'équipe mais ils peuvent aussi être des lieux chez les partenaires, comme un Espace Solidarité Insertion (ESI). L'incitation à « venir au local » est une stratégie couramment employée dans l'accompagnement des personnes. Le choix du lieu du local peut être aussi une forme d'aller-vers quand il est situé sur le lieu fréquenté par le public cible.

L'autonomie des personnes dans leurs démarches est un des objectifs principaux de l'accompagnement. Plusieurs stratégies ont été relevées sur le terrain, telles que l'incitation à l'entraide entre pairs. Par exemple, une médiatrice propose à une femme enceinte de se faire accompagner par une de ses amies au rendez-vous à la PMI, parce que l'amie connaît le chemin pour s'y rendre. Autre exemple, la médiatrice montre le chemin à la personne la première fois, lui propose de se retrouver à mi-chemin la deuxième fois, puis lui propose de se rejoindre directement sur place la fois suivante, etc.

L'accompagnement suppose aussi de faire correspondre un besoin avec une offre et il arrive régulièrement que l'intervenant soit dans l'impossibilité de le faire. Elle peut être due à l'absence d'offre à un moment T. comme c'est souvent le cas avec les places d'hébergement et/ou de logement. Elle peut aussi être expliquée par les limites de l'action de l'intervenant (manque de temps, de personnels, dépassement du cadre de ses activités, etc.). Cela pose la question de la fin de l'accompagnement et des relais à mettre en place. Les limites de la mission, dans son contenu et dans le temps, ainsi que les logiques de relais, doivent être définies par l'équipe.

3. Amener la santé vers les personnes

Certaines équipes organisent des interventions, telles que des actions d'information sur la santé, des actions de dépistage, ou bien des premiers soins, là où les personnes se trouvent, au moment où elles se trouvent. Ces actions ne sont pas destinées à s'installer dans la durée, créant ainsi un système parallèle et spécifique aux personnes en situation de précarité¹⁰. Elles ont pour but de répondre aux besoins urgents en attendant un recours dans le système de droit commun, mais elles contribuent aussi à la création de liens directement entre le public cible et les professionnels, permettant de faire connaître les offres de services disponibles, et d'encourager l'approvisionnement mutuel. Toutes les thématiques peuvent être abordées, mais celles de la santé a été privilégié pour répondre aux interrogations de l'ARS.

¹⁰ T é m o i g n a g e s r e c u e i l l i s l o r s d ' e n t r e t i e n s t é l é p h o n i q u e s : 1/ Lorsque l'on réalise des soins sur place, on maintient les personnes en dehors du système de droit commun. Le travail d'orientation est donc fondamental. 2/ Il faut être extrêmement vigilant à ne pas valoriser un système à deux vitesses. 3/ On ne doit pas faire intervenir ponctuellement un acteur sur un territoire sans envisager un relai de cette action.

a) Informer et sensibiliser les personnes aux différentes thématiques de santé et au système de santé

L'information et la sensibilisation à la santé est une des possibilités qu'ont les acteurs de promouvoir la santé dans le quotidien des personnes. Les outils d'information et de sensibilisation des publics en situation de grande précarité sont très variés et abordent de nombreuses thématiques prioritaires. Les outils cités ont été classés par thématique dans un tableau en annexe.

Les intervenants, en collaboration avec leurs partenaires (Santé publique France, Migration Santé, Le Kiosque, etc.), créent des outils adaptés à leur public cible et aux questions qu'ils se posent. Un effort quasi systématique est porté vers l'intelligibilité des outils, que ce soit en passant par la traduction des brochures, affiches et flyers, ou bien en ayant recours aux supports visuels (permettant aux personnes analphabètes comme aux personnes allophones de comprendre l'information). L'aspect pédagogique et ludique est aussi mis en avant avec l'utilisation de supports que l'on peut manipuler (cartes plastifiées, reproduction géante d'une mâchoire et d'une brosse à dent, etc.), quizz, film, diaporamas, etc. L'utilisation de la tablette allie ces deux logiques, en permettant une traduction dans presque toutes les langues et possède aussi l'aspect ludique des outils connectés. Les intervenants essaient par ces moyens de s'assurer que les informations présentées ont été comprises et qu'elles seront convaincantes. L'objectif de ces actions étant d'inciter à prévenir les risques et à inciter à engager des démarches de santé en fonction des situations de chaque personne, en commençant par l'ouverture de droits.

b) Distribuer du matériel de réduction des risques

Pour mettre en pratique les règles de prévention mises en valeur dans les actions d'information et de sensibilisation, certains intervenants distribuent du matériel de réduction des risques. La majorité du matériel distribué est lié à la réduction des risques de contamination par le sexe ou par l'usage de drogues, plus rarement lié à l'hygiène bucco-dentaire ou d'autres thématiques. Certains acteurs sont spécialisés dans la réduction des risques et la distribution de matériel de prévention est au cœur de leur activité, comme les bus de prévention pour les personnes qui se prostituent ou les maraudes des CAARUD. La structure porteuse de l'action de distribution doit s'assurer de la qualité et de la disponibilité du matériel, ce qui nécessite des compétences logistiques pour éviter les ruptures de stock et les problèmes dus à la mauvaise qualité du matériel. La rupture des préservatifs par exemple peut être expliquée par la mauvaise qualité du matériel ou par une mauvaise utilisation. La distribution de matériel nécessite donc aussi un savoir-faire pour montrer comment l'utiliser.

La distribution se déroule selon des règles que la structure a fixées au préalable. Par exemple, l'association Acceptess-T a fait le choix de distribuer son kit de prévention des risques en santé sexuelle à toutes les personnes qui se trouvent autour de la personne ciblée. Cette règle de distribution tend à ne pas stigmatiser la personne et vise aussi à toucher le second public cible de l'association, les personnes qui ont des relations avec les personnes transgenres. L'autre exemple est celui d'une maraude d'un CAARUD qui donne seulement deux kits crack par personne par tournée. Ce choix pose la question des principes d'équité et d'égalité : vaut-il mieux que toutes les personnes aient au moins deux kits ou bien que les personnes aient le nombre de kits qui correspond à leurs besoins quitte à ce que certaines personnes n'aient pas de kits ? Et dans ce dernier cas de figure, on peut se demander quels sont les critères d'éligibilité pour qu'une personne ait trois kits. Ces éléments de cadre de la distribution ont été très peu abordés avec les intervenants mais il serait intéressant d'approfondir ce sujet.

c) Organiser des actions de prévention et des premiers soins (avec l'intervention d'un ou plusieurs part en aires)

Pour faciliter l'accès des personnes à la prévention, les acteurs d' « aller-vers » organisent des actions de prévention in situ. Elles peuvent être une séance de dépistage, une séance de vaccination ou bien un suivi de grossesse par exemple. Les dépistages comme les suivis santé peuvent toucher à toutes les thématiques de santé passant par la tuberculose, la santé bucco-dentaire, le diabète, l'addiction au tabac, le cancer, etc. La plupart du temps, ces actions se font en partenariat avec des structures ou professionnels de santé qui acceptent de se rendre sur les lieux de vie des personnes, comme les équipes mobiles santé. Les soins de premiers recours se traduisent par une évaluation médicale avec un traitement symptomatique (pansement, antidouleur, etc.). Certains opérateurs organisent des consultations sur les lieux fréquentés par les personnes comme si elles se déroulaient au sein d'établissement de santé. Des consultations de dentiste, gynécologue, médecin général, psychologue et psychiatre, ont par exemple été recensées.

Dans le cadre de ces actions, il faut démontrer une certaine capacité à identifier des populations et des lieux à risque pour que l'intervention soit rentable en termes de nombre de cas trouvés par rapport au nombre de personnes dépistées et aux ressources investies pour le faire. Ces actions nécessitent de définir les conditions de confidentialité, comme cité plus haut dans ce document (IV.2.). Elles impliquent aussi régulièrement de trouver des stratégies spécifiques pour diminuer le risque de perdus de vue. En effet, certaines maladies ont un potentiel stigmatisant comme par exemple le SIDA, certaines pathologies psychiques ou bien la tuberculose, elles augmentent les risques que les personnes refusent le dépistage. Cela augmente aussi les chances de non-compliance avec le traitement. Par exemple, pour les dépistages de la tuberculose la lecture de la radio sur place permet de donner rapidement un avis et d'éviter au maximum les perdus de vue avec un résultat positif qui pourraient contaminer d'autres personnes. S'il y a suspicion, la personne pourra être directement orientée et même accompagnée vers l'hôpital. Le téléphone, appels et SMS, est un outil qui permet de garder le contact avec les personnes malgré leurs fréquents déplacements. Il est utilisé pour rappeler les rendez-vous, pour certains rendus de résultats, ou pour les suivis de traitement.

4. Travailler en équipe et avec des partenaires

La coordination d'équipe, la recherche et le maintien de partenariat, sont moins souvent mis en avant, mais ce travail prend du temps et mériterait d'être valorisé ultérieurement. On entend par partenariat toute relation de collaboration, d'entraide, entre deux personnes ou structures, que la relation soit formalisée dans une convention ou qu'elle soit un accord tacite entre les deux parties. Le travail en équipe et en réseau possède un avantage certain pour la mise en œuvre d'actions d' « aller-vers ». En effet, les personnes rencontrées font souvent face à des difficultés qui touchent plusieurs domaines de leur vie. Et quand la personne n'est pas dans la demande, l'équipe ne peut pas prévoir dans quel domaine la personne pourra la formuler. C'est pourquoi, les démarches d' « aller-vers » engagent les équipes dans une vision globale de la personne. Les équipes et les réseaux de partenaires sont souvent composées de personnes venant d'horizons divers, non seulement de différentes professions mais aussi de cultures différentes, de milieux différents, etc. La diversité des regards posés sur la personne permet d'abaisser certaines barrières (liées à la culture, à la langue, etc.), mais elle permet aussi la prise en compte d'une personne dans une vision holistique.

a) Travailler en équipe

Formation et supervision

Les personnes qui réalisent les actions d' « aller-vers » sont salariées ou bénévoles, venant majoritairement des métiers du social et de la santé (éducateur spécialisé, psychiatre, psychologue, infirmier, animateur, assistant social)¹¹. La formation et le nombre d'année d'expérience n'a pas fait l'objet d'une collecte de donnée poussée lors de cette mission. Cependant, le besoin de formation des bénévoles, de formation spécifique des professionnels à propos des spécificités d'un public, de formation transdisciplinaires (décloisonnement des pratiques), a été de nombreuses fois évoqué lors des entretiens, des réunions, lors des observations. On peut aussi s'interroger sur la présence systématique de moment de supervision qui contribue à la formation en continu et à l'adaptation des pratiques. La formation tout comme l'expérience semble jouer un rôle important dans le repérage des situations qui nécessite une démarche d' « aller-vers » et dans l'accompagnement des personnes.

Coordination

Une bonne coordination permet la circulation de l'information entre les différents membres d'une équipe, entre les équipes de jour et celles de nuit, entre les travailleurs de terrain et ceux au local, entre les bénévoles et les salariés. La coordination au sein d'une équipe a été soulignée comme importante pour permettre le suivi des personnes. La bonne circulation d'information peut notamment passer par les comptes rendus de maraude et les indications de pré-maraude, le débat et les discussions collectives. Beaucoup d'équipe ont fait le choix de faire participer le personnel qui travaille au local aux actions d' « aller-vers » pour permettre une fluidité dans les relations avec les usagers. D'autres équipes ont fait le choix de faire tourner les travailleurs des postes sur le terrain aux postes au local.

Turn-over

Il y a généralement beaucoup de turn-over dans les équipes. Il est peut être utilisé comme une stratégie pour la fluidité des relations avec les personnes comme présenté ci-dessus, mais il est dans certain cas symptomatique des difficultés vécues dans le travail. Si dans le premier cas, le turn-over est source d'enrichissement pour l'équipe, dans le deuxième, il peut provoquer une perte d'information, et de compétences. L'importance de la transmission des connaissances en interne a été soulignée, pour ne pas perdre le bénéfice des formations et ne pas épuiser les équipes formatrices qui interviennent. Certaines équipes font le choix d'une politique de recrutement insistant sur l'engagement de long terme (bénévole ou salarié), mais cette stabilité est aussi fonction de la stabilité des missions et de la permanence des financements.

b) Etablir des partenariats

Les acteurs d' « aller-vers » sont amenés à constituer toutes sortes de partenariats, qui ont différentes fonctions. Ces partenaires s'inscrivent le plus souvent dans une logique territoriale.

¹¹ Lorsque la profession est indiquée pour les bénévoles.

Diversités des rôles des partenaires

- **Des partenaires vers qui orienter les personnes.** Les acteurs de « aller-vers » peuvent être interpellés à propos de tous les sujets de la vie, en passant de l'emploi, au logement, à la santé, etc. Non seulement le partenariat permet de compléter l'offre de services mais il permet aussi de faciliter, d'accélérer les démarches pour les bénéficiaires.
- **Des partenaires en contact quotidien avec les personnes.** De la même manière, les personnes en contact quotidien avec les public cible sont des relais et des sources d'information essentiels à l'action. Ces personnes peuvent être des commerçants du quartier, les bénéficiaires eux-mêmes, les agents de propreté des espaces publics, les agents de service de sécurité des gares, etc. Ces personnes peuvent à la fois relayer des informations sur les personnes mais aussi relayer de l'information vers les personnes. Ils sont le mieux à même d'alerter sur les situations inquiétantes, les changements de comportement, les lieux probables où l'on peut trouver une personne, etc. Ils sont aussi des témoins clés des évolutions des terrains, des pratiques, etc.
- **Des partenaires « experts ».** Certains partenaires sont sollicités pour leur expertise sur un sujet, ou sur un public cible. Ils peuvent à la fois former les acteurs de terrain, participer à des réunions de retours d'expérience, et aussi évaluer directement la situation d'une personne. Les EMPP par exemple réalisent la formation, les séances de supervision et l'évaluation directe de personne en santé mentale. Le partenaire expert n'a pas de « baguette magique », il travaille en collaboration avec l'intervenant, apporte son expertise à celle de l'intervenant pour trouver la réponse la plus adaptée à la situation à laquelle est confrontée l'intervenant.
- **Des partenaires avec qui il faut se coordonner.** L'intervenant doit se coordonner avec les autres acteurs du même territoire et ceux qui interviennent pour le même public cible pour optimiser la couverture de son secteur en termes de plage horaires et de jours de la semaine, en termes de lieux d'intervention possibles, etc. Les intervenants peuvent aussi se coordonner pour ne pas aborder les mêmes thématiques avec un public cible. L'objectif de la coordination étant de répartir les ressources autant que possible, en évitant au maximum que la répétition d'intervention auprès d'une même personne si cela n'est pas nécessaire.

La diversité des partenariats sur laquelle s'appuient les acteurs d' « aller-vers » pose la question des conditions du partage d'information. La loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016 donne un cadre au partage de l'information, appelé « secret partagé ». Les informations données par une personne sont réputées comme confiées à l'ensemble de l'équipe de soins comme définit par l'article L. 1110-12. Le partage de ces informations au sein de l'équipe peut donc se faire grâce à l'accord tacite donné par la personne. En revanche, le consentement de la personne doit être demandé avant le partage d'informations « hors équipe de soins ». Seules les informations nécessaires à la coordination et la continuité du parcours (santé ou social) seront partagées. On peut s'interroger sur le respect de la demande de consentement avant le partage d'information.

Des niveaux de formalisation qui varient

Les partenariats prennent des formes très diverses allant de l'alliance avec un accord de personne à personne, représentant le niveau le moins formalisé, jusqu'à la convention entre structures, représentant le niveau le plus formalisé de partenariat. Dans tous les cas, les partenaires établissent (plus ou moins formellement) des règles de « bon » fonctionnement. Pour cela, une bonne connaissance mutuelle des compétences, des objectifs, des contraintes, des règles, etc. de chaque

partenaire est un préalable important. Le partage d'un langage et d'outils en commun participe au décloisonnement des pratiques en facilitant la communication et la prise de décision en commun. Les conditions de réciprocité d'un partenariat doivent aussi être définies lors de ce processus d'approvisionnement.

Il faut remarquer que les partenariats dépendent très souvent de personnes qui travaillent au sein des structures. Ces personnes contacts ou ressources, sont les personnes vers qui les acteurs du « aller-vers » se tournent de façon privilégiée. D'après les entretiens avec les acteurs de terrain, ces personnes contacts possèdent des qualités particulières qui les rendent particulièrement appréciées (ouverture d'esprit, capacité d'influence dans la structure, bonne connaissance des spécificités du public, etc.). Néanmoins, la capacité de ces partenariats à surmonter à l'absence ou au départ d'une personne contact est à interroger. Parmi les règles du partenariat à définir, la temporalité ou pérennité est un point intéressant à soulever.

c) Accompagner l'adaptation des part en aires

Le travail de partenariat vise non seulement à pouvoir répondre à la diversité des projets des personnes en élargissant la palette des solutions qui leurs sont accessibles mais il a également pour objectif de créer un environnement favorable pour le public cible. Les personnes en situation de précarité ou de vulnérabilité sont souvent confrontées à des difficultés dans les structures de droit commun (Przewlocka-Alves & Boussard-Lalauze, 2011). Il y a donc tout un travail d'information, de formation, et de sensibilisation entre les acteurs d' « aller-vers » et les acteurs des structures de droit commun. Par exemple, une médiatrice peut réaliser des séances de sensibilisation pour les professionnels d'une structure de santé à propos des personnes vivant en bidonville. Inversement, les professionnels de la structure peuvent sensibiliser la médiatrice à la prise en charge en santé mentale. Ce travail contribue à la montée en compétences de tous les acteurs. Les partenaires peuvent aussi organiser des réunions pour partager leurs expériences dans des situations complexes. Ces réunions sont des temps de réflexion permettant l'adaptation des pratiques, elles sont connues sous différents noms « réunion de synthèse », « réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) », etc.

d) Assurer la coordination

La coordination entre les partenaires est essentielle pour suivre et optimiser le parcours du public cible. Elle permet à un acteur d'une maraude d'intervention sociale de savoir, par exemple, ce qu'il est advenu de la personne qu'il a orientée vers la PASS. La coordination permet de mobiliser différents acteurs et compétences venant de territoire parfois différents autour de la situation d'une personne. Elle travaille à la fluidification des relations et la montée en compétences des acteurs en favorisant l'échange sur les besoins, les pratiques, les expériences. L'activité de coordination est assurée à la fois par les acteurs de terrains directement, mais elle est aussi parfois assurée par un acteur dédié à la coordination. C'est notamment le cas à Paris, dont la coordination des maraudes est assurée par le Samu Social de Paris. Des acteurs dans les autres départements assurent cette fonction tout en l'adaptant aux besoins du territoire. Parfois, cette coordination est thématique. Par exemple, le réseau Solipam assure la coordination sociale et médicale pour le suivi des femmes enceintes sans chez-elles. A priori, il n'y a pas de coordination de l'ensemble des acteurs d' « aller-vers » dans la région Ile-de-France.

5. Veiller et alerter

a) « Garder un œil » sur les évolutions et alerter sur les situations problématiques

Certains porteurs d'action rencontrés ont des projets visant à l'amélioration des connaissances sur les pratiques des publics cibles, sur les barrières rencontrées, sur l'impact des politiques publiques, etc. Ces projets ont aussi pour but de rendre visible des phénomènes, de valoriser des expériences de terrain pour appuyer leurs plaidoyers. Ces projets mêlent plusieurs disciplines comme les sciences sociales, l'épidémiologie, etc. On peut citer à titre d'exemple, les projets d'étude des associations les Amis du Bus des Femmes et Acceptess-T qui porteront notamment sur l'impact des politiques publiques sur le parcours de vie, la santé et le travail des personnes qui se prostituent.

Tous les acteurs ne sont pas engagés dans de tels projets, mais leur présence régulière sur le terrain leur permet de « garder un œil » sur les évolutions du territoire et du public. Ils assurent cette fonction de veille en développant des outils de suivi, comme la cartographie, la prise en note systématique des principaux sujets de conversation, etc. Ces outils peuvent être partagés avec les partenaires.

Cette veille est aussi importante pour permettre d'alerter sur les situations de dysfonctionnement des dispositifs de prise en charge du public. Un refus de soins qui ne devrait pas avoir lieu, une démarche qui prend beaucoup plus de temps qu'elle ne devrait, des personnes qui ne rentrent dans aucune des « cases » prévues par l'administration et dont on refuse l'accès aux droits, etc. Les acteurs de terrain sont des témoins directs et des porte-paroles de ces situations et des problématiques émergentes.

b) Suivre et évaluer les actions

Outils de suivi

Tous les acteurs observés possèdent des moyens de suivre leur action d'une fois sur l'autre. Ces outils permettent non seulement, de produire les données quantitatives et qualitatives nécessaires au rapport d'activité, mais aussi d'évaluer les activités mises en place pour décider du futur des programmes, et enfin de suivre l'évolution de la situation des personnes. Enfin, les données produites grâce à ces outils permettent de mieux valoriser les actions. Les outils sont différents d'un acteur à l'autre : feuille de papier blanche où l'on note les personnes vues, grille avec des items à reporter, application connectée avec suivi géolocalisé, etc.

Indicateurs

Les indicateurs d'impact utilisés paraissent insuffisamment ou peu appropriés à l'évaluation des activités d'« aller-vers ». En effet, ces indicateurs ne valorisent pas la qualité des relations ni le temps passé à les nouer ou à chercher des informations pour orienter la personne, ou le temps et l'énergie investis dans l'accompagnement des démarches d'une personne. Ils ne permettent pas toujours de rendre compte des évolutions du terrain, information essentielle pour une bonne adéquation de l'intervention. Lors d'une matinée de maraude, on peut ne rencontrer qu'une seule personne et avoir pu échanger 30 minutes avec elle. La qualité de cet échange pouvant varier d'une conversation anodine à la formulation d'une demande. D'un autre côté, il est possible qu'en une matinée de maraude on ait rencontré 30 personnes et qu'on ait pu échanger qu'un bonjour. Mais il est possible que ce bonjour à ce moment précis ait pu participer à créer ou maintenir un lien social apte à encourager par la suite une personne à se rendre dans un accueil de jour où elle pourra demander

cette fois-ci un accompagnement. Dans les deux cas, il est extrêmement difficile d'évaluer l'impact que ces conversations peuvent avoir sur la personne. De plus, on note bien que la qualité de la conversation (durée et contenu de l'échange) n'est pas toujours liée à l'impact sur la personne. Les indicateurs d'impact spécifique aux actions d' « aller-vers » recueillies lors des entretiens et des observations sont présentés dans le tableau ci-dessous. On peut remarquer qu'ils correspondent généralement à de petits changements de comportements. Ce recueil est une première piste de réflexion pour définir des indicateurs d'impact adaptés aux actions d' « aller-vers ».

Tableau 9 : Indicateurs d'impact des actions d' « aller-vers » recueillis lors de la mission

Indicateurs positifs¹²	Indicateurs négatifs¹³
Indicateur d'une bonne relation de confiance, ou d'une avancée dans la confiance	Indicateur de la dégradation de la relation de confiance
Voir au moins une personne et avoir une bonne discussion avec elle (partage d'informations sur sa situation, formulation d'une demande)	Quand le lien est rompu
Quand on passe d'une discussion anodine à quelque chose de plus personnel	Indicateur d'une évolution du terrain
Quand la personne donne son prénom ou son pseudonyme	Ne voir personne lors d'une sortie
Quand une personne qui n'est plus suivie rappelle lorsqu'elle a un souci	Indicateurs des difficultés à accompagner une personne
Quand une personne nous emmène une autre personne	Quand l'état de santé d'une personne se dégrade et on n'a rien pu faire
Indicateur d'une autonomisation de la personne suivie	Autre
Quand une personne se rend de façon autonome à un de ses rendez-vous médicaux.	Quand une personne décède
Indicateur du succès d'un accompagnement	
Quand un accompagnement a réussi, (qu'on ne voit plus la personne)	
Quand un patient guéri	
Quand une personne réussit à évoquer un sujet tabou ou difficile avec un professionnel	
Quand une personne accepte un acte médical ou de prévention alors qu'elle refusait jusqu'alors	
Autre	
Quand une personne non connue vient nous voir spontanément	

¹² Qu'est-ce qui est pour vous une bonne journée / maraude / sortie / tournée ?

¹³ Qu'est-ce qui est pour vous une mauvaise journée / maraude / sortie / tournée ?

VI. Questions transversales

De nombreuses questions ont déjà été abordées au cours de ce document comme par exemple la question des règles de distribution, subtile balance entre principes d'équité et d'égalité, ou bien encore la question de la gestion de la confidentialité au sein d'un groupe. Certaines questions méritaient d'être détaillées au vu du poids qu'elles ont pris dans les conversations et observations au cours de la mission.

1. Barrière de la langue

Les acteurs de terrain utilisent plusieurs stratégies lorsqu'ils sont confrontés à la barrière de la langue.

- 1) **S'appuyer sur les compétences internes à l'équipe.** Les bénévoles ou salariés d'une équipe, sans forcément avoir été recrutés pour leurs compétences linguistiques, peuvent maîtriser plusieurs langues et aider leurs collègues à communiquer avec une personne.
- 2) **S'appuyer sur les compétences d'une personne relais.** Les personnes relais ne sont pas des professionnels de la traduction, mais ont une bonne maîtrise du français et de la langue en question, ils peuvent être un membre de la famille, de la communauté, un compagnon de voyage, etc. Il faut toutefois être conscient que cette traduction n'est pas professionnelle et que des enjeux de pouvoir peuvent mettre à mal la traduction.
- 3) **Utiliser des mots simples, accompagnés de gestes et de mimes.** Lorsqu'aucune personne présente ne parle la langue de la personne rencontrée, le premier recours des travailleurs consiste à utiliser des mots simples de français accompagnés de gestes ou de mimes. Un « toi, venir, bureau, Père Lachaise, 12h, dans deux jours » accompagné d'un geste pour montrer la personne, puis indiquer la direction de Paris, montrer l'heure sur la montre, et faire signe que ce n'est pas demain mais le jour d'après, fonctionne mieux qu'un « Nous te donnons rendez-vous après-demain au local de l'association à 12h. ».
- 4) **Avoir recours aux outils spécialisés.** Les acteurs peuvent avoir recours à des brochures ou autres outils traduits dans la ou les langues majoritaires du public cible. Certains opérateurs ont construit, et même co-construit avec le public cible, ces outils pour s'assurer de leur intelligibilité auprès du public. Il existe aussi des imagiers, comme celui produit par le Routard et Voyageurs du Monde. Aucune des équipes observées ne s'en est servies sur le terrain bien qu'on m'ait montré leur existence. Enfin, les intervenants peuvent avoir recours aux traducteurs en ligne, version écrite ou version orale.
- 5) **S'appuyer sur des compétences externes de partenaires.** Lors de situations plus délicates, des compétences linguistiques externes situées au niveau de partenaires peuvent être mobilisées à titre occasionnel. L'équipe Bociék (parlant plusieurs langues de l'Europe de l'Est) est très souvent citée par les opérateurs de terrain.
- 6) **Avoir recours à l'interprétariat professionnel.** Lorsque les compétences ci-dessus ne suffisent pas à la communication, quand l'accompagnement de la personne devient complexe (lors d'une prise de décision importante, de l'annonce d'un diagnostic, etc.), les acteurs font appel à un interprète professionnel. Cette traduction peut avoir lieu en personne ou par téléphone. Le recours à l'interprétariat professionnel en dernier lieu s'explique principalement par le coût de celui-ci, étant souvent non-compris ou non-priorisé dans les budgets des structures.

2. Faire correspondre l'offre, la demande et les besoins

Une offre non-adaptée. Les acteurs d' « aller-vers » tentent de préciser le plus possible la demande de la personne en la faisant correspondre à ses besoins pour lui proposer la solution la plus adaptée (« les personnes peuvent être surprises qu'on leur pose des questions sur elle au 115 »). Il arrive que l'offre existante ne réponde pas aux besoins ou à la demande. Dans un contexte de pénurie du logement, l'offre existante de solution adaptée à des cas particulier plus ou moins courant fait souvent défaut. Par exemple, une femme mineure enceinte ou avec un jeune enfant souhaitant un logement avec son compagnon, une personne vivant à la rue souhaitant une place d'hébergement non-collective, etc. Les solutions proposées étant peu adaptées - un logement pour la femme et son enfant seuls sans le compagnon dans le premier exemple, une place d'hébergement collective dans le deuxième - peuvent être des facteurs de rupture de l'accompagnement ou des facteurs de retour à la rue.

Des logiques administratives divergentes. Les logiques administratives des structures de droit commun tranchent parfois avec les réalités du terrain. Par exemple, lorsqu'une personne hospitalisée pour une opération est autorisée à sortir alors qu'aucune solution d'hébergement n'a été trouvée et que d'importants soins de suite doivent être effectués. Pour l'établissement hospitalier, il est question du coût d'une journée d'hospitalisation et du coût des soins dus aux complications qui peuvent survenir dans cette situation. Pour le travailleur social référent de cette personne, il est question d'avoir été prévenu suffisamment à l'avance pour avoir eu le temps de trouver une solution d'hébergement et de maintenir la personne à l'hôpital autant de temps qu'il n'en faut pour trouver une solution ou jusqu'à rétablissement complet de la personne. Ces divergences de logiques administratives, de priorisations se retrouvent dans de nombreuses situations et suscitent parfois de vives tensions entre les différents acteurs qui s'impliquent autour du cas d'une personne.

Des temporalités d'action qui rentrent en conflit. Pour de nombreux acteurs, ne pas être assimilé aux forces de répression est très important pour ne pas rompre le lien de confiance. Or, il n'est pas rare que des interventions d'expulsion soient organisées au même moment que des actions d' « aller-vers », créant de ce fait des situations très complexes. Par exemple, une campagne de vaccination de la rougeole mandatée par l'ARS ne peut avoir lieu car le bidonville a été évacué les jours précédents sur décision de la Préfecture. Autre exemple, l'accès à un campement est refusé par les habitants car ils ont peur que les intervenants d' « aller-vers » soient parties prenantes des expulsions (en communiquant des informations sur le nombre de personnes par exemple). Bien que des actions de médiation puissent apaiser et clarifier ce genre de situations, les problématiques semblent persister.

3. Respect du libre arbitre et non-assistance à personne en danger

Un nombre important de documents et d'acteurs met l'accent sur le respect des choix des personnes rencontrées, tout en essayant de contextualiser ces choix. Il arrive que certaines personnes dans leurs tentes, dans leurs abris ou rencontrées dans la rue ne répondent pas lorsqu'on les salue, lorsqu'on les appelle. Ces personnes peuvent dormir, être absente, ou bien refuser de répondre. L'intervenant peut choisir de ne pas déranger la personne ou bien forcer le contact pour s'assurer que la personne va bien. Cela pose la question de la limite entre le respect du libre arbitre des personnes et la non-assistance à personne en danger. Dans quelles conditions un intervenant doit-il adopter une conduite plus intrusive pour s'assurer de l'état d'une personne ? Dans quelles conditions

une conduite est jugée trop intrusive et ne respectant pas le libre arbitre de la personne ? Ces questions très délicates se posent aussi dans un autre cas de figure. Il arrive que certaines personnes ne souhaitent pas être accompagnées. Dans ce deuxième cas, l'intervenant doit être capable de distinguer la personne qui dit n'avoir besoin de rien mais qui n'est pas en état de demander quelque chose (cf. syndrome d'auto-exclusion), de celle qui refuse avec discernement l'aide proposée. Les équipes sont attentives à tous les signaux qui peuvent être émis par les personnes (verbaux et non-verbaux) qui pourraient signifier un accord tacite pour que les intervenants portent la demande à la place de la personne. On peut donner à titre d'exemple cette conversation rapportée par J. Furtos (Furtos, 2007, p. 29), « le psychiatre demande à cet homme : « voulez-vous que je revienne vous voir, je pense que cela peut vous aider ». L'homme lui répond « non. Je ne veux pas. Mais vous, est-ce que vous le voulez ? ». Le psychiatre répond : « oui, je le souhaite ». Il porte ainsi la demande, qu'il ressent d'ailleurs, et l'homme répond alors : « vous serez le bienvenu ». En cas de refus et de situation inquiétante, la police et les psychiatres sont les seuls à pouvoir dépasser le libre arbitre et le non consentement de la personne.

4. Les limites et enjeux du non-jugement.

Les acteurs de l' « aller-vers » essaient autant que possible de respecter les valeurs et les choix des personnes. Cela suppose qu'ils ne préjugent pas de ce qui doit être fait et ne favorisent aucun type de soutien plus qu'un autre. Il arrive par exemple que des personnes accompagnées vers une solution de logement préfèrent retourner vivre dans la rue. La personne peut préférer dormir à la rue parce qu'elle y a trouvé un équilibre, parce que sa vie sociale y est, parce qu'elle y trouve une plus grande liberté, etc. Parfois, maintenir une personne dans un hébergement peut lui être plus nuisible que de la laisser retourner vivre dans la rue. Pourtant, il existe des situations où il est plus difficile pour les intervenants de tenir cette position de non-jugement. Par exemple, lorsqu'un mari ou une belle-mère refuse la contraception demandée par une femme mineure. La situation mêle à la fois rapports de pouvoir intrafamiliaux qui peuvent être jugés comme abusifs en France, un mariage précoce présumant des relations sexuelles et des possibles grossesses dont le désir est questionné, autant de questions qui interrogent la position du non-jugement. Sachant qu'une posture jugée inadéquate par les personnes, une posture de jugement trop marquée peut amener la rupture de la relation voire l'interdiction de la structure d'accéder au public. La question des limites et des enjeux de la position du non-jugement prend tout son sens.

5. Rendre une pratique ou un statut stigmatisé et/ou illégal visible

Les acteurs interrogés ont presque tous mentionné la difficulté à aller vers certains publics. Par exemple, les personnes fréquentant les lieux privés ou moins visibles et accessibles sous différentes formes ont été citées (personnes qui se prostituent participant à des soirées libertines privées, personnes dormant dans les parkings privés, etc.). Dans certains cas, le choix d'un lieu à l'écart, difficilement accessible des intervenants, peut aussi provenir d'un choix délibéré de la personne à ne pas être « visitée ». Pour une personne qui se prostitue, être vue à proximité du bus de réduction des risques, sur un territoire qui n'est pas le sien peut mettre sa vie en danger. L'approche d'un intervenant affichant clairement le cadre de son intervention (réduction des risques pour les usagers de drogues, pour les personnes se prostituant, maraude pour les personnes à la rue, etc.) comporte des enjeux pour la personne dans son environnement social par rapport à des pratiques ou un statut parfois stigmatisé, illégal ou bien les deux. Là, se trouve un équilibre à trouver entre le respect du choix d'une personne à ne pas être « visitée », quel qu'en soit les raisons, et l'assurance qu'une

personne dans le besoin n'est pas privée d'un accès à la santé. La recherche d'une couverture totale d'un public pour un territoire donné est donc remise en question par le risque de nuire à la personne en rendant visible elle ou ses pratiques aux yeux des autres.

6. Les limites et enjeux de l'accompagnement

Allant de pair avec l'autonomie, un des objectifs souvent mentionné est le renforcement du pouvoir d'agir des personnes. C'est une vision positive de la personne qui est privilégiée, mobilisant, valorisant et renforçant les capacités et les ressources existantes de la personne (connaissances sur sa vie, son milieu, etc.). Dans ce cadre, l'accompagnement prend fin quand la personne est actrice de son parcours, en mesure de faire des choix et de les faire respecter. Mais on peut se demander si toutes les actions d'« aller-vers » ont pour objectif de renforcer le pouvoir d'agir de la personne. On peut aussi s'interroger sur la définition d'autonomie. A quel moment considère-t-on qu'une personne est autonome ? Pour certaines équipes l'accompagnement prend fin, par exemple, une fois que la personne est prise en charge dans une structure de santé ou bien lorsqu'elle accède au logement. L'arrêt de l'accompagnement peut être néfaste pour la personne, malgré les relais possibles (pertes de repères, perte d'information sur le parcours de la personne, incapacité à réaliser les démarches seule, etc.). Si un retour à la rue ne doit pas être forcément interprété comme un échec et fait partie du processus de sortie de la rue, le manque d'accompagnement personnalisé sur le long terme a souvent été cité comme une des raisons du faible taux de réussite des démarches engagées. Ce qui amène de nouveau à s'interroger sur les limites de l'accompagnement, non seulement dans le temps mais aussi dans son contenu. Jusqu'où peut-on et doit-on aller pour accompagner une personne ? Quels sont les critères pour mettre fin à un accompagnement ? Ces questions sont aussi valables pour les tentatives de rentrer en contact avec une personne. A partir de combien de non-réponse à un bonjour considère-t-on qu'il vaut mieux aller dire bonjour à une autre personne ? Jusqu'où peut-on et doit-on aller pour rencontrer des publics qui sont difficilement accessibles (scènes de deal et consommation, soirées libertines privées) ? Doit-on boire avec une personne qui paraît hermétique à toute discussion pour pouvoir rentrer en contact avec elle ?

7. Quelle place pour le public cible ?

De nombreux acteurs utilisent une approche communautaire, c'est-à-dire que les personnes faisant partie de leur public cible s'engagent dans la conception jusqu'à l'évaluation d'une action. Les personnes sont par exemple impliquées dans le conseil d'administration, en tant que bénévole pour aider à gérer la vie du « local » (ou base arrière), etc. Le retour du public cible sur les actions d'« aller-vers » est rarement demandé, bien qu'il s'exprime de manière informelle (lorsqu'une personne donne sa confiance à l'équipe pour une démarche par exemple). Cependant, il serait très intéressant d'inclure systématiquement l'avis des bénéficiaires dans le but d'optimiser les actions (satisfaction, propositions d'amélioration, etc.).

Ils sont aussi parfois impliqués dans la mise en œuvre des actions en tant que médiateurs pairs ou pairs aidants. La personne pair est une personne qui a vécu une expérience similaire aux personnes qu'elle aide, parce qu'elle vient du même quartier/pays, qu'elle a travaillé dans le même lieu, qu'elle a été malade, ..., et qui se sert de ce savoir expérientiel pour conseiller, accompagner, traduire, etc. Le travail pair a acquis des compétences et des connaissances spécifiques tirées de son expérience auxquelles un autre travailleur aura du mal à être formé. Certains opérateurs ont émis le souhait de recruter de façon permanente ou d'avoir recours occasionnellement à des travailleurs pairs. Néanmoins certains s'interrogent sur les enjeux pour une personne d'intervenir auprès de pairs. Par

exemple, on peut se demander quels sont les aménagements à mettre en place pour protéger et accompagner la personne païre lorsqu'elle est confrontée à des situations qui peuvent résonner avec son expérience de façon négative (« on en sait pas ce que ça peut faire remonter chez cette personne »). Cette question peut aussi se poser lorsque la personne païre intervient à propos de sujet tabou ou stigmatisant.

8. Santé mentale

L'étude SAMENTA (Laporte & Chauvin, 2010) montre qu'un tiers des personnes sans-abris souffrent de troubles psychiatriques sévères, une prévalence plus forte qu'en population générale. Le sentiment d'être démuné face aux « délires » ou au refus total d'aide, etc. a été mentionné plusieurs fois par les intervenants lors de cette mission. La santé mentale fait l'objet d'une attention particulière dans de nombreux projets. Toutefois, il faut être vigilant à faire la différence entre la souffrance psychique et les troubles qui relèvent de la psychiatrie. Les acteurs ont émis le souhait d'être mieux outillés pour faire face à ces situations. Pourtant, des outils existent comme par exemple, les vidéos « Soigner la première rencontre » sensibilisant les intervenants à la santé mentale en contexte d'exclusion. Ceci nous amène à penser qu'il faut permettre une plus large diffusion des outils existants en les adaptant si le besoin s'en fait ressentir. Les intervenants en santé mentale comme les EMPP et les CMP gagneraient à être mieux connus de tous les acteurs d' « aller-vers » pour être davantage mobilisés et à bon escient. D'un autre côté, le manque de moyens des équipes spécialisées en santé mentale pour les publics en situation de grande précarité a été exprimé par ces mêmes équipes mais aussi par d'autres acteurs qui demandent une couverture complète du territoire. La question d'un interprétariat professionnel spécialisé dans la question de la santé mentale est aussi présente dans l'esprit de ces intervenants.

CONCLUSION

Ce travail d'analyse qualitatif utilisant des sources mixtes avait pour objectif de rendre plus visible et lisible l'offre régionale d' « aller-vers » en direction des personnes en situation de grande précarité. Cet objectif a été atteint en créant un répertoire des actions régionales. Il permettra à l'ARS de savoir quel acteur mobiliser en cas d'émergence d'un besoin. Cependant, il faudra réfléchir aux enjeux que peuvent poser la mobilisation d'un intervenant sur un territoire non-couvert, ou un public non-connu, etc. Ce recensement n'est pas exhaustif, il devrait être poursuivi à l'échelle des territoires et en fonction des besoins exprimés sur ceux-ci. Cet état des lieux des ressources et des besoins par département par exemple permettra de cartographier les zones où il y a des besoins non-couverts et les zones où il y a trop d'intervenants ou trop d'actions par rapport aux besoins. Ce qui implique de définir des niveaux minimums et maximums d'intervention par besoin identifié. Pour être utile à tous les intervenants, le répertoire des actions et des acteurs devrait faire l'objet d'une mise en ligne sur le site de l'ARS. Les modalités de publication (contenu des informations publiées) doivent être discutées entre les acteurs de terrain et l'ARS. Au vu des évolutions rapides du terrain et des actions d' « aller-vers » une mise à jour régulière du document serait pertinente, au risque de voir le document devenir obsolète rapidement.

Cette mission a aussi permis l'élaboration d'un lexique commun et une réflexion sur l' « aller-vers » dont les principaux résultats sont rappelés ci-dessous.

La démarche d' « aller-vers » est caractérisée par le déplacement de l'intervenant vers son public cible, ce déplacement pouvant être physique, virtuel ou symbolique. Elle s'adresse à des personnes qui ne vont pas par elles-mêmes vers les structures de droit commun, qui ne demandent pas. Les intervenants déterminent un public cible en fonction de critères qui ne sont pas toujours formalisés et visibles. De plus, il a été difficile pour la majorité des acteurs de les traduire en signes ou indices pour le repérage du public cible lors d'une action (par exemple dans le cas d'un public mêlé à la population générale). Le choix d'un public cible s'accompagne du choix de lieux d'intervention fréquentés par ce public à des horaires qui permettent une relation de qualité (disponibilité des personnes, temps calme favorisant l'écoute, etc.). Dans un monde de ressources limitées s'impose la nécessité de prioriser certains publics et certains lieux d'intervention. L'ensemble de ces stratégies mériteraient d'être systématiquement plus visible dans la description des actions pour une meilleure lisibilité et valorisation de celles-ci.

A partir des données collectées, plusieurs typologies d'interventions ont été dégagées. Il y a tout d'abord les maraudes, basées sur la recherche de personnes faisant partie d'un public cible dans l'espace public. Les maraudes sont divisées en plusieurs catégories (maraude bénévole, maraude d'intervention sociale (MIS), maraude d'évaluation et d'orientation (MEO), maraude spécialisée) ayant chacune des spécificités en termes d'objectifs, de stratégies, de ressources humaines, etc. Viennent ensuite les équipes mobiles qui se différencient des maraudes car elles ne réalisent pas de prospection. Ces dernières se déplacent sur les lieux fréquentés par leur public cible en fonction de besoins identifiés au préalable. Deux types d'équipes mobiles ont été différenciées : les équipes mobiles avec une approche thématique (psychiatrie, tuberculose, etc.) et celles avec une approche populationnelle (personnes hébergées dans les hôtels sociaux, personnes habitant en squat ou bidonville, etc.). Enfin, les permanences délocalisées se définissent par le déplacement d'un service dans un lieu différent du lieu habituel d'exercice, à des heures et des jours fixes.

Toutes les actions se réclamant d'une démarche d' « aller-vers » ont pour objectifs minimaux de créer du lien avec la personne, de l'informer, et de réduire les risques auxquels la personne pourrait être exposée. Si toutes les actions répertoriées donnent de l'importance à la création de liens, peu la définissent. En rassemblant les différentes expériences, il a été possible de proposer quelques éléments communs.

La création de lien passe par une étape de prospection, puis l'intervenant doit provoquer la rencontre, trouver des stratégies pour maintenir le lien créer et alerter en cas de situation inquiétante. Toutefois de nombreuses questions persistent. Par exemple, une personne peut donner sa confiance à l'intervenant en tant qu'individu ou bien en tant que membre d'une équipe, d'une structure, etc. Le choix des entités sur qui la relation de confiance porte est important et a des conséquences sur la façon dont l'intervenant se présente. La distribution de biens de première nécessité comme source de lien social est aussi interrogée par les acteurs. Autre exemple, la crédibilité des acteurs fait partie des éléments importants du lien de confiance, il serait intéressant de recueillir l'avis du public sur les facteurs qui fondent ou compromettent la crédibilité d'un intervenant.

On peut également se questionner sur les objectifs de cette création de lien. Le lien de confiance a régulièrement été mis en exergue pour permettre l'accompagnement des personnes. L'accompagnement passe d'abord par la formulation d'une demande. Ce qui interroge la responsabilité d'un intervenant à porter la demande d'une personne dans l'incapacité ou dans l'impossibilité de la formuler. Il y a toujours une négociation à opérer entre le respect du choix des personnes et la non-assistance à personne en danger, mais il serait intéressant de formaliser cette réflexion à l'échelle de chaque équipe voire de l'étendre à tous les intervenants.

L'étape suivante étant l'information et l'orientation des personnes vers une solution adaptée. De nombreux outils sont utilisés, la participation du public à leur élaboration tout comme le partage de ces outils, sont des sujets qui mériteraient d'être approfondis. L'accompagnement des personnes va pour certains intervenants au-delà de l'information et de l'orientation. Ils peuvent accompagner dans les démarches administratives, notamment pour s'assurer de l'ouverture des droits des personnes. Cet accompagnement peut se manifester par un soutien moral, un déplacement physique avec les personnes dans les structures, un rappel des rendez-vous, etc. De nombreuses stratégies sont mises en place pour renforcer la capacité des personnes à se rendre de façon autonome dans les structures de droit commun. L'objectif n'étant pas de se substituer au droit commun mais de jouer le rôle de passerelle entre le public cible et les structures.

Ce rôle de passerelle s'entend aussi pour l'accompagnement des structures vers le public. L'organisation d'action de prévention comme les dépistages ou les vaccinations, ainsi que l'organisation de premiers soins fait partie des démarches d'« aller-vers ». Ces actions de prévention et de soins requièrent l'aménagement d'espaces de non-jugement et de confidentialité. En effet, il faut s'assurer que les personnes aient la possibilité de s'exprimer et de partager des informations confidentielles. Pour cela, les intervenants doivent prendre en compte les relations de pouvoir entre les personnes présentes, les sujets tabou ou stigmatisant, l'intimité et le rapport au corps, etc. Ces questions se posent particulièrement lorsqu'une personne dépend d'un tiers non-professionnel pour la traduction. La prévention peut aussi être réalisée au travers de la distribution de matériel de réduction des risques. Tout comme la distribution de biens de première nécessité, elles répondent à des règles choisies par l'équipe et qui interrogent les principes d'égalité et d'équité.

Les orientations, tout comme les accompagnements peuvent toucher à tous les domaines de la vie d'une personne : logement, emploi, éducation, santé, culture, etc. C'est une des raisons pour lesquelles les acteurs d'« aller-vers » ont besoin d'équipes multidisciplinaires et d'un solide réseau de partenaires. Les partenariats sont multiformes autant dans leur fonction que dans leur formalisation. Le décloisonnement des pratiques, principe nécessaire au bon fonctionnement d'un partenariat soulève la question des modalités du partage d'information. Il implique aussi une sensibilisation mutuelle des partenaires au travail qu'ils effectuent, à leurs contraintes, à leur public, etc. Les intervenants d'« aller-vers » favorisent la montée en compétences de tous les acteurs pour une adaptation au public cible. Les conditions de la pérennité du partenariat interrogent à la fois la réciprocité des échanges et les modalités de formalisation (le partenariat est-il personne-dépendant ?). Ce travail exige des temps de coordination important qui sont souvent peu valorisés.

Les actions d'« aller-vers » sont aussi un moyen pour les intervenants de rester attentifs aux évolutions dans les territoires. Cette veille permet d'alerter les services compétents sur les

disfonctionnement du système. Il serait intéressant d'étudier les processus pour témoigner des situations problématiques et d'évaluer leur efficacité.

Enfin, les intervenants évaluent leurs actions. Les indicateurs qu'ils utilisent sont généralement pertinents pour mesurer l'activité mais le sont peu lorsqu'il s'agit de prouver un impact. Or, les indicateurs de résultats sont essentiels pour valoriser une action auprès des tutelles. Ils jouent aussi un rôle dans la valorisation du travail des équipes d'intervention et leur absence peut être avancée comme un des facteurs de l'épuisement des équipes. Penser les indicateurs d'impact et les outils qui permettront de les relever (sans entraver l'action mais en restant pertinent) est un des chantiers importants pour l'avenir de ces actions.

A partir de l'analyse du travail effectué par les acteurs d'« aller-vers », des points d'attention ont été recensés. Ceux-ci ont vocation à accompagner la conception, la mise en œuvre, et l'évaluation des actions d'« aller-vers » sur l'ensemble de la région. Ils pourront tout à fait conduire à l'élaboration d'un guide d'écriture des rapports d'activité pour une meilleure lisibilité des actions et donc pour un dialogue de gestion constructif. Les tutelles pourront aussi apprécier la qualité d'un projet à la lumière de ces éléments. Ces points d'attention ne sont pas une préférence pour une modalité d'intervention ou l'utilisation d'un outil plutôt qu'un autre. Ce sont plutôt des questions pour susciter et donner à voir la réflexion sous-jacente aux choix des modalités d'interventions et leurs limites, tout en respectant les spécificités de chaque action.

Tableau 10 : Liste des points d'attention pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'une action d'« aller-vers »

Thèmes	Points d'attention
Éléments d'information sur l'action	Nom de l'action, du porteur et de la structure de rattachement
	Nom, fonction et coordonnées de la personne référente/contact
	Date du début de l'action
Public cible	Critères d'inclusion et d'exclusion définissant le public cible
	Critères pour la priorisation d'un public par rapport à un autre
	Indices pour le repérage du public dans l'espace public
	Description du public le plus difficilement accessible, ou invisible (techniques d'approches spécifiques)
	Place et modalité d'implication du public cible dans l'action (quand ? comment ? pourquoi ?)
Objectifs	Objectifs généraux, spécifiques et opérationnels (en utilisant au maximum les objectifs décrits dans ce document)
Typologie d'intervention	Choix d'une typologie d'intervention
Définitions	Lien de confiance : définition, entités porteuses du lien, stratégies pour la création du lien
	Autonomie d'une personne : définition et enjeux
Choix des stratégies déployées et justifications	Critères pour choisir un lieu d'intervention, les horaires, les jours, la régularité de l'intervention,

	<p>etc.</p> <p>Critères pour la priorisation des lieux d'intervention</p> <p>Stratégies d'approche (dans un nouveau lieu, avec une nouvelle personne)</p> <p>Stratégies pour faire face aux situations de violence</p> <p>Stratégies pour faire face à la barrière de la langue</p> <p>Stratégies pour gérer la confidentialité</p> <p>Stratégies pour individualiser la relation dans un binôme ou un groupe</p> <p>Stratégies d'indentification et de légitimation (uniforme, présentation de la structure, etc.)</p> <p>Choix de distribuer ou refuser toute distribution Règles de distribution choisies et motivations</p> <p>Critères d'acceptation du refus de l'aide, et d'intervention malgré le refus d'aide. Critères d'une situation qui mérite un signalement</p>
Ressources matérielles pour aller-vers	Objets, outils, matériels, etc. : Régularité de l'utilisation, efficacité, partage et/ou co-construction avec les partenaires, vérification de la bonne utilisation par le public cible
Partenariat	<p>Type et rôle des partenaires</p> <p>Règles pour établir un partenariat (définir le décloisonnement des pratiques, le partage d'information, les conditions de réciprocité, de pérennité, etc.)</p> <p>Coordination avec les partenaires : rythme et nature des réunions, partage d'outils communs, Comité de pilotage ouvert aux partenaires ou aux tutelles, etc.</p>
Propositions possibles au-delà de la rencontre	<p>Offres de services une fois que l'intervenant a réussi à rentrer en contact avec la personne</p> <p>Type d'orientations possibles et modalités de ces orientations (donne un papier avec une adresse, accompagne physiquement, etc.)</p> <p>Présence d'une base arrière et offre de service proposée dans celle-ci, importance de cette base pour l'intervention d' « aller-vers »</p> <p>Modalités du suivi des personnes (quels outils ?)</p>
Limites de l'action	<p>Enjeux de la visibilisation d'activités illégales ou stigmatisées (position, choix stratégique)</p> <p>Définition de règles par rapport au respect des choix d'une personne et à la non-assistance à personne en danger</p> <p>Les sujets tabous ou difficiles à aborder</p> <p>Critères de la fin d'un accompagnement</p>

	Conditions d'une tentative échouée de prise de contact
Travail en équipe et ressources humaines	Présence et statut des médiateurs
	Présence et statut des personnes pairs
	Séances de supervision et objectifs
	Critères de recrutement
	Besoins en formation. Outils ou système de capitalisation pour la transmission des savoirs et des compétences
	Règles de communication au sein de l'équipe
	Socle des connaissances nécessaires à tout intervenant à propos du public, des thématiques, du territoire
Suivi et évaluation de l'action	Définition des indicateurs de processus, d'activité et de résultats, ainsi que les outils de reporting adéquats
	Critères quotidiens d'évaluation de l'action
	Proportion du public touché par rapport au public ciblé
	Vignettes cliniques / Analyse de cas
	Evolution des pratiques par rapport à l'expérience
	Evolution du terrain et réflexion sur l'adaptation de l'intervention à ces évolutions
	Définition des règles pour faire remonter des situations problématiques aux institutions compétentes, (définir ce qu'est une situation de dysfonctionnement) Efficacité des règles existantes pour faire remonter l'information

PRECONISATIONS

	Préconisations pour les opérateurs	Préconisations pour les tutelles
Lexique définissant la démarche d'« aller-vers », les principales typologies d'intervention, et catégorisant les objectifs.	<p>Adopter le lexique dans les demandes de subvention, les conventions et les rapports d'activité</p> <p>Poursuivre la réflexion sur les définitions et notamment sur les bonnes pratiques (objectif : établir un référentiel des bonnes pratiques)</p>	<p>Diffuser et utiliser le vocabulaire dans les documents internes et externes (appels à projets, rapports, notes, etc.)</p> <p>Piloter un comité (incluant opérateurs et bénéficiaires) pour poursuivre le travail de définition et notamment sur les bonnes pratiques (objectif : établir un référentiel des bonnes pratiques)</p>
Répertoire des acteurs et des actions	Envoyer à l'ARS des compléments ou des modifications d'information	<p>Diffuser en interne et externe</p> <p>Mettre à jour régulièrement (ce qui implique un suivi des opérateurs et une mise à jour de la base de données)</p> <p>Poursuivre et élargir le recensement à l'échelle des départements (en fonction des besoins identifiés)</p>
Lisibilité des actions	<p>Rendre visible les justifications et les limites des stratégies d'intervention choisies</p> <p>Annoncer les modes d'intervention, les règles, mode de fonctionnement, les jours les horaires, et les logiques sous-jacentes, savoir à qui on réfère</p>	<p>Créer un canevas pour guider les acteurs dans l'écriture du rapport d'activité</p> <p>Adapter le formulaire COSA</p>
Evaluation des actions	Proposer des indicateurs, des méthodes et outils de reporting	Piloter un comité (incluant opérateur et bénéficiaires) ayant pour objectif la définition d'indicateurs de résultats, les méthodes et outils de reporting
Interprétariat	<p>Faire l'état des lieux des ressources et des besoins en interprétariat</p> <p>Etablir un budget en fonction de l'état des lieux</p>	Réaliser un état des lieux pour les différents publics, les différents territoires et les différentes thématiques de santé : des ressources (compétences linguistiques des équipes, interprètes professionnels, outils fiables, stratégies) et des

		besoins en interprétariat
Coordination / Gouvernance	Identifier les acteurs clés de coordination (par rapport à son secteur d'intervention, son public cible, ses thématiques) Comité de pilotage ouvert aux partenaires et aux tutelles	Comité de pilotage DRIHL/DDCS, ARS/DD, Préfecture, Assurance Maladie (rétroplanning concerté des actions, modalités du partage d'information, etc.)
Santé mentale	Partage des outils et annuaire des acteurs de santé mentale avec description des modalités, des interventions	Diffusion des outils et annuaire des acteurs de santé mentale avec description des modalités, des interventions

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Tableau 1 : Liste des critères d'inclusion et d'exclusion du recensement des actions de « aller vers ».	9
Tableau 2 : Nombre de porteurs et d'actions éliminés, classés par causes d'élimination (première étape de sélection)	9
Tableau 3 : Nombre de porteurs et d'actions éliminés, classés par causes d'élimination (deuxième étape de sélection)	10
Tableau 4 : Liste et description des terrains d'observations	11
Tableau 5 : Liste des porteurs d'actions entretenus par téléphone	12
Tableau 6 : Liste des participants (présents au moins une fois) au comité de suivi	13
Tableau 7 : Récapitulatif des différences d'objectifs entre les typologies d'intervention	19
Tableau 8 : Récapitulatif des différences en termes de ressources humaines, public cible et lieu d'intervention entre les typologies d'intervention	19
Tableau 9 : Indicateurs d'impact des actions d' « aller-vers » recueillis lors de la mission	38
Tableau 10 : Liste des points d'attention pour la conception, la mise en œuvre et l'évaluation d'une action d' « aller-vers »	46
Figure 1 : Principaux acteurs et objectifs de la démarche d' « aller-vers »	21

ABBREVIATIONS

ACT : Appartements de Coordination Thérapeutique
AME : Aide Médicale d'Etat
ARS : Agence Régionale de Santé
BAPSA : Brigade d'Assistance aux Personnes Sans-Abri
BDSP : Banque de Données en Santé Publique
CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CADA : Centre d'Accueil des Demandeurs d'Asile
CAO : Centre d'accueil et d'Orientation
CASO : Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
CCAS : Centre Communal d'Action Sociale
CeGIDD : Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CHRS : Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale
CHU : Centre d'Hébergement d'Urgence
CLAT : Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
CMP : Centre Médico-Psychologique
CMS : Centre Municipal de Santé
CMS : Centre Médico-Social
CPA : Centre de Premier Accueil
CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRPA : Conseil Régional des Personnes Accueillies/Accompagnées
CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DD : Délégation Départementale (ARS IDF)
DDCS : Direction Départementale de la Cohésion Sociale
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DPSRI : Direction de la Promotion de la Santé et de la Réduction des Inégalités (ARS IDF)
DRHIL : Direction Régionale et Interdépartementale de l'Hébergement et du Logement
EMPP : Equipe Mobile Psychiatrie Précarité
ESI : Espace Solidarité Insertion
FACE : Fast Alcohol Consumption Evaluation
FAS : Fédération des acteurs de la solidarité
FJT : Foyers de Jeunes Travailleurs
FTM : Foyer de Travailleurs Migrants
GIP : Groupement d'Intérêt Public
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
IDF : Île-de-France
IST : Infections Sexuellement Transmissibles
LAMPES : (mission de) Liaison et d'Appui Médico-Psycho-Educatif et Sociale
LHSS : Lits halte soins santé
MEO : Maraude d'Evaluation et d'Orientation
MIS : Maraude d'Intervention Sociale
MJC : Maison des Jeunes et de la Culture
PASS : Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PMI : Protection Maternelle et Infantile
PRAPS : Programme Régional pour l'Accès à la Prévention et aux Soins des plus démunis
RCP : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire
RDR : Réduction des risques
SIAO : Service Intégré de l'Accueil et de l'Orientation
SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

ANNEXES

I. Annexe 1 : Description des variables du recensement

Thème	Description de la variable	Type de variable
Éléments identifiant	Identifiant de l'action	Numérique
	Niveau géographique (portée territoriale de l'action)	Catégories
	Modalités d'intervention (recodé)	Catégories
	Spécialité de l'action en termes de public (permet de se faire une idée rapide sur l'action)	Catégories à choix multiples
	Spécialité de l'action en termes de lieux d'intervention (permet de se faire une idée rapide sur l'action)	Catégories à choix multiples
	Spécialité de l'action en termes de thématique d'intervention (permet de se faire une idée rapide sur l'action)	Catégories à choix multiples
Porteur de l'action	Nom du porteur de l'action en toutes lettres	Champ libre
	Sigle du porteur de l'action	Champ libre
	Structure de rattachement du porteur de l'action	Champ libre
	Nature opérationnelle du porteur	Catégories
	Statut juridique de la structure de rattachement	Catégories
	Nom de la personne référente, fonction (numéro de téléphone, email) (si plusieurs personnes, les ajouter à la suite en respectant le même format séparé d'un "ou")	Champ libre
	Site Internet du porteur (page web dédiée à l'action si disponible)	Champ libre
Description de l'intervention	Titre de l'action (essayer de trouver une phrase qui résume l'action, modalité d'intervention, type de public et de lieu, objectifs)	Champ libre
	Objectifs de l'action (toujours commencer par un verbe, séparer les objectifs d'un ;))	Champ libre
	Description de l'action (Quelles sont les modalités de l'intervention? Comment sont choisis les lieux et horaires ? L'intervention a lieu à l'initiative de l'équipe, à la demande d'un partenaire, etc. ? Régularité de l'intervention ? Offre de service (accompagnement physique, premiers soins, etc.) Comment est réalisé le suivi ?)	Champ libre

	Il y a-t-il un suivi des personnes par l'opérateur ? (Le suivi est défini comme plus d'une interaction entre le porteur et le même groupe, la même personne.)	Catégories
	Thèmes abordés	Catégories à choix multiples
Public	Précisions sur le public (situation sociale, milieu d'origine, etc.)	Champ libre
	Type de public	Catégories à choix multiples
	Tranche d'âge (si pas de tranche d'âge en particulier, ne rien cocher)	Catégories
Lieu d'intervention	Nom et adresse où a lieu l'action (précisez le service si établissement hospitalier)	Champ libre
	Type de lieu	Catégories à choix multiples
	Commune où l'action a lieu (code postal et nom de la commune)	Champ libre
	Département où l'action a lieu	Catégories à choix multiples
Modalités d'intervention	Horaires et jours de l'action	Champ libre
	Conditions d'accès (prix, statut administratif, papiers, etc.)	Champ libre
	Partenaires opérationnels défini dans une convention ou par un protocole (nom et rôle)	Champ libre
	Type de partenaire (nature opérationnelle)	Catégories à choix multiples
	Composition des équipes (nombre de personne et d'ETP par profession)	Champ libre
	Compétences linguistiques (Quelles ressources sont mobilisées ?)	Champ libre
	Outils utilisés pour l'intervention (brochures, matériel de RdR, de soin, etc.)	Champ libre
	Ressources matérielles et humaines mobilisables	Champ libre
Financement et budget	Nom des structures finançant l'action (budget)	Champ libre
	Type de financeurs	Catégories à choix multiples
	Budget global (% financé par l'ARS)	Champ libre
Evaluation	Nombre de personnes ciblées	Champ libre
	Nombre de personnes touchées	Champ libre

	Indicateurs d'évaluation (processus, activité et résultats)	Champ libre
	Résultats (dernier disponible)	Champ libre
Sources de l'information	Sources et année de l'information	Catégories à choix multiples

II. Annexe 2 : Analyse descriptive des actions retenues

Zone géographique d'intervention	Nombre d'actions spécifique au département	Nombre d'actions en tout dans ce département
75 Paris	41	57
77 Seine-et-Marne	14	18
78 Yvelines	6	13
91 Essonne	7	13
92 Hauts-de-Seine	6	15
93 Seine-Saint-Denis	13	24
94 Val-de-Marne	5	13
95 Val d'Oise	3	9
Régionale (sur deux départements ou plus)	18	
TOTAL	113	

Nature du porteur de l'action	Nombre d'actions portées	Nombre de porteurs d'action
Association	48	40
CAARUD	18	18
Centre Départemental de Prévention et de Santé	3	3
CeGIDD	14	14
Centre Municipal de Santé	1	1
CLAT	6	6
Direction de la Prévention, de la Sécurité et de la Protection, Ville de Paris	1	1
Direction de la PMI et de la Santé, Conseil Départemental	1	1
CSAPA	1	1
Groupement d'intérêt public	2	1
EMPP	13	13
Entreprise	1	1
Préfecture de Police	1	1
Réseau ville - hôpital	3	2
TOTAL	113	103

Type d'intervenant	Nombre d'actions	Nombre d'acteurs
Equipe mobile – approche thématique	43	43
Maraude spécialisée	35	33
Maraude bénévole	11	11
Equipe mobile – approche populationnelle	11	10
Maraude d'intervention sociale (MIS)	7	6
Maraude d'évaluation et d'orientation (MEO)	4	4
Permanence délocalisée	3	3
TOTAL	114	110

III. Annexe 3 : Grille d'observation et d'entretien

Thèmes	Points d'attention
Stratégies d'aller-vers	Critères pour choisir un lieu d'intervention, les horaires, le jour, etc.
	Stratégies d'approche (dans un nouveau lieu, avec une nouvelle personne)
	Stratégies pour faire face aux situations de violence
	Stratégies pour faire face à la barrière de la langue
	Stratégies pour gérer la confidentialité
	Stratégies pour individualiser la relation dans un duo ou groupe
	Stratégies d'indentification et de légitimation (uniforme, présentation de la structure, etc.)
Ressources matérielles pour aller-vers	Objets, outils, matériels, etc.
Partenariat	Type et rôle des partenaires
	Format et objectifs de la coordination avec les partenaires
Qu'est-il proposé à la personne au-delà de la rencontre ?	Offres de services une fois que l'intervenant a réussi à rentrer en contact avec la personne
	Type d'orientations possibles et modalités de ces orientations (donne un papier avec une adresse, accompagne physiquement, etc.)
	Présence d'une base arrière et offre de service proposée dans celle-ci, importance de cette base pour l'intervention d' « aller-vers »
	Modalités du suivi des personnes (quels outils ?)
Public cible	Description du public cible
	Description du public le plus difficilement accessible, ou invisible (techniques d'approches spécifiques ?)
Limites de l'action	Les sujets tabous ou difficiles à aborder
	Enjeux de la visibilisation d'activités illégales ou stigmatisées
Ressources humaines et valorisation des professions	Présence et statut des personnes pairs
	Présence et statut des médiateurs

Suivi et évaluation de l'action	Retours des bénéficiaires sur l'action
	Critères quotidien d'évaluation de l'action
	Proportion du public touché par rapport au public ciblé
	Date de début du projet
	Evolution des pratiques par rapport à l'expérience

IV. Annexe 4 : Liste des actions recensées, classées par typologie d'intervention. (Tableau annexé séparément)

V. Annexe 5 : Liste des outils d'information et de sensibilisation cités, classés par thématique de santé

THEMATIQUE	OUTILS CITES
Accès au droit	Document informatif « Qu'est-ce que l'AME ? » Flyer sur les mutuelles accessibles aux personnes qui se prostituent
Addictions	Questionnaire FACE (Fast Alcohol Consumption Evaluation) « J'arrête de fumer ; guide pratique pour y parvenir » « Tabac : ouvrons le dialogue » Outil d'éducation du patient Jeu de carte CRIPS Auvergne
Bucco-dentaire	Manipulation d'une grande bouche et brosse à dents Développement de cartes-images « dents saines/dents malades ». Films de prévention Affiches
Nutrition	Kit Nutrition développé par le programme Paris Santé Nutrition (jeu par manipulation, atelier cuisine, ...)
Périnatalité	Schémas du développement de la grossesse Cartes bi-face pour les conseils hygiéno-diététiques (alcool, tabac, automédication, alimentation) Exemplaire d'un carnet de santé Film "La mère et l'enfant" (film en français/roumain de présentation de la santé materno-infantile en France)
Santé et transgenre	Brochure sur les dangers de la silicone éditée par le PASTT
Santé sexuelle et reproductive (vie affective, sexualité, contraception, etc.)	Manipulation des moyens de contraception (stérilet, implant, pilule, spéculum...) Utilisation de schémas et animations pour la fécondation Nuanciers trilingues sur le cycle menstruel, la

	<p>grossesse, l'anatomie masculine et féminine développés par l'ASAV dans le cadre du Programme National de Médiation en Santé</p> <p>Outil la Roulette sur la vie affective et sexuelle</p> <p>Flyer adapté au public rencontré</p> <p>Tablette tactile pour l'information en plusieurs langues</p> <p>Valise de présentation des moyens de contraception</p> <p>Brochures de prévention</p> <p>Outils de démonstration (sexes en silicone)</p> <p>Brochure sur «Femmes et IST» édité par le Kiosque</p> <p>Brochure sur «Pensez aux préservatifs» édité par le Kiosque</p> <p>Brochure sur «Sexe à moindre risque» édité par le PASTT</p>
Situation de violence	Brochures et flyers sur les situations de violence
Transversal	Matériel pédagogique pour expliquer l'anatomie du corps ou certaines maladies
Tuberculose	<p>Support imagier KOF KOF du Comité IDF contre les maladies respiratoires (Le souffle, c'est la vie)</p> <p>Manipulation de cartes-images pour les symptômes de la maladie</p> <p>Livret info tuberculose dans langues</p> <p>Diapositives imagées pour expliquer la tuberculose</p>
Vaccination	<p>Plaquette vaccinations INPES</p> <p>Calendrier vaccinal</p>
VIH-IST-Hépatites	<p>Cartes images INFO-INTOX</p> <p>Jeu « SIDA : que savons-nous ? »</p> <p>Plaquette sur les IST ou VIH (INPES, Migrations santé et autres sources),</p> <p>Carte dépliant sur les «hépatites et vous» édité par Sida Info Service</p> <p>«Traitement post-exposition» édité par le Kiosque</p>

BIBLIOGRAPHIE

- ❖ Addiction Méditerranée. (2015). "Aller vers et « Faire avec » : L'expérience de Tremplin. Consulté 7 septembre 2017, à l'adresse <https://www.addiction-mediterranee.fr/copie-de-la-distribution-de-materie>
- ❖ Couteron, J.-P. (2013). Aller vers ... Prévention, soins, réduction des risques : les nouvelles alliances. *Swaps*, (71), 3-4.
- ❖ FNARS Bourgogne. (2015, mars). Les équipes mobiles en Bourgogne à destination des personnes en situation de précarité : Eléments de définitions et annuaire. Consulté 9 février 2018, à l'adresse http://www.federationsolidarite.org/images/stories/sites_regions/bourgogne/docDcomEqmobileDEF.pdf
- ❖ Furtos, J. (2007). Les effets cliniques de la souffrance psychique d'origine sociale. *Mental'idées*, (11). Consulté à l'adresse http://www.ch-levinatier.fr/documents/Publications/Articles_RECHERCHE_Orspere-Samdarra/Les_effets_cliniques_de_la_souffrance_psychique_d_origine_sociale-J_Furtos_Sept.2007.pdf
- ❖ Furtos, J. (2009). *De la précarité à l'auto-exclusion. Une conférence-débat de l'Association Emmaüs et de Normale Sup'*. Paris: Éditions Rue d'Ulm. Consulté à l'adresse <https://www.cairn.info/de-la-precarite-a-l-auto-exclusion--9782728837540.htm>
- ❖ Laporte, A., & Chauvin, P. (2010). *SAMENTA: Rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France* (p. 227). Paris: Observatoire du Samu social. Consulté à l'adresse https://www.samusocial.paris/sites/default/files/rapport_samenta.pdf
- ❖ Mauss, M. (1923). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques. *L'Année sociologique, Seconde série*. Consulté à l'adresse <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k93922b>
- ❖ Mazet, P. (2010). La non demande sociale : reconnaître l'enjeu de la reconnaissance. In *Le non-recours à l'offre publique : analyse des phénomènes et réponses institutionnelles. Un état de la question*. (p. 1-5). Meylan, France. Consulté à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00493669/document>
- ❖ McCluskey, I. (2016). Pair praticien en santé mentale, l'émergence d'une nouvelle profession. *Dependances*, (57), 17-19.
- ❖ Olivier de Sardan, J.-P. (1995). La politique du terrain : Sur la production des données en anthropologie. *Les terrains de l'enquête*, (1), 71-109.
- ❖ Pichon, P., Franguiadakis, S., & Laval, C. (2000). *Le travail de l'engagement. Rencontre et attachements : une analyse de la solidarité en direction des « personnes en souffrance »* (p. 244). Saint Etienne: Recherche MIRE/Fondation de France.
- ❖ Przewlocka-Alves, A., & Boussard-Lalauze, M.-F. (2011). Prendre soin de ceux qui ne demandent plus rien. *Le Coq-héron*, (206), 123-129.
- ❖ Robert, M.-L. (2017). Promouvoir la réduction des risques, du caarud au chrs. Récit de stage. *VST - Vie sociale et traitements*, (134), 131-135.
- ❖ Roy, E., Otis, J., Vallancourt, E., & Côté, P.-B. (2013). La trousse PIJE : un outil pour intervenir auprès des jeunes de la rue à haut risque de commencer à s'injecter des drogues. *Swaps*, (71), 19-21.
- ❖ Samu Social de Paris. (2016). Etat des lieux des maraudes à Paris.
- ❖ Tordjman, S. (2016). Expérience d'une équipe mobile pour préadolescents et adolescents : importance des changements d'environnement physique et relationnel. *L'information psychiatrique*, 92(5), 389-395.

- ❖ Wresinski, J. (1987). *Grande pauvreté et précarité économique et sociale* (Avis et rapports du conseil économique et social No. 6) (p. 113). Paris: Conseil économique et social. Consulté à l'adresse <http://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>