

FASCICULE 2

« Aller-vers »

« Aller-vers » les habitant·es, les professionnel·les de santé et les acteurs du médico-social

« La démarche d'« aller vers » comporte deux composantes¹ :

1. L'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect. Se rendre accessible s'inscrit dans une manière de penser la proximité, en réduisant la « distance sociale et subjective », et implique de se risquer à rencontrer l'autre autrement que dans une relation institutionnelle classique et d'inventer au cas par cas des façons d'entrer en lien qui estompent les barrières tout en maintenant chacun·e à sa place².
2. Le déplacement physique, « hors les murs », d'une part vers les lieux fréquentés par la personne ciblée et d'autre part vers les professionnel·les de santé et institutions. Les lieux fréquentés par les personnes peuvent être des lieux de résidence (domiciles, squats, camps, foyers etc.), des lieux de rencontre sur l'espace public (marchés, sorties d'écoles, pieds d'immeubles, temps festifs, parcs etc.), des lieux de rencontre sur des lieux privés (commerces de proximité, cafés etc.), des espaces plus formels comme des permanences délocalisées.³ »

Ces actions d'« aller vers » sont l'un des points d'appui pour nouer des liens et construire un dialogue avec les habitants et habitantes mais également avec les acteurs sociaux, la société civile et les professionnel·les de santé. Une équipe de médiation en santé peut exploiter plusieurs canaux pour toucher ces publics. L'attitude et la posture des membres de l'équipe doivent favoriser la confiance.

¹ *Référentiel de compétences, formation et bonnes pratiques : La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins*, HAS, 2017, p.40

² *Lutte contre le non-recours – « Aller-vers », le travail social « hors les murs »*, Actualités Sociales Hebdomadaires – n° 3128, 4 octobre 2019

³ Ibid

L'enjeu de cette confiance est également très présent pour mobiliser les acteurs et particulièrement ceux de santé.

Enfin, l'« aller vers », axe 1 de la médiation en santé est une étape dans le processus d'améliorer l'accès à la prévention et aux soins et de rendre les personnes plus autonomes en la matière. Il doit prendre sa juste place entre les autres actions de médiation en santé.

Éléments complémentaires :



« L'accès aux droits via l'aller-vers a été identifié comme une problématique transversale, qui interroge en particulier les modes de faire des institutions. Ces modes de faire, jugés trop complexes, trop rigides, trop cloisonnés, associés à la complexification des démarches administratives, et à la complexité des situations de précarité vécues par les personnes, moins mobiles ou ne connaissant pas leurs droits ou les institutions qui les délivrent, crée des ruptures de confiance et des points d'incompréhension, source de non-recours. »

Ressources :

- Mallette pédagogique du projet de médiation en santé de Médecins du Monde en zone rurale : <http://legroup-ess.org/mdmsante/?M2S1>
- [Objectifs annexes des actions d'aller vers](#)

Détail du fascicule

[Fiche 1 : L'attitude et la posture](#)

[Fiche 2 : La question des « invisibles »](#)

[Fiche 3 : Identifier les canaux d'accès aux personnes](#)

[Fiche 4 : Aller vers les professionnel·les de santé](#)

[Fiche 5 : Tenir compte du bouche à oreille](#)

[Fiche 6 : Le suivi / monitoring](#)

Fiche 1

L'attitude et la posture



Les objectifs de l' « aller-vers » sont de repérer les personnes ciblées (personnes qui renoncent aux soins ou en grande difficulté d'accès aux soins), d'entrer en contact et établir un dialogue avec elles (écoute et présentation de la médiation en santé). Pour atteindre ces objectifs, il est donc nécessaire d'observer et d'identifier les problématiques individuelles et collectives du territoire ainsi que les actualités locales concernant la santé. Il est aussi essentiel de s'adapter aux différents publics, de rendre visible la médiation en santé et de trouver sa place parmi les acteurs présents sur le territoire (complémentarité des actions). Les contacts avec les personnes ciblées doivent également permettre de construire une relation devant maintenir un lien dans le temps.

Des pratiques à adapter en fonction de la maturité de la médiation en santé sur le territoire

Une partie du temps de l'équipe de médiation en santé est mobilisée pour les actions d' « aller-vers ». Cela peut varier au cours du déploiement des actions de médiation en santé. C'est une activité importante lors de la mise en place des activités (pour se faire connaître, établir des relations, construire la confiance etc.), puis progressivement les autres activités (accompagnement des personnes, sensibilisation/prévention, reporting etc.) vont prendre plus de place.

Il est important de ne pas sous-estimer le besoin de maintenir cet « aller vers », pour tenter de toucher des personnes hors des radars, notamment les « invisibles », mais aussi maintenir des partenariats avec des acteurs. Cela nécessite des actions proactives (permanences délocalisées, maraudes etc.) pour garantir l'accessibilité du dispositif de médiation en santé. Les phénomènes complémentaires, comme le bouche à oreille et l'orientation par des autres acteurs, apportent de nouveaux canaux d'accès.

L'attitude et la posture

L'équipe de médiation en santé assure une présence dynamique et régulière sur le territoire. Elle doit se faire identifier de manière proactive mais également s'attacher à rester discrète pour ne pas stigmatiser les personnes pouvant avoir besoin de la médiation en santé. Elle cherche à créer des rencontres afin de bénéficier d'échanges spontanés avec les personnes. Lors de ces échanges

elle développe l'écoute active et utilise notamment l'outil « porteur de parole » (voir Ressources).

La posture de la médiation en santé est attentive aux questions de l'intrusion dans la vie privée des personnes et des possibles stigmatisations. L'humilité et la capacité de sortir de zones de confort sont nécessaires afin d'accepter « l'inconnu » de situations complexes.

Il est également nécessaire d'être attentif aux regards et attendus du public en général et des potentiels usagers et usagères en particulier.

Une « rentabilité » à long terme

« On peut avoir l'impression d'avoir perdu son temps pendant une action d'« aller-vers » de 2 heures où on n'a pas parlé à beaucoup de monde. Cela pose la question de l'investissement consenti et de l'importance de la temporalité pour évaluer les retours de cet investissement. Tous les effets de l'« aller-vers » ne se font pas voir à court terme. Certains prennent du temps, le temps pour les personnes de mûrir leur volonté de vouloir répondre à leur besoin, de prendre confiance, d'accepter d'être accompagnées dans la réponse. Parfois des personnes sont venues nous voir après avoir tenté d'effectuer des démarches elles-mêmes, donc cela peut prendre du temps. ». Médiateur en santé.

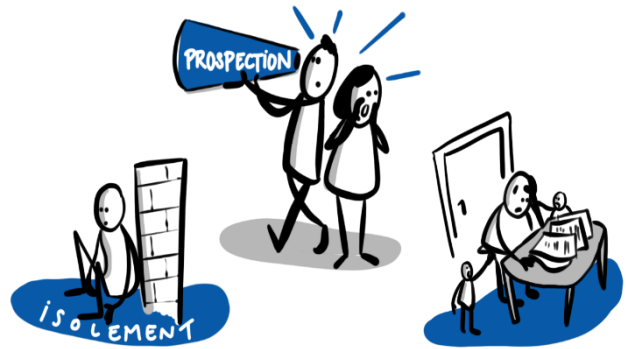
« Faire des permanences ou des maraudes au marché pour aller parler aux personnes ce n'est jamais facile pour moi, surtout au début, mais il faut juste que je me lance et une fois que je suis lancé c'est bon ». Témoignage d'un bénévole.

Ressources :

- [Fiche éléments d'attitudes et comportements](#)
- Interview « aller vers » : http://www.legroup-ess.org/mdmsante/Contenus/M2Session1/S1_Mont_Axe_1.mp4
- [Outil porteur de parole](#)
- [Fiche action porteur de parole « Numérique et Santé »](#) et la [synthèse de l'action](#)
- [Fil de prise de contact dans la rue](#)
- Présentation de l'écoute active de la société française d'accompagnement et de soins palliatifs [http://www.sfap.org/system/files/atelier - lecout_e_active_0.pdf](http://www.sfap.org/system/files/atelier_-_lecout_e_active_0.pdf)
- Formation APSN (Association de Prévention Spécialisée du Nord <http://www.apsn-prev.org/js/tinymce4/js/tinymce/plugins/moxiemanager/data/files/FORMER/APSN%20offre%20de%20formations%202019.pdf> (page 10)

Fiche 2

Les « invisibles »



La question des « invisibles » pour les dispositifs sociaux (droit commun, associatifs...) concerne des personnes qui ont des droits mais qui n'y ont pas recours. Le non-recours au droit n'a pas une cause unique⁴. Le plus souvent, c'est le manque d'information qui explique la non-demande de certaines prestations⁵.

Certaines personnes ne vont pas dans des lieux d'accueil, d'hébergement, ou ne se tournent pas vers les associations ou les centres sociaux. Il est donc nécessaire d'aller là où elles sont. De plus, tous les acteurs ou professionnel·les ne voient pas les mêmes publics, ainsi en « alliant » les forces, on peut réussir à réorienter certaines demandes ou à faire émerger des demandes qui ne s'exprimaient pas.

Il s'agit alors de sortir des canaux classiques et de développer un « aller vers » spécifique basé sur l'analyse des personnes inaccessibles des autres acteurs (travailleurs pauvres, SDF, personnes isolées, jeunes adultes...). Les lieux, les jours, les heures d'action doivent être étudiées et testées avec les partenaires. Afin de toucher ces personnes, la médiation en santé peut s'appuyer sur un réseau de structures du quartier bien ancrées sur le territoire. Elle peut tenter différents types d'actions hors les murs, dans la rue, sur les marchés, dans les commerces et services en dehors des heures et jours ouverts (soirées, weekend, jours fériés).

« Essayer de toucher un public dit « invisible » implique parfois un travail de prospection qui n'est pas quantifiable et qui consiste parfois à se balader, à discuter avec des personnes. On peut se rendre plusieurs fois dans un même lieu ou discuter avec plusieurs personnes sans résultat et un jour on va rencontrer et toucher la bonne personne. » Médiateur en santé

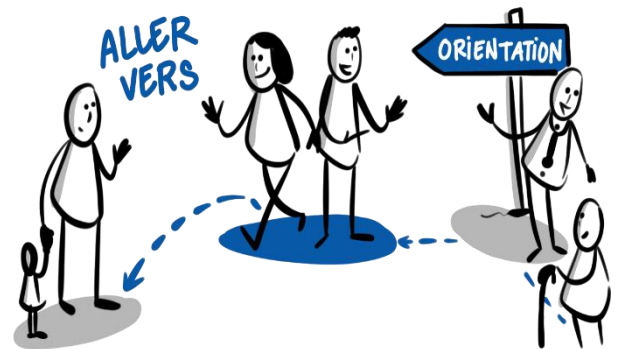
« A l'entretien d'accueil on pose la question : Rencontrez-vous parfois un travailleur social ou une association caritative ? Ceci nous permet d'identifier en quelque sorte si la personne est déjà dans un processus d'accompagnement. 26% des personnes accompagnées en 2019 n'avaient rencontré un travailleur social ou une association autre que Médecins du Monde ». Rapport annuel 2019

⁴ Le non-recours : Définition et typologies, working paper. Philippe Warin, ODENORE, décembre 2016 <https://odenore.msh-alpes.fr/documents/wp1.pdf>

⁵ Source : <https://www.humanite.fr/societe/rencontre-avec-les-invisibles-de-l%E2%80%99aide-sociale-484864>

Fiche 3

Identifier les canaux d'accès aux personnes



Les canaux d'accès ou de lien avec les habitants et habitantes du territoire sont multiples. Ils peuvent cependant se regrouper en deux grands groupes.

Les premiers canaux sont développés avec les acteurs du territoire, eux même en lien avec certaines catégories de publics. Les actions de l'équipe de médiation en santé cibleront alors les professionnel·les de santé, du social et les acteurs de la société civile, dans le droit commun ou non, susceptibles d'être en contact avec des publics qui pourraient avoir besoin de la médiation en santé. Ses actions chercheront à aller vers les habitants et habitantes avec ou via ces acteurs, lors de permanences ou de temps d'informations. Les acteurs pourront alors à leur tour orienter les publics « pertinents » vers l'équipe de médiation en santé.

Les seconds canaux s'ouvrent par des actions directes, conduites par l'équipe de médiation en santé, avec éventuellement des partenaires. Ces actions « hors les murs » cherchent à toucher les personnes qui ne seraient pas repérées et donc orientées par les acteurs du territoire. Ce sont des maraudes, des présences actives sur les marchés, dans les commerces ou services (poste...). Ces canaux s'ouvrent également en étant présent lors des événements locaux (temps forts, fêtes...) afin d'être identifié et de bénéficier d'échanges spontanés avec les personnes. La fréquence des actions sur la durée semble importante notamment pour le développement du bouche à oreille, essentiel pour toucher un public « invisible » des autres acteurs.

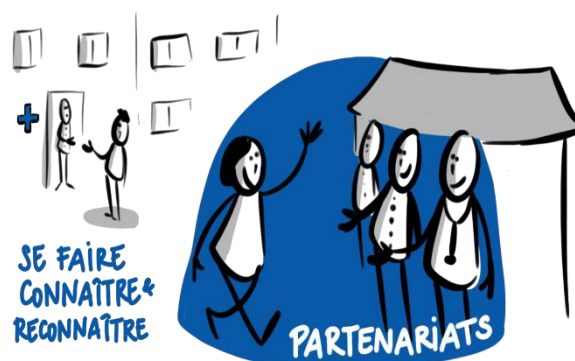
Ces canaux sont toujours à expérimenter, et à adapter et équilibrer entre eux en fonction des « résultats » qu'ils produisent (nombre et type de personnes touchées, type d'obstacles qu'elles rencontrent...). C'est en combinant finement ces canaux que le dispositif de médiation en santé peut identifier les personnes « invisibles » des dispositifs sociaux ou de soins.

Ressources :

- [Fiche action : permanence Maison de santé](#)
- [Fiche action : Permanence local MdM](#)
- [Fiche action : Permanence distribution alimentaire ou épicerie sociale](#)
- Flyers (en [français](#) et [arabe](#))
- [Affiche kakemono](#)

Fiche 4

Aller vers les professionnel·les de santé



L'« aller vers », mis en œuvre par la médiation en santé, doit intégrer les acteurs du territoire et particulièrement des professionnel·les de santé afin de garantir l'interface entre la population éloignée des droits et le système de santé. L'implication des professionnel·les de santé est un objectif majeur de tout dispositif d'accompagnement ou de médiation en santé, mais il n'est pas nécessairement évident à atteindre.

L'accès au droit commun, objectif de la médiation en santé, se prépare donc en allant vers les professionnel·les de santé au travers d'un processus d'ancrage sur le territoire. Cet ancrage doit permettre de connaître et se faire reconnaître par les acteurs afin d'entamer des partenariats devant faciliter la médiation en santé. L'équipe de médiation en santé cible alors les professionnel·les libéraux et les centres de santé.

Les pistes de collaboration possible expérimentées.

Le projet Lille-Sud a expérimenté des collaborations, certaines ponctuelles et d'autre plus pérennes avec des professionnel·les de santé. Les plus abouties l'ont été avec des médecins d'une maison de santé, un centre de santé polyvalent, l'association Médecins Solidarité Lille, et un infirmier installé sur le territoire (voir le fascicule 4 et la fiche « Réseaux et Partenariats »).

Les freins rencontrés.

Selon un rapport de l'ODENORE⁶, les professionnel·les de santé, et parmi eux en particuliers les médecins généralistes et spécialistes, manquent à l'appel parmi les « détecteurs » chargés de repérer les personnes à orienter vers les MAS (ex. PFIDASS). Plusieurs freins pour collaborer avec la médiation en santé peuvent être considérés, et l'un des principaux serait le surcroît de travail que ces collaborations pourraient engendrer. Par ailleurs, la confiance (devant s'installer avec le temps) n'est pas suffisamment forte au départ pour faciliter ces relations.

⁶ Voir en ressource le rapport *L'inscription territoriale des Plateformes d'intervention pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS)*, Antoine Rode, Philippe Warin, CNAM, Mars 2020 (à partir de la page 10)

Les hypothèses formulées :

Il semble que l'un des déterminants de l'initiation de ces collaborations, au-delà du temps, soit les personnalités et l'ouverture au secteur social des professionnel·les. La formation, notamment le Diplôme Universitaire santé-précarité⁷, est également un déterminant. Par ailleurs il semblerait que les structures regroupant des professionnel·les (cabinets médicaux regroupés ou maison de santé pluriprofessionnelles) soient plus propices à des collaborations.

Une fois engagées, ces collaborations semblent être maintenues par la confiance envers la médiation en santé du fait de sa disponibilité et sa réactivité, et par la reconnaissance de la complémentarité et des bénéfices de la médiation en santé pour les professionnel·les de santé (voir le retour d'expérience de la maison de santé dans la fiche « Réseau et Partenariats » du fascicule 4) et des bénéfices sur la sécurisation des parcours de soins lors des accompagnements.

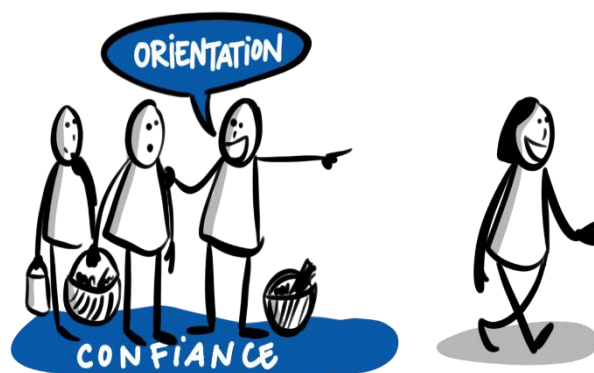
Ressources :

- [« Aller vers » les professionnels ·les, approches et enjeux](#)
- [ODENORE - Généralisation des PFIDASS - Volet Partenariat - Rapport définitif - 19 mars 2020](#) (à partir de la page 10)

⁷ <https://www.sante-solidarite.org/fichs/11410.pdf>

Fiche 5

Le bouche à oreille



Un nombre non négligeable des personnes accompagnées par Médecins du Monde à Lille-Sud (10 % en 2019) étaient orientées par une autre personne (par exemple un voisin, membre de famille, une personne de la même communauté etc.)⁸. Plus globalement, l'entourage joue souvent un rôle décisif dans les démarches d'accès aux droits et aux soins⁹.

Cela indique que la personne qui oriente l'autre connaît et comprend suffisamment le dispositif local d'accès mais également reconnaît la médiation en santé pour son action (soit en ayant été usagère soit via des rencontres d'« aller vers »). La personne qui oriente est donc suffisamment satisfaite ou a suffisamment confiance en la médiation en santé pour la conseiller à un proche. La possibilité d'avoir recours à de l'interprétariat pendant les actions de médiation en santé de Médecins du Monde à Lille-Sud a pu être un élément de satisfaction. De l'autre côté, la personne orientée fait confiance à la personne qui l'a envoyée et a déjà une idée de la médiation en santé et de ses services.

Il y a, dans ces dynamiques d'orientation communautaire vers la médiation en santé, une forme d'empowerment¹⁰ collectif qui est à soutenir.

Les points de vigilances :

A Lille-Sud, les personnes actrices du bouche à oreille n'ont pas été identifiées par Médecins du Monde de manière systématique comme personnes ressources du quartier ou de la communauté. Par ailleurs, celles qui ont été identifiées n'ont pas demandé plus d'information sur la médiation en santé que ce qu'elles connaissaient.

Il serait intéressant de prévoir des actions spécifiques auprès d'elles pour mieux les informer des actions de la médiation en santé, pour leur proposer de devenir bénévole et éventuellement pour les former afin intégrer des fonctions de type ambassadeur ou ambassadrice de santé.

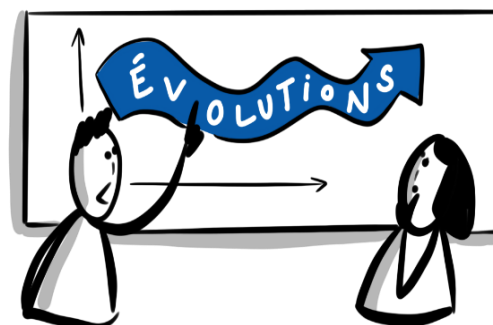
⁸ Rapport d'activité Médecins du Monde Lille-Sud 2019

⁹ *Les demandes d'aides induites par le renoncement aux soins*, Rapport de l'étude pour la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de l'Isère ; Hélène Revil-Philippe Warin, ODENORE, octobre 2020 <https://odenore.msh-alpes.fr/content/les-demandes-d%E2%80%99aides-induites-par-le-renoncement-aux-soins-une-contribution-%C3%A0-l%E2%80%99analyse-des->

¹⁰ L'empowerment est à la fois un objectif et un processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action et de transformation de leur environnement et leur contexte de vie. Appliqué au domaine de la santé c'est le processus par lequel un individu ou un groupe deviennent maîtres des facteurs déterminants de leur santé (Médecins du Monde).

Fiche 6

Le suivi / monitoring



Les actions d' « aller vers » nécessitent une collecte d'informations (personnes rencontrées, date, lieu, nouvelle rencontre, type d' « aller vers »...) afin de suivre et analyser le processus qui permet d'atteindre et d'orienter les personnes vers le dispositif d'accompagnement (« faire avec »). L'objectif de ces informations est d'avoir une connaissance suffisante permettant de mieux décrire le dispositif et de l'adapter en fonction de plusieurs évolutions :

- Les évolutions liées au temps et au déploiement du dispositif, nécessitant de réduire certaines actions d' « aller vers » en fonction de l'ancrage de l'équipe de médiation en santé sur le territoire,
- Les évolutions liées aux adaptations des actions d' « aller vers » les « invisibles », afin de tenter de toucher des personnes spécifiques,
- Les évolutions liées aux changements sociaux ou démographiques du territoire,
- Les évolutions liées aux services de droit commun (ou associatifs) sur le territoire,
- Les évolutions liées au développement de la littératie¹¹, l'autonomie et l'empowerment¹² communautaire.

Un exemple d'information importante : Les origines des orientations

Cet indicateur est pertinent pour décrire la nature des orientations et mesurer l'évolution de l'efficacité des actions d' « aller vers », ainsi que pour détecter si une forme d'orientation communautaire se met en place. Il peut aussi permettre d'analyser les effets des actions hors les murs. Ces informations peuvent être demandées lors de l'entretien d'accueil.

En pratique : Demander systématiquement à la personne rencontrée, soit au cours l' « aller vers », soit lors du premier entretien avec elle :

- Si elle a déjà rencontré d'autres acteurs ;
- Par qui elle est orientée/comment elle a connu les actions de médiation en santé.

¹¹ La littératie en santé est la capacité des individus à repérer, comprendre, évaluer et utiliser des informations utiles pour pouvoir fonctionner dans le domaine de la santé et agir en faveur de leur santé (Promo Santé Île-de-France, 2019).

¹² L'empowerment est à la fois un objectif et un processus par lequel les individus et les groupes de personnes développent leur pouvoir d'action et de transformation de leur environnement et leur contexte de vie. Appliqué au domaine de la santé c'est le processus par lequel un individu ou un groupe deviennent maîtres des facteurs déterminants de leur santé (Médecins du Monde).