



---

**Master 2 Mention Santé publique**

**Parcours : Pilotage des politiques et actions en santé  
publique**

*Promotion : 2021-2022*

**Lutte contre le non-recours aux droits et aux soins des  
personnes en situation de précarité : état des lieux du  
déploiement de l'aller-vers en Bretagne**

---

Benoît MAHE

---

## Remerciements

---

Je tiens à remercier Adrian Mohanu, mon maître de stage, pour son accueil, ses conseils et sa confiance.

Je remercie ma référente EHESP Pascale Petit-Sénéchal pour ses conseils et son aide dans la préparation de ce stage et la rédaction de mon mémoire.

Je souhaite également remercier tous les professionnels qui ont pris le temps de me répondre et de m'éclairer, avec bienveillance et enthousiasme.

Enfin, je remercie tout particulièrement ma maman, Clara, Samuel et mes amis dont le soutien durant ce stage et la rédaction de ce mémoire a été une aide indispensable.

---

# Sommaire

---

<b>Liste des sigles utilisés</b>	<b>1</b>
<b>Introduction</b>	<b>1</b>
Contexte	1
Questionnement	6
Méthodologie	7
Annonce de plan	11
<b>L'aller-vers en santé précarité en Bretagne, une pratique polymorphe</b>	<b>12</b>
1.1. Le déploiement d'une offre d'aller-vers en santé précarité en Bretagne	12
1.1.1. Typologie des dispositifs d'aller-vers en santé-précarité en Bretagne	12
1.1.2. La crise sanitaire comme opportunité pour le déploiement de l'aller-vers	25
1.1.3. Cartographie des dispositifs, enjeu de la répartition territoriale	27
1.2. Des principes et objectifs fédérateurs mais des mises en œuvre différentes	31
1.2.1. La volonté d'apporter des solutions adaptées aux situations complexes rencontrées par les personnes en situation de précarité	31
1.2.2. Des stratégies et modalités d'intervention différentes d'un dispositif à l'autre	38
<b>2. Place et rôle de l'aller-vers dans la lutte contre le non-recours des personnes en situation de précarité</b>	<b>41</b>
2.1. Définir la place de l'aller-vers dans le champ de la santé-précarité	41
2.1.1. L'aller-vers, une pratique encore peu institutionnalisée	41
2.1.2. Les relations avec le droit commun et les autres dispositifs de santé-précarité, un enjeu majeur pour les dispositifs d'aller-vers	44
2.1.3. Aller-vers mais jusqu'où ? La question du juste équilibre	47
2.2. Quelques préconisations sur le rôle à donner à l'aller-vers en santé précarité	50
2.2.1. Poser un cadre général aux dispositifs d'aller-vers, tout en leur garantissant de la souplesse dans leur activité	50
2.2.2. Poursuivre le travail d'adaptation du système de santé aux personnes les plus démunies	52
2.2.3. Faire de l'aller-vers un outil répondant à des besoins spécifiques plutôt que des dispositifs indépendants	53
<b>Conclusion</b>	<b>55</b>
<b>Bibliographie</b>	<b>1</b>
<b>Liste des annexes</b>	<b>6</b>
Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés	6
Annexe 2 - Guide d'entretien	8
Annexe 3 - Tableau organisationnel des entretiens	9
Annexe 4 - L'offre en dispositifs d'aller-vers en santé précarité financés par l'ARS Bretagne	10
Annexe 5 - Carte des dispositifs d'aller-vers en santé précarité en Bretagne	12



---

## Liste des sigles utilisés

---

ACT : Appartement de coordination thérapeutique  
AGV : Accueil des gens du voyage  
ARS : Agence régionale de santé  
ASVB : Avenir santé Villejean-Beauregard  
CCAS : Centre communal d'action social  
CDAG : Centre de dépistage anonyme et gratuit  
CDAS : Centre départemental d'action social  
CRPA : Conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées  
CH : Centre hospitalier  
CHGR : Centre hospitalier Guillaume Régnier  
CHRS : Centres d'hébergement et de réinsertion sociale  
CHRU : Centre hospitalier régional universitaire  
CLS : Contrat local de santé  
CMP : Centre médicopsychologique  
CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
DGCS : Direction générale de la cohésion sociale  
DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités  
EHESP : Ecole des hautes études en santé publique  
EMG : Equipe mobile de gériatrie  
EMPP : Equipe mobile psychiatrie précarité  
EMSP : Equipe mobile santé précarité  
EPSM : Etablissement public de santé mentale  
ESSIP : Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité  
FIR : Fonds d'intervention régional  
GHBS : Groupement hospitalier Bretagne Sud  
HAS : Haute autorité de santé  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
ISS : Inégalités sociales de santé

LAM : Lit d'accueil médicalisé

MCO : Médecine chirurgie obstétrique

MSP : Maison de santé pluriprofessionnelle

ONDAM : Objectif national de dépenses d'assurance maladie

PASS : Permanence d'accès aux soins de santé

PRAPS : Programme d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis

PRS : Programme régional de santé

PTA : Plateforme territoriale d'appui

RGPP : Révision générale des politiques publiques

SAMU : Service d'aide médicale d'urgence

SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation

SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile

---

# Introduction

---

## Contexte

Selon Wresinski (1987), la notion de précarité renvoie à « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible ».

Chez les personnes en situation de précarité, on observe que le non-recours aux droits et aux soins est plus fréquent, entraînant une aggravation des inégalités sociales de santé (ISS) (Rode, 2010). Le non-recours désigne la situation dans laquelle « les ressortissants des politiques publiques n'utilisent pas les prestations ou les services auxquels ils ont droit » (Révil et Warin, 2019). Le non-recours aux droits et aux soins est un enjeu central des politiques de santé publique. En effet, le renoncement aux soins constitue une perte de chance non négligeable pour les personnes concernées et, selon une enquête de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE), « il est trois fois plus fréquent chez les personnes pauvres en conditions de vie » (Lapinte et Legendre, 2018). Les motifs de renoncement aux soins sont multiples : « financiers, géographiques, en raison de délais d'attente trop long, par crainte d'aller chez le médecin ou encore parce que la personne préfère attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes » (Lapinte, 2018). Au sujet des raisons du non-recours aux soins des populations en situation de précarité, la thèse d'Antoine Rode (2010) est très instructive et fait office de référence. D'ailleurs, nous ne nous attarderons pas plus sur les raisons du non-recours, cette thèse ayant déjà largement exploré le sujet.

En outre, en introduction de cette thèse, Rode mène une réflexion intéressante sur l'effectivité des politiques publiques à destination des personnes en situation de précarité. En effet, au cours des dernières décennies, les politiques publiques ont accordé une attention particulière à l'accès aux soins de toutes et tous. L'extension et la généralisation de la couverture santé avaient pour objectif d'y contribuer ; pourtant, malgré une augmentation globale de la consommation de soins, le moindre recours des personnes les plus précaires a perduré. Pour y remédier, des dispositifs spécifiques à

destination de ces personnes tels que les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ont été mis en place. C'est ce qu'on appelle communément la santé précarité. Dès lors, si l'action publique était effective, ces mesures auraient dû entraîner la diminution du non-recours aux soins des personnes en situation de précarité. Cependant, en 2017, en France, parmi les 1,6 million de personnes ayant renoncé à des soins médicaux, on constate encore une surreprésentation des personnes pauvres en conditions de vie (Lapinte et Legendre, 2018). Ce paradoxe entre ce qui « devrait être » et « ce qui est » est à l'origine de la thèse de Rode. Bien que notre sujet soit différent, cette réflexion liminaire nous éclaire également car elle explique l'émergence de dispositifs novateurs dans le champ de la santé précarité. Rode souligne également l'importance de comprendre les logiques explicatives du non-recours afin de proposer les solutions les plus adaptées pour y remédier.

Afin de lutter contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité, les pouvoirs publics se trouvent dans l'obligation de proposer de nouvelles solutions. En ce sens, les démarches d'aller-vers apparaissent comme une solution intéressante. Ces dernières consistent à aller à la rencontre des personnes en situation de précarité qui n'en font pas la demande, en général sur leur lieu de vie (Agence régionale de santé (ARS) Ile-de-France, 2019). Ainsi, l'aller-vers constitue un renversement de la relation entre l'intervenant et le public ciblé : ce n'est plus à la personne de demander une prestation mais c'est l'intervenant qui vient la rencontrer et lui proposer. Pour Carole Le Floch (2021), coordinatrice-paire au Conseil régional des personnes accueillies et/ou accompagnées (CRPA) d'Ile-de-France, l'aller-vers c'est « ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide ». L'Agence régionale de santé Ile-de-France (2019) a produit un référentiel intitulé « Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'aller-vers auprès des personnes en situation de grande précarité ». Selon les auteurs, « toutes les actions se réclamant d'une démarche d'aller-vers ont pour finalité, avec le consentement de la personne, de créer du lien, d'informer, de réduire les risques de dommages sanitaires et sociaux auxquels la personne pourrait être exposée, de lui permettre, si elle le souhaite, de formuler une éventuelle demande de soutien, et de l'aider à accéder aux services compétents ». Autrement dit, les dispositifs d'aller-vers sont des dispositifs médico-sociaux qui se déplacent à la rencontre de personnes en situation de précarité et qui n'en font pas la demande afin de créer du lien et de leur proposer un accompagnement dont l'aboutissement idéal est l'acquisition des connaissances et compétences permettant le recours aux droits et aux soins dont elles ont besoin.

Dans les dispositifs d'aller-vers, en général, on ne soigne pas directement les personnes. Selon Chapelet (2018), les 13 missions de l'aller-vers sont : « aller vers la personne ; créer un lien avec elle ; évaluer sa situation ; faire émerger sa demande ; accompagner la personne ; orienter celle-ci vers les

dispositifs et acteurs adéquats ; alerter les partenaires, les acteurs locaux et les pouvoirs publics ; restituer son activité auprès des partenaires, des financeurs ; participer à l'observation sociale des besoins ; sensibiliser ; travailler en partenariat ; (se) former et (s')informer ; appliquer et respecter les droits et libertés de la personne ». Leur objectif n'est donc pas de prendre en charge les personnes mais plutôt de faciliter leur accès à cette prise en charge. Ce point est très important pour comprendre leurs missions et leur fonctionnement. C'est aussi un enjeu juridique important car il distingue la pratique de l'aller-vers de la médecine « foraine », qui est proscrite par le code de la santé publique (article R.4127-74 du code de la santé publique). Cette médecine ambulante est interdite en raison du « manque de qualité des soins, du manque de suivi et de la concurrence déloyale » qu'elle entraîne (Martin, Feltgen et Soudais, 2020). Cependant, il est à noter que cette interdiction tend à être assouplie, notamment pour proposer des solutions dans les zones où la démographie médicale est sous-dense (*Ibid.*).

En réalité, que ce soit dans le domaine de l'action sociale ou de l'action sanitaire, l'aller-vers est une pratique ancienne. Concernant le travail social, Avenel (2021) affirme que l'aller-vers remonte aux origines de ce métier et que tout au long du développement du travail social, l'aller-vers et la proximité physique avec les publics ont autorisé « à établir une relation moins verticale et plus en profondeur ». En France, l'émergence des résidences sociales dès 1896 en est un exemple : « en se dénommant des “travailleuses sociales”, des femmes issues de la bourgeoisie le plus souvent inspirées du courant du catholicisme social<sup>1</sup>, vont s'implanter dans les quartiers ouvriers et vont mettre en place des actions d'éducation populaire ». Ainsi, dès les origines du travail social, l'aller-vers était une composante non négligeable de la profession. Pourtant, cette pratique s'est perdue, laissant place à une logique de « guichet » dans laquelle « les professionnels finissent par occuper plus de temps à gérer la complexité bureaucratique et à instruire des dossiers suivant la logique des “files actives” qu'à se révéler être tout simplement présents avec les personnes, au risque d'une perte de sens de la mission. L'aller-vers renvoie à une démarche qui incarne la volonté de sortir le travail social de la bureaucratisation et des tâches administratives embolisantes en privilégiant une approche davantage préventive et ancrée sur le terrain » (*Ibid.*).

Concernant la santé, selon Jean-François Corty, médecin puis chef de mission pour Médecins sans frontières et Médecins du monde, la pratique de l'aller-vers remonte à la médecine coloniale et au docteur Jamot au Cameroun au début du XX<sup>ème</sup> siècle, puis à la médecine humanitaire et à la

---

<sup>1</sup> « On désigne sous ce nom les écoles de pensée et les mouvements qui ont voulu résoudre la question sociale, c'est-à-dire l'ensemble des problèmes sociaux (et non pas seulement ouvriers) nés du libéralisme économique et de la révolution industrielle, à la lumière des enseignements du catholicisme. Dans l'éventail fort nuancé des catholiques sociaux, les démocrates chrétiens représentent l'aile qui accepte la démocratie politique et sociale » (Mayeur cité dans Duriez, 2016)

création du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU) dans les années 1970 (Corty, 2020). Ce regard synthétique sur l'histoire de la santé publique nous montre que la volonté d'aller vers les publics est ancienne. D'ailleurs, Corty (2012), affirme que la mise en œuvre de la Mission France de Médecin du monde s'est faite en s'appuyant sur l'expérience des missions humanitaires. Ainsi, afin de favoriser l'accès aux soins des plus précaires et des personnes vivant en milieu rural, Médecin du monde s'est inspiré de programmes humanitaires déployés à l'étranger. De même, le dépistage de certaines maladies comme le VIH/Sida ou les hépatites se faisait déjà « hors les murs, c'est-à-dire hors cadres traditionnels (hôpital, Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit (CDAG)... ) » (Grammatico-Guillon et al., 2015).

Ainsi, le fait d'aller vers les publics n'est pas une pratique nouvelle, que ça soit pour le champ sanitaire ou social. En revanche, on assiste à une institutionnalisation récente et croissante de cette pratique par les pouvoirs publics. Celle-ci peut s'expliquer par le fait que, selon Fassin (2010), les principes de l'égalité des vies et de l'égalité d'accès aux soins sont au cœur du pacte républicain dans le cadre plus général de l'affirmation de la « raison humanitaire ». De plus, selon Pierru (2020), « la légitimité d'un État de plus en plus contesté s'efforce de se refonder dans la capacité à garantir l'égalité des vies ». Autrement dit, dans un souci de légitimation de son rôle, l'Etat doit agir sur la question de l'égalité des vies, et pour ce faire, l'aller-vers en santé précarité est un levier prometteur car il semble proposer une réponse efficace au non-recours et, ainsi, une réduction des inégalités sociales de santé.

En 2010, la création des Agences régionales de santé (ARS) avait, entre autres, pour but de concourir à la réduction des inégalités sociales de santé (Pierru, 2020). Pour ce faire, elles organisent l'offre en structures médico-sociales selon les besoins de chaque territoire. Elles ont également d'autres moyens à disposition tels que le Fonds d'intervention régional (FIR) qui leur permet de financer « des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures [...] dans le domaine de la prévention et promotion de la santé » (Truffeau, 2013). Ainsi, ce sont les ARS qui ont pour rôle de déployer l'offre d'aller-vers en santé précarité.

A l'exception des Equipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) qui existent depuis l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, les dispositifs d'aller-vers sont récents. En effet, ils ont connu un essor très important suite à la pandémie de Covid-19, durant laquelle l'isolement des personnes vulnérables fut considérablement accru, rendant ces démarches incontournables (Rousseau, Bevort et Ginot, 2020). Ils ont alors montré leur potentiel pour toucher des populations en situation de précarité et éloignées du soin. Ils ont par la suite été fortement encouragés à l'échelle nationale par la mesure 27 du Ségur de la Santé dont l'objectif

général est la lutte contre les inégalités sociales de santé (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Outre la promotion de ce type de dispositifs, cette mesure prévoyait par exemple la mise à disposition des ARS d'une boîte à outil « aller-vers » afin de leur donner une vision du panel d'actions possibles dans ce champ. Suite à cela, en 2022, l'ARS Bretagne a lancé trois appels à projet pour des dispositifs d'aller-vers : l'ouverture de 40 places d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) « hors les murs », la création d'Equipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) et la création d'Equipes mobiles santé précarité (EMSP) pour un budget total de plus d'un million d'euros.

En synthèse, le moindre recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité est un problème de santé publique pour lequel les pouvoirs publics ont cherché, en vain, une solution pendant plusieurs décennies. Pendant la crise sanitaire, l'aller-vers, une démarche ancienne des champs sanitaire et social, a été réinvestie et a produit des résultats prometteurs sur la question du non-recours. Cette solution est innovante car elle entraîne un changement de paradigme du fait du renversement de la relation entre l'intervenant et le public ciblé. De plus, elle permettrait de résoudre le problème jusqu'alors insoluble du moindre recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité, diminuant ainsi les ISS. En ce sens, elle permettrait de participer à la refondation de la légitimité de l'Etat. Pour cette raison, elle a suscité l'enthousiasme des pouvoirs publics et l'aller-vers a connu un développement rapide et fut largement déployé par les Agences régionales de santé au cours des deux dernières années. Le sujet de l'aller-vers présente ainsi un intérêt non négligeable, de par sa nature novatrice, son actualité et sa potentielle utilité, dans le champ de la santé publique mais aussi plus largement en matière de légitimation de l'action publique.

## Questionnement

Ainsi, le choix de ce sujet procède à la fois de son intérêt conceptuel et du besoin de l'ARS Bretagne de faire un état des lieux des démarches d'aller-vers. Cet état des lieux devait proposer une image claire et lisible de l'offre d'aller-vers en santé précarité déjà déployée par l'ARS Bretagne mais aussi participer à la réflexion stratégique en vue de la poursuite du développement des démarches d'aller-vers, prévue dans le bilan du Programme régional de santé (PRS) 2018-2022 (Agence régionale de santé Bretagne, 2022). Dès lors, mes premiers objectifs étaient de décrire l'existant et de produire des préconisations pour la poursuite de ces dispositifs. Pour ce faire, ma question de départ était : « quelle place peuvent prendre les dispositifs d'aller-vers dans la stratégie de promotion et de prévention de la santé en Bretagne ? ». Si cette question assez descriptive m'a permis de commencer à réfléchir à mon sujet, elle ne me satisfaisait pas totalement et je savais qu'elle serait amenée à changer. Je la trouvais trop limitée dans la mesure où elle ne me permettait pas de prendre le recul que je souhaitais sur ce sujet, notamment en l'inscrivant dans un contexte politique plus global. De plus, j'ai constaté que mon véritable sujet d'étude n'étaient pas les démarches d'aller-vers depuis leur genèse mais plutôt le mouvement récent de leur développement et l'enthousiasme qui l'accompagne. Alors, j'ai pu aboutir à la question suivante, à laquelle ce mémoire essaiera de répondre : **En quoi le développement récent de l'aller-vers est-t-il à la fois une réponse pertinente aux besoins des personnes en situation de précarité et le témoin d'un manque d'adaptation du système de santé à ce public ?**

## Méthodologie

Les premières réflexions sur mon sujet se sont faites en amont du stage, à travers la lecture de documents de cadrage et la rédaction d'un projet de stage. Pour les lectures, je m'étais alors intéressé aux textes législatifs concernant les dispositifs d'aller-vers ainsi qu'à de la littérature scientifique assez générale sur ce sujet. La rédaction du projet de stage m'avait permis de formaliser certains éléments dont des éléments de contexte, la méthodologie envisagée ou encore mes premières interrogations et hypothèses sur l'aller-vers. Ce projet de stage a servi de support de discussion avec Pascale Petit-Sénéchal, ma directrice de mémoire, ainsi qu'Adrian Mohanu, mon tuteur de stage, afin de vérifier que j'avais bien compris les attentes de l'ARS Bretagne au sujet de la commande. Avec Adrian Mohanu, nous avons ensuite eu des réunions hebdomadaires qui m'ont permis d'obtenir des réponses à certaines questions que je me posais mais aussi les contacts dont j'avais besoin ou des conseils avisés pour la production des livrables inhérents au stage. Avec Pascale Petit-Sénéchal, nous nous sommes vus deux fois afin d'échanger sur des éléments tels que le plan ou la problématique. Ces échanges fructueux m'ont permis de faire avancer mon raisonnement, de corriger certaines maladresses ou encore de m'assurer que je ne m'éloignais ni de la commande de l'ARS Bretagne ni de celle de l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP).

Dès le début du stage, j'ai pu commencer mon enquête. Pour cela, j'ai poursuivi ma revue de littérature sur le thème de l'aller-vers et de la santé précarité à l'aide de la base de données CAIRN et des ressources de la bibliothèque de l'EHESP. J'ai également pu consulter des documents internes sur le réseau informatique de l'ARS Bretagne, tels que les conventions ou demandes de subvention concernant des dispositifs dans le champ de mon étude. Selon Garfinkel (2007), la documentation interne des organisations est une source d'un grand intérêt. En effet, j'ai pu en tirer de nombreuses informations utiles à mon étude.

J'ai ensuite pris contact avec une multitude d'acteurs, à la fois au sein de l'ARS Bretagne mais aussi en dehors, qu'il s'agisse de partenaires institutionnels ou de professionnels de l'aller-vers. J'ai fait le choix de me concentrer sur les dispositifs d'aller-vers financés par l'ARS Bretagne, excluant ainsi les maraudes sociales qui participent tout de même à la démarche d'aller-vers. Cependant, j'ai tout de même rencontré l'infirmière du SAMU social de Rennes (entretien n°17) afin d'obtenir son point de vue sur la question de l'articulation avec les autres dispositifs. J'ai pu réaliser 27 entretiens (voir Annexe 1). Au sein de l'ARS Bretagne, j'ai rencontré les responsables de pôle prévention et promotion de la santé des quatre délégations départementales bretonnes. Elles sont en charge de la thématique de la précarité dans leur délégation départementale. Ces dernières m'ont permis d'avoir une vision plus précise de l'offre financée dans chaque département par l'ARS. J'ai également rencontré de façon

hebdomadaire Adrian Mohanu, le référent régional sur les questions de précarité au sein de l'ARS, qui était mon tuteur. Par souci pratique, les citations issues de ces rencontres hebdomadaires seront regroupées dans l'entretien n°1. En dehors de l'ARS Bretagne, j'ai rencontré des partenaires institutionnels tels que la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) 35, la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS), le Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine ou encore les administrations centrales (Direction générale de la cohésion de la cohésion sociale et de l'offre de soins). Les entretiens avec les partenaires institutionnels m'ont permis de recueillir des éléments sur les questions stratégiques liées à l'aller-vers en santé précarité. J'ai également rencontré des professionnels travaillant dans des dispositifs d'aller-vers financés par l'ARS Bretagne comme les EMPP ou les structures d'exercice coordonné dans lesquelles on trouve un poste de médiation en santé. Ces entretiens m'ont permis de mieux comprendre les pratiques professionnelles au sein des dispositifs d'aller-vers mais aussi de connaître le ressenti de certains professionnels sur le rôle que pouvait jouer l'aller-vers vis-à-vis des personnes en situation de précarité. Enfin, afin d'avoir des éléments de comparaison et de réflexion, j'ai rencontré des acteurs travaillant dans d'autres régions et/ou ayant une expertise sur les questions liées à l'aller-vers comme une cheffe de service des Forges médiation, association située en Pays de la Loire et pratiquant la médiation en santé, ou d'anciens professionnels de la mission France de Médecin du monde.

Ces entretiens étaient semi-directifs et réalisés à partir d'une grille d'entretien (voir Annexe 2). L'aspect semi-directif des entretiens m'a permis d'en garder la maîtrise, tout en laissant une autonomie de parole aux interlocuteurs. Comme le rappelle Fenneteau (2015), avec cette méthode, « l'interviewer oriente la personne qui parle vers certains sujets et lui laisse ensuite toute liberté pour s'exprimer ». Pour organiser mes entretiens, j'ai utilisé un tableau de suivi afin de savoir quel acteur avait été contacté, si j'avais eu une réponse, quand se déroulait l'entretien et s'il se tiendrait en présentiel ou en visioconférence (voir Annexe 3). J'ai enregistré certains entretiens, lorsque mon interlocuteur était d'accord, puis retranscrit partiellement les propos tenus. Lorsque mon interlocuteur ne souhaitait pas être enregistré, j'ai pris en note des éléments clés. Cette méthode me convenait moins dans la mesure où elle ne permet pas de garantir l'exhaustivité de la retranscription. Lors des entretiens, je n'ai pas caché le fait que j'étais en stage à l'ARS Bretagne, mais j'ai rappelé que je travaillais dans l'optique de la rédaction d'un mémoire sur le sujet de l'aller-vers en santé précarité. L'objectif était d'amoinrir le biais que pouvait constituer pour mes interlocuteurs le fait que je sois en stage dans une institution qui les finance, afin de garantir une plus grande liberté de parole.

J'ai également assisté à des réunions de suivi de la mise en place de dispositifs d'aller-vers, aux réunions de lancement des sites de Rennes et Brest du dispositif « Un chez soi d'abord » ainsi qu'aux

commissions d'appel à projet de trois nouveaux dispositifs d'aller-vers (l'équipe spécialisée de soins infirmiers précarité, les équipes mobiles santé précarité et les appartements de coordination thérapeutique « hors les murs »). J'ai tenu un journal de bord dans lequel j'ai noté des observations lors de réunions ou de moments informels au sein de l'ARS ou à l'extérieur. Ces éléments d'observation sont précieux afin d'appréhender les dynamiques ayant permis d'aboutir à l'offre de santé précarité présentée dans ce mémoire. En effet, l'offre en santé est un construit social, un compromis, issu de l'arbitrage entre les intérêts de différents acteurs (Fusulier, 2013), dans ce cas les différents financeurs et les porteurs de projets et/ou de structures. Dès lors, pour la comprendre, assister à la négociation permettant d'aboutir à cet arbitrage est une opportunité non négligeable. J'ai ensuite analysé le contenu des entretiens et de mes observations que j'ai pu comparer avec la littérature à disposition sur le sujet. Pour ce faire, j'ai utilisé une grille d'analyse dans laquelle j'ai réparti mes observations et *verbatim*s par catégories.

Dans le même temps, j'ai travaillé à l'élaboration d'un tableau synthétique des dispositifs d'aller-vers financés par l'ARS Bretagne (voir Annexe 4). La constitution du tableau s'est faite grâce aux éléments recueillis lors des entretiens internes à l'ARS et à l'aide d'informations trouvées dans les documents du réseau informatique. Il recense de manière exhaustive les dispositifs d'aller-vers en santé précarité financés par l'ARS Bretagne. Pour chaque dispositif, on trouve des précisions telles que le nom des porteurs ou le montant des financements alloués. Plus qu'un outil de travail en vue de l'élaboration de ce mémoire, il s'agit d'un livrable qui pourra être utilisé par l'ARS Bretagne par la suite. En effet, la commande d'un état des lieux procédait d'un besoin de clarification de l'existant, dans le contexte d'un essor rapide de ces nouveaux dispositifs. Dès lors, un tableau synthétique présentant l'offre permet de répondre au besoin de lisibilité émis par mon organisme d'accueil.

De même, j'ai travaillé avec une chargée de mission études et statistiques à l'ARS Bretagne, sur la construction d'une carte des dispositifs d'aller-vers (voir Annexe 5). Cet exercice ne fut pas simple car les dispositifs sont par nature mobiles, ce qui n'est pas aisé à mettre en valeur sur une carte. Ainsi, celle-ci est très imparfaite dans la mesure où elle ne rend pas compte du périmètre d'action des différents dispositifs ni de leur capacité d'intervention. Cependant, elle nous permet de présenter l'implantation territoriale de chaque dispositif. En ce sens, elle complète le tableau évoqué précédemment.

Cette méthodologie m'a permis d'aboutir au mémoire qui suit. Cependant, elle comporte des faiblesses, qui se feront peut-être sentir à la lecture. En effet, selon moi, les deux principales limites de ce travail sont de ne pas avoir été sur le terrain suivre une équipe pratiquant l'aller-vers et de ne pas avoir rencontré de personnes accompagnées par un dispositif d'aller-vers. Cela s'explique par

plusieurs raisons. D'abord, le contexte sanitaire et les conditions logistiques ne se prêtaient pas à ce que je suive une équipe. Ensuite, les personnes accompagnées étant en situation de précarité, et jusqu'à récemment éloignées du soin, il ne me paraissait pas opportun de les interroger sur leur prise en soin, malgré l'intérêt scientifique que cela aurait pu présenter.

Un autre biais éventuel est le fait d'avoir réalisé ce mémoire en étant en stage au sein de l'Agence régionale de santé Bretagne. En effet, cela a pu empêcher une totale liberté de parole de mes interlocuteurs lorsque leur structure fonctionne grâce à des financements issus de cette institution. En revanche, je me suis efforcé de garder un regard objectif sur mon objet d'étude et de varier mes sources d'informations afin de ne pas être moi-même biaisé par mon organisme d'accueil.

Enfin, le développement de l'aller-vers est récent et au cœur de l'actualité. Il nourrit beaucoup d'enthousiasme et les pouvoirs publics se félicitent du développement rapide de l'offre dans ce domaine. Dès lors, il était important de veiller à garder le recul nécessaire afin d'éviter de produire un mémoire panégyrique de l'ARS Bretagne et/ou des porteurs de projets d'aller-vers. De plus, le caractère récent implique que nous n'avons que peu de recul sur l'impact des dispositifs ou sur les pratiques professionnelles. De ce fait, ce mémoire soulèvera un certain nombre d'interrogations qui resteront sans réponse, pour le moment.

## Annonce de plan

Afin de répondre à notre problématique, nous commencerons par étudier l'offre existante d'aller-vers en santé précarité en Bretagne. Nous verrons qu'il s'agit d'une pratique polymorphe (1.), tant par la diversité des dispositifs qui la composent (1.1) que par la multiplicité des pratiques professionnelles visant pourtant à remplir un même objectif (1.2). Nous nous intéresserons ensuite aux perspectives pour cette pratique récemment institutionnalisée et déployée (2.). Nous chercherons à définir sa place au sein de la lutte contre le non-recours des personnes en situation de précarité (2.1). Enfin, nous étudierons les différents rôles qui pourraient être attribués à l'aller-vers dans les années à venir (2.2).

---

# 1. L'aller-vers en santé précarité en Bretagne, une pratique polymorphe

---

Le premier objectif de ce mémoire est de présenter un état des lieux des démarches d'aller-vers en santé précarité en Bretagne. Nous reviendrons tout d'abord sur le déploiement de l'offre d'aller-vers en santé précarité en Bretagne (1.1.), avant d'aborder la pratique professionnelle au sein de ces dispositifs (1.2).

## 1.1. Le déploiement d'une offre d'aller-vers en santé précarité en Bretagne

Si l'expression « aller-vers » renvoie en premier lieu à une pratique professionnelle, elle correspond également à un ensemble de dispositifs ayant pour fondement le fait d'utiliser cet outil. Nous présenterons ici les dispositifs d'aller-vers financés par l'ARS Bretagne. Nous commencerons par proposer une typologie des dispositifs d'aller-vers en santé précarité qui nous permettra de présenter les dispositifs dont ce mémoire fera l'objet (1.1.1.). Ensuite, nous reviendrons sur l'opportunité que la crise sanitaire a représenté pour le développement des démarches d'aller-vers en santé précarité (1.1.2). Enfin, nous évoquerons la répartition territoriale de ces démarches (1.1.3).

### 1.1.1. Typologie des dispositifs d'aller-vers en santé-précarité en Bretagne

Les dispositifs d'aller-vers sont pour la plupart récents et peu connus du plus grand nombre. Dès lors, avant toute chose, il convient de présenter les dispositifs dont nous parlerons dans ce mémoire. Bien que cette tâche puisse sembler fastidieuse, elle nous a semblé absolument nécessaire. En effet, comme le rappelle une infirmière travaillant dans un dispositif d'aller-vers, dans ce domaine, « *il y a beaucoup de choses qui se ressemblent et ça n'est pas toujours clair* » (entretien n°18). Pourtant, à ce jour, on ne trouve pas dans la littérature de document clair et synthétique présentant l'ensemble des dispositifs d'aller-vers en santé précarité. Nous avons donc souhaité tenter d'y remédier.

Pour présenter les dispositifs d'aller-vers en santé précarité, nous les avons classés par catégories. Les catégories sont les suivantes : « équipes mobiles », « consultations avancées », « médiation en santé » et « dispositifs mobilisant l'aller-vers dans leurs pratiques ». Avant de travailler avec cette typologie, nous nous étions intéressés à la typologie proposée par l'ARS Ile-de-France (2019) dans son référentiel intitulé « Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d'aller-vers auprès des personnes en situation de grande précarité ». Dans ce document, les trois catégories proposées par les auteurs sont les « maraudes », les « équipes mobiles » et les « consultations avancées ». Nous avons décidé de l'utiliser comme base de travail mais de nous en écarter. En effet, cette typologie est antérieure à la crise sanitaire. Au moment de sa rédaction, l'offre d'aller-vers en santé précarité était moins étoffée. Ainsi, bien que ce document présente des éléments très intéressants, il nous paraissait utile de mettre à jour la typologie proposée selon l'évolution que l'aller-vers a connu au cours des trois dernières années.

De ce fait, nous avons conservé les catégories « équipe mobile » et « consultations avancées » qui nous semblaient pertinentes. En revanche, nous avons mis de côté la catégorie « maraudes », qui n'est pas financée par l'ARS Bretagne. Cette catégorie serait pertinente dans une typologie exhaustive des démarches d'aller-vers, cependant, comme évoqué dans la méthodologie, nous avons choisi de nous focaliser sur l'offre déployée par l'ARS Bretagne. Enfin, nous avons décidé d'ajouter deux catégories. Tout d'abord, il ne fait aucun doute pour nous que la médiation en santé fait partie des démarches d'aller-vers, tout en se distinguant des équipes mobiles et des consultations avancées. En effet, la médiation en santé a pour principe fondateur le fait de se déplacer physiquement, mais aussi de par la posture professionnelle, vers les personnes accompagnées. De même, nous avons souhaité intégrer à notre typologie une catégorie regroupant les dispositifs pratiquant l'aller-vers sans que ça ne soit le cœur de leur activité. Une de nos hypothèses est que ce type de dispositifs pourrait se développer dans les années à venir et prendre une place centrale dans l'offre d'aller-vers (nous y reviendrons en 2.2.3). Dès lors, il nous paraissait indispensable de les intégrer à notre typologie.

#### a) Les équipes mobiles

Les équipes mobiles sont les dispositifs d'aller-vers en santé précarité les plus nombreux en Bretagne. Au sein-même de cette catégorie les dispositifs sont variés. En général, il s'agit d'équipes pluridisciplinaires qui se déplacent pour rencontrer les personnes. Elles peuvent être constituées par des infirmiers, des travailleurs sociaux, des médecins, des psychologues, etc. Parfois, ces équipes accompagnent une maraude sociale pour aller à la rencontre de nouvelles personnes mais elles interviennent principalement suite à une sollicitation par un tiers. Le tiers sollicitant peut être un

proche ou un professionnel du champ sanitaire, social ou médico-social. En effet, une travailleuse sociale en Equipe mobile psychiatrie précarité rappelle que les personnes en situation de précarité « *ont souvent des difficultés à exprimer une demande d'aide en raison du repli sur soi, on compte donc sur les professionnels pour nous solliciter si besoin* » (entretien n°20). Les équipes interviennent ensuite majoritairement sur rendez-vous, sur le lieu de vie de la personne, quel qu'il soit (rue, squat, centre d'hébergement d'urgence, etc.). Ce point est important car on associe souvent inconsciemment aller-vers et maraudes. Pourtant, les dispositifs que nous présentons ici ne sont pas forcément dans une démarche prospective et, même s'ils fonctionnent avec souplesse et en s'adaptant aux spécificités de leur public, ils interviennent dans un cadre relativement défini en amont. Une infirmière en dispositif d'aller-vers explique d'ailleurs qu'il n'y a pas de « *maraude définie, on va voir telle ou telle personne* » (entretien n°17). En synthèse, l'intervention se fait en général « quand tel acteur de la Cité (commissaire, commerçant, membre d'une association, citoyen engagé...) a repéré une personne qui l'inquiète sur le plan psychique [dans le cas des EMPP] et qu'il sollicite alors les équipes appropriées. En quelque sorte, c'est un lanceur de fusée de détresse, autrement appelé "signaleur". Dès lors peut se mettre en place conjointement avec ce signaleur une action d'aller vers, réfléchie, cohérente et coordonnée. Il ne s'agit donc pas d'établir une "maraude psychiatrique" pour, au hasard des rencontres, traquer la psychose dans la rue, mais plutôt de répondre aux lanceurs de fusée de détresse de la Cité » (Mercuel, 2018).

#### - Equipes mobiles psychiatrie précarité

Les EMPP furent créées par la circulaire du 23 novembre 2005, suite à des expérimentations dès les années 1990. Elles sont motivées par le constat des professionnels d'une surreprésentation de la souffrance psychique chez les personnes en situation de précarité, confirmée depuis par l'étude Samanta (Laporte et Chauvin, 2004) par exemple. Ces équipes pluridisciplinaires se déplacent à la demande des professionnels, mais aussi des familles, pour contribuer à amener vers les soins des personnes en difficulté sociale et psychologique, qui ne sont pas en mesure de demander l'aide des structures de soin. Selon une assistante sociale en EMPP, « *les accompagnements sont en général assez courts, souvent les personnes ont besoin d'un coup de pouce permis par deux ou trois entretiens avec l'infirmier ou le psychologue* » (entretien n°20). Les EMPP ont également une mission d'appui aux professionnels de première ligne qui font part d'un besoin de soutien sur ces questions. Selon la même assistante sociale, l'appui peut se faire par exemple à travers des analyses de situation de deux heures. Pendant ces rencontres, « *les professionnels présentent une situation face à laquelle ils se trouvent démunis, nous [l'équipe de l'EMPP] valorisons ce qui est déjà mis en place et proposons des*

*solutions pour amener le soin* » (entretien n°20). Il en existe onze en Bretagne, auxquelles on peut ajouter quatre antennes.

- Equipes mobiles santé précarité

Ces équipes pluridisciplinaires dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées et proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes. Elles sont composées *a minima* d'un infirmier, d'un travailleur social et d'un temps médical. Elles ont également un rôle d'interface avec les acteurs du champ sanitaire, médico-social et social, assurent des actions de prévention, de médiation et de prise en charge globale pour favoriser l'orientation des personnes vers les établissements, services et professionnels adaptés. Il en existe quatre en Bretagne portées par le Réseau Louis Guilloux, l'association AMISEP, la Croix-Rouge et l'association ADALEA et basées respectivement à Rennes, Pontivy, Brest et Saint-Brieuc. Les quatre EMSP bretonnes remplacent les équipes mobiles « Covid-19 » mises en place pendant la crise sanitaire. Comme le souligne le référent précarité au siège de l'ARS Bretagne (entretien n°1), ces équipes mobiles « Covid-19 » ont fait leur preuve et ont montré qu'elles répondaient à un véritable besoin, y compris en dehors du contexte épidémique. Dès lors, il y a eu une volonté de les reconduire et de les pérenniser (Jeantet, 2021). Ainsi, les quatre EMSP sont actuellement en cours de déploiement. Comme évoqué lors d'une réunion entre des professionnels de l'ARS Bretagne et du Réseau Louis Guilloux, la mise en place de ces équipes s'opère en s'appuyant sur l'existant et à partir de ce qui a été fait précédemment.

- Equipe spécialisée de soins infirmiers précarité

Les équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) sont des dispositifs médico-sociaux qui dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou à des personnes très démunies. Ce dispositif était initialement nommé Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) précarité et déployé en Hauts-de-France depuis 2014. Il est né du constat des fédérations du secteur du soin à domicile que les SSIAD traditionnels « n'interviennent que rarement dans les lieux de vie accueillant les publics en situation de grande précarité, qui se trouvent de fait exclus de ce type d'accompagnement » (Agence régionale de santé Hauts-de-France, 2020). Le premier appel à projets de l'ARS Hauts-de-France avait alors permis l'ouverture de deux équipes, puis d'autres ont suivi, portant à neuf le nombre d'équipes dans cette région. Cette expérience a porté ses fruits et a entraîné, suite à la crise sanitaire, un déploiement

national, sous le nom d'ESSIP. Désormais, il en existe une en Bretagne, portée par la Fondation Massé-Trévidy, basée à Quimper, et ayant une capacité de 13 places.

- Appartements de coordination thérapeutique « hors les murs »

Les appartements de coordination thérapeutique (ACT) sont des dispositifs à destination des personnes en situation de précarité et souffrant de maladies chroniques. Ils prodiguent des soins et proposent un suivi médical. Initialement, les ACT sont des dispositifs avec hébergement des personnes accompagnées. Des ACT « hors les murs » ont été ouverts en Bretagne en 2022 et proposent le même accompagnement mais directement sur le lieu de vie des personnes, quel qu'il soit. 40 places ont été ouvertes en Bretagne et sont portées par l'association Adapei-Nouvelles Côtes-d'Armor (10 places à Saint-Brieuc), la Fondation Massé-Trévidy (15 places à Quimper) et l'association AMISEP (15 places à Pontivy).

- Permanences d'accès aux soins de santé mobiles

Les PASS sont « des cellules de prise en charge médico-sociale qui doivent faciliter l'accès des personnes démunies non seulement au système hospitalier, mais aussi aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins, d'accueil et d'accompagnement social. Elles ont aussi pour fonction de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits, notamment en matière de couverture sociale (régime de base ou régime complémentaire d'Assurance maladie, accès rapide à l'aide médicale)... » (Peslin et *al.*, 2001). Depuis 2020, deux PASS mobiles sont expérimentées en Bretagne : la PASS du Groupement Hospitalier Bretagne Sud à Lorient et le dispositif Cob'Mobile co-porté par l'antenne de Carhaix de la PASS du CHRU de Brest et par la Fondation Massé-Trévidy. Pour ces PASS mobiles, un binôme travailleur social-infirmier se déplace à l'aide d'un camping-car à la rencontre des personnes en difficulté. Les accompagnements concernent la recherche, l'accès et le maintien dans un logement, les démarches administratives, la citoyenneté, l'insertion professionnelle, la mobilité, la médiation familiale et l'accès aux soins. L'infirmière travaillant au sein du dispositif Cob'Mobile détaille ainsi ses missions : « *chaque suivi est différent. Par exemple, je peux accompagner certaines personnes aux consultations dentaires, d'autres demandent de l'aide aux démarches. Il faut de l'imagination, on fait au feeling. On fait des points réguliers avec les personnes, on prépare des stratégies. L'objectif, c'est de redonner de l'autonomie aux personnes, pas de faire à leur place* » (entretien n°18). Le suivi peut durer de six mois à deux ans.

#### - Point santé mobile

Le Point Santé est un « dispositif d'accueil, d'orientation et d'accompagnement des publics en situation de précarité sur des questions de santé et de droits. L'objectif est d'améliorer leur accès aux soins et aux droits. De façon plus concrète, le point santé prend en charge les personnes en situation de précarité sur leurs problématiques de santé puis les oriente vers le droit commun et le parcours de soins commun » (AMISEP, 2021). Là encore, ce dispositif traditionnellement fixe est expérimenté avec une valence mobile. Ainsi, un camping-car se déplace à la rencontre des personnes précaires isolées du Centre Bretagne pour faire un point sur leur état de santé, faire de la prévention et encourager le retour vers le système de soins de droit commun. Ce dispositif est porté par l'association ADALEA. Il se déplace dans les villes de Merdrignac, Rohan, Cléguérec et Pluméliau-Bieuzy. Il fonctionne les mardis et un mercredi sur deux, à raison d'une commune par jour d'intervention.

#### - MarSOINS

Le MarSOINS est un bus qui sillonne les territoires ; s'installe sur des places de marché, dans les lycées, dans les quartiers, en zones rurales ; propose des dépistages individuels, gratuits et ouverts à tous ; informe et oriente les bénéficiaires vers les dispositifs de droit commun. Il mobilise des bénévoles pour conduire le camion et accueillir les habitants et des professionnels pour assurer les dépistages. Contrairement aux autres équipes mobiles présentées ici, le MarSOINS ne dispose pas d'une équipe permanente, les professionnels intervenant ne sont donc pas toujours les mêmes. De plus, ce dispositif est ouvert à tous : il ne s'agit pas d'un dispositif spécifique aux personnes en situation de précarité. Cependant, de par son fonctionnement, et notamment le fait qu'il est gratuit, ce dispositif d'aller-vers est amené à rencontrer des personnes en situation de précarité et à les orienter vers le droit commun. Enfin, l'intervention du MarSOINS est ponctuelle : une fois le bilan réalisé, les bénéficiaires du dispositif ne sont pas suivis dans le temps par l'équipe. Ce dispositif est porté par l'association A vos soins. Il existe deux antennes en Bretagne : la première intervient autour de Landerneau et de Crozon et la seconde interviendra à partir de 2023 sur le pays de Redon.

#### b) Les consultations avancées

Les consultations avancées sont des dispositifs plus ponctuels que les équipes mobiles. Dans ce cas, une équipe se déplace dans un autre établissement afin d'aller vers les personnes qui s'y trouvent. C'est le cas par exemple des PASS délocalisées dans des centres de santé ou des

consultations avancées des Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) dans les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS). Pour ces dernières, l'équipe d'un CSAPA délègue une ou des personnes pour tenir une consultation addictologique dans un CHRS. Celle-ci est réalisée en lien avec l'équipe de cette structure et est destinée à son public. Elle peut orienter les personnes consultées dans les structures d'hébergement vers le site principal du CSAPA. Selon Le Cossec, Chambine et Tugaye (2019), les consultations avancées permettent aux médecins de voir des patients présentant « une plus grande complexité sociale (précarité, patients ne parlant pas le français) » que ceux vus dans leur établissement, de « simplifier l'accès aux soins » et de « travailler en meilleure intelligence entre les structures ».

Une professionnelle en CHRS décrit par exemple la mise en place de ce type de consultation : « *au début, l'infirmière du CSAPA faisait sa consultation à 9h dans un bureau assez isolé, elle ne voyait pas grand monde. Nous en avons discuté avec elle et elle est désormais à 11h dans le hall du CHRS, en présence du reste de l'équipe. Nous préparons du café et apportons des gâteaux. Cela donne quelque chose de plus convivial et les résidents du CHRS viennent plus nombreux pour la rencontrer. Elle peut alors se présenter et engager une discussion. Parfois, ça débouche sur un accompagnement de la personne au CSAPA, si elle le souhaite* » (entretien n°29). Le directeur d'un CSAPA complète ce témoignage : « *le CSAPA est assez cadré avec des rendez-vous que les personnes doivent respecter. Pour certaines personnes en situation de précarité, ça ne correspond pas à leurs contraintes. Pour d'autres, c'est la mobilité qui est un frein. Toujours est-il que ces personnes ne viennent pas spontanément au CSAPA. C'est pourquoi nous allons vers elles avec les consultations avancées. Leur but est de faire germer quelque chose et de faire de la réduction des risques. Dans certains cas, l'objectif est que les personnes viennent ensuite au CSAPA mais ça n'est pas facile : s'ils ne sont pas venus au début, ça n'est pas pour rien* » (entretien n°16). Ainsi, les consultations avancées ont pour principe de délocaliser une structure de soins dans un autre lieu afin de toucher une population qui ne vient pas vers elle et de créer un premier lien pour ensuite rendre possible un accompagnement, si nécessaire.

### c) La médiation en santé

« Instrument de modernisation des politiques publiques de santé » (Haschar-Noé et Bérault, 2019), la médiation en santé est un nouveau métier, apparu en France dans les années 2000. L'objectif de ce métier est de lutter contre les ISS et de « mettre en œuvre des dispositifs d'accompagnement à l'autonomie en santé » en respectant « deux principes déontologiques et

professionnels fondateurs de la médiation : l'aller-vers et le "faire avec" selon une logique *d'empowerment* » (Haschar-Noé et Bérault, 2019).

En ce sens, les médiateurs sont une « interface de proximité », leur rôle est donc double. Cette profession a pour but non seulement d'accompagner les usagers, de leur redonner autonomie et pouvoir social par l'accès à la prévention par exemple, mais aussi de sensibiliser les différents acteurs « aux spécificités de ces populations et aux obstacles qu'elles rencontrent dans leurs trajectoires de santé » (Gerbier-Aublanc, 2020). Notons également que les médiateurs occupent souvent un rôle ambigu et rempli d'incertitudes, puisqu'ils sont au carrefour de nombreuses réalités : celles des professionnels (libéraux et hospitaliers), des usagers et des institutions. Pour autant, leur intervention permet « la maîtrise des zones d'incertitude traversant les parcours de soin et de santé des personnes » (*Ibid.*). Ces zones renvoient à la complexité du parcours de soin.

Concrètement, les médiateurs en santé « *rencontrent les usagers, concourent à l'ouverture des droits si nécessaire, peuvent accompagner à un rendez-vous de santé ou encore expliquer une facture ou un compte-rendu mal compris* », comme l'explique une médiatrice en santé (entretien n°22). Selon Lahmidi et Lemonnier (2018), leurs missions sont de « favoriser l'ouverture et la continuité des droits à la couverture maladie ; encourager l'accès aux soins, à travers des activités de promotion à la santé (sensibilisation des personnes sur la contraception, périnatalité, hygiène bucco-dentaire...) ; améliorer l'accueil des personnes en sensibilisant les professionnels médico-sociaux ; ou encore accompagner les professionnels de santé par la création d'outils adaptés ». Autrement dit, leur rôle est de faire du lien entre les usagers et les acteurs du système de santé et de donner les clés aux usagers pour devenir protagonistes de leur santé. Cette nécessité de mise en lien est confirmée par la littérature : « la médiation en santé vise à (r)établir du lien et à œuvrer au changement des représentations entre les acteurs du système de santé et les populations éprouvant des difficultés à y accéder » (Gerbier-Aublanc, 2020).

La médiatrice du centre de santé du Blosne à Rennes rapporte deux illustrations d'accompagnements qu'elle propose : « *j'ai accompagné une personne très isolée, arrivée en France pendant la crise Covid. D'abord elle est venue au groupe de marche que nous organisons chaque semaine, puis je l'ai mise en lien avec une association pour apprendre le français puis elle m'a demandé si je pouvais relire son CV. Au départ, c'était juste pour voir le médecin mais on a construit un parcours, au-delà du soin. Un autre exemple est celui d'un habitant venu parler d'un voisin qui ne voulait pas voir le médecin alors qu'il n'allait pas bien. On lui a d'abord proposé la vaccination contre le Covid-19, qu'il a acceptée. Quand il est venu pour se faire vacciner, on a discuté autour d'un café. Le soin est alors venu dans la conversation et nous avons pu commencer un accompagnement par la suite* » (entretien n°22).

Six postes de médiation en santé ont ouvert en Bretagne : deux à vocation départementale et spécifiquement à destination des gens du voyage (pour l'itinérance dans les Côtes-d'Armor et l'Accueil des gens du voyage (AGV) 35 en Ille-et-Vilaine) et quatre autres déployés à l'échelle d'une commune ou agglomération (par la Croix-Rouge à Brest et dans les villes de Saint-Malo, Dol-de-Bretagne et Vannes). Par ailleurs, la médiation est également présente dans d'autres structures, qui ne font pas que de l'aller-vers. Nous y viendrons dans le paragraphe suivant.

d) Les dispositifs mobilisant l'aller-vers dans leurs pratiques

Il s'agit ici de dispositifs du champ de la santé précarité qui n'ont pas l'aller-vers comme principe fondateur. Nous en avons retenu deux types pour la Bretagne : les ACT « Un chez soi d'abord » et les centres de santé participatifs.

D'abord, le dispositif ACT « Un chez soi d'abord », déployé à l'échelle nationale, permet de proposer une solution de logement aux personnes sans-abri les plus vulnérables, présentant des troubles psychotiques et échappant aux dispositifs classiques. L'entrée dans le dispositif ne requiert ni traitement ni abstinence mais uniquement la volonté de la personne de bénéficier de l'accompagnement proposé. L'accompagnement pluridisciplinaire mis en place par le dispositif vise le rétablissement de la personne et prend la forme de visites à domicile par un binôme de professionnels. Ce dispositif, fondé en premier lieu sur le principe du « logement d'abord », a une valence « aller-vers » dans la mesure où un travailleur-pair fait partie de l'équipe et que l'accompagnement se fait par des visites au domicile de la personne. 100 places vont ouvrir dans la métropole rennaise et 55 dans l'agglomération brestoise. Ce dispositif est également expérimenté en milieu rural dans les Côtes-d'Armor. 6 places sont déjà ouvertes, réparties sur les communes de Saint-Brieuc, Loudéac et Lannion. Un travailleur-pair intervient dans l'accompagnement à Saint-Brieuc et à Loudéac.

Ensuite, les centres et maisons de santé participatifs offrent une prise en charge particulièrement adaptée aux populations précaires ou éloignées du soin, car elle se fonde sur un accompagnement médico-psycho-social mis en œuvre par une équipe pluriprofessionnelle, associant notamment des médecins généralistes et auxiliaires médicaux, des psychologues, des agents d'accueil, des médiateurs en santé et des interprètes professionnels. Ces professionnels, par différents biais, font participer les usagers au projet de santé de la structure, en visant à les rendre acteurs de leur propre santé. On trouve systématiquement dans ces structures des postes de médiateur en santé. Au-delà des postes de médiateur, ces structures pratiquent également l'aller-vers en allant à la rencontre des habitants

de leur quartier pour se faire connaître. Elles accordent beaucoup d'importance à l'ancrage local. Par exemple, la médiatrice de la MSP Avenir Santé Villejean Beaugard se rend sur un marché pour se faire connaître auprès des habitants (entretien n°19). De même, la médiatrice du centre de santé du Blosne se présente à la station de métro avec du café (entretien n°22).

Trois structures d'exercice coordonné font partie de l'expérimentation des centres et maisons de santé participatifs et ont ouvert un poste de médiateur en santé : le centre de santé du Blosne et la maison de santé pluriprofessionnelle (MSP) Avenir Santé Villejean-Beaugard (ASVB) à Rennes et le centre de santé Stétho'Scop à Hennebont.

La présentation de ces dispositifs nous amène à un premier constat : il en existe une multitude dont le fonctionnement paraît proche mais qui sont pourtant bien distincts les uns des autres. Nous reviendrons en 1.2 sur ce qui les rapproche et les différencie puis en 2.1.1 sur les besoins de clarification qu'entraînent ce premier constat et les réponses qui peuvent y être apportées.

Le Tableau 1 présente une synthèse des éléments sur les dispositifs d'aller-vers en santé précarité financés par l'ARS Bretagne. Plusieurs constats en ressortent. Tout d'abord, on observe une importante diversité parmi les porteurs de projets et dispositifs d'aller-vers. On y trouve aussi bien des établissements de santé, des associations du champ médico-social, des structures d'exercice coordonné ou encore des collectivités territoriales. Cette diversité de porteurs a des conséquences sur les pratiques professionnelles de l'aller-vers, sur lesquelles nous reviendrons en 1.2.2. Ce tableau met aussi en avant le caractère très récent de l'aller-vers : la majorité des dispositifs ont moins de deux ans.

Enfin, le financement de l'aller-vers est également un sujet qui mérite notre attention. Si certains dispositifs sont des dispositifs médico-sociaux financés sur l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et disposant d'une autorisation d'exercer pour quinze ans, une partie non négligeable de l'aller-vers est financée par le Fonds d'intervention régional (FIR). Le FIR finance, entre autres, « des actions, des expérimentations et, le cas échéant, des structures [...] dans le domaine de la prévention et promotion de la santé » (Truffeau, 2013). Ses ressources proviennent de l'Assurance maladie, de l'État, et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Chaque année, des arbitrages sont effectués au sein des ARS pour déterminer quelles actions seront financées par le FIR. Ainsi, du fait de la remise en question annuelle, et d'une tension non négligeable sur le FIR, ce

mode de financement n'est pas pérenne. Dès lors, le développement de l'aller-vers pourrait connaître une stagnation voire un recul si les priorités au sein de l'ARS Bretagne, ou à l'échelle nationale, venaient à changer. Pour conclure, le financement global de l'aller-vers en santé précarité représente environ 3 366 970 € par an pour l'ARS Bretagne. Ce chiffre brut est intéressant dans la mesure où il nous donne une image de ce que représente le financement de l'aller-vers mais il est difficile à analyser ou à comparer.

Dans cette première sous-partie, nous avons souhaité rendre une image la plus fidèle possible de la pluralité des dispositifs d'aller-vers financés par l'ARS Bretagne. Avant de s'intéresser plus spécifiquement aux pratiques professionnelles en vigueur au sein de ces dispositifs, il convient de revenir sur la crise sanitaire qui a marqué une étape importante dans le développement de l'aller-vers. En effet, l'étude du contexte sanitaire, dans lequel nous avons assisté au déploiement rapide de cette offre plurielle, est indispensable afin d'en comprendre au mieux les logiques de fonctionnement.

Tableau 1 : L'offre en dispositifs d'aller-vers en santé précarité financés par l'ARS Bretagne

Type d'action	Nom du dispositif	Porteur(s)	Département	Historique	Financement	Montant du financement en euros et pour une année	Co-financement
Equipes mobiles	ACT hors les murs	Adapei	22	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	504 000	
		Fondation Massé-Trevidy	29				
		Adalea	56				
	EMPP	Fondation Bon Sauveur (Bégard) Fondation Saint-Jean-de-Dieu (Lehon) CH Plouguernevel EPSM Finistère Sud CHPM Morlaix CHRU Brest CH Guillaume Régnier CH Saint-Malo CH Redon-Carentoir EPSM Charcot (Caudan) EPSM Morbihan (Saint Ave)	22	Depuis avril 2010	ONDAM Psychiatrie (voir base et crédits notifiés 2021)	1 534 667	
			22	Depuis 2008			
			22, 56	Depuis 2020			
			29	Depuis 2009			
			29	Depuis 2021			
			29	Depuis 2005			
			35	Depuis 2006			
			35	Depuis 2009			
			35	Depuis juillet 2020			
			56	Depuis 2006			
	56	Depuis 2006					
	EMSP	Adalea Croix Rouge Française Réseau Louis Guillaou Amisep	22	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	580 000	
29							
35							
56							
ESSIP	Fondation Massé-Trevidy	29	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	204 100		
		22, 56	Depuis 2020	FIR	4 000		
Point de Santé Mobile	Adalea	29	Depuis janvier 2021	FIR	100 000		
		35	A partir de 2023				
MarSOINS	A vos soins	29, 56	Depuis janvier 2020	FIR	10 000	DEETS 29	
		56	Depuis 2021				FIR
PASS mobile	Cob/Mobile de la Fondation Massé-Trevidy et du CHRU de Brest GHBS de Lorient	29, 56	Depuis janvier 2020	FIR	10 000	DEETS 29	
		56	Depuis 2021				FIR

Type d'action	Nom du dispositif	Porteur(s)	Département	Historique	Financement	Montant du financement en euros et pour une année	Co-financement	
Consultations avancées	PASS délocalisée	PASS de Brest au Point H	29	En construction	Intégré au financement global de la PASS			
		CH de Saint-Malo	35					
		PASS de Rennes au Centre Médical Louis Guilloux	35					
	Consultation avancée CSAPA dans un CHRS	CSAPA Trégor Goëlo (antennes de Lannion Guingamp Paimpol)	CSAPA St Brieuc	22	Depuis 2019	FIR	77 093	
			CSAPA Lorient	22				
			CSAPA Quimper	29				
			CSAPA Brest	29				
			CSAPA Morlaix	29				
			CSAPA Fougères	35				
			CSAPA Vitré	35				
			CSAPA Rennes	35				
			CSAPA St Malo	35				
			CSAPA Vannes	56				
CSAPA Lorient	56							
Médiation en santé	Un médiateur auprès des gens du voyage Une médiatrice à mi-temps Une IDE/médiatrice Une médiatrice Un chargé de mission médiation auprès des gens du voyage Une médiatrice	Itinérance	22	Depuis septembre 2021	FIR	138 110	Conférence des financeurs Saint-Malo agglomération Conseil régional Conseil départemental	
		Croix Rouge française	29	Depuis 2021				
		CCAS de Saint-Malo	35	Depuis janvier 2020				
		Ville de Dol-de-Bretagne	35	Depuis 2021				
		AGV 35	35	Depuis 2022				
		Ville de Vannes	56	Depuis 2021				
Dispositif dans lesquels il y a une valence aller-vers mais dont ça n'est pas le fondement	ACT "un chez soi-d'abord"  Centre de santé participatifs	Expérimentation milieu rural	22	Depuis 2022	Pas de prise en compte du financement de ces dispositifs car c'est un financement global de leur activité		Préfecture 56	
		Site de Brest	29					
		Site de Rennes	35					
		Centre de santé du Blosne	35					Dotation
		ASVB	35					
		Centre de santé Stetho'scop (Hennebont)	56					

### 1.1.2. La crise sanitaire comme opportunité pour le déploiement de l'aller-vers

L'épidémie de Covid-19 a constitué un levier non négligeable pour le développement de l'aller-vers en santé précarité. Avant 2020, l'ARS Bretagne ne finançait que les équipes mobiles psychiatrie précarité et les consultations avancées des CSAPA dans les CHRS. La médiation en santé venait également de débiter, dans la MSP Avenir Santé Villejean-Beauregard, où une médiatrice avait pris ses fonctions en 2019. Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies (PRAPS) 2018-2022 prévoyait d'ailleurs le développement de la médiation en santé (ARS Bretagne, 2018), à la demande de l'association Avenir santé Villejean-Beauregard (entretien n°1, pilote du thème « Personnes en situation de précarité et d'exclusion » à l'ARS Bretagne). L'aller-vers n'était alors pas une modalité prioritaire pour l'ARS Bretagne.

D'ailleurs, les responsables des pôles prévention et promotion de la santé des délégations départementales expliquent que les professionnels de terrain souhaitaient déjà expérimenter l'aller-vers mais qu'elles se heurtaient à des freins en interne lorsqu'elles essayaient d'initier ce type de démarche (entretiens n°2, 3 et 5). On leur opposait par exemple un « *manque de preuves de l'impact de ces actions, longues et difficiles à mettre en place* » (entretien n°2) ou un « *risque de concurrence pour la médecine de ville* » (entretien n°5). Ce dernier argument procède probablement d'une confusion avec la médecine « foraine » évoquée en introduction, preuve d'un manque de connaissance du rôle et du fonctionnement des dispositifs d'aller-vers. L'une d'entre elles résume les difficultés du moment : « *on a dû batailler pour convaincre et mettre en place l'aller-vers* » (entretien n°5). Pourtant, « *on sait qu'il y a un besoin. Cela correspond à une vraie demande du territoire* » (entretien n°3). Une chargée de mission à la DREETS synthétise : « *aller vers aurait pu être fait avant. C'est un constat ancien qu'il faut agir sur tous les freins et qu'il y a un public qu'on ne touche pas* » (entretien n°6).

Cependant, lors de la crise sanitaire, il a fallu trouver des solutions innovantes pour pouvoir gérer l'épidémie (prévention, besoins de dépistage, d'isolement) pour les personnes en grande précarité. Comme le rappelle un chargé de mission de la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), « *il était plus compliqué d'accéder au droit commun pendant la crise, il a donc fallu innover* » (entretien n°11). Les acteurs ont dû s'adapter à ces circonstances inédites et l'aller-vers est apparu comme un outil nécessaire. Des équipes mobiles pluridisciplinaires « Covid-19 » ont alors vu le jour à titre expérimental par exemple. Selon Marine Jeantet (2021), déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté, ces « *expérimentations ou modèles d'organisation ayant fait leurs preuves pendant la crise sanitaire* » ont par la suite été reconduits et déployés de façon pérenne.

Ainsi, les équipes mobiles « Covid-19 » ont inspiré les équipes mobiles santé précarité. Il en va de même pour les ESSIP et pour les ACT « hors les murs ».

Ces nouveaux dispositifs ont ensuite été largement financés grâce à la mesure 27 du Ségur de la santé. Le Ségur de la santé a réuni, du 25 mai au 10 juillet 2020, le Premier ministre, le ministre en charge des Solidarités et de la Santé, et les représentants de tout le système de santé afin d'échanger sur des sujets tels que la revalorisation des carrières, l'organisation des soins dans les territoires, l'investissement, le numérique en santé, la gouvernance et l'inclusion des soignants aux prises de décision, la lutte contre les inégalités de santé, la psychiatrie, la recherche, mais aussi la santé des personnes âgées et des personnes handicapées (Ministère des Solidarités et de la Santé, 2020). Suite à ces échanges, des accords ont été signés, accompagnés de mesures. Parmi ces mesures, la mesure 27 portait sur la lutte contre les inégalités de santé. La moitié des 100 millions d'euros de financement alloués à cette mesure ont servi au développement d'équipes mobiles pluridisciplinaires (Jeantet, 2021). En Bretagne, cela s'est traduit par trois appels à projet qui ont permis d'ouvrir 40 places d'ACT « hors les murs », quatre EMSP et une ESSIP.

En outre, les expérimentations de dispositifs d'aller-vers en santé précarité ayant fait leurs preuves durant la crise sanitaire, les acteurs ont été convaincus de la pertinence de la démarche. Cela a alors facilité le financement d'autres dispositifs d'aller-vers comme le dispositif MarSOINS ou la médiation en santé par exemple. La responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale du Finistère dit alors au sujet du développement de l'aller-vers : « *il y a trois ans c'était compliqué mais post-Covid ça va mieux, on a moins besoin de prouver, même s'il faut toujours rester vigilants car ces dispositifs ne sont pas encore tous pérennes* » (entretien n°2). De même, une médiatrice en santé fait le constat suivant : « *le contexte Covid a débloqué un certain nombre de freins* » (entretien n°26). Un chargé de mission à la DGCS va même plus loin : « *l'offre crée le besoin : créer des équipes mobiles nous montre le besoin qu'il y a d'en avoir* » (entretien n°11). Autrement dit, expérimenter l'aller-vers a permis de toucher des publics auparavant invisibles et a mis en lumière l'importance d'œuvrer pour rendre les soins et les droits accessibles à ces personnes.

Finalement, on constate que la crise sanitaire a renversé la situation de l'aller-vers. Alors que des freins internes à l'ARS Bretagne gênaient son développement, il est désormais largement encouragé, donnant même une impression d'« *effet de mode et de solution miracle* » (entretien n°6, référente veille sociale et logement adapté à la DREETS). Ce retournement de situation est intéressant à analyser. En effet, la crise sanitaire a été le témoin d'un manque d'adaptation du système de santé aux personnes en situation de précarité. Par exemple, une étude de la Direction de la recherche, des

études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) a mis en lumière les inégalités sociales face à la vaccination contre le Covid-19 : « en juillet 2021, 70 % des personnes sans diplôme étaient vaccinées, contre 79 % chez celles ayant un diplôme égal ou supérieur à un bac+5. L'écart est encore plus important selon la profession : 65 % des ouvriers ou anciens ouvriers étaient vaccinés, contre 83 % des cadres ou anciens cadres. Enfin, plus de 30 points séparent le recours à la vaccination des personnes appartenant aux 10 % les plus modestes (55 % de vaccinés) de celles appartenant aux 10 % les plus aisés (88 %) » (Bajos et al., 2022). Pourtant, il fallait tout de même proposer des solutions pour prendre en soins les personnes éloignées du soin. Dès lors, l'aller-vers est apparu comme une solution pertinente, qui a fait ses preuves par la suite. Comme le résume Le Floch (2021), « l'urgence a aussi conduit à décharger les intervenants d'une partie de leurs tâches administratives pour justement aller de nouveau vers ce public ».

Ainsi, la crise sanitaire a accéléré, voire permis, une transformation de l'organisation du système de santé. Les freins qui existaient auparavant ont été levés et les expérimentations d'aller-vers ont pu être menées. Un parallèle pourrait alors être fait avec la crise financière de 2008 qui selon Denervaud, Johnson, Soumoy et Tcheng (2009) fut un « terreau d'innovation ». Dans leur article, ces auteurs défendent l'idée que chaque crise « offre une opportunité unique de prendre du recul pour inventer le futur terrain de jeu ». Ainsi, la crise sanitaire a permis de prendre un recul nécessaire sur le système de santé et d'innover, en proposant de nouveaux modes d'organisation.

### 1.1.3. Cartographie des dispositifs, enjeu de la répartition territoriale

Les Agences régionales de santé ont été créées avec comme feuille de route de « contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé » (Pierru, 2020). Elles accordent donc une attention importante à la répartition territoriale des dispositifs qu'elles déploient. Les dispositifs d'aller-vers sont récents et en cours de déploiement. Ainsi, il y a « une volonté dès le départ d'en avoir un peu partout plutôt que de faire du rattrapage comme pour les anciens dispositifs pour lesquels il y a des zones blanches » (entretien n°4, responsable de pôle prévention et promotion de la santé à la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine). De ce fait, lors des commissions d'appel à projet pour les EMSP et ACT « hors les murs », il y a eu un souhait d'avoir, dans la mesure du possible, un dispositif par département. Ce fut le cas pour les EMSP, tandis que pour les ACT « hors les murs » seule l'Ille-et-Vilaine n'en dispose pas, faute de candidat.

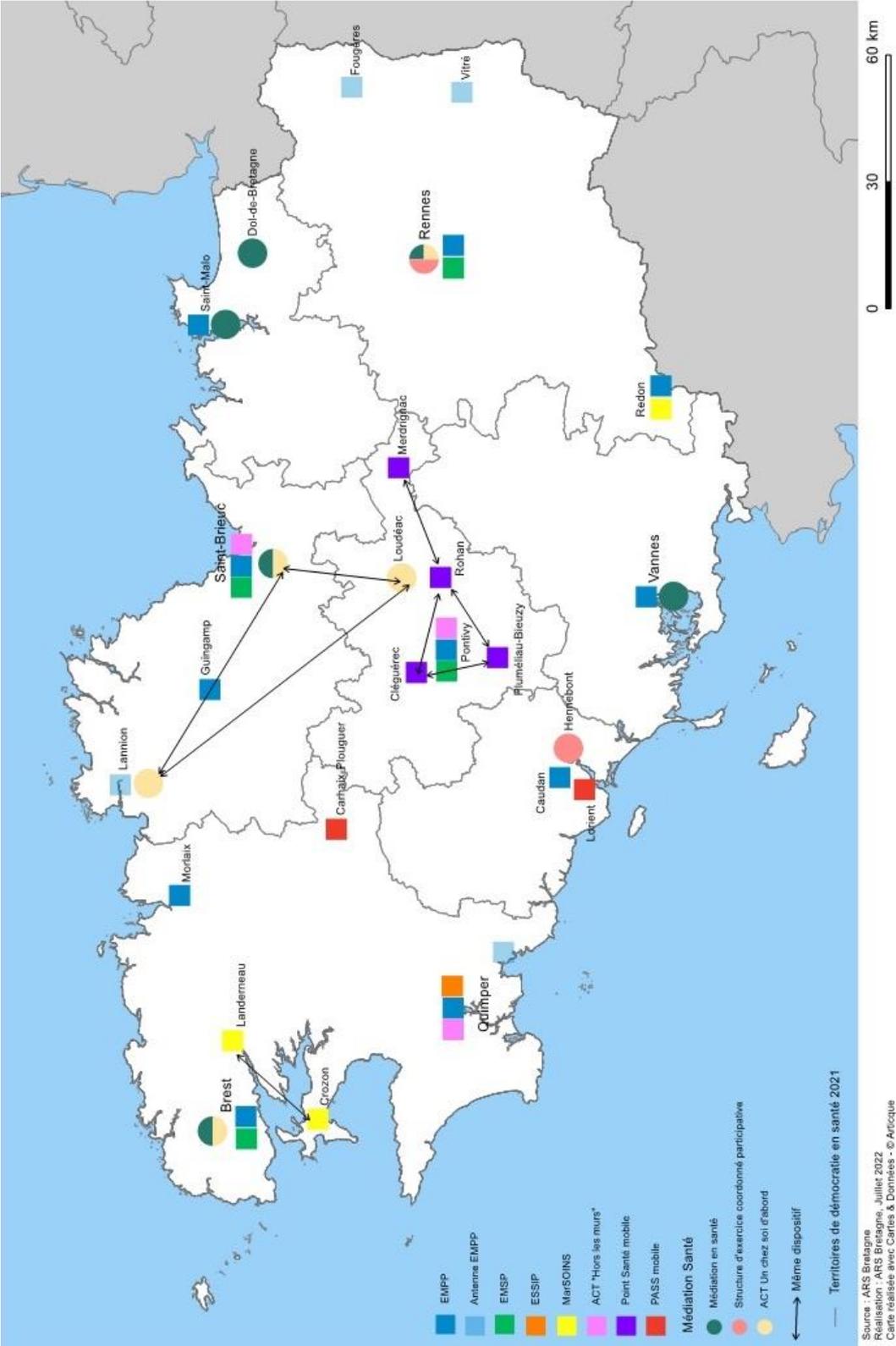
Cependant, malgré cet objectif, la répartition territoriale des dispositifs d'aller-vers connaît des inégalités (voir Figure 1). Par exemple, l'ARS Bretagne ayant reçu pour l'ESSIP des crédits permettant

de financer onze places à l'échelle régionale, il n'était pas viable de les répartir sur plusieurs sites. Ainsi, pour le moment, une seule ESSIP est financée, à Quimper. En comparaison avec les Hauts-de-France de France où on trouve neuf équipes réparties sur la région (Agence régionale de santé Hauts-de-France, 2020), cela semble insuffisant. Par ailleurs, pour les EMSP, les crédits alloués aux porteurs ne permettent pas de couvrir l'intégralité des départements dans lesquels ils sont implantés. Lors d'une réunion préparatoire à la mise en place de leur EMSP, les représentants du Réseau Louis Guilloux ont par exemple fait savoir à l'ARS qu'au vu du budget, inférieur à celui qu'ils avaient envisagé dans leur réponse à l'appel à projet, ils ne pourraient pas avoir de vocation départementale comme ils l'auraient souhaité. D'ailleurs, un chargé de mission de la DGCS insistait sur le fait qu'« *une EMSP par département ne suffira pas et [qu'] il faudrait donc développer l'offre dans les années à venir* » (entretien n°11).

En ce qui concerne les projets financés par le FIR, l'hétérogénéité est plus importante encore. En effet, ces dispositifs sont parfois encore expérimentaux et n'ont pas immédiatement vocation à être généralisés. Ainsi, la médiation en santé n'est pas présente sur tous les territoires par exemple, ni même dans toutes les grandes villes bretonnes. Il en va de même pour le dispositif MarSOINS, qui semble prometteur, mais qui pour le moment n'a pas de site dans tous les territoires ruraux bretons où il pourrait être une solution pertinente. Cette hétérogénéité s'explique simplement par le caractère expérimental et/ou récent des dispositifs. Néanmoins, c'est un point d'attention à avoir pour la suite de leur déploiement qui devra permettre de garantir une répartition égale.

Plus globalement, on observe sur la Figure 1 que les dispositifs d'aller-vers en santé précarité se trouvent principalement dans les plus grandes agglomérations bretonnes. Néanmoins, il convient de rappeler que ces dispositifs sont mobiles, ce dont la cartographie ne peut rendre compte. Ainsi, certains dispositifs, comme la médiation en santé à destination des gens du voyage en Ille-et-Vilaine et dans les Côtes-d'Armor, sont déployés à l'échelle départementale. De plus, on constate que le Centre Bretagne qui était auparavant peu fourni en dispositifs spécifiques à destination de personnes en situation de précarité dispose désormais d'une offre plus étoffée et mobile. Cependant, plus à l'Ouest, dans un rectangle dont les coins seraient Quimper, Pontivy, Morlaix et Brest, on constate qu'il demeure « *une zone blanche assez dépourvue, malgré la présence de personnes en situation de précarité* », comme en témoigne l'infirmière du Cob'Mobile qui intervient dans cette zone (entretien n°18). Ce constat est partagé par la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale du Finistère à l'ARS Bretagne (entretien n°2). Ainsi, l'offre mobile devra encore se développer afin de toucher le plus grand nombre.

Figure 1 : Carte des dispositifs d'aller-vers en santé précarité en Bretagne



Enfin, pour ces nouveaux dispositifs, qui remplissent souvent des fonctions proches voire similaires, comme on a pu le voir lors de la présentation des dispositifs en 1.1.1, il y a un véritable enjeu de clarté et de lisibilité. Souvent, afin de contourner cette confusion éventuelle, la solution apportée est de dire que les deux dispositifs n'interviennent pas sur le même territoire. En ce sens, lors d'une réunion à laquelle nous avons assisté, le médiateur en santé de Dol-de-Bretagne a été interrogé par l'ARS Bretagne sur sa complémentarité avec l'infirmière du Centre départemental d'action social (CDAS) et a expliqué qu'ils n'intervenaient pas sur le même territoire mais qu'ils faisaient plus ou moins la même chose. Ainsi, s'il y a une volonté de déployer des dispositifs un peu partout, il y a également un souhait de « *ne pas en avoir deux au même endroit qui font la même chose* » (entretien n°4, responsable de pôle prévention et promotion de la santé à la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine). Par conséquent, la question des articulations entre les EMSP et les EMPP se pose dans les villes où on trouve ces deux dispositifs, bien qu'ils ne soient pas sollicités exactement pour les mêmes raisons. C'est ce que souligne la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale des Côtes-d'Armor (entretien n°5) au sujet de la ville de Saint-Brieuc où on trouve une EMSP et une EMPP, comme à Rennes, à Pontivy ou encore à Brest.

Pour conclure, il convient de rappeler que les territoires d'intervention sont « *en pratique souvent plus souples que prévu car les professionnels interviennent parfois hors de leur zone pour aider lorsqu'une situation est complexe* » (entretien n°4, responsable du pôle prévention promotion de la santé et public spécifique, Délégation départementale Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne). En effet, pour être en mesure d'aller vers les publics ciblés, les dispositifs ont besoin de conserver une certaine « malléabilité » (Chambon, 2018).

Auparavant perçus comme peu probants et difficiles à mettre en place, les dispositifs d'aller-vers ont connu un essor important suite à la crise sanitaire. L'ARS Bretagne s'est alors dotée d'une offre conséquente et diversifiée dont nous avons essayé de présenter les dispositifs, leur financement et leur répartition territoriale. Nous allons désormais nous intéresser plus précisément à leurs modalités de fonctionnement.

## 1.2. Des principes et objectifs fédérateurs mais des mises en œuvre différentes

Nous allons désormais nous intéresser à ce qui rapproche toutes les démarches d'aller-vers en santé précarité financées par l'ARS Bretagne (1.2.1) puis à ce qui les différencie dans leur pratique professionnelle (1.2.2).

### 1.2.1. La volonté d'apporter des solutions adaptées aux situations complexes rencontrées par les personnes en situation de précarité

L'aller-vers regroupe un ensemble de dispositifs dont le critère principal d'appartenance est le fait de se rendre physiquement vers les lieux où sont présentes les personnes en situation de précarité (Haute autorité de santé (HAS), 2017). Au-delà de cette première caractéristique, les dispositifs d'aller-vers partagent un socle commun de valeurs et d'objectifs.

En effet, il ne s'agit pas uniquement d'une posture physique mais également d'une posture professionnelle. Dans son référentiel sur la médiation en santé, la HAS (2017), désigne cette posture professionnelle comme une « ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect ». La volonté d'agir dans un cadre « *bienveillant et respectueux* » (entretien n°19, médiatrice en santé) est confirmée par les acteurs rencontrés lors de notre enquête. Chobeaux (2021) décrit d'ailleurs : « aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout ne pas s'imposer, ne pas juger ». Dans le cahier des charges de ses appels à projets pour des dispositifs d'aller-vers, l'ARS Bretagne (2021) détaille cette idée en proposant une liste de valeurs à respecter :

- L'inconditionnalité de l'accueil de la personne et ce quel que soit son statut administratif ;
- Le respect absolu de la volonté de la personne et de sa liberté de choix ;
- La confiance dans sa capacité de mobilisation ou d'acquisition de compétences ;
- La reconnaissance et la valorisation de l'expérience de la personne notamment dans le domaine de sa santé ;
- Le respect du secret professionnel, le respect de la confidentialité des données médicales et de la vie privée.

Les démarches d'aller-vers reposent sur un changement majeur dans la relation entre l'intervenant et le public ciblé étant donné que ça n'est pas aux personnes en situation de précarité de solliciter les dispositifs mais l'inverse. Ce basculement n'est pas anodin dans la mesure où il oblige les professionnels à transformer leurs pratiques et représentations professionnelles pour « *faire avec et*

*non à la place de* », ce qui peut être difficile (entretien n°18, infirmière dans un dispositif mobile). Ainsi, « l'action d'aller vers constitue une posture physique tout autant qu'une disposition d'esprit » (Chapelet, 2018).

Les professionnels peuvent également se retrouver dans des situations inconfortables vis-à-vis des personnes ciblées comme le refus de l'accompagnement ou la constatation d'un écart entre les attentes des uns et des autres. Selon une médiatrice en santé travaillant auprès des gens du voyage, les situations de rejet par les personnes ne sont « *pas agréables mais elles sont très rares : en général, on est très bien reçu* » (entretien n°26). Pour Le Floch (2021), « l'une des choses les plus compliquées peut-être, c'est d'apprendre à ne pas avoir peur de la pauvreté. Les gens en galère ont une façon de parler souvent agressive, car la survie provoque un grand état de fatigue, ainsi qu'une colère contre la société. Il faut que les travailleurs sociaux ou les professionnels de santé sachent que "se faire envoyer bouler" – pour employer un langage cru – n'est pas vraiment la réaction violente que l'on perçoit, mais une extériorisation de la souffrance de l'Autre ! ». Pour Chapelet (2018), « s'appuyer sur les compétences et le "pouvoir d'agir" des personnes, dans une perspective de coconstruction de leur accompagnement, est le gage d'une insertion durable qui cherche à "raccrocher" celles et ceux qui ne croient et ne sollicitent plus les dispositifs de droit commun. Essayer des refus, respecter et accepter qu'une personne ne souhaite pas engager une conversation, recevoir une aide ou une prestation quelconque ne doivent pas être perçus ni vécus comme un échec, mais bien comme une dimension intrinsèque à l'intervention de rue, dans sa dimension intrusive de l'aller-vers ».

Ainsi, l'aller-vers doit intégrer une démarche globale qui « corresponde vraiment aux attentes des gens précaires et non aux idées préconçues que les travailleurs sociaux peuvent en avoir. Les interventions pensées [traditionnellement, avant l'aller-vers] par les professionnels répondent davantage à une norme sociétale : il faut intégrer les exclus ; alors qu'il faudrait prendre en compte les besoins exprimés par les personnes accompagnées et "faire avec" elles. [...] Mettre en œuvre cette approche n'est pas facile » (Le Floch, 2021). Pour Chobeaux (2021), aller vers c'est « proposer une position, une posture en décalage, ni favorable ou fascinée par les excès de la rue, ni radicalement conforme aux discours ambiants ultra-libéraux portant sur la volonté individuelle et le sens de l'effort pour s'en sortir ». En effet, la démarche d'aller-vers implique de sortir d'un cadre préconçu, de faire « *au feeling* » (entretien n°18, infirmière du Cob'Mobile). Ainsi, la démarche d'aller-vers, fortement incitée aux échelles nationales et locales, n'est pas intuitive et peut soulever des questions pour les professionnels. Ces questions sont d'autant plus prégnantes que les professionnels de l'aller-vers n'y ont pas toujours été formés. Les équipes pratiquant l'aller-vers sont

souvent constituées de personnes ayant une expérience professionnelle auprès du public en situation de précarité et/ou dans le secteur de la psychiatrie mais cela ne garantit pas pour autant que la démarche « d’aller-vers » et de « faire avec » soit innée pour elles. Nous reviendrons en 2.1.1 sur cette question de la formation comme réponse aux besoins des professionnels.

Outre ce socle de valeurs et cette façon de travailler, les dispositifs d’aller-vers partagent également des objectifs communs. Ainsi, toujours dans ce cahier des charges (Agence régionale de santé Bretagne, 2021), on peut lire qu’ils doivent viser à renforcer :

- L’équité en santé en favorisant le retour vers les dispositifs de droit commun ;
- Le recours à la prévention et aux soins et le non renoncement aux soins ;
- L’autonomie et la capacité d’agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ;
- La prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité de ces publics ;
- L’articulation des secteurs du sanitaire, le social et le médico-social afin d’apporter une réponse globale aux personnes accompagnées.

Finalement, ces objectifs peuvent être répartis en deux catégories. D’une part, on trouve des objectifs vis-à-vis du public et, d’autre part, vis-à-vis des autres professionnels de santé et des institutions. Nous allons d’abord traiter les objectifs vis-à-vis du public puis ceux vis-à-vis des autres professionnels de santé et des institutions.

Dans le référentiel « Conception, organisation, mise en œuvre et évaluation des actions d’aller-vers auprès des personnes en situation de grande précarité » de l’ARS Ile-de-France (2019), les objectifs vis-à-vis du public sont résumés ainsi :

- Renforcer leur capacité à se rendre par elles-mêmes dans les structures de droit commun (montrer la voie de l’autonomisation) ;
- Contribuer à l’adaptation de l’offre de prévention et de soins du système de droit commun pour améliorer leur accueil et leur prise en charge.

En synthèse, les dispositifs d’aller-vers en santé précarité ont pour objectif de ramener vers le droit commun des personnes en situation de non-recours aux droits et/ou aux soins en leur redonnant une capacité d’agir dans la prise en charge de leur santé. Pour ce faire, ils se déplacent physiquement vers

les personnes et adoptent une posture sans jugement, d'écoute et de respect. Derrière ce socle commun d'objectifs et de valeurs, on trouve d'autres similitudes dans la pratique professionnelle.

Tout d'abord, les professionnels travaillent sur le temps long. Ils cherchent avant tout à « *semmer des graines* » (entretien n°22, médiatrice en santé), qui parfois mettent du temps à germer. Souvent, les personnes ciblées par les dispositifs d'aller-vers en santé précarité n'expriment pas immédiatement une demande d'aide. Cela peut s'exprimer par plusieurs raisons comme le repli sur soi (entretien n°20, travailleuse sociale en EMPP) ou la hiérarchisation des priorités dans laquelle la santé se trouve après le logement, l'alimentation ou l'emploi (entretien n°7, chargée de mission insertion sociale au conseil départemental d'Ille-et-Vilaine). Dès lors, le rôle des dispositifs d'aller-vers est de « *nouer une relation de confiance afin que la personne sache que, si un jour elle souhaite un accompagnement ou un conseil, elle saura qu'elle peut y avoir recours* » (entretien n°17, infirmière au SAMU social d'Ille-et-Vilaine). Autrement dit, « pour des personnes qui ont vécu des ruptures, des abandons, on comprend alors le sens qu'il y a à restaurer le lien social : trouver les prises pour ouvrir l'horizon d'un accompagnement possible » (Chambon, 2018). Ainsi, le travail d'aller-vers se fait « dans un objectif de repérage et de prévention plutôt que de réparation » (Avenel, 2021). Parfois, les professionnels peuvent essayer de faire émerger la demande en abordant certains sujets avec les personnes. Les professionnels de l'aller-vers partagent des astuces afin de créer un premier lien, comme la « *bobologie* »<sup>2</sup> par exemple (entretien n°5, responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique à la délégation départementale des Côtes-d'Armor). En s'intéressant à des maux bénins et en apportant une aide palpable et immédiate aux personnes, ils ouvrent un premier espace d'échange.

En synthèse, suite à l'action d'aller-vers « peuvent émerger des demandes plus ou moins réalisables ; ce qui importe n'est pas de donner une réponse positive à la personne mais d'accepter son existence. Il est alors possible de tout proposer, même le soin, à partir du moment où l'on tient compte des demandes et des projets de l'accompagné. Cela nécessite du temps, du lien et de la constance sans préjuger des résultats. En fin de compte, accueillir ces personnes c'est écouter, entendre et ne jamais définir à leur place ce qui serait nécessaire pour elles. C'est accepter de ne pas être en position de savoir. C'est proposer ce qui paraît être attendu par le requérant. Et pour ce public précaire et malade, c'est accueillir sans rien attendre de la rencontre. Parce que mon attente ne laisserait pas de place à sa demande » (Martin, 2018).

---

<sup>2</sup> Bobologie désigne la prise en charge courte d'un patient pour traiter un traumatisme ne présentant aucune gravité, comme les égratignures et les hématomes.

Cette façon de travailler, fondée sur la confiance entre le public et les professionnels dans le cadre d'une relation horizontale et respectueuse, requiert du temps. En effet, une personne en situation de repli sur soi et de renoncement aux droits et aux soins et/ou ayant une expérience négative avec la santé ne va pas spontanément faire confiance à des professionnels qu'elle ne connaît pas. Comme le rappelle le directeur d'un CSAPA, « *s'ils ne sont pas venus au début, ça n'est pas pour rien* » (entretien n°16). Ainsi, le travail d'aller-vers se fait sur le temps long. Cette notion du temps distingue réellement l'aller-vers d'autres pratiques dans le champ de la santé. Une illustration de cela est ce témoignage d'une médiatrice en santé : « *souvent, dans mes échanges avec des partenaires d'autres structures, on me dit que j'ai vraiment de la chance de pouvoir travailler dans le temps et de mettre en place des choses avec les gens* » (entretien n°19). Pour une ancienne infirmière en service hospitalier, désormais dans un dispositif d'aller-vers en santé précarité, le travail dans le temps long est même déstabilisant : « *ce qui me gêne le plus c'est le changement de rythme par rapport à la Médecine chirurgie obstétrique (MCO), ce n'est pas du tout la même temporalité. Là-bas il y avait les durées moyennes de séjour à maîtriser. Là, au début, j'avais l'impression que ça n'avancait pas. On oscille entre progrès et retours en arrière* » (entretien n°18).

Plus optimiste, une médiatrice en santé affirme qu'avec le temps, « *on peut ouvrir des portes plus complexes, comme le sujet des femmes battues ou de l'insertion professionnelle* » (entretien n°22). Il convient de préciser que ça n'est pas parce qu'il faut du temps avant que la demande émerge que l'accompagnement dure ensuite longtemps. Une professionnelle explique par exemple que « *les personnes ont parfois besoin d'être conseillées ou orientées, d'avoir un coup de boost pour se lancer* » (entretien n°17, infirmière au SAMU social d'Ille-et-Vilaine). Une conséquence de cette volonté de « *gagner la confiance des gens est qu'on ne peut pas faire d'économies ni sur le temps ni sur les moyens humains* » (entretien n°2, responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique à la délégation départementale du Finistère de l'ARS Bretagne).

Une autre caractéristique commune partagée par les dispositifs d'aller-vers est le travail pluridisciplinaire. En effet, les situations sur lesquelles les professionnels travaillent sont des situations très complexes, nécessitant fréquemment une expertise dans plusieurs domaines. Ainsi, comme le souligne une médiatrice en santé, « *être une équipe pluridisciplinaire est un avantage pour accompagner la personne dans sa globalité* » (entretien n°22) Dès lors, l'aller-vers ne peut se faire dans un environnement cloisonné.

Par conséquent, pour atteindre leurs objectifs vis-à-vis du public, les professionnels de l'aller-vers ont globalement des pratiques professionnelles qui se ressemblent : approche préventive et de réduction des risques, travail dans le temps long ou encore travail pluridisciplinaire. Ces points communs sont

résumés ainsi par la déléguée interministérielle à la prévention et à la lutte contre la pauvreté : « les solutions peuvent prendre du temps, d'où l'importance du lien avec la personne et de la coordination entre les professionnels » (Jeantet, 2021). Pour ce qui est des objectifs vis-à-vis des autres professionnels de santé et des institutions, on retrouve également des pratiques communes.

On associe souvent l'aller-vers à « l'aller-vers les personnes » mais cette pratique est également tournée vers les autres professionnels et les institutions. En effet, les personnes en situation de précarité sont un public spécifique, présentant des insécurités et souffrant de représentations négatives, y compris chez certains professionnels de santé. Leur prise en soins prend en moyenne plus de temps qu'avec un public plus privilégié car les situations sont plus complexes, que cela fait en général plus longtemps qu'elles n'ont pas vu un professionnel de santé ou encore qu'elles sont parfois allophones<sup>3</sup> (entretien n°18, infirmière du Cob'Mobile). Dès lors, le rôle des dispositifs d'aller-vers est aussi de se faire l'interface entre ce public et des professionnels qui n'ont pas forcément l'habitude de travailler avec lui. Une illustration de cela se trouve dans l'ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 donnant naissance aux EMPP. On y trouve la phrase suivante : « les interventions des équipes de psychiatrie s'adressent à deux catégories principales de publics : les personnes en situation de précarité et d'exclusion elles-mêmes [...] Les professionnels de première ligne. [...] Ces acteurs expriment [...] une insuffisance de formation et nécessitent un étayage pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes et pour la mise en œuvre des premiers stades d'écoute et de soutien pré-thérapeutiques ».

Ainsi, les professionnels de l'aller-vers partagent également cet objectif de soutien aux professionnels du droit commun face aux difficultés qu'ils peuvent rencontrer lors de la prise en soins de personnes en situation de précarité. L'EMPP du Centre Hospitalier Guillaume Rénier (CHGR) et Addictions France organisent par exemple des modules sur la santé précarité à destination des professionnels (entretien n°20, travailleuse sociale en EMPP). Ainsi, « l'aller vers devient une "fonction passerelle", un passage tout au long duquel sont informés, sensibilisés, voire formés les intervenants » (Mercuel, 2018). Une autre facette du soutien apporté aux professionnels de santé a été mise en avant par une médiatrice lors de notre enquête : « *quand j'accompagne une personne à un rendez-vous médical, ça aide la personne que j'accompagne mais aussi le professionnel car je peux réexpliquer différemment les choses, que je peux aider la personne à exprimer ce qu'elle m'a dit ressentir et qu'elle n'arrive pas à dire à cause du stress d'être face à un médecin* » (entretien n°19). Ce constat est partagé par une autre médiatrice qui souligne l'importance d'avoir déjà un lien de confiance avec la personne (entretien n°26).

---

<sup>3</sup> Personne dont la langue maternelle est une langue étrangère, dans la communauté où elle se trouve.

Enfin, les professionnels de l'aller-vers ont également un rôle de plaidoyer auprès des institutions pour faire remonter les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité. En effet, l'aller-vers se veut être une solution temporaire permettant un retour au droit commun. Pour ce faire, le droit commun doit être en capacité d'accueillir des personnes en situation complexe, qui, auparavant, ne recouraient pas aux soins et/ou aux droits. Dès lors, les professionnels de l'aller-vers doivent participer à la réflexion sur l'adaptation du droit commun aux personnes en situation de précarité et apporter leur expérience et connaissance du public et de ses spécificités. Pour ce faire, comme l'expliquait lui-même le médiateur en santé de la ville de Dol-de-Bretagne lors d'une réunion avec l'ARS Bretagne, les professionnels de l'aller-vers doivent faire remonter les situations.

Par exemple, une travailleuse sociale en EMPP s'inquiète de la sectorisation par date de naissance des personnes sans domicile fixe : *« certains dépendent ainsi du Centre médicopsychologique (CMP) de Fougères mais ne peuvent pas s'y rendre. Nous souhaitons cesser ce mode de fonctionnement et renforcer les CMP rennais mais pour l'instant ça n'est pas possible. Ce système a d'autres conséquences : les CMP ne veulent pas de l'élection de domicile sur leur secteur pour éviter d'avoir une file active de précaires. De plus, avec les dates de naissance, beaucoup de migrants ayant 1er janvier par défaut, un CMP a tous les migrants dans son secteur et peine à assurer une bonne prise en soins pour tous. Tout cela entraîne des pertes de chance pour le suivi des personnes »* (entretien n°20). Cet exemple du manque d'adaptation du système de santé aux personnes en situation de précarité est relayé par les équipes d'aller-vers aux institutions afin de trouver des solutions pour qu'à terme les personnes sans domicile fixe puissent accéder au CMP, donc au droit commun. En attendant, cette travailleuse sociale explique que *« l'accès au CMP étant trop difficile et l'offre libérale trop onéreuse, c'est souvent l'EMPP qui permet aux personnes en situation de précarité d'avoir un suivi pour les troubles psychiques »* (entretien n°20). De cette situation naît une tension entre le rôle de plaidoyer auprès des institutions et celui de solution palliative : ceux qui relaient le besoin de plus d'adaptation sont également ceux qui permettent au système de fonctionner malgré ses carences. Cette tension est source de questionnement pour les professionnels : *« il y a un enjeu de ne pas pallier aux carences, tous les jours on requestionne cela »* (entretien n°20). Nous reviendrons sur cette tension au sujet du rôle de plaidoyer de l'aller-vers en 2.2.2.

Pour conclure, la démarche d'aller-vers suppose des valeurs et des objectifs ambitieux et dont l'application n'est pas innée. Il s'agit ainsi d'une démarche exigeante et source de remises en question mais stimulante pour les professionnels. Il en résulte que les dispositifs d'aller-vers sont attractifs pour les professionnels qui y voient la possibilité de travailler sur le temps long, de trouver du sens à

leur pratique et d'apporter un soutien réel aux personnes accompagnées et aux autres professionnels. Néanmoins, on constate que les professionnels s'engageant dans ce type de dispositifs sont en général des personnes ayant « la fibre sociale » et une expérience dans le champ de la psychiatrie et/ou de la santé précarité. C'est d'ailleurs ce qu'a mis en avant la Fondation Massé Trévidy lors de la commission d'attribution d'un appel à projet concernant un dispositif d'aller-vers : « aujourd'hui, ce qui nous manque ce sont des professionnels d'intervention qui ont une fibre sociale avec la volonté d'agir auprès de ces publics ».

### 1.2.2. Des stratégies et modalités d'intervention différentes d'un dispositif à l'autre

Si tous les professionnels de l'aller-vers partagent un socle commun de valeurs et d'objectifs, il existe tout de même d'importantes différences dans leurs pratiques. Elles peuvent principalement s'expliquer par la diversité des porteurs de dispositifs d'aller-vers, identifiée en 1.1.1, et des professionnels de l'aller-vers eux-mêmes. Autrement dit, la pratique de l'aller-vers ne sera pas exactement là-même pour un médiateur en structure d'exercice coordonné et pour un médiateur en Centre communal d'action social (CCAS), ou pour un travailleur social et un infirmier en équipe mobile.

Un premier exemple de ces différences se trouve dans le repérage des personnes accompagnées. Il s'agit d'un enjeu majeur pour des équipes pratiquant l'aller-vers auprès de personnes éloignées du système de santé. En pratique, le premier repérage se fait souvent par une personne tierce, comme expliqué en 1.1.1. D'un dispositif à l'autre, c'est cette personne qui peut changer. Par exemple, pour les structures d'exercice coordonné, les sollicitations proviennent principalement des médecins de la structure. La médiatrice du centre de santé du Blosne explique par exemple que la plupart des personnes qu'elle suit la rencontrent car elles ont un rendez-vous médical au centre de santé (entretien n°22). A l'inverse, dans un CCAS, les sollicitations émanent plutôt des travailleurs sociaux, comme nous l'a expliqué le médiateur du CCAS de Saint-Malo lors d'une réunion de suivi avec l'ARS Bretagne. Ces différences ont été évoquées lors d'une réunion entre l'ARS Bretagne et le médiateur en santé de Dol-de-Bretagne. Ce dernier expliquait que les échanges qu'il avait eus avec les médiatrices en poste à Rennes dans des structures d'exercice coordonné avaient été fructueux mais avaient également mis en lumière ce qui les distinguait. Par exemple, dans le cas d'une sollicitation par un médecin, la porte d'entrée a plus souvent un lien avec la santé que dans le cas d'un travailleur

social. Dans ce deuxième cas, la question du soin peut-être plus difficile à faire émerger. D'ailleurs, la responsable du pôle prévention promotion de la santé à la délégation départementale des Côtes-d'Armor de l'ARS Bretagne souligne le fait que le fait que « *l'aller-vers soit fait par des soignants est facilitant pour nouer un lien* » (entretien n°5).

Après le repérage, les accompagnements prennent des formes très différentes également. Les durées d'accompagnement et l'implication attendue des personnes accompagnées varient d'un dispositif à l'autre. Dans un dispositif comme MarSOINS, les rencontres sont ponctuelles et ne donnent pas lieu à un suivi dans le temps. Les personnes font un bilan de santé ou spécialisé (auditif, visuel, etc.) et sont orientées si besoin. Pour d'autres dispositifs, l'accompagnement est plus long. Le Cob'Mobile suit par exemple les personnes pendant une durée pouvant aller de six mois à deux ans. Pour les ACT « un chez soi d'abord », les personnes doivent passer en commission afin d'entrer dans le dispositif et l'accompagnement dure plusieurs mois voire des années. Ainsi, les dynamiques d'accompagnement diffèrent.

De même, la composition des équipes varient d'un dispositif à l'autre. Par exemple, certaines n'ont pas de temps médical. La présence d'un médecin au sein du dispositif peut permettre d'avoir un avis rapidement sur certaines situations et peut induire un changement dans la nature de l'accompagnement. C'est également une modalité très intéressante pour la coordination car « *il y a une meilleure communication de médecin à médecin* » (entretien n°16, cheffe de service dans un CSAPA). De plus, certaines équipes sont plus étoffées avec la présence d'un psychologue ou d'un ergothérapeute, permettant un accompagnement plus complet. Comme évoqué en 1.2.1, le fait de travailler en équipe pluridisciplinaire est primordial pour pratiquer l'aller-vers en santé précarité. Ainsi, il est important pour les porteurs de dispositifs d'avoir des professionnels aux profils variés. Une illustration de ce constat est la demande du Réseau Louis Guilloux, lors d'une réunion avec l'ARS Bretagne, d'avoir un psychologue au sein de l'EMSP en cours de construction plutôt qu'un temps psychologue d'un centre fixe. Selon eux, il est nécessaire de pouvoir s'appuyer sur une équipe complète et diversifiée. Enfin, un médiateur en santé isolé, autrement dit qui est le seul à traiter des questions de santé au sein d'une organisation (en CCAS, dans une association intervenant auprès des gens du voyage), doit se tisser un réseau plus important d'acteurs car il ne pourra pas trouver de relais au sein de sa structure, en l'absence d'une équipe soignante pluridisciplinaire. Cette tâche peut s'avérer difficile comme en témoigne l'infirmière du Cob'Mobile : « *heureusement que j'ai travaillé pendant 15 ans à l'hôpital, j'arrive à trouver des solutions pour les personnes que je suis mais ça n'est pas toujours facile* » (entretien n°18). Nous reviendrons en 2.1.2 sur la question épineuse des relais avec d'autres structures.

La littérature fait écho au caractère polymorphe de l'aller-vers. Selon Chapelet (2018), « aujourd'hui, il existe une pluralité de maraudes qui interviennent dans l'Hexagone, dont la composition des équipes, les qualifications, les pratiques d'intervention, les prestations et services proposés, le périmètre géographique d'action, les moyens humains techniques et financiers, etc. peuvent différer ». De plus, au sujet d'une équipe mobile intervenant auprès de migrants précaires, Popovici et Pawlik (2018) décrivent par exemple : « le type d'intervention dépend du professionnel, de l'objet de la demande, de la personne dont elle émane, etc. Elle va de la médiation "culturelle et linguistique" ponctuelle à des suivis éducatifs ou psychothérapeutiques, menés seul ou en binôme avec un professionnel d'une équipe partenaire. Elle est, en tous les cas, un "bricolage", au sens où elle se construit dans un cheminement entre l'utilisateur, les institutions qui l'accompagnent et l'équipe Bociak ». On constate alors qu'au sein même d'un dispositif, les accompagnements varient et dépendent d'une multiplicité de facteurs. Il n'est donc pas possible de décrire un accompagnement type par un dispositif d'aller-vers, bien qu'ils partagent de nombreux points communs.

Ainsi, pour répondre à la question du non-recours par le biais de l'aller-vers, les acteurs mobilisent des stratégies différentes et on observe une véritable diversité des pratiques d'aller-vers en santé précarité. Phénomène récent et polymorphe, le développement de l'aller-vers peut paraître nébuleux et manquer de clarté. Dès lors, il convient de réfléchir à la place et au rôle que pourrait prendre l'aller-vers dans les années à venir et aux moyens à disposition pour rendre plus lisible l'offre d'aller-vers en santé précarité.

---

## 2. Place et rôle de l'aller-vers dans la lutte contre le non-recours des personnes en situation de précarité

---

Les dispositifs d'aller-vers en santé précarité ont connu un développement récent et non négligeable. Le fait que ce développement ait eu lieu dans l'urgence de la crise sanitaire induit que certaines questions organisationnelles n'ont pas été posées au préalable, comme le concède un chargé de mission de la Direction générale de la cohésion sociale (entretien n°11). Dès lors, il convient de s'intéresser à la place (2.1) et au rôle (2.2) que pourraient prendre les dispositifs d'aller-vers en santé précarité.

### 2.1. Définir la place de l'aller-vers dans le champ de la santé-précarité

Pour définir la place des dispositifs d'aller-vers en santé précarité, nous nous intéresserons tout d'abord aux questions relatives à leur institutionnalisation (2.1.1), puis à leurs relations avec les autres dispositifs (2.1.2) et, enfin, à leurs relations vis-à-vis des personnes accompagnées (2.1.3).

#### 2.1.1. L'aller-vers, une pratique encore peu institutionnalisée

Avant de définir la place de l'aller-vers dans le champ de la santé précarité, il convient de veiller à ce que l'offre d'aller-vers soit lisible pour toutes et tous. En effet, de par la multiplicité des dispositifs répondant de différentes façons à un même objectif général et englobés sous un même terme, il y a un risque de manque de clarté. D'ailleurs, comme le rappelle la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale des Côtes-d'Armor de l'ARS Bretagne, « *on est dans le démarrage de ces dispositifs* » (entretien n°5). Il n'est donc pas étonnant que ces questions de lisibilité et de clarté se posent. Ce mémoire a vocation à fournir des éléments de cadrage afin d'éviter cet écueil. Néanmoins, un important travail de communication devra être mené, aussi bien de la part des institutions que des porteurs de projets. La prochaine organisation par l'ARS Bretagne d'une journée régionale sur le thème de l'aller-vers en santé précarité pourrait être un levier intéressant. Pour citer un autre exemple, la médiatrice en santé du centre de santé du Blosne

exprime qu'elle passe beaucoup de temps à expliquer aux habitants et aux partenaires « *que le centre de santé n'est pas un cabinet de médecine libérale mais une association dans laquelle les professionnels sont salariés et travaillent de manière pluridisciplinaire* » (entretien n°22). Ainsi, le travail de présentation des dispositifs et de leur fonctionnement aux autres acteurs du système de santé est loin d'être fini et sera nécessaire pour que l'aller-vers puisse trouver sa place dans l'offre en santé précarité.

Parfois, la clarification fait face à un obstacle : les dispositifs étant récents et très adaptables selon les besoins des publics, les professionnels eux-mêmes ont dû mal à présenter ce qu'ils font. C'est ce que décrit par exemple l'infirmière du Cob'Mobile : « *dans la réalisation au quotidien on fait des choses mais c'est au niveau de la conceptualisation, quand on y réfléchit qu'il y a un manque* » (entretien n°18). Ce manque dans la conceptualisation est le symbole de dispositifs encore peu institutionnalisés. Les institutions devront participer activement à la définition des dispositifs quand celle-ci est insuffisante afin de clarifier leur place et rôle au sein de l'offre qu'elles déploient.

En outre, la clarification pourrait passer par une relative uniformisation des pratiques entre les dispositifs. Pour cela, la formation est un outil pertinent, qui peut être financé à la demande des professionnels. Pour Chapelet (2018), « la formation des intervenants sociaux demeure indispensable pour apporter des solutions adaptées et accompagner les personnes [...] [l'engagement des professionnels] nous commande d'outiller et de former ces personnes qui se mobilisent chaque jour, leur permettant d'adopter une posture juste, de développer leur compétences et d'asseoir leur légitimité ». Ce fut déjà le cas dans le Morbihan où une formation de deux jours sur la médiation en santé s'est tenue en 2021. A ce sujet, la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale du Morbihan de l'ARS Bretagne commente : « *l'idée d'une formation commune est venue des professionnels qui voulaient harmoniser leurs pratiques. Il y avait une volonté de se mettre d'accord sur ce que fait chaque dispositif et d'avoir une culture commune* » (entretien n°3).

Cette idée d'un besoin de culture commune semble être partagée. En effet, le médiateur de la ville de Dol-de-Bretagne a fait part à l'ARS des rencontres qu'il a eues avec d'autres professionnels de l'aller-vers, notamment à Rennes mais aussi à Saint-Malo, afin d'avoir des « références communes ». Plus concrètement, il propose de partager des outils avec la médiatrice de la ville de Saint-Malo tels que des outils de méthodologie de projet, d'évaluation ou encore de suivis individuels. Il s'est également dit ouvert à l'idée de participer à une formation sur la médiation en santé. Ainsi, l'aller-vers constitue une démarche nouvelle qui pose des questions à tous les acteurs du système de

santé, y compris les professionnels qui le portent. Pour les sécuriser au sein de cette démarche, le partage de pratiques et la formation sont des leviers qui semblent être efficaces. En ce sens, les institutions telles que l'ARS doivent être en mesure d'apporter le soutien nécessaire pour faciliter les professionnels.

Si les dispositifs d'aller-vers peuvent être sources de questionnement pour les professionnels, ils risquent également d'en poser aux acteurs institutionnels. En effet, les ARS ont été créées dans un contexte de Révision générale des politiques publiques (RGPP) (Rolland et Pierru, 2013). Elles répondent ainsi à un objectif de maîtrise des dépenses publiques qui impose la nécessité de travailler avec des objectifs quantifiés, qualifiés et ciblés sur des changements attendus et/ou des résultats à atteindre. En effet, « un usage efficace des ressources publiques est attendu en ces temps de contraintes budgétaires réelles. Pour cela, il faut être en mesure d'évaluer l'adéquation des moyens et le succès des grandes politiques mises en œuvre » (Gregoir, 2014). Les ARS doivent donc être en mesure de prouver de manière objective l'efficacité des dispositifs qu'elles financent. Cet impératif pourrait entrer en tension avec le caractère parfois « artisanal » des démarches d'aller-vers qui entraîne une faible production de « données chiffrées » (Poiteau, 2021). Outre la nature de l'activité, le profil des personnes en situation de précarité entre également en contradiction avec l'élaboration d'« objectifs de résultats chiffrés » (Petit, 2021). Cette potentielle lacune en termes d'évaluation est partagée par un chargé de mission à la DGCS : « *en terme de bilan pour défendre l'utilité sociale des dispositifs, il y a une grande faiblesse* » (entretien n°11). Cependant, elle n'est pas unanime et certains professionnels sont plus optimistes. C'est le cas par exemple de la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale du Finistère de l'ARS Bretagne : « *ces dispositifs ne sont pas plus difficiles à évaluer que les autres, d'ailleurs les premiers bilans ont été fournis. Il s'agit de projets à moyen terme, il faut du temps pour obtenir des résultats* » (entretien n°2).

Dès lors, il sera intéressant d'interroger la possibilité de prouver que ces dispositifs permettent effectivement de remplir leurs objectifs auprès des personnes auxquelles ils s'adressent et, plus globalement, de réduire le non-recours aux droits et aux soins. Ainsi, le développement de ces dispositifs doit s'accompagner d'un important travail de réflexion sur les modalités de leur évaluation. Pour être clair, selon nous, l'utilité sociale de ces dispositifs ne fait pas de doute. L'enjeu sera de trouver les bons indicateurs et modes d'évaluation pour le prouver. Un exemple de cela est le CSAPA de Quimper qui a recours à une évaluation chemin faisant pour un autre dispositif (une équipe mobile tout public) par un cabinet de conseil. Cette évaluation a commencé dès le lancement de l'équipe mobile et est menée par des professionnels qui accompagnent l'équipe et l'évaluent afin de produire des éléments quantitatifs mais également qualitatifs. Ce type d'évaluation, appelé *in itinere*,

pourrait être un levier intéressant pour prouver l'utilité sociale des dispositifs d'aller-vers. Il convient cependant de dire que, pour ce faire, trois conditions doivent être remplies par l'instance qui évalue : « disposer des compétences techniques, de l'expérience sur les questions à évaluer et de l'indépendance vis-à-vis du décideur politique » (Gregoir, 2014). De plus, ce type d'évaluation est relativement onéreux (*Ibid.*). Ainsi, si l'évaluation *in itinere* pourrait permettre de produire les preuves de l'efficacité des dispositifs d'aller-vers, elle ne se fera pas sans une véritable volonté politique de prouver l'importance de ces dispositifs.

La production de preuves de l'efficacité des dispositifs est liée à la question de leur pérennisation. En effet, comme évoqué en 1.1.1, ces dispositifs sont, pour certains, financés sur le FIR avec un statut parfois expérimental. Dès lors, leur pérennisation n'est pas acquise. Pour les dispositifs médico-sociaux plus pérennes, l'enjeu de leur déploiement sur les territoires non couverts pourrait aussi dépendre de la production de preuves. Ainsi, bien qu'il y ait un « effet de mode » de l'aller-vers en santé précarité, rien n'est acquis et il reste beaucoup à faire. Pour cela, la validation scientifique serait un levier non négligeable (entretien n°16).

## 2.1.2. Les relations avec le droit commun et les autres dispositifs de santé-précarité, un enjeu majeur pour les dispositifs d'aller-vers

Les dispositifs d'aller-vers ont par nature un important besoin de coordination avec les autres dispositifs santé précarité et avec le droit commun. En effet, aller vers les personnes éloignées du système de santé pour lutter contre le non-recours sous-entend de trouver des relais par la suite. Autrement dit, rien ne sert d'aller chercher les personnes si on ne leur offre pas de solutions ensuite. Comme l'explique une médiatrice en santé, « *si la personne fait une demande et qu'il n'y a pas de retour, il y a un risque de découragement* » (entretien n°22). De même, lors d'une réunion avec l'ARS Bretagne, les porteurs du dispositif MarSOINS disaient ne pas vouloir créer de frustration s'il y avait des dépistages mais pas de possibilité de prise en soins derrière. Ainsi, une mauvaise coordination peut rendre contre productif le travail d'aller-vers.

Dès lors, la coordination entre les dispositifs d'aller-vers en santé précarité et le reste de l'offre doit être pensée en amont de la mise en place d'un dispositif. Les porteurs de dispositif d'aller-vers doivent prendre le temps de rencontrer les partenaires présents sur leur territoire afin de nouer des relations d'entraide réciproque. En effet, les autres acteurs du territoire peuvent constituer des relais mais aussi être amenés à solliciter les dispositifs d'aller-vers. Ainsi, une phase de constitution de

réseau avant l'ouverture d'un dispositif d'aller-vers est nécessaire. Elle est par exemple en cours pour la médiation à Dol-de-Bretagne et pour le MarSOINS de Redon. Se faire connaître auprès des autres professionnels commence par présenter son dispositif, voire son métier dans le cas des médiateurs, qui la plupart du temps sont inconnus pour l'interlocuteur. A Dol-de-Bretagne, le médiateur vient rencontrer les autres acteurs avec sa carte de visite mais aussi des dossiers pour montrer concrètement comment il travaille et en quoi l'entraide mutuelle pourrait être bénéfique pour chacun. A Redon, les porteurs du dispositif MarSOINS s'organisent avec la CPTS afin de proposer une prise en soins suite aux dépistages effectués sur le territoire. Enfin, une médiatrice en santé insiste sur l'importance du travail partenarial : « *il est nécessaire de découvrir ce qu'il existe dans les autres structures, d'avoir une bonne connaissance de ce qui se fait* » (entretien n°22). La littérature fait écho à ce besoin de travail partenarial : « concernant l'orientation des personnes vers les structures de soins, l'expérience nous a permis de développer des compétences en "*mapping*", c'est-à-dire en recensement des structures de santé. Ce savoir-faire nous permet également de rencontrer régulièrement les personnels de ces structures pour faciliter et préparer l'accueil de ce public. Cela passe par des campagnes d'information, de sensibilisation, et d'organisation d'ateliers » (Lahmidi et Lemonnier, 2018).

Parfois, il peut être difficile de trouver des relais dans le droit commun. En effet, beaucoup de territoires sont en tension au niveau de la démographie médicale et il est difficile de trouver des professionnels disponibles. C'est le cas par exemple pour la psychiatrie ou les soins dentaires. Alors, le travail partenarial joue un rôle primordial. Une médiatrice en santé explique : « *pour les soins dentaires et psychologiques, on a repéré des endroits qui prennent de nouveaux patients* » (entretien n°22). Des représentations négatives peuvent encore compliquer les situations. A Dol-de-Bretagne, le médiateur en santé dit avoir des difficultés à apporter la médiation auprès de certains cabinets de médecine libérale. A Rennes, pour y remédier, la médiatrice en santé du centre de santé du Blosne « *sensibilise les professionnels du quartier aux spécificités du public en situation de précarité* » et « *fait des courriers de soutien pour montrer que la structure est derrière la personne* » afin de faciliter la prise de rendez-vous (entretien n°22). Cependant, cette question du retour au droit commun demeure épineuse. En effet, il peut même arriver que certains professionnels soient contre l'installation d'un dispositif santé précarité sur leur territoire par peur de devoir prendre en soin des patients en situation de précarité, pour lesquels les situations sont complexes et chronophages. Selon la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale d'Ille-et-Vilaine de l'ARS Bretagne, ce fut le cas lors de la mise en place d'une EMPP contre laquelle des psychiatres de secteur se sont opposés. En effet, « *cela voudrait dire qu'il y aurait des orientations, or ce sont des publics dont personne ne veut* » (entretien n°4).

Ce problème ne se présente pas lorsqu'il s'agit des autres dispositifs santé précarité. Cependant, la question de la coordination et de la complémentarité de l'offre peut émerger. En effet, sur certains territoires, les dispositifs santé précarité se multiplient, avec parfois même plusieurs dispositifs d'aller-vers. Du fait des spécificités du public, la coordination peut être complexe. Par exemple, lors d'une réunion entre les points santé bretons et l'ARS, les professionnels de deux points santé à Rennes expliquaient qu'elles voyaient les mêmes personnes mais avec des pseudonymes différents, complexifiant la coordination. Parfois, c'est l'écart entre les priorités de chacun qui rend la coordination impossible. Par exemple, un conflit semble s'être ouvert car un dispositif d'aller-vers ne s'intègre pas au contrat local de santé (CLS) comme l'espérait la collectivité territoriale où il est implanté (entretien n°1, pilote du thème « Personnes en situation de précarité et d'exclusion »). Ainsi, bien que nécessaire et bénéfique, la coordination entre les dispositifs ne va pas de soi. Pour Chambon (2018), il s'agit même du « talon d'Achille du secteur ». Dans ce contexte, du fait de la proximité entre les missions et les modes de fonctionnements de chaque dispositif d'aller-vers, il y a un risque de superposition des actions.

Dès lors, il est impératif de répartir les rôles et de ne pas être plusieurs à faire la même chose auprès des mêmes personnes. Nous avons pu observer que l'ARS laissait parfois ce travail de cadrage aux porteurs de dispositifs eux-mêmes, qui apportaient surtout des réponses en terme de temporalité ou de géographie ; c'est-à-dire en se distinguant des autres dispositifs par le fait qu'ils n'interviennent pas au même moment ou pas au même endroit, plutôt que par de véritables différences entre les dispositifs. Ce fut le cas par exemple pour la mise en place de l'EMSP du Réseau Louis Guilloux. Lors d'une réunion préparatoire, l'ARS Bretagne a demandé aux porteurs du dispositifs de produire une note sur leur complémentarité avec l'EMPP de Rennes, la PASS hors les murs et les points santé. Ce mode opératoire est le même dans d'autres régions comme les Pays de la Loire (entretien n°25, responsable de service dans l'association Les Forges médiation). Néanmoins, déployer une offre cohérente et l'organiser de la façon la plus efficiente possible fait partie des prérogatives de l'ARS (Pierru, 2020). Une réflexion sera sûrement nécessaire sur les territoires où plusieurs dispositifs sont présents afin d'en garantir la complémentarité. De plus, par souci de clarté, il nous paraît important de ne pas la borner à des questions uniquement temporelles et géographiques. Pour ce faire, un travail de communication sur les spécificités de chaque dispositif est nécessaire et des réunions entre les professionnels de l'aller-vers afin de se répartir les tâches pourraient également être organisées.

Des leviers existent pour favoriser la coordination entre les dispositifs. A Rennes, un « staff santé précarité » se tient par exemple une fois par mois pour échanger sur des situations concrètes mais aussi faciliter l'interconnaissance et le travail entre les dispositifs (entretien n°17). D'autres modalités

pourraient être explorées : une chargé de mission à la Direction générale de l'offre de soins (DGOS) propose par exemple qu'une personne travaille à mi-temps dans une EMPP et dans un CMP (entretien n°10). Cette solution permettrait de faciliter le passage de relais entre la santé précarité et le droit commun et permettrait d'améliorer les relations entre ces deux environnements aux logiques parfois contradictoires.

Enfin, il est à noter que pour beaucoup de professionnels rencontrés, la coordination existe et fonctionne. L'infirmière du Cob'Mobile témoigne par exemple : « *j'avais peur d'avoir des lacunes en psychiatrie alors je me suis rapprochée des CSAPA et du CMP pour avoir des éléments, qu'ils m'ont apportés* » (entretien n°18). De même, l'infirmière du SAMU Social de Rennes : « *maintenant on se connaît, on sait qui est qui. Une personne de l'EMPP vient ponctuellement avec nous pour les maraudes. On commence à être installés, on peut être sollicités, on sollicite aussi* » (entretien n°17). De manière non exhaustive, elle propose également une liste de ses partenaires : « *l'EMPP du CHGR, l'accueil de jour Puzzle, les CHRS, la PASS, le Réseau Louis Guilloux, les chantiers d'insertion, la mission locale, les centres de formation, le CDAS, la plateforme territoriale d'appui (PTA) sollicitée par les médecins traitants par exemple* » (entretien n°17). Ainsi, les partenariats peuvent être multiples et semblent fructueux lorsqu'ils se développent. Cependant, les dispositifs d'aller-vers sont encore jeunes et le travail de coordination reste à faire afin de mettre en place une organisation la plus efficiente possible.

### 2.1.3. Aller-vers mais jusqu'où ? La question du juste équilibre

Enfin, on peut questionner la place de l'aller-vers au sein de la société et par rapport aux personnes ciblées. En effet, le fait de se déplacer sur le lieu de vie des personnes pour leur parler de leur santé peut être « intrusif » (Chapelet, 2018). Si la plupart du temps les professionnels de l'aller-vers sont bien reçus, il n'en demeure pas moins que la question de la juste sollicitation se pose nécessairement. Selon nous, il existe plusieurs façons d'y répondre.

Un premier élément de réponse possible serait de dire que l'intervention doit respecter les conditions éthiques de l'action d'aller-vers évoquées en 1.2.1 D'ailleurs, selon Chapelet (2018), « l'accompagnement des personnes n'est pertinent que si, et seulement si, il se réalise dans le respect des choix et du projet de vie de la personne ». Si l'action se doit d'être respectueuse vis-à-vis de la personne accompagnée, les professionnels doivent également être protégés. Ainsi, pour Mercuel (2018), la limite de l'intervention doit être posée « afin que chaque intervenant, sanitaire et social, y trouve le minimum de sécurité dans l'accomplissement de son travail de "professionnel", tout

en apportant à la personne aidée une énergie suffisante et constructive » (Mercuel, 2018). Une autre limite à poser à l'aller-vers est la réponse au besoin des personnes en situation de précarité. Parfois, les dispositifs d'aller-vers « *tournent en rond et reviennent marauder dans des endroits où ça n'est plus utile* » (entretien n°14, ancienne stagiaire de Médecin du Monde travaillant sur les questions d'aller-vers). Dès lors, il est important de cadrer l'action d'aller-vers pour éviter qu'elle s'essouffle et/ou qu'elle devienne contre productive. Par exemple, la coordination régionale de la gestion du risque Bretagne a mis un terme à la vaccination contre le Covid-19 chez certains partenaires de l'hébergement d'urgence car personne ne s'inscrivait (entretien n°8).

Une fois les bornes du respect de la personne accompagnée et du professionnel ainsi que de la pertinence de l'intervention posées, le cadre de l'intervention commence à prendre forme. Cependant, des questions éthiques persistent. Une travailleuse sociale en EMPP en propose une illustration : une de ses collègues infirmière, intervenant à la fois dans un restaurant social et dans un accueil de jour, s'est vue reprocher d'être « *partout* » (entretien n°20). Du fait de l'histoire de la psychiatrie, cet enjeu de la juste posture est peut-être plus important encore pour les EMPP que pour les autres dispositifs. En effet, « la psychiatrie a souvent été accusée de "surinterventionnisme" (hospitalisations abusives, contrôle social, gestion de l'ordre public, psychiatrisation du social), alors même qu'elle se limitait à soigner ceux qui venaient à elle, d'eux-mêmes ou emmenés par des tiers . Plus récemment, alors que les prises en charge psychiatriques se déroulent de plus en plus en dehors des lieux de soins, elle est également critiquée pour son "sous-interventionnisme" (dés-hospitalisations abusives, socialisation de la psychiatrie) » (Marques, 2018). Dans le cadre de l'aller-vers, la légitimation de « l'intrusion » des professionnels dans l'espace public se fait « grâce notamment à la qualification de la population concernée comme "ceux qui ne demandent plus rien" » (*Ibid.*). Alors qu'auparavant la légitimation de l'intervention provenait de la présence d'une personne dans un lieu de soins ou d'une demande de soins, c'est « la non-demande qui légitime l'aller-vers car la non-demande est déduite de la non-présence des personnes dans les institutions » (*Ibid.*).

Ainsi, selon une travailleuse sociale en EMPP (entretien n°20), « *l'intervention de l'EMPP se situe entre le "non" explicite et le "oui" explicite* ». Marques (2018) détaille cette idée : « A noter qu'il est possible qu'une personne soit, en même temps, en non-demande et en demande, si l'on considère des aspects relativement précis. Par exemple, la personne peut être en demande pour discuter avec ce jeune homme sympathique qui vient les jeudis (qui est membre d'une EMPP) et en non-demande pour des soins psychiatriques. L'intervention de l'EMPP se trouve légitimée à la fois par cette demande et par cette non-demande. Mais le plus souvent, les choses sont plus nuancées, voire

ambiguës : des demandes qui ressemblent à des refus (“Je veux bien aller au CMP. Demain, aujourd’hui je suis trop occupée”), des refus qui sont en même temps des demandes (“Je ne vous parle plus vous, vous n’êtes pas venu me voir pendant des semaines”), des non-demandes qui sont une façon de demander (“Si vous voulez”). Tout le travail des acteurs est de faire en sorte que la personne soit en demande de soins ou, à défaut, en “zone de demande” : demande, acceptation, “demande ambivalente”, “demande pour plaire ou faire taire” ».

Ainsi, si l’action d’aller-vers répond à un véritable besoin, elle doit aussi avoir un cadre pour rester efficace et ne pas mettre les professionnels en difficulté. On retrouve dans la littérature sur l’aller-vers ce questionnement autour des limites à poser : « l’aller vers implique de trouver la bonne distance dans la relation ainsi créée ! Se tenir “ni trop loin”, comme les théoriciens, “ni trop près”, comme les “addicts” du sauvetage humanitaire » (Mercuel, 2018). Cependant, il n’est pas toujours évident de poser cette juste limite, notamment du fait de l’ambiguïté de certaines situations.

On constate que la place de l’aller-vers en santé reste à définir. En effet, ces dispositifs récents ne sont pas encore tout à fait institutionnalisés. Les relations avec les autres acteurs du système de santé restent à modeler, aussi bien avec les acteurs institutionnels qu’avec les professionnels de santé et/ou du social, de droit commun ou travaillant spécifiquement avec des personnes en situation de précarité. Enfin, la place de l’aller-vers dans la société est également à définir, du fait de la nature de l’intervention et de la sollicitation des personnes. Certaines des questions évoquées ici restent sans réponse pour le moment mais les réflexions sur l’aller-vers ne font que commencer et il ne fait pas de doute que des réponses seront produites, aussi bien de la part des acteurs que du monde de la recherche.

## 2.2. Quelques préconisations sur le rôle à donner à l'aller-vers en santé précarité

Après avoir ouvert plusieurs réflexions sur la place de l'aller-vers en santé précarité, il convient de réfléchir au rôle qu'on pourrait lui donner dans les années à venir. Nous allons désormais nous attarder sur trois préconisations pour la poursuite du développement de l'aller-vers.

### 2.2.1. Poser un cadre général aux dispositifs d'aller-vers, tout en leur garantissant de la souplesse dans leur activité

Si les dispositifs d'aller-vers ont besoin d'une certaine souplesse dans leur activité, il nous paraît important de mieux définir le cadre de leur action. En effet, l'objectif général des dispositifs d'aller-vers est de lutter contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité. Ils ont un rôle *a priori* de dispositifs passerelles vers le droit commun. Ainsi, leur action est censée être pensée dans une durée définie au terme de laquelle les personnes accompagnées retrouvent l'autonomie nécessaire pour accéder au droit commun.

Le risque pour de tels dispositifs est que l'objectif ne soit pas rempli et que les personnes accompagnées soient ensuite suivies de manière pérenne dans une logique de file active. Les dispositifs constitueraient alors un système parallèle pour les personnes qui ne parviennent pas à accéder au droit commun. C'est une crainte exprimée par l'infirmière du SAMU Social de Rennes par exemple : « *je ne veux pas devenir l'infirmière libérale de la rue sinon les personnes attendront que je passe les voir et se suffiront de ça ; or, ça n'est pas le but du dispositif. Je souhaite avant tout raccrocher à l'existant et donner les moyens aux personnes d'accéder aux soins par elles-mêmes* » (entretien n°17).

D'ailleurs, le fait d'aller vers, en accompagnant des personnes à la rue ou en squat sans leur proposer de solutions d'hébergement, c'est-à-dire sans intervenir sur le déterminant de la santé majeur que constitue le logement, peut avoir ses limites. Cela permet d'intervenir rapidement et à moindre coût, contrairement à d'autres dispositifs comme « *les lits d'accueil médicalisés (LAM) qui mettent du temps à se monter car l'hébergement est difficile à trouver* » (entretien n°11, chargé de mission en charge des ESSIP et EMSP à la DGCS). Selon nous, ce point joue un rôle majeur dans l'effet de mode qui accompagne le déploiement récent de l'aller-vers : il s'agit d'une solution prometteuse, qui peut en

apparence être mise en place rapidement et qui est moins chère et exigeante que l'existant. De plus, le fait d'intervenir sur le lieu de vie peut être moins contraignant pour la personne accompagnée qui n'a pas à se déplacer. Si la démarche est absolument nécessaire pour des personnes qui n'iraient pas d'elles-mêmes vers le soin, alors qu'elles en ont besoin, elle n'en demeure pas moins imparfaite. Les professionnels reconnaissent eux-mêmes que le retour au droit commun est très difficile pour les personnes accompagnées par les dispositifs d'aller-vers.

Ainsi, il est important de penser l'aller-vers comme la première étape d'un parcours. Plutôt qu'une véritable porte d'entrée vers le droit commun, le rôle de l'aller-vers est d'établir un premier lien, qui pourrait mener vers un dispositif spécifique, dans un accompagnement global prenant en compte les déterminants de la santé que sont le logement, l'emploi et/ou la mobilité. D'ailleurs, un chargé de mission à la DGCS insiste sur le fait que les dispositifs d'aller-vers doivent être pensés en complémentarité avec le reste de l'offre : « *tout le monde défend le besoin de dispositifs avec hébergement donc il n'y a pas de risque qu'il n'y ait plus que de l'aller-vers* » (entretien n°11). Ainsi, selon lui, la stratégie à l'égard des personnes en situation de précarité ne pourrait se concentrer uniquement sur la modalité de l'aller-vers. Il nous semble que ce point est primordial car on observe avec « l'effet de mode » qui accompagne le développement de l'aller-vers que cet outil est perçu par certains acteurs comme une sorte de « solution miracle ». Pourtant, l'aller-vers ne peut être une solution en soi s'il n'est pas intégré dans une logique de parcours.

D'ailleurs, par la suite, le retour au droit commun à partir de dispositifs spécifiques est bien réel. C'est ce que prouve la thèse de Justine Le Borgne qui a évalué le taux de suivi en médecine générale libérale de patients en situation de précarité ayant été pris en charge antérieurement dans un centre de santé à Brest. 75 % des patients retrouvés par la CPAM ont consulté un médecin généraliste libéral dans l'année ayant suivi leur passage au centre de santé (Le Borgne, 2018). Ainsi, il est possible de remplir son objectif de dispositif passerelle mais, pour cela, il faut une action progressive au sein d'une approche globale de la personne, pensée dans une logique de parcours de vie et de soins. Autrement dit, si les dispositifs d'aller-vers concourent au retour au droit commun, ils ne représentent pas à eux-seuls une « solution miracle » permettant de mettre un terme au non-recours des personnes en situation de précarité. En effet, ce premier lien, qui se traduit souvent par une première relation de confiance avec des professionnels de la santé et/ou du social, peut améliorer la littératie en santé et l'observance des traitements ou permettre l'ouverture de droits. En revanche, il ne peut à lui seul sortir les personnes de la précarité ni agir sur tous les déterminants de la santé nécessaires à l'accès au système de droit commun.

## 2.2.2. Poursuivre le travail d'adaptation du système de santé aux personnes les plus démunies

Le développement rapide de l'aller-vers donne non seulement une impression « d'effet de mode » mais également de « solution miracle ». Pourtant, il est le témoin d'un manque d'adaptation du droit commun aux besoins des personnes en situation de précarité.

En effet, il constitue une nouvelle étape dans le déploiement de dispositifs passerelles, face au constat persistant du non-recours. Cette nouvelle étape implique non seulement d'aller plus loin pour ramener les personnes au droit commun mais également de faire l'interface, voire à proprement parler « une médiation », entre les personnes et le système de santé, afin que ce dernier puisse s'ouvrir aux plus démunis. D'une certaine manière, il s'agit d'un constat d'échec des politiques précédentes en matière de développement de l'accès aux soins à toutes et tous. Les dispositifs d'aller-vers ont alors comme prérogative de favoriser l'adaptation du système de santé en s'adressant aux professionnels du droit commun et en faisant remonter les difficultés rencontrées par les personnes en situation de précarité aux institutions afin d'y remédier. Cette tâche paraît lourde à porter pour des professionnels qui devront, avant tout, accompagner des personnes dans des situations souvent très complexes. Il n'en demeure pas moins que cette double fonction d'interface et de plaidoyer est à la fois légitime et nécessaire.

Si cette mission paraît difficile à mettre en œuvre, elle souligne le besoin de poursuivre le travail d'adaptation du système de santé. Loin d'être une « solution miracle », les dispositifs d'aller-vers témoignent des difficultés que constituent, encore aujourd'hui, l'accès aux droits et aux soins pour des personnes qui cumulent déjà plusieurs insécurités non négligeables. Les professionnels de l'aller-vers ne pourront à eux-seuls permettre de refondre un système de santé ouvert et accessible. Ils proposent une solution palliative, et qui devrait être temporaire, à une inadaptation de l'offre aux besoins d'une partie de la population. D'ailleurs, lors d'un entretien, une médiatrice en santé ironisait sur le fait que « *dans vingt ans on ne devrait plus avoir besoin de médiation en santé* » (entretien n°19). Pourtant, une autre médiatrice constate : « *l'action de médiation ne peut pas s'arrêter maintenant. Le boulot n'est pas fini et je ne sais pas s'il le sera un jour* » (entretien n°24).

Alors, la lutte contre le non-recours aux droits et aux soins passera nécessairement par des changements organisationnels importants permettant à toutes et tous d'accéder plus aisément au droit commun. Pour une médiatrice en santé, une solution possible serait par exemple un travail sur « *la simplification des démarches qui sont aujourd'hui trop difficiles à effectuer pour un grand nombre*

*de personnes* » (entretien n°19). Par exemple, l'association Itinérance a fait une étude auprès de gens du voyage dans les Côtes-d'Armor dont il ressort que 62 % d'entre eux ont besoin d'aide pour accéder aux soins, que ce soit pour la prise de rendez-vous ou pour comprendre leur pathologie et leur traitement par exemple (Itinérance, 2022). Une autre piste d'adaptation pourrait être une plus grande souplesse au niveau de la prise de rendez-vous pour les personnes en situation de précarité. Un directeur de CSAPA reconnaissait que le fait de travailler sur l'aller-vers, à travers les consultations avancées, avait ouvert une réflexion sur l'accessibilité de sa structure : « *on pense à bousculer notre organisation en réduisant les contraintes. Il y a une remise en question* » (entretien n°16). Enfin, comme évoqué en 2.1.2, un des freins à la prise en soin des personnes en situation de précarité par le droit commun est le manque de professionnels. Ainsi, la référente veille sociale et logement adapté à la DREETS Bretagne souligne : « *aller-vers c'est super bien mais il faut surtout renforcer le droit commun* » (entretien n°6).

Pour conclure, le développement majeur de l'aller-vers observé au cours des dernières années ne doit pas être vu comme la solution au non-recours des personnes en situation de précarité mais comme une solution d'urgence, permettant également une remontée d'informations utile en vue d'une refonte du système de santé vers une organisation plus accessible pour toutes et tous.

### 2.2.3. Faire de l'aller-vers un outil répondant à des besoins spécifiques plutôt que des dispositifs indépendants

L'aller-vers est une modalité intéressante pour lutter contre le non-recours aux droits et aux soins. En effet, c'est un outil qui permet effectivement de toucher des personnes qui ne vont pas d'elles-mêmes vers le soin. Le développement récent de l'aller-vers s'est fait principalement en finançant des dispositifs à part entière, c'est-à-dire des structures nouvelles et ne dépendant pas d'une structure fixe pré-existante, comme les EMSP ou l'ESSIP. En pratique, ces nouveaux dispositifs sont portés par des associations du champ médico-social dont ça n'est souvent pas la seule structure à destination des personnes en situation de précarité.

Une perspective pour l'aller-vers serait qu'il soit développé au sein de structures fixes comme un outil parmi d'autres pour toucher une population cible. C'est le cas par exemple de la médiation en santé au sein de l'expérimentation des centres et maisons de santé participatifs. Ces structures travaillent avec différentes modalités dont fait partie la médiation. Cette organisation permet au médiateur de trouver plus facilement des relais au sein de la structure et d'articuler plus aisément la transition d'un dispositif qui vient à la personne à une situation dans laquelle la personne se déplace vers le soin. Elle

permettrait également de désacraliser l'aller-vers et d'en refaire un moyen d'action qui doit être pensé en articulation avec les autres modes d'accompagnement, dans une logique de parcours. Ce point semble important pour la responsable du pôle prévention et promotion de la santé de la délégation départementale du Finistère de l'ARS Bretagne : « *l'aller-vers est à lier à une autre modalité d'intervention* » (entretien n°2). Enfin, cela apporterait plus de souplesse aux porteurs de dispositifs dans la gestion de leurs ressources. Autrement dit, alors que la pertinence de l'aller-vers semble faire consensus chez un grand nombre d'acteurs du système de santé, il est « *devenu indispensable qu'il intègre les pratiques des professionnels en l'intégrant à des dispositifs existants. Cela correspond à un véritable besoin et il faudra sûrement les pousser un petit peu pour qu'ils y répondent* » (entretien n°3, responsable du pôle prévention et promotion de la santé à la Délégation départementale du Morbihan de l'ARS Bretagne).

En Nouvelle-Aquitaine par exemple, avant la création des EMSP, ESSIP et ACT « hors-les-murs », l'aller-vers était principalement porté par les PASS qui avaient toutes une valence mobile (entretien n°10, chargée de mission responsable des PASS Mobile à la DGOS). Ce mode d'organisation est questionnable car les besoins des personnes éloignées du soin ne sont pas forcément du ressort du secteur hospitalier. De plus, « *du fait de la tension hospitalière et de la multiplication des acteurs de l'aller-vers, on risque d'assister à un resserrement des actions des PASS sur un socle de missions n'intégrant pas forcément l'activité mobile* » (entretien n°10). Néanmoins, cette organisation est inspirante dans la mesure où elle permet aux PASS d'avoir la possibilité d'aller vers de temps en temps, en complément d'une activité fixe. On pourrait imaginer une transposition de cette organisation au sein des centres et maisons de santé par exemple et/ou des points santé, qui disposeraient tous d'une valence mobile, parmi un éventail de moyens d'actions à destination de la population de leur territoire, et plus spécifiquement des personnes en situation de précarité.

Ainsi, si l'aller-vers semble être un outil pertinent pour lutter contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité, il nous paraît fondamental de cadrer le rôle qu'on lui donne et de ne pas en attendre plus que ses prérogatives. De plus, il ne peut être qu'une solution temporaire et un outil facilitant avant une adaptation du droit commun nécessaire afin que ce dernier devienne accessible à toutes et tous.

---

## Conclusion

---

Avant la crise sanitaire, l'aller-vers était un outil déjà souhaité par les professionnels mais son développement se heurtait à des réticences institutionnelles. Les expérimentations dans ce domaine afin de gérer l'épidémie de Covid-19 ont prouvé toute son utilité. Cet outil est donc apparu comme une solution pour résoudre le problème ancien du non-recours chez les personnes en situation de précarité. Un engouement institutionnel conséquent a alors vu le jour pour plusieurs raisons : l'aller-vers est une solution souhaitée par les professionnels, plus facile à mettre en place et moins coûteuse que les dispositifs avec hébergement. Un développement important a alors eu lieu, permettant à la Bretagne de se doter d'une offre variée et étoffée.

Les dispositifs d'aller-vers sont exigeants pour les professionnels qui les portent mais répondent à un véritable besoin de la population. La posture attendue peut être difficile à adopter mais elle est engageante et les professionnels disent trouver du sens et une utilité à ce qu'ils font. Une évaluation plus approfondie de l'impact des dispositifs d'aller-vers sera nécessaire afin de valider scientifiquement leur pertinence. En attendant, notre étude nous indique que le déploiement de dispositifs d'aller-vers est une réponse adaptée aux besoins des personnes en situation de précarité et de non-recours.

En outre, le déploiement rapide de dispositifs novateurs entraîne un certain nombre de questions qui n'ont pas toujours été anticipées. Ainsi, l'offre d'aller-vers en santé précarité en Bretagne demeure perfectible et à pérenniser. Certains enjeux tels que la formation des professionnels, la clarification du rôle de chacun, la coordination entre les acteurs ou encore l'évaluation des dispositifs restent encore à traiter. L'importance de ces enjeux ne doit pas pour autant soulever d'inquiétude spécifique : tous les dispositifs de santé publique doivent y répondre et il ne fait pas de doute que les acteurs de l'aller-vers trouveront des modalités de fonctionnement viables et efficaces.

Le point qui nourrit notre inquiétude au moment de conclure ce mémoire concerne plutôt le rôle qui sera donné à l'aller-vers dans les années à venir. En effet, l'engouement qui a accompagné le déploiement de l'aller-vers donne l'impression à de nombreux acteurs qu'il est perçu comme une solution miracle. Cependant, s'il s'agit d'une solution en apparence pertinente, c'est faute de mieux. En effet, investir l'aller-vers c'est faire le constat d'un échec : aujourd'hui, le système de santé de droit commun n'est pas en mesure de prendre en soin les plus vulnérables, malgré les précédentes politiques visant à permettre l'accès au système de santé de toutes et tous. Ainsi, pour Avenel (2021), « l'aller-vers, en tant que démarche d'intervention sociale, émerge dès lors que les pratiques

institutionnelles et associatives standardisées révèlent leurs limites ». De plus, nous ne sommes pas capables de proposer des solutions avec hébergement à toutes les personnes cumulant précarité et problèmes de santé.

Dès lors, le développement de l'aller-vers ne peut être une fin en soi. Il doit être pensé comme la première pierre dans un parcours de soin et de vie, au sein d'une approche globale de la personne. En effet, garantir l'accès aux droits et aux soins d'une personne sans lui permettre de trouver un logement ou en emploi paraît vain. De plus, l'action publique doit être cohérente : par exemple, comme le souligne l'ancien directeur des opérations de Médecin du Monde, « *faire des actions d'aller-vers en direction des migrants et dans le même temps évacuer régulièrement les camps est totalement contreproductif* » (entretien n°12). En outre, l'objectif des politiques de santé publique doit être de permettre à toutes et tous d'accéder facilement au système de santé, sans aller-vers ni médiation. Pour se rapprocher de cet idéal difficilement atteignable, l'aller-vers aura un rôle à jouer à travers son rôle de plaidoyer.

Enfin, si l'aller-vers fait ses preuves vis-à-vis du non-recours des personnes en situation de précarité, il pourrait également être utilisé pour d'autres publics. En effet, d'autres applications de l'aller-vers existent déjà comme par exemple la mammobile pour le dépistage du cancer du sein (Vallée, 2016) ou les équipes mobiles de gériatrie (EMG) (Dubois et al., 2008). De même, dans les territoires ruraux, où la mobilité n'est pas toujours aisée, l'aller-vers pourrait constituer une réponse intéressante à expérimenter en population générale. Ce constat d'une extrapolation possible de l'utilisation de l'aller-vers est partagé par Chambon (2018) : « à l'heure où la puissance publique promeut les mutations et les transferts de compétences, il nous semble que les pratiques documentées dans ce numéro [dont le sujet est l'aller-vers] ont précisément vocation à faire référence dans d'autres domaines ».

---

# Bibliographie

---

## Littérature scientifique

Avenel, C. (2021). « L'aller-vers » au cœur des métamorphoses du travail social. *Revue de droit sanitaire et social*, 4, 713-727.

Bajos, N. et al. (2022). Recours à la vaccination contre le Covid- 19 : de fortes disparités sociales. *Études et résultats*, 1222.

Chambon, N. (2018). Edito. *Rhizome*, 68.

Chapelet, H. (2018). Valoriser et formaliser les engagements et pratiques des maraudes. *Rhizome*, 68.

Chobeaux, F. (2021). « Aller vers les personnes dans la rue, c'est avant tout ne pas s'imposer, ne pas juger ». *La Santé en action*, 458.

Corty, J. (2012). Médecins du Monde, des programmes d'accès aux soins dans les zones rurales. *Pour*, 214, 145-150. <https://doi.org/10.3917/pour.214.0145>

Corty, J. (2020, 12 mai). « S'affranchir d'une approche hospitalo-centrée pour mieux répondre aux besoins humains ». *Le Monde*.

Denervaud, I., Johnson, M., Soumoy, E. et Tcheng, H. (2009). Les crises, un terreau d'innovation. *L'Expansion Management Review*, 134, 108-119. <https://doi.org/10.3917/emr.134.0108>

Dubois, M., Lorthiois, J., Mansour, S., Fleury, M., Ballouche, N., Blanc, P. & Gauvain, J. (2008). Les équipes mobiles sont-elles l'avenir de la gériatrie ?. *Gérontologie et société*, 31(126), 91-103. <https://doi.org/10.3917/gs.126.0091>

Duriez, B. (2016). L'engagement catholique social (1945-1970). *Recherche sociale*, 219, 10-23. <https://doi.org/10.3917/recsoc.219.0010>

Fassin, D. (2010), *La raison humanitaire. Une histoire morale du présent*, Paris, Gallimard/Seuil

Fenneteau, H. (2015). Chapitre 1. La réalisation d'une série d'entretiens individuels. Dans : , H. Fenneteau, *Enquête : entretien et questionnaire* (pp. 9-28). Paris: Dunod.

Fusulier, B. (2013). Le compromis : du concept descriptif au concept interprétatif. Une mise en chantier. *Négociations*, 20, 19-29. <https://doi.org/10.3917/neg.020.0019>

Garfinkel H., (2007). *Recherches en ethnométhodologie*. Paris, PUF.

Gerbier-Aublanc, M. (2020). « La médiation en santé : contours et enjeux d'un métier interstitiel. L'exemple des immigrant·e·s vivant avec le VIH en France ». Working Paper du Ceped, n°45, Paris.

Grammatico-Guillon, L., Arnault, É., Rollier, S., Bonnemaïson, G., Dubois, F. & Rusch, E. (2015). Dépister hors les murs d'un centre de dépistage : une expérience mobilisatrice pour des usagers de drogues. *Santé Publique*, 27, 633-639. <https://doi.org/10.3917/spub.155.0633>

Gregoir, S. (2014). L'évaluation des politiques publiques : qui et comment ? *Économie & prévision*, 204-205, 211-224. <https://doi.org/10.3917/ecop.204.0211>

Haschar-Noé, N. et Bérault, F. (2019). « La médiation en santé : une innovation sociale ? Obstacles, formations et besoins ». *Santé Publique*, 1(1), 31-42.

Jeantet, M. (2021). « Nous devons aller vers les populations vulnérables pour leur permettre d'accéder aux soins et à tous leurs droits ». *La Santé en action*, 458.

Lahmidi, N. et Lemonnier, V. (2018). Médiation en santé dans les squats et les bidonvilles. *Rhizome*, 68.

Lapinte, A. (2018). Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières. *Actualité et dossier en santé publique*, 102.

Lapinte, A. et Legendre, B. (2018). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. *Etudes et Résultats*, 1200.

Laporte, A. et Chauvin, P. (2004). Samenta : rapport sur la santé mentale et les addictions chez les personnes sans logement personnel d'Ile-de-France. Observatoire du Samu social, 227.

Le Borgne, J. (2018). *Évaluation du taux de suivi en médecine générale libérale de patients en situation de précarité ayant été pris en charge antérieurement dans un centre de santé à Brest* [Thèse, Université de Bretagne Occidentale]. HAL. <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01819655/document>

Le Cossec, C., de Chambine, S. et Tugaye, A. (2019). Consultations avancées de médecins hospitaliers en centres de santé : impacts et difficultés identifiées. *Santé Publique*, 31, 287-292. <https://doi.org/10.3917/spub.192.0287>

Le Floch, C. (2021). Aller-vers, c'est ne pas attendre que les exclus expriment une demande d'aide. *La Santé en action*, 458.

Marques, A. (2018). Ne pas aller vers « ceux qui ne demandent rien » ?. *Rhizome*, 68.

Martin, D. (2018). Infirmier en EMPP : ajuster ses pratiques. *Rhizome*, 68.

Martin, T., Feltgen, K. et Soudais, B. (2020). La « médecine foraine » : une interdiction déontologique désuète ?. *Médecine*, 16(5), 237-240.

Mercuel, A. (2018). « Aller vers... » en psychiatrie et précarité : l'opposé du « voir venir... » !. *Rhizome*, 68.

Peslin, N., Pasquier, V., Plaçais, C., Coutant, A., Agard, C., Barrier, J. et Lombrail, P. (2001). Évaluation d'une nouvelle offre de soins : la permanence d'accès aux soins de santé du CHU de Nantes. *Santé Publique*, 13, 349-357. <https://doi.org/10.3917/spub.014.0349>

Petit, C. (2021). Accompagnement des jeunes en errance à Lannion : « On ne juge pas leur histoire ». *La Santé en action*, 458.

Pierru, F. (2020). Agences régionales de santé : mission impossible. *Revue française d'administration publique*, 174, 385-403. <https://doi.org/10.3917/rfap.174.0089>

Poitau, M. (2021). Équipe mobile psychiatrie précarité de Saint-Étienne : « Aller vers les laissés-pour-compte pour leur permettre d'accéder aux soins ». *La Santé en action*, 458.

Revil, H. et Warin, P. (2019). Non-recours. Dans : Laurie Boussaguet éd., *Dictionnaire des politiques publiques: 5<sup>e</sup> édition entièrement revue et corrigée* (pp. 398-404). Paris: Presses de Sciences Po. <https://doi.org/10.3917/scpo.bouss.2019.01.0398>

Rode, A. (2010). *Le "non-recours" aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes* [Thèse, Université Pierre Mendès-France - Grenoble II]. HAL. [https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/488403/filename/These\\_A\\_RODE.pdf](https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/488403/filename/These_A_RODE.pdf)

Rolland, C. et Pierru, F. (2013). Les Agences Régionales de Santé deux ans après : une autonomie de façade. *Santé Publique*, 25, 411-419. <https://doi.org/10.3917/spub.134.0411>

Rousseau, A., Bevort, H. & Ginot, L. (2020). La santé publique au risque de la COVID19 : du premier retour d'expérience à la formulation de nouvelles exigences collectives. *Santé Publique*, 32, 183-187. <https://doi.org/10.3917/spub.202.0183>

Vallée, A. (2016). Le « Mammobile » : une méthode pertinente en France ? *Santé Publique*, 28, 599-602. <https://doi.org/10.3917/spub.165.0599>

(2013). F. Dans : , F. Tuffreau, *Dictionnaire de l'organisation sanitaire et médico-sociale* (pp. 243-258). Rennes: Presses de l'EHESP.

## Documents

Agence régionale de santé Bretagne (2018). Programme régional d'accès à la prévention et aux soins pour les personnes les plus démunies 2018-2022.

Agence régionale de santé Bretagne (2022). Bilan du PRS 2018-2022.  
[https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2022-05/Bilan%20PRS\\_MeL.pdf](https://www.bretagne.ars.sante.fr/system/files/2022-05/Bilan%20PRS_MeL.pdf)

Agence régionale de santé Bretagne (2021). Avis d'appel à projets EMSP.  
<https://www.bretagne.ars.sante.fr/avis-aap-2021-ars-11-emsp-2021-2022>

Agence régionale de santé Hauts-de-France (2020). Cahier des charges pour la création de Services de Soins Infirmiers à Domicile pour personnes en grande précarité.  
<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2020-06/CAHIER%20CHARGES%20SSIAD%20PRECARITE%202020.pdf>

Agence régionale de santé Ile-de-France (2019). Conception, organisation, mise en oeuvre et évaluation des actions d'«aller-vers» auprès des personnes en situation de grande précarité - Référentiel régional.

AMISEP (2021). Rapport d'activité 2021.

Haute autorité de santé (2017). La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins.

Itinérance (2022). Diagnostic santé vieillissement.

Ministère de la Santé et des Solidarités, 2020. Ségur de la Santé. Dossier de presse. Ségur De La Santé  
Les Conclusions (solidarites-sante.gouv.fr)

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/fr/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/RapportWRESINSKI>

---

## Liste des annexes

---

### Annexe 1 - Liste des entretiens réalisés

#### Entretiens en interne à l'ARS

- Entretien n°1 : Pilote du thème « Personnes en situation de précarité et d'exclusion », Siège
- Entretien n°2 : Responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique, Délégation départementale 29
- Entretien n°3 : Responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique, Délégation départementale 56
- Entretien n°4 : Responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique, Délégation départementale 35
- Entretien n°5 : Responsable Pôle Prévention promotion de la santé et public spécifique, Délégation départementale 22

#### Entretiens avec des partenaires institutionnels

- Entretien n°6 : Référente veille sociale et logement adapté, DREETS
- Entretien n°7 : Chargée de mission insertion sociale, Conseil départemental d'Ille-et-Vilaine
- Entretien n°8 : Manager Coordonnateur Territoires et Santé, Coordination régionale de la gestion du risque Bretagne
- Entretien n°9 : Responsable du Centre d'examens de santé, CPAM 35
- Entretien n°10 : Chargées de mission responsable des EMPP et des PASS Mobile, Direction générale de l'offre de soins
- Entretien n°11 : Chargé de mission en charge des ESSIP et EMSP, Direction générale de la cohésion sociale

#### Entretiens avec des professionnels de l'aller-vers

- Entretien n°12 : Ancien directeur des opérations, Médecin du Monde
- Entretien n°13 : Directeur, GIP AGV 35
- Entretien n°14 : Ancienne stagiaire sur l'aller-vers, Médecin du Monde
- Entretien n°15 : Equipe complète, EMPP Morbihan

- Entretien n°16 : Directeur et cheffe de service, CSAPA Quimper
- Entretien n°17 : Infirmière, SAMU social 35
- Entretien n°18 : Infirmière, COB'Mobile
- Entretien n°19 : Directrice et médiatrice, ASVB
- Entretien n°20 : Assistante sociale, EMPP CHGR
- Entretien n°21 : Equipe complète, EMPP Morbihan
- Entretien n°22 : Médiatrice, Centre de santé du Blosne
- Entretien n°23 : Responsable, Centre régional des PASS et des EMPP
- Entretien n°24 : Directrice médicale, Réseau Louis Guilloux
- Entretien n°25 : Responsable de service, Les Forges médiation
- Entretien n°26 : Médiatrice, Itinérance
- Entretien n°27 : Stagiaire, CHRS Saint-Benoît Labre

## Annexe 2 - Guide d'entretien

- Pourriez-vous vous présenter brièvement s'il vous plaît ? (Nom, profession, structure)
- Pourriez-vous présenter votre structure s'il vous plaît ainsi que votre rôle au sein de celle-ci ?
- Quelles actions votre structure porte-t-elle ? Parmi celles-ci, lesquelles considérez-vous comme de l'aller-vers ?
- A quel(s) public(s) s'adressent ce(s) dispositif(s) ? Selon vous, pourquoi est-il nécessaire d'aller vers ce(s) public(s) ?
- Aller vers ce(s) public(s) requiert-il d'adapter votre posture et/ou vos pratiques professionnelles ? Si oui, comment vous y préparez-vous ?
- Quels sont les objectifs de cette démarche d'aller-vers ? Estimez-vous que vous remplissez ces objectifs ? Comment évaluez-vous cela ?
- Quelles difficultés rencontrez-vous ?
- Vous arrive-t-il de faire face à des situations dans lesquelles les personnes vers qui vous souhaitez aller refusent l'accompagnement ou expriment des besoins contraires à ce que vous leur proposez ? Si oui, comment gérez-vous ces situations ?
- Comment améliorer ce(s) dispositif(s) ? Quelles sont les perspectives pour ce(s) dispositif(s) ?
- Quels sont vos partenaires ? Comment s'organise le travail de coordination avec ces derniers ?
- Au sujet des dispositifs d'aller-vers, quelle posture attendez-vous des institutions ?

## Annexe 3 - Tableau organisationnel des entretiens

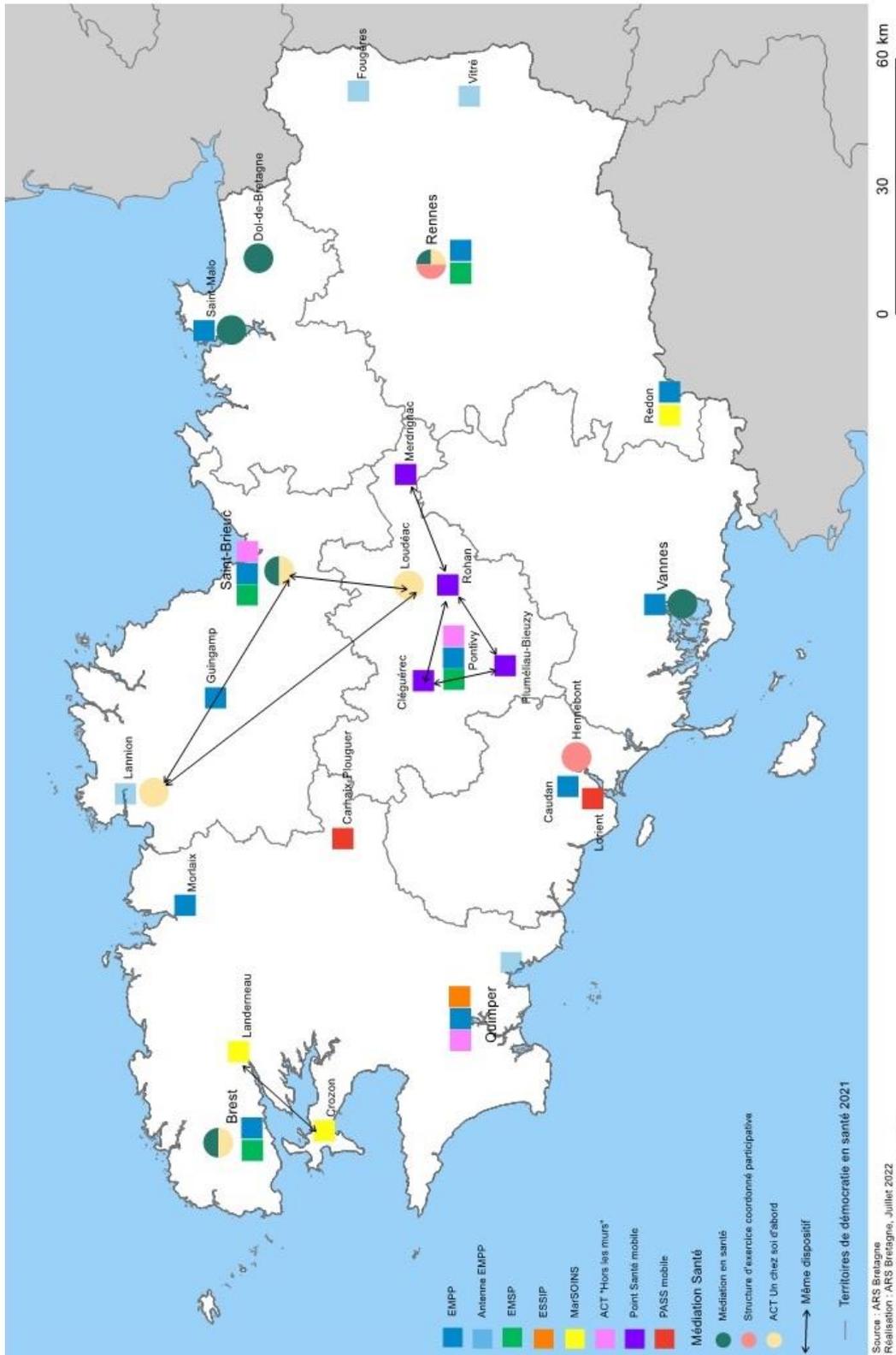
Organisme	Fonction	Contact pris ?	Réponse	Date de l'entretien	Lieu
DD29	Responsable précarité	Oui	Oui	11-avr	Visio
DD35	Responsable précarité	Oui	Oui	15-avr	Visio
DD22	Responsable précarité	Oui	Oui	20-avr	Visio
DD56	Responsable précarité	Oui	Oui	21-avr	Visio
Ex-Médecin du monde	Ancien directeur des opérations	Oui	Oui	26-avr	Tel
AGV 35	Directeur	Oui	Oui	29-avr	Siège AGV 35
Ex-Médecin du monde	Ancienne stagiaire	Oui	Oui	02-mai	Tel
EMPP EPSM Finistère Sud	Equipe complète	Oui	Oui	10-mai	Visio
CSAPA Quimper	Directeur et cheffe de service	Oui	Oui	11-mai	Visio
DREETS	Référente veille sociale et logement adapté	Oui	Oui	12-mai	DREETS
SAMU Social	IDE	Oui	Oui	13-mai	Tel
Cob'Mobile	IDE	Oui	Oui	16-mai	Visio
ASVB	Directrice et médiatrice	Oui	Oui	17-mai	Siège ASVB
CD 35	Chargée de mission insertion sociale	Oui	Oui	18-mai	CD 35
CPAM 35	Suivi et mise en œuvre du volet santé de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté	Oui	Oui	19-mai	CPAM
EMPP CHGR	Assistante sociale	Oui	Oui	19-mai	CHGR
Centre de santé du Blosne	Médiatrice	Oui	Oui	01-juin	Centre de santé du Blosne
Direction générale de l'offre de soins	Chargée de mission : EMPP	Oui	Oui	03-juin	Visio
Direction générale de l'offre de soins	Chargée de mission : PASS Mobile	Oui	Oui	03-juin	Visio
Direction générale de la cohésion sociale	Chargé de mission : ESSIP, LHSS hors les murs et EMSP	Oui	Oui	07-juin	Visio
Centre régional des PASS et EMPP	Responsable	Oui	Oui	14-juin	Visio
RLG	Directrice médicale	Oui	Oui	15-juin	Visio
Les Forges Médiation	Responsable de service	Oui	Oui	04-juil	Visio
Itinérance	Médiatrice	Oui	Oui	19-juil	Tél

## Annexe 4 - L'offre en dispositifs d'aller-vers en santé précarité financés par l'ARS Bretagne

Type d'action	Nom du dispositif	Porteur(s)	Département	Historique	Financement	Montant du financement en euros et pour une année	Co-financement	
Equipes mobiles	ACT hors les murs	Adapei	22	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	504 000		
		Fondation Massé-Trevidy	29					
		Adalea	56					
	EMPP	Fondation Bon Sauveur (Bégard) Fondation Saint-Jean-de-Dieu (Lehon) CH Plouguernevel EPSM Finistère Sud CHPM Morlaix CHRU Brest CH Guillaume Régnier CH Saint-Malo CH Redon-Carentoir EPSM Charcot (Caudan) EPSM Morbihan (Saint Ave)		22	Depuis avril 2010	ONDAM Psychiatrie (voir base et crédits notifiés 2021)	1 534 667	
				22	Depuis 2008			
				22, 56	Depuis 2020			
				29	Depuis 2009			
				29	Depuis 2021			
				29	Depuis 2005			
				35	Depuis 2006			
				35	Depuis 2009			
				35	Depuis juillet 2020			
				56	Depuis 2006			
	56	Depuis 2006						
	EMSP	Croix Rouge française Réseau Louis Guilloux Amisep		22	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	580 000	
29								
35								
ESSIP	Fondation Massé-Trevidy		29	Depuis 2022	ONDAM Médico-Social	204 100		
			22, 56	Depuis 2020	FIR	4 000		
Point de Santé Mobile	A vos soins		29	Depuis janvier 2021	FIR	100 000		
			35	A partir de 2023				
PASS mobile	Cob Mobile de la Fondation Massé-Trevidy et du CHRU de Brest GHBS de Lorient		29, 56	Depuis janvier 2020	FIR	10 000	DEETS 29	
			56	Depuis 2021	FIR	50 000		

Type d'action	Nom du dispositif	Porteur(s)	Département	Historique	Financement	Montant du financement en euros et pour une année	Co-financement		
Consultations avancées	PASS délocalisée	PASS de Brest au Point H	29	En construction	Intégré au financement global de la PASS				
		CH de Saint-Malo	35						
		PASS de Rennes au Centre Médical Louis Guillaud	35						
		Consultation avancée CSAPA dans un CHRS	CSAPA Trégor Goëlo (antennes de Lannion Guingamp Paimpol)	22	Depuis 2019	FIR	77 093		
			CSAPA St Brieuc	22					
			CSAPA Lorient	22					
			CSAPA Quimper	29					
			CSAPA Brest	29					
			CSAPA Morlaix	29					
			CSAPA Fougères	35					
			CSAPA Vitré	35					
			CSAPA Rennes	35					
			CSAPA St Malo	35					
CSAPA Vannes	56								
CSAPA Lorient	56								
Médiation en santé	Un médiateur auprès des gens du voyage Une médiatrice à mi-temps Une IDE/médiatrice Une médiatrice Un chargé de mission médiation auprès des gens du voyage Une médiatrice	Itinérance	22	Depuis septembre 2021	FIR	138 110	Conférence des financeurs Saint-Malo agglomération Conseil régional Conseil départemental		
		Croix Rouge française	29	Depuis 2021					
		CCAS de Saint-Malo	35	Depuis janvier 2020					
		Ville de Dol-de-Bretagne	35	Depuis 2021					
		AGV 35	35	Depuis 2022					
Dispositif dans lesquels il y a une valence aller-vers mais dont ça n'est pas le fondement	ACT "un chez soi-d'abord"	Expérimentation milieu rural	22	Depuis 2022	Pas de prise en compte du financement de ces dispositifs car c'est un financement global de leur activité		Préfecture 56		
		Site de Brest	29						
		Site de Rennes	35						
		Centre de santé du Blossne	35					Dotation	55 000
		Centre de santé Stetho'scop (Hennebont)	56						55 000

# Annexe 5 - Carte des dispositifs d'aller-vers en santé précarité en Bretagne



MAHE	Benoît	07/09/2022
<b>Master 2</b> <b>Pilotage des politiques et actions en santé publique</b>		
<b>Lutte contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité : état des lieux du déploiement de l'aller-vers en Bretagne</b>		
<b>Promotion 2021-2022</b>		
<p><b>Résumé :</b></p> <p>Afin de lutter contre le non-recours aux droits et aux soins des personnes en situation de précarité, l'Agence régionale de santé Bretagne déploie depuis plusieurs années une offre en dispositifs d'aller-vers. L'aller-vers est un mode d'intervention ancien de l'action sanitaire et social, redécouvert lors de la crise sanitaire entraînée par l'épidémie de Covid-19 et qui a connu un développement rapide depuis. Il consiste en un renversement de la relation entre les professionnels et les personnes accompagnées : ce n'est pas aux personnes de solliciter une aide mais au dispositif de venir vers celles et ceux qui pourraient en avoir besoin. Cette posture physique s'accompagne d'une posture professionnelle bienveillante et respectueuse. Le déploiement rapide de nouveaux dispositifs, fondés sur le principe de l'aller-vers, entraîne des questions relatives à leur institutionnalisation (formation, coordination, évaluation, etc.). De plus, l'engouement qui accompagne ce déploiement requiert de les replacer dans un contexte politique et de santé publique afin de mieux en définir le rôle et, ainsi, ce dont on peut en attendre.</p>		
<p><b>Mots clés :</b></p> <p>Aller-vers ; médiation en santé ; précarité ; non-recours ; accès aux soins ; accès aux droits ; prévention ; Agence régionale de santé ; parcours</p>		
<p><i>L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique ainsi que L'IEP de Rennes n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</i></p>		