

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

Entretien avec Marine Jeantet,

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

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

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

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

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

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

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

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

L'ESSENTIEL

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

UNE DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE POUR LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ

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

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

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

guides, barèmes, en lien avec les administrations concernées ;

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

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

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

Pour en savoir plus

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

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

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

HORMIS SON RATTACHEMENT À LA DÉLÉGATION INTERMINISTÉRIELLE À LA PRÉVENTION ET À LA LUTTE CONTRE LA PAUVRETÉ, LA PERSONNE INTERVIEWÉE DÉCLARE N'AVOIR AUCUN LIEN NI CONFLIT D'INTÉRÊTS AU REGARD DU CONTENU DE CET ARTICLE.