

INTERVENIR

AVEC DES PERSONNES EN
SITUATION DE PRÉCARITÉ

UN CADRE MÉTHODOLOGIQUE

conçu avec celles et ceux qui
bénéficient, développent et financent
les interventions



Ce document a été rédigé par :

- Coline Barbay, Cécile Cayre, Lucie Le Gourrierec et Solène Pascard, chargées d'ingénierie et de projets en promotion de la santé, Ireps Grand Est
- Sandrine De Oliveira, responsable territoriale 57 et 88, référente Appui méthodologique, Ireps Grand Est

Avec :

- Natacha Boucau, chargée de projets en documentation, Ireps Grand Est
- Emilie Christophe, chargée de communication et d'ingénierie documentaire, Ireps Grand Est
- Marie Persiani, directrice générale, Ireps Grand Est

L'Ireps Grand Est remercie toutes les personnes, tous les porteurs de projets et tous les institutionnels qui ont été rencontrés lors des entretiens et qui ont permis de construire ce document d'aide à l'action :

Les personnes, publics des structures : Adali Habitat · Association AMI · Centre d'hébergement CASFC · Centre social Denise Louis · CHRS Entraide le Relais · CHRS Voltaire · E2C Charleville · E2C Pointe des Ardennes · Epicerie solidaire Solicoeur · FJECPS La Passerelle · Lit halte santé Escale Saint-Vincent · Résidence sociale Saint-Charles

Les porteurs de projets : Adali Habitat Vosges · Association AMI · Association Arsea Gala · Association Lupovino · Association Selia · Centre d'hébergement CASFC · Centre social Denise Louis · Centre social SARC · CHRS Entraide le Relais · CHRS Le Beillard · CHRS Voltaire · Club de jeunes L'Etage · Comité régional Sports pour tous · Epicerie solidaire Solicoeur · Eurométropole de Strasbourg · FJEPSC La Passerelle · Fondation Vincent de Paul · Jardin d'insertion de la Montage Verte · Mairie de Sedan · Médecins du Monde · PAE Saint-Dié-des-Vosges · Pays de Remiremont · Secours Populaire 67

Les institutionnels : ARS Grand Est DT 08 · ARS Grand Est DT 88 · Conseil départemental 08 · Conseil départemental 67 · Conseil départemental 88 · CPAM 88 · DDCS 08 · DDCS 67 · DDCS 88 · Draaf Grand Est · Eurométropole de Strasbourg · Préfecture Politique de la ville 08

Crédits illustration : Drawlab19

Mars 2020

Pour quoi ce document ? 1**La précarité, de quoi parle-t-on ? 3**

Différents regards sur la précarité 3

L'évolution ressentie de la précarité et du public touché 4

Côté éthique · Principes, pratiques et postures professionnelles 5

L'écoute 5

La prise en compte de la personne dans sa globalité 6

La reconnaissance des compétences des personnes 7

Une posture de non-jugement 8

La création d'un lien de confiance 10

"Aller vers" 11

L'action contre le refus de soins 13

Pour la suite... 15

Côté méthodologie · Critères qualité d'un projet 16

L'analyse de la situation 18

L'équipe projet et la dynamique de partenariat 19

Le rôle de l'équipe projet 19

La participation du public à la construction 20

La mobilisation du public 21

La mise en œuvre 22

Le lien social : un facteur essentiel 22

Veiller à la justice sociale 22

S'appuyer sur d'autres leviers que directement sur la santé 23

Les petits groupes favorisent la participation 23

Le rôle de l'animateur et l'environnement 23

Limiter la communication via les sources électroniques 24

L'évaluation du projet 25

L'écriture du projet et la demande de subventions 26

Pour conclure... 27

Pour aller plus loin 28

Grille de positionnement par rapport aux critères qualité d'un projet avec des personnes en situation de précarité 30

L'Ireps Grand Est vous accompagne dans votre projet 36



Le Projet régional de santé (PRS) du Grand Est prévoit dans son axe stratégique 5 d'améliorer l'accès aux soins et l'autonomie des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de fragilité sociale dans une logique inclusive. Le cadre méthodologique que nous présentons s'inscrit dans l'objectif 3 de cet axe "Faciliter l'accès des personnes en situation de précarité à des parcours de santé coordonnés en vue d'un retour au droit commun (Praps)".

Pour en savoir plus
sur le PRS Grand Est 2018-2028



L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Grand Est a été missionnée par l'Agence régionale de santé (ARS) Grand Est pour construire un outil destiné à accompagner les acteurs de terrain et à favoriser l'intégration de critères qualité dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation de projets à destination de publics en situation de précarité.

Nous avons réalisé dans un premier temps une revue de la littérature sur la précarité et les référentiels existants. Afin de compléter ces éléments, nous avons rencontré sur le terrain celles et ceux qui développent, mettent en œuvre, suivent, financent et bénéficient des interventions. Pour ce faire, 18 entretiens individuels et/ou collectifs ont été réalisés auprès de 50 personnes en situation de précarité, 28 porteurs de projets et 13 institutionnels sur trois départements : Vosges, Ardennes, Bas-Rhin. Ces entretiens se sont déroulés entre février 2019 et mai 2019. L'intégralité des entretiens a été enregistrée et retranscrite afin de permettre une analyse qualitative. A partir de l'ensemble du corpus, différentes analyses ont été réalisées au regard de l'objectif d'identification de critères méthodologiques de projets en promotion de la santé à destination de publics en situation de précarité :

- une analyse lexicale et thématique avec quantification,
- une extraction de verbatims au service des analyses.

Ce document propose d'abord de définir la précarité à travers la littérature, mais aussi la parole de personnes concernées par celle-ci et les porteurs de projets. Il présente ensuite deux parties permettant aux acteurs de questionner leurs pratiques et d'envisager des pistes d'actions :

- à travers des critères éthiques spécifiques à l'intervention avec des personnes en situation de précarité, identifiés grâce à l'analyse des entretiens réalisés,
- à travers la méthodologie de projet dans un contexte d'intervention avec des personnes en situation de précarité.

En annexe, vous est proposée une grille de positionnement individuelle ou collective sur les critères éthiques et méthodologiques présentés, permettant de questionner la pratique professionnelle.



Différents regards sur la précarité

La **précarité** est définie dans la littérature, par différents experts, comme « l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi, permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. 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. (1) »

Mais comment celles et ceux qui la subissent et la vivent au quotidien la définissent-ils ?

A travers les regards des porteurs, des institutionnels et des publics, **la notion d'accumulation** a été mise en évidence. En effet, ce n'est pas un seul facteur qui conduit une personne à une situation de précarité mais c'est un engrenage qui s'installe. Certains professionnels emploient le terme de « poly-traumatisé de la vie ». Cet engrenage entraîne les personnes dans une situation de fragilité qui peut être couplée à un isolement social et géographique.

Le terme d'invisibilité fait également consensus auprès des acteurs interviewés. Les publics « invisibles » sont définis comme des groupes de populations mal couverts par la statistique publique, peu visibles pour les pouvoirs publics, et peu ou mal appréhendés par les politiques sociales (2). Il existe donc différents niveaux de précarité avec une précarité dite visible et une précarité dite invisible. Cela fait écho à **la notion de graduation**.

Justement, il y en a des qui n'ont pas de logement. Donc là, je dirais que c'est vraiment le pire des cas.

*Après il y a des logements insalubres.
Après il y a des logements modestes.*

C'est comme être entouré de ressorts et chaque ressort représente un item (logement, emploi, santé ...) et au fur et à mesure que les ressorts lâchent, il y a une fragilité qui s'accumule.

Mais cette précarité vécue concerne-t-elle toujours la personne aidée ? Bon nombre de publics ou d'institutionnels évoquent aussi la précarité des professionnels qui les accompagnent. Que l'on soit d'un côté ou de l'autre, cette précarité peut à un moment donné nous toucher. Les représentations de chacun vont influencer les attitudes, l'intervention, les comportements vis-à-vis des personnes en situation de précarité.

Un jour vous avez tout, et le lendemain vous pouvez vous réveiller, vous n'avez plus rien, c'est ce qui m'est arrivé.

¹ WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la République. Avis et rapports du Conseil Économique et social. Séances des 10 et 11 février 1987, pp. 6. En ligne : <https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

² EI HADANI N, LOUBERE L, MORENO CALVO M, et al. Médias et invisibilité sociale : le rôle des médias dans le processus de visibilité ou d'invisibilité sociale de certains publics. Rapport de recherche pour l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale. Université de Toulouse, LERASS; 2015, 126 p.

L'évolution ressentie de la précarité et du public touché

Le profil des personnes en situation de précarité a évolué, c'est un constat partagé par tous et par toutes. La précarité semble aujourd'hui toucher tout le monde. Les femmes et les jeunes semblent également touchés.

Elle a évolué aussi je pense avec la société : on voit plus de femmes.

De plus en plus de professionnels sont confrontés à l'émergence d'un nouveau public : le public migrant. Ils voient donc apparaître une nouvelle problématique dans leur pratique professionnelle, celle de la barrière de la langue. Cette dernière vient augmenter la précarité vécue par les publics.

Une personne qui ne maîtrise pas la langue, au niveau de l'accès aux soins... tout ça c'est difficile, c'est pas une précarité économique mais c'est une précarité.

Est également observée une augmentation du nombre de familles monoparentales qui se retrouvent en situation de précarité, ce qui a une répercussion à la fois pour le parent mais également pour les enfants. Puis viennent les personnes en fin de carrière.

Quant aux personnes en situation de précarité, les professionnels mettent en exergue la précarisation des personnes salariées.

Maintenant il y a même beaucoup de gens qui travaillent, qui sont obligés de venir à l'épicerie solidaire.

*On a vu quand même un nouveau public en difficulté qui sont les personnes qui arrivent en fin d'activité ou qui ne sont plus en activité, mais qui ont la charge de leurs enfants, voire de leurs petits-enfants.
Et qui pour le coup, si auparavant arrivaient à accéder à un certain nombre de droits, maintenant se trouvent bloqués.*



Principes, pratiques et postures professionnelles

Les différents entretiens de cette étude ont permis de mettre en évidence des critères d'éthique professionnelle partagés par les acteurs et pouvant permettre de mener une réflexion collective ou individuelle sur les valeurs qui orientent et motivent les pratiques.

L'écoute

La majorité des personnes en situation de précarité a le sentiment de ne pas être écoutée, comprise et cela est ressenti comme très douloureux, voire comme une forme d'irrespect ou d'incompréhension.

De plus, parfois ces temps de rencontres avec les professionnels sont vécus comme intrusifs, souvent en raison de la multiplication des dispositifs où la personne doit raconter son parcours au risque d'apporter une information morcelée.

A toute demande ou problème, les publics sont en attente de réponses ou de solutions. Mais cet apport n'est pas toujours possible, compris ou parfois même transmis.

Il faut écouter vraiment le besoin de la personne, pas la diriger à droite à gauche, alors que ça n'a rien avoir avec la demande de la personne.

On a le sentiment de parler dans le vide, de ne pas être écouté.

Il y a des travailleurs sociaux dans le département qui sont en difficulté, en souffrance, c'est parce qu'il y a une volumétrie de public à accompagner. On a de moins en moins de travailleurs sociaux, on les a amenés aussi à faire du guichet plutôt que de l'accompagnement, on est derrière, on répond, on n'a pas le temps donc on fait la demande d'aide, voilà.

Les professionnels ne prennent pas le temps d'expliquer, de donner les renseignements.

Toutefois, certains facteurs viennent parfois interagir et rendre l'écoute compliquée pour le professionnel : la fatigue, le temps, une distraction, le moral, un environnement bruyant...



PISTES D'ACTION

L'écoute active : une technique et une posture · Écouter c'est **s'intéresser à la personne** que l'on a en face de soi, **écouter l'histoire, le parcours et la demande** qu'elle exprime afin de pouvoir **l'orienter vers la démarche adaptée**. Même si l'écoute semblerait être une compétence essentielle chez un professionnel, elle nécessite de réelles capacités. La pratique de l'écoute active, "technique de communication consistant à utiliser le questionnement et la reformulation afin de s'assurer que l'on a compris au mieux le message de son interlocuteur et de le lui démontrer" (3), semble être un bon levier pour agir sur les difficultés relevées.

Écouter oui, mais dans quelles conditions ? · Avant toute rencontre, il est nécessaire pour le professionnel de pouvoir réfléchir aux conditions favorables à une réelle écoute: un lieu confidentiel et si besoin, mettre en place des adaptations nécessaires.

³ ROGERS CR. The Development of Person-Centered Approach (Approche centrée sur le développement de la personne). Person-Centered Review; 1986; vol. 1, n° 3, pp. 257-2

La prise en compte de la personne dans sa globalité

Chaque prise en charge doit être adaptée en fonction des spécificités de chacun, les professionnels au contact du public l'ont bien compris.

Il ne faut pas enfermer les personnes dans des réponses toutes faites.

Toutefois ils se trouvent parfois confrontés à des situations paradoxales où ils souhaiteraient consacrer du temps aux usagers pour leur permettre d'avoir une prise en charge globale mais dans des temps de prises en charge trop contraint.

Avec la limite que ce n'est pas toujours possible quand on a des mesures limitées à 6 mois, 18 mois ou 24 mois avec l'exigence imposée par les financeurs que les choses se soient stabilisées dans ce temps contraint.

La notion de temps, accompagner les familles en situation de précarité cela prend du temps, il faut prendre ce temps pour faire correctement son travail.

Pour rappel, **l'accompagnement social** est défini comme : « une démarche qui vise à :

- aider les personnes en difficulté à résoudre les problèmes générés par des situations d'exclusion ;
- établir avec elles une relation d'écoute, de soutien, de conseil et d'entraide.

L'accompagnement social mise sur les capacités des personnes à développer leurs ressources propres, leurs capacités d'initiative et de choix, et leur possibilité de bâtir un projet de vie... » (4).

Accompagner la personne dans sa globalité nécessite de prendre le temps de la connaître, de comprendre son histoire de vie, son parcours, ses valeurs, son environnement... Les professionnels doivent s'appuyer ou renforcer leurs compétences pour aller rechercher ces éléments, écouter chaque personne et chaque parcours dans sa singularité, en respectant le rythme de la personne.

Poser des questions sur la vie globale permet de se rendre compte que chaque vie ou situation ne sont pas les mêmes.

Il faut prendre en compte la personne dans sa singularité, ses principes, ses valeurs et adapter en fonction et pas lui imposer.

Il est important d'attendre que la personne soit prête pour cela et ne pas projeter ses propres besoins et désirs sur la personne, ce qui nous conduirait sans doute à l'échec de l'accompagnement mis en place.

⁴ UNIOPSS, UNION NATIONALE INTERFEDERALE DES ŒUVRES ET ORGANISMES PRIVÉS NON LUCRATIFS SANITAIRES ET SOCIAUX. Guide pratique de l'accompagnement social. Fiches méthodologiques. Paris : Syros; 1995, 212 p.

La reconnaissance des compétences des personnes

Via leur parcours de vie, les personnes ont acquis différents savoirs et pouvoir faire. Ces savoirs expérientiels doivent être reconnus par les acteurs et mis au profit des stratégies réfléchies à l'égard des publics en situation de précarité. La charte d'Ottawa (5) pose comme principe que « la promotion de la santé passe par la participation effective et concrète de la communauté à la fixation des priorités, à la prise des décisions et à l'élaboration et à la mise en œuvre des stratégies de planification en vue d'atteindre une meilleure santé. Au cœur même de ce processus, il y a la dévolution de pouvoir aux communautés considérées comme capables de prendre en main leurs destinées et d'assumer la responsabilité de leurs actions » (6).

Les réalités de la prise en compte de la participation ou des compétences des personnes dans un projet varient énormément d'une structure à une autre.

Dans la démarche du secours populaire, dans leur mise en avant des compétences des personnes on essaye de les inciter à rejoindre l'association en tant que bénévoles pour apporter leurs envies, leurs initiatives et leurs compétences.

Il faudrait pouvoir voir les compétences des personnes.

Partir des compétences des personnes fait partie intégrante d'une approche positive et globale de la personne.

Cela nécessite de bien connaître la personne et de travailler avec elle. C'est un élément essentiel de la prise en charge des personnes qui permet de **restaurer l'estime de soi et la confiance en soi**.

Il faut arriver à faire énoncer à la personne ses envies, ses désirs, ses compétences, ses capacités et à partir de là on peut travailler.



PISTE D'ACTION

"En quoi puis-je être utile à la collectivité ?"

Il pourrait être envisagé dans les structures qui accompagnent des personnes en situation de précarité, lors d'un **entretien**, de demander à la personne d'identifier des savoirs qu'elle pourrait mettre au service des autres ou de la structure. Les intervenants pourraient réfléchir aux possibilités de s'appuyer sur ces compétences dans la vie quotidienne de la structure : cuisine, entraide entre les usagers pour remplir les formulaires administratifs, aide à l'apprentissage du français...

⁵ OMS, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Genève : OMS; 1986. En ligne : http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf

⁶ INSTITUT RENAUDOT. La lettre de l'Institut Renaudot, n°26; mars 1999

Une posture de non jugement

Porter un jugement sur l'autre entraîne des conséquences plus ou moins graves dans une prise en charge sociale. A travers le récit de certaines rencontres avec des professionnels, les publics ont exprimé une réelle souffrance.

Je me sens mal à l'aise avec l'assistante sociale, surtout l'enquêtrice sociale. Ce que je n'aime pas, c'est la façon qu'ils jugent. On n'a pas envie d'avoir de juge en face de soi, c'est déjà assez dur.

Se prendre des réflexions par des professionnels du coup ça donne pas envie d'y aller.

On nous prend pour des êtres inférieurs, nous sommes des êtres humains.

Ce sentiment d'être jugé peut résulter d'attitudes tant verbales que non-verbales. Cette attitude jugeante a notamment été ressentie au contact de jeunes professionnels.

On voit bien dans les yeux ce qu'ils pensent.

Les jeunes professionnels ne sont pas toujours respectueux, ils se moquent de nous devant les autres. Ils sont prétentieux, ils sont trop sûrs d'eux, moi j'ai 53 ans et je n'ai pas toujours vécu dans la rue, j'ai eu une autre vie avant, cela peut arriver à tout le monde.

Adopter une **posture de non-jugement** est un des critères fondamentaux de la **relation d'aide**. Il s'agit de ne pas émettre de "jugements sur les choix, les croyances ou les idées de la personne accompagnée" (7) mais d'**agir dans le respect des personnes et de leur dignité**. Adopter une **attitude respectueuse** envers quelqu'un consiste à faire attention à ce qu'il peut ressentir, avoir de la **considération** pour lui, **accepter ses différences**, même si ça fait peur, même si on ne l'apprécie pas, même si on n'est pas d'accord avec lui ou avec ses idées.

Le respect passe aussi par un environnement qui soit respectueux : prendre le temps de recevoir la personne dans un lieu confidentiel, calme ; un accueil souriant ; ne pas être interrompu par le téléphone ou un collègue ; **l'adoption d'une posture bienveillante** (8), c'est-à-dire en abordant l'autre, avec une attitude positive et avec le souci de faire le bien, et non pas en adoptant une posture infantilisante. Tous ces ingrédients vont permettre de créer un climat de confiance afin que la personne se sente respectée et puisse échanger, parler de manière sereine de ses problèmes.

⁷ HAS, HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ. La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins : référentiel de compétences, de formation et de bonnes pratiques. Saint-Denis : HAS; octobre 2017, 70 p.

⁸ CASAGRANDE A, DELIVRE O, PARAYRE C, et al. La bientraitance, définitions et repères pour la mise en oeuvre. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis : ANESM; juillet 2008, 12 p.

Certaines structures ont conscience de l'importance des conditions d'accueil et travaillent d'ailleurs avec leurs usagers afin d'améliorer leurs pratiques.

On a des espaces de parole des usagers qui sont actuellement usagers chez nous. Là on travaille par exemple à ce qu'est un "bon accueil". Dans cette réflexion on essaye d'intégrer les usagers.

Faute de temps, de moyens, il est difficile pour les acteurs de pouvoir prendre du recul sur leurs pratiques. Ainsi, du stress, de l'épuisement, de la fatigue, des émotions négatives peuvent s'accumuler, nuire au travail d'accompagnement et retentir sur le public.



PISTE D'ACTION

L'analyse de pratiques pour repenser la relation avec les publics

Il pourrait être intéressant de proposer des **temps d'analyses de pratiques ou des temps d'étude de cas** dans les structures afin que les professionnels puissent mettre des mots, des émotions sur des difficultés vécues, confronter différents points de vue, prendre du recul sur leur mission d'accompagnement, créer une cohérence de pratiques au sein de la structure...

Rencontrer d'autres professionnels du même secteur a notamment été évoqué comme une solution possible pour questionner sa pratique et apprendre des pratiques des autres. Ces temps de rencontre pourraient permettre aussi de mieux connaître ce qui se fait sur le territoire afin d'éviter les redondances des projets, de garantir une meilleure fluidité dans les parcours des personnes.



La création d'un lien de confiance

Au sens strict du terme, la confiance renvoie à l'idée que l'on peut se fier à quelqu'un ou à quelque chose. Se confier signifie que l'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un, en se fiant à lui et en s'abandonnant ainsi à sa bienveillance et à sa bonne foi. Mais ce sentiment de confiance demande du temps, les acteurs ont besoin de se connaître et se reconnaître pour pouvoir être à l'aise et honnêtes dans leurs échanges. Temps qu'ils n'ont pas toujours à disposition, soit par la durée de suivi de la personne, soit par la durée de l'intervention, soit par les moyens humains à disposition.

Cependant sans ce sentiment de confiance, les publics ne pourront pas évoquer leurs besoins et leurs difficultés. En effet, "la confiance est la base de nos relations avec les autres. Ce sentiment de sécurité est à la base de nos relations depuis que nous sommes tout petits" (9).

Il faut avoir confiance, ce n'est pas évident de parler devant les autres, il faut du temps, de connaître les personnes pour échanger avec la personne.

Construire un lien de confiance avec les usagers est incompatible avec les durées des accompagnements.

Tisser un lien de confiance entre les professionnels et le public nécessite du **temps**, c'est pourquoi il est nécessaire que le **temps accordé aux prises en charges soit suffisant**.



PISTE D'ACTION

Professionnels et publics : se rencontrer au-delà de la relation d'aide

La mise en place de **temps plus informels** entre professionnels et usagers dans les structures, de moments conviviaux où l'on pratique une activité ensemble : la cuisine, faire un potager, aller faire des courses, faire des visites, organiser un moment festif... permet au professionnel de **changer de posture** et à l'utilisateur de **voir le professionnel différemment**. Ces temps-là permettent de commencer à créer un lien de confiance avec le public. La participation d'un professionnel lors d'une action mise en place pour le public ressort, par exemple, comme un facteur clé d'un début d'alliance entre eux.

⁹ MARZANO M. Qu'est-ce que la confiance ? Etude 2010, Tome 412 : pp. 53-63

"Aller vers"

Actuellement la notion d'« aller vers » émerge beaucoup dans les discours des institutionnels et des politiques. Mais qu'entend-on par là ? Cette notion comporte deux composantes (10) :

- le déplacement physique, « hors les murs », vers les lieux fréquentés par la personne : la rue, la gare, le pied d'immeuble, le parc public, le squat, le domicile, etc...,
- l'ouverture vers autrui, vers la personne dans sa globalité, sans jugement, avec respect.

Les démarches d'« aller vers » les publics les plus éloignés ne sont pas nouvelles : prenons l'exemple des maraudes (11), qui consistent à prendre l'initiative d'une rencontre avec une personne vivant dans l'espace public, la rue ou tout autre lieu précaire. « Elle a pour cadre l'espace de vie de la personne à un moment donné de son parcours. Ce premier contact peut intervenir avant même une éventuelle demande formulée par la personne. ». Depuis quelques temps, cette démarche tend à se déployer de plus en plus avec la mise en place d'initiatives comme les équipes mobiles, les permanences d'accès aux soins et à la santé ambulatoire...

Mais est-ce suffisant ?

Touche-t-on l'ensemble du public visé ?

Au moins ce serait bien d'aller vers eux, leur montrer qu'ils existent, qu'ils ont de l'intérêt...

Face à tous les problèmes préalablement cités, on observe que les publics ont de moins en moins confiance dans les institutions et ont tendance à ne pas s'y rendre.

Pendant des années, les actes médicaux et sociaux ont été centralisés dans les centres médico-sociaux, seulement une partie de la population s'y rend, mais ceux qui en ont le plus besoin (...) ils ne viennent pas.

Les personnes en situation de grande fragilité ne solliciteront pas spontanément les services et manifestent souvent une non-adhésion au modèle social que représente notre institution.

Cette démarche d'« aller vers » est pertinente car elle prend sens face aux différents constats, toutefois elle nécessite aussi une évolution dans les pratiques professionnelles. Les institutions, les lourdeurs administratives, les organisations actuelles ont créé de la distance entre le public précaire et les professionnels. Les politiques qu'elles soient nationales, locales ou structurelles doivent soutenir cette stratégie afin de ne pas mettre en difficulté les professionnels et d'aller toucher les publics invisibles.

(...) les démarches d'aller vers, c'est (...) se rendre au domicile des personnes, là où les personnes sont. Il y a eu, il y a 20 ans, toute une démarche inverse où on disait qu'il fallait que le désir émerge, que les personnes se déplacent dans les bureaux des assistantes sociales et on voit bien que ça ne fonctionne plus car il y a un manque de confiance envers les institutions.

¹⁰ NUTBEAM D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Éditions promotion de la santé; janvier 1998, 25 p.

¹¹ ESPACE DE RÉFLEXION ÉTHIQUE DE LA RÉGION ILE-DE-FRANCE. Charte Éthique & maraude ; 2018, 11 p.



PISTES D'ACTION

Créer une véritable démarche politique, institutionnelle et professionnelle · Pour mener une démarche d' « aller vers » en santé, il est nécessaire en amont :

- que la **santé soit inscrite dans les projets** associatifs et d'établissement,
- que les professionnels soient **sensibilisés** et si possible, **formés** à des **pratiques d'accompagnement positif et global en santé, dans une approche de promotion de la santé,**
- de se tourner vers les partenaires des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires adéquats pour **créer un réseau** autour des personnes.

Des fiches-actions (12) éditées par la Fnars visent à donner des pistes concrètes en matière d'accompagnement santé, l'une d'entre elles porte sur les démarches d' « aller vers ».

Il est nécessaire d'aller vers les personnes même lorsqu'elles ne le demandent pas, tout en respectant leur liberté d'adhérer ou non à la démarche. Les acteurs du soin et du social pourraient **développer des pratiques d'aller vers les publics**, en se déplaçant **vers les lieux de vie** des personnes mais aussi vers les **lieux qu'elles fréquentent**.



Dans les situations de grandes fragilités, les personnes ne se saisissent pas de ce qui est à proximité, il faut y aller.

Ainsi, les professionnels pourraient **tisser un lien de confiance** avec les usagers et **rencontrer ceux qui ont le plus besoin des dispositifs d'aide**.

Le travail d'accompagnement social a beaucoup évolué ces dernières années du fait des situations rencontrées : des publics qui ne parlent pas français, qui souffrent de troubles mentaux ou d'addictions, qui peuvent avoir des comportements agressifs, qui sont confrontés à une pluralité de difficultés, des politiques médico-sociales en constante évolution... Nombre de professionnels évoquent les limites de leurs accompagnements, souvent justifiées par un manque de connaissances, de savoir-faire, de formation, de partenaires à mobiliser. Comme la démarche d'« aller vers », la politique de la structure ou les politiques de santé doivent prendre en considération la nécessité de former régulièrement les équipes des structures en lien avec le public pour maintenir une cohérence entre les pratiques et les politiques. Certains institutionnels rencontrés ont évoqué la nécessité de former les intervenants : « les former à entendre ce qu'elles vont entendre, à quelle posture avoir » .

Se former pour mieux comprendre les personnes en situation de précarité · Ce type de formation doit nécessairement se faire sous forme d'échanges de pratiques et/ou d'études de cas pour être adapté aux situations que rencontrent les intervenants. Il faudrait donc davantage développer les formations dédiées aux spécificités de la prise en charge des publics en situation de précarité.

¹² FEDERATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITE. Aller vers les personnes en matière de santé : guide d'accompagnement de la Fnars. Paris : Fnars; 2016, 6 p

L'action contre le refus de soin

Comme d'autres études, notre enquête a mis en évidence le refus de soins auquel le public bénéficiaire de la CMU et CMU-C est confronté. Ce public étant déjà fragilisé socialement et au niveau de la santé, les refus de soins renforcent encore la stigmatisation subie et parfois aggravent la situation des bénéficiaires.

Le dentiste du quartier ne prend pas les personnes de la CMU, il sélectionne les patients, c'est dans une résidence, il ne veut pas faire fuir les autres.

Les refus de soins sont des **pratiques discriminatoires**. Ce sont des pratiques illégales et contraires à la déontologie des professionnels de santé (13).

Développer le **pouvoir d'agir** des personnes en situation de précarité en leur expliquant qu'elles ont des droits en matière d'accès à la santé et qu'elles peuvent faire reconnaître ces droits auprès des professionnels de santé constitue une stratégie d'**empowerment** des personnes, dont on connaît l'efficacité en termes de diminution des inégalités de santé (14).

Face aux refus de soins, les publics se résignent parfois, du fait de l'épuisement à se battre face à une multitude de situations difficiles... Il est important que les professionnels qui les accompagnent puissent identifier une situation de refus de soins, afin d'informer et d'accompagner la personne à le mettre en lumière. Une des fiches-actions éditées par la Fnars en 2016 en matière d'accompagnement santé porte sur la lutte contre le refus de soins (15).



PISTES D'ACTION

En cas avéré de refus de soins : accompagner la personne à se défendre

- **Echanger** avec la personne pour comprendre ce qui s'est passé, **contacter**, avec la personne concernée, le **professionnel de santé** pour en discuter, **utiliser si nécessaire les dispositifs de recours existants** pour signaler le refus de soin. Les professionnels peuvent ainsi expliquer à la personne qu'elle peut saisir le **défenseur des droits** en cas de refus de soins. Cela peut être réalisé via le formulaire en ligne :

www.defenseurdesdroits.fr/fr/saisir

¹³ Article L1110-3 - code la santé publique

¹⁴ IREPS, INSTANCE REGIONALE D'EDUCATION ET DE PROMOTION DE LA SANTE BOURGOGNE-FRANCHE-COMTE. Faire le tour de la promotion de la santé... en 180 minutes (ou presque) Dossier documentaire pour accompagner le dispositif du service sanitaire en Bourgogne - Franche-Comté; septembre 2018, 144 p.

¹⁵ FEDERATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITE. Lutter contre les refus de soins des professionnels de santé : guide d'accompagnement de la Fnars. Paris : Fnars; 2016, 4 p.

Deux fiches pratiques pour agir contre le refus de soin sur le site du défenseur des droits



Les professionnels peuvent également informer les personnes de l'existence d'outils mis à disposition pour les aider à faire des signalements de refus de soins. En effet, France Asso Santé a élaboré **une fiche pratique et des lettres types de signalement de refus de soins** :

www.france-assos-sante.org/documentation/rechercher-une-publication

- Se tenir informés continuellement des différents droits ouverts dans le domaine des prestations liées à la santé et aux obligations qui s'imposent aux praticiens, des procédures de conciliation ou de sanction en cas de refus de soins.

Pour prévenir le refus de soin : informer et mobiliser

- Construire un **réseau de partenaires ressources** pouvant les appuyer sur l'accès aux droits, et par exemple intervenir auprès des équipes pour des séances d'information.
- **Rencontrer les professionnels de santé de son environnement** pour se présenter, **expliquer** le rôle des associations de soutien, leur fonctionnement, et le **profil des personnes accompagnées**.
- **Accompagner les personnes** sur la relation aux professionnels de santé.

Pour la suite...

Chaque acteur d'un projet semble "courir" derrière la même chose : le temps. Et pourtant, ce temps semble être une clé essentielle dans la qualité des actions. Il pourrait permettre aux acteurs, avant toute intervention auprès d'un public, de réfléchir sur leurs pratiques, leurs rôles, leurs valeurs, leurs attentes...

Cette réflexion ressort encore plus fortement dans l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Prendre le temps de réaliser une introspection permet de s'interroger sur :

- Quelles sont mes valeurs ?
- Qu'est-ce qui m'anime ? Qu'est-ce qui me motive ?
- Quelles sont les difficultés que je repère dans ma pratique ?
- Qu'est-ce qui me donne envie de travailler avec ce public ?
- Qu'est-ce que je sais de ce public ?
- Qu'est-ce que j'ai entendu de leurs demandes ?
- Qu'est-ce qui légitime mon intervention ?
- Ai-je mis tous les moyens en œuvre pour répondre aux demandes ?
- Qu'est-ce que je renvoie auprès de ce public ?
- Qu'est-ce que j'attends de mon public ?
- ...

Cette introspection peut être menée de manière individuelle ou collectif, en équipe, avec des partenaires ou lors d'accueil de nouveaux arrivants dans une structure. Elle permettra de faire émerger des points de vue, de croiser des regards, de confronter des opinions et ensemble d'améliorer la qualité des interventions pour éviter d'être sur des leviers jugeants, culpabilisants ou irrespectueux.

**Pour être outillé-e dans cette réflexion,
rendez-vous en page 30**
> Grille de positionnement par rapport aux
critères qualité d'un projet avec des personnes
en situation de précarité

Côté éthique

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

Cette intervention repose sur une réelle connaissance du public, une prise en compte de son histoire de vie et de son parcours.

Pistes d'amélioration

Les besoins et les demandes des personnes ont été recherchés

Pistes d'amélioration

La qualité des entretiens permet de prendre en compte la personne dans sa globalité

Pistes d'amélioration

Cette intervention trouve toute sa légitimité

Pistes d'amélioration

Les interventions mises en place s'appuient sur les compétences des personnes

Pistes d'amélioration

Les interventions sont respectueuses des personnes (pas de jugement, de stigmatisation, de culpabilisation...)

Pistes d'amélioration

Le lien de confiance avec le public est régulièrement travaillé

Pistes d'amélioration

Critères qualité d'un projet

Les déterminants de la santé sont les facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations (16), et sur lesquels il est possible d'agir. Selon le modèle de Dahlgren et Whitehead (17), ils peuvent être regroupés en quatre champs :

- **Ressources personnelles et comportements individuels**

Compétences personnelles et sociales, habitudes de vie, comportements.

- **Réseaux sociaux et communautaires**

Relations sociales, milieu familial, communauté locale, voisinage, participation sociale.

- **Conditions de vie et de travail**

Système d'éducation, de santé, services sociaux, soutien à l'emploi, au logement, aménagement du territoire.

- **Conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales nationales, voire internationales**

Contexte politique et législatif, économique, démographique, social et culturel, scientifique et technologique, environnement naturel et écosystème.

La seule action sur les comportements ne suffit pas pour améliorer la santé. La Charte d'Ottawa (18) définit la promotion de la santé comme "un processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci". La promotion de la santé permet d'offrir un cadre pour être vigilant aux stratégies développées sur le terrain.

La plupart des acteurs souhaitent ou pensent porter des projets de promotion de la santé, mais d'un point de vue opérationnel ceux-ci doivent être renforcés. La majorité des projets développés sur le terrain ciblent principalement les ressources personnelles et les comportements individuels à travers des actions d'information sur les droits, d'ateliers cuisine, d'information sur les moyens de contraception, de mise en pratique d'activité physique... poursuivant l'objectif de renforcement des connaissances.

Nous avons une culture en France de tuyau d'orgue, c'est "j'ai une blouse blanche, je ne fais que de la blouse blanche, moi c'est la pathologie qui m'importe. Ce que fait le patient quand il franchit la porte de l'hosto, cela relève d'un travailleur social, moi je m'en fiche qu'il mange à sa faim, qu'il ait un toit sur la tête quand il sort"...

On a travaillé sur un foyer de jeunes travailleurs, ce qui ressortait c'est qu'ils ne prenaient plus soin d'eux [...]. Nous, on croyait que le problème c'était l'hygiène, mais en fait le problème c'est le lien social, ils sont isolés.

¹⁶ OMS, ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Glossaire de la promotion de la santé. Division de la promotion, de la communication pour la santé, service éducation sanitaire et promotion de la santé. Genève : OMS; 1999, 25 p.

¹⁷ DAHLGREN G, WHITEHEAD M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO - Strategy paper for Europe. Stockholm : Institute of Futures Studies ; 1991.

¹⁸ OMS, op. cit. p.7

Or, la promotion de la santé est une stratégie d'intervention positive et globale sur l'ensemble des déterminants. Pour améliorer la santé des individus et réduire efficacement les inégalités de santé, une intervention doit donc prendre en compte et agir sur **la multitude de facteurs influençant la santé des individus**, et aller **au-delà du renforcement des capacités individuelles** ou de l'adoption de comportements favorables à la santé en agissant également sur **l'environnement social et physique, sur le renforcement des capacités de la population et sur les politiques afin que celles-ci soient plus favorables à la santé** (19).



¹⁹ BRAVEMAN PA, EGERTER SA, MOCKENHAUPT RE. Broadening the Focus: The Need to Address the Social Determinants of Health. American Journal of Preventive Medicine. 2011 ; 40(1) : 4-18.

L'analyse de la situation

Grâce à leur expérience, leur travail au quotidien, leur connaissance du public, les professionnels sont force de proposition dans les actions et projets à développer pour le public. La majorité des projets sont construits à partir des éléments perçus et observés par les professionnels. Mais cette démarche est-elle suffisante pour : répondre aux réels besoins des publics ? favoriser une démarche participative des publics ? renforcer l'autonomie des personnes ?

Ces constats correspondent-ils réellement aux demandes des publics ?

Le sujet de certaines actions ne m'intéresse pas, j'y vais pour faire plaisir et pas avoir d'ennui.

Pendant le conseil de la vie sociale, ils nous demandent des choses qu'on aimerait faire, souvent on n'a pas d'idées, alors ils nous proposent des actions qui pourraient être développées.

Partir uniquement des constats des professionnels, au-delà du problème d'efficacité et de pertinence du projet qui pourrait être proposé, est à l'encontre du développement de l'autonomie des personnes, objectif poursuivi par tout professionnel au contact de publics en situation de précarité. Imaginez : vous avez l'habitude de faire les courses dans votre supérette de quartier, vous connaissez bien les professionnels qui y travaillent et discutez souvent avec eux. Ce soir, vous allez pour faire les courses mais cette fois-ci ce sont eux qui vous proposent vos produits, car ils savent de quoi vous avez besoin. Accepteriez-vous tous les produits qu'ils vous proposent ?

Alors comment faire ?

Tout projet doit reposer sur le croisement de plusieurs recueils :

- **les constats et observations des professionnels** : qu'avons-nous observé comme difficultés chez le public ? Quelles sont les données que nous avons dans la structure sur les problèmes ou les besoins rencontrés par les publics ? ...
- **les réponses existantes** : y-a-t-il des interventions qui correspondent aux problématiques identifiées ? Quels sont les services proposés dans la structure ou dans l'environnement proche qui permettent de répondre aux problématiques ?
- **les paroles et les attentes exprimées par les personnes.**

La mise en place de ces trois aspects du diagnostic peut paraître ambitieux mais ils sont complémentaires et nécessaires pour légitimer un projet : ce sont les premières clés d'une démarche efficace, participative et d'une réelle mobilisation du public.

Recueillir la parole des personnes peut être simple et rapide

Une boîte à idée pour répondre à la question : selon vous, comment pourrait-on améliorer votre bien-être au sein de la structure ?

Un entretien de groupe mené par un professionnel auprès d'une dizaine de personnes à l'aide de questions : selon vous, qu'est-ce qui pourrait être créé ou renforcé au sein de la structure pour votre bien-être au niveau de l'environnement physique, des professionnels ou de la vie en collectivité... ?

L'équipe projet et la dynamique de partenariat

LE RÔLE DE L'ÉQUIPE PROJET

Un projet résulte souvent du croisement d'idées, d'une émulation de plusieurs volontés. Afin de pouvoir passer par écrit toute cette production intellectuelle, plusieurs professionnels de la structure, et partenaires se rencontrent et construisent ensemble le projet. Les ressources humaines et partenariales sont des éléments fondamentaux de l'ossature d'un projet mais ils peuvent s'avérer être aussi complexes dans leur gestion. Il n'est pas toujours évident pour les porteurs de pouvoir mobiliser beaucoup de moyens humains sur un projet, ni de faire appel à des partenaires. Ceci s'explique pour différentes raisons : manque de moyens financiers, de moyens humains au sein de la structure, de temps, de partenaires sur le territoire...

Et pourtant sans cette construction collective, un projet ne peut pas être « bâti ».

Les partenaires sont souvent mobilisés lors de l'intervention soit par connaissance, soit par recommandation. Ils ne participent que peu aux étapes de définition et de construction au préalable. Par conséquent, il n'y a pas de temps d'appropriation, de compréhension du public et de ses spécificités ; de partage d'une culture et d'un langage commun ; de formalisation de l'intervention, et parfois de compréhension de l'objectif de l'intervention... ce qui peut parfois nuire à la qualité de l'intervention et de fait à la participation du public. Les professionnels rencontrés ont souligné la nécessité du partenariat.

Le réseau partenarial est important, travailler en pluridisciplinarité pour accompagner au mieux la personne.

Il est nécessaire de développer les relais possibles à l'extérieur.



Un espace d'information, d'échange et de documentation "Codelico" a été créé pour les travailleurs sociaux, les institutions et les associations du département du Bas-Rhin. Différents outils sont mis à disposition des acteurs.

L'équipe projet (qu'elle soit petite ou grande selon les possibilités des structures) doit être le lieu pour **s'interroger sur l'éthique et les stratégies de l'intervention** (20) :

- permet-elle une réelle écoute du public ?
- permet-elle de valoriser les compétences que le public a, mais dont les personnes n'ont souvent plus conscience du fait des difficultés vécues et de la dévalorisation que cela entraîne chez elles ?
- respecte-t-elle bien le principe d'autonomie des personnes ?
- ne risque-t-elle pas de créer du mal-être chez le public ?
- permet-elle de prendre en considération les différents facteurs qui créent de la santé ?
- permet-elle de toucher l'environnement des personnes ?
- est-elle ponctuelle ou sur du long terme ? ...

²⁰ LAMBOY B. Synthèse de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes, Santé Publique, 1; 1993, pp. 9-11.

LA PARTICIPATION DU PUBLIC A LA CONSTRUCTION

Imaginez un groupe de divers professionnels qui réfléchissent ensemble à la décoration de votre logement mais sans vous ? Allez-vous être satisfait ? Serez-vous capable de dire quelque chose ? Attendez-vous que tout soit fini pour tout enlever ?...

La présence du public se rencontre majoritairement dans la mise en œuvre des actions mais il est difficile d'attendre une réelle appropriation du projet par le public s'il n'a pas participé à la définition et à la construction du projet. Le public participe souvent pour faire plaisir aux professionnels mais les personnes ne comprennent pas toujours le choix des actions, des sujets, le sens de ces interventions, les notions présentées...

Il faut que la personne soit sujette de son action et non pas que ça lui tombe dessus.

Je pense à plusieurs lois qui disent qu'il faut placer l'utilisateur au cœur de la question, mais il y a des divergences dans les pratiques.

En promotion de la santé, **la participation** se définit comme un « processus social où un groupe d'individus va prendre part :

- à l'identification de ses besoins,
- aux processus décisionnels,
- à l'établissement des mécanismes pour répondre à ses besoins (21) ».

Cette définition met en évidence que la première étape d'une démarche participative commence par **recueillir la parole des personnes qui sont accueillies et suivies jusqu'à la construction des solutions pour y répondre**. Plusieurs travaux ont démontré l'importance d'impliquer davantage les publics dans les projets en partant du recueil des demandes jusqu'à la participation à l'élaboration et à la co-décision dans les projets (22). Tout professionnel qui souhaite développer un projet doit réfléchir aux possibilités d'intégrer davantage le public dans la construction, la communication, la mise en œuvre, l'évaluation du projet, afin que celui-ci soit le plus adapté aux bénéficiaires.

Les personnes qui portent le projet doivent prendre un temps pour répondre à plusieurs questions afin de favoriser une démarche participative :

- Le projet repose-t-il bien sur les demandes du public ?
- Le public a-t-il participé à la définition des priorités ?
- La communication autour du projet a-t-elle été travaillée avec le public ?
- Les outils d'évaluation ont-ils été travaillés avec le public ?
- La définition des stratégies a-t-elle été réfléchie avec le public ?

²¹ RIFKIN SB. et al. Primary health care: on measuring participation. Social science and medicine, 26 (9) ; 1988, pp. 931-940

²² FERRON C. La preuve est faite : l'empowerment et la participation, ça marche ! La Santé de l'homme, n°. 406; 2010, pp. 4-7

La mobilisation du public

La mobilisation des personnes en situation de précarité est très fluctuante selon leur état physique et mental, les difficultés rencontrées, le temps à disposition, leur envie et motivation sur le moment... C'est une étape chronophage pour les professionnels et qui peut engendrer beaucoup de désistements, de non participation, de non motivation... Parfois jusqu'à la dernière minute, les professionnels doivent relancer le public.

Ce n'est pas nous qui nous inscrivons aux actions, ce sont les encadrants qui nous inscrivent : on nous donne un mot pour nous dire à quelle heure on doit être là.

Parfois, certaines personnes vivent tellement de difficultés qu'elles ne se sentent plus humaines, et du coup c'est plus difficile de faire des démarches.

Les publics n'ont pas envie d'adhérer à ce qu'on leur propose, c'est lié à un manque de confiance, de l'angoisse, de l'incompréhension.

Il n'est plus à démontrer qu'en plaçant le public autour de la table lors de la réflexion et de la construction du projet, cela favorise une réelle mobilisation du public pour la suite de la mise en œuvre. C'est pourquoi réfléchir à cette question de **mobilisation dès le début du projet** avec l'équipe va permettre de :

- Définir les modalités (horaires, jour, lieu, nombre de personnes...)
- Choisir le meilleur mode de communication (via les éducateurs, le public, lors d'entretiens, affichage...)
- Construire la communication avec le public cible pour éviter le jargon, l'utilisation de termes incompréhensibles...
- Identifier les possibles freins et les leviers à mettre en place
- Réfléchir aux pistes pour maintenir la mobilisation tout le long du projet (relance téléphonique, rappel par les professionnels ou les membres du groupe...)

Il est tout de même préférable de privilégier **la relation individuelle** pour pouvoir répondre aux questions, comprendre les résistances et essayer de les lever. Cette mobilisation doit être fréquemment renouvelée.

La meilleure communication, c'est d'échanger directement avec les personnes, les rassurer, répondre à leurs interrogations... jamais une personne ne vient parce qu'elle a vu une affiche.

Certaines informations ne sont pas claires, je ne comprends pas les mots et je n'ose pas le dire.

Si une communication écrite est menée, il est primordial de la construire avec le public pour la mettre en perspective avec les possibilités de chacun, de faciliter la compréhension et veiller à la non stigmatisation.

La mise en œuvre

Plusieurs éléments ressortent comme des facteurs clés en intervention avec le public.

LE LIEN SOCIAL : UN FACTEUR ESSENTIEL

En situation de précarité, l'altération du lien social n'est plus à démontrer. **Grand nombre de personnes ne bénéficient plus de soutien social et sont isolées.** Pour le Conseil économique, social et environnemental, l'isolement social est la « situation dans laquelle se trouve la personne qui, du fait de relations durablement insuffisantes dans leur nombre ou leur qualité, est en situation de souffrance et de danger. Les relations d'une qualité insuffisante sont celles qui produisent un déni de reconnaissance, un déficit de sécurité et une participation empêchée. Le risque de cette situation tient au fait que l'isolement prive de certaines ressources impératives pour se constituer en tant que personne et accéder aux soins élémentaires et à la vie sociale (23) ».

Les publics sont à la recherche d'actions qui leur permettent de **recréer du lien social**, de se rendre compte qu'ils ne sont pas seuls, de pouvoir échanger avec d'autres, de faire des choses, d'être valorisés. Les professionnels en ont bien conscience et développent essentiellement des actions permettant les échanges du type ateliers cuisine, petit-déjeuner commun... A travers ces activités, ils arrivent à fédérer les publics, à créer un climat de confiance propice aux échanges.

C'est important de pouvoir partager des choses, d'avoir des contacts car quand vous êtes en difficulté, vous perdez tous vos contacts.

VEILLER A LA JUSTICE SOCIALE

Quels sont mes droits ? Ce n'est pas que d'un logement que j'ai besoin, c'est comment je vais payer l'électricité, le chauffage, la nourriture... Tout ça devrait être pris en compte.

La justice sociale est fondée sur **l'égalité des droits** pour tous les peuples et la possibilité pour tous les êtres humains sans discrimination de **bénéficier du progrès économique et social** partout dans le monde. Elle est un des principes éthiques à questionner dans chaque intervention à destination du public en situation de précarité afin de vérifier que cette dernière ne renforce pas **les inégalités sociales de santé**.

²³ SERRES JF. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. Avis du Conseil économique, social et environnemental. Les éditions des journaux officiels; juin 2017, 177p.

S'APPUYER SUR D'AUTRES LEVIERS QUE DIRECTEMENT SUR LA SANTÉ

La santé n'est pas une priorité pour ce public, parfois elle peut même stigmatiser ou effrayer, de peur de ce que l'on peut découvrir, de ce que l'on peut entendre.

Une majorité de professionnels accompagnant les publics le savent et de ce fait utilisent des moyens détournés pour parler de la santé. C'est à travers un atelier cuisine qu'un professionnel pourra parler par exemple de la santé des enfants. Échanger sur l'actualité, la vie des enfants, organiser des moments conviviaux... sont autant d'actions qui pourront permettre d'aborder les questions de santé de manière détournée.

Faire des "ateliers du rien", mettre des gens autour d'une table, sans thème, sans rien, vous mettez une cafetière, une bouteille d'eau et on discute de tout, et où à un moment donné effectivement des choses émergent, et ce qui émerge en définitive c'est l'envie de la personne, c'est son questionnement, l'un va commencer à énoncer ses difficultés, va dire "oui, j'y serais bien allé, mais je n'ai pas pu y aller", problème de mobilité, ça va commencer à aborder les question de santé, son voisin d'en face va lui donner des éléments de réponse, qui va rebondir sur un autre, et à un moment donné vous avez des choses qui se construisent, se mettent en place.

LES PETITS GROUPES FAVORISENT LA PARTICIPATION

Le nombre et la durée des actions sont extrêmement variables d'un porteur à un autre. Néanmoins, la taille des groupes dans les interventions en collectif semble importante pour créer **un réel climat de confiance et d'échanges**. La **taille des groupes devrait se limiter à 6-8 personnes**, car au-delà les publics ne se sentent pas à l'aise pour s'exprimer. Il n'est pas toujours aisé de prendre la parole devant les autres.

Les petits groupes semblent être un élément clé favorable à la participation. Cependant, ce critère n'est pas toujours entendu par les financeurs qui veulent atteindre le plus de publics possibles dans les interventions.

Un grand groupe ce n'est pas la même ambiance, on n'ose pas parler devant tout le monde de choses personnelles.

C'est bien un petit groupe, dès qu'il y a trop de monde je suis stressée.

LE RÔLE DE L'ANIMATEUR ET L'ENVIRONNEMENT

Les actions où l'on sort de la structure, ça permet de voir autre chose.

Certaines actions semblent être bien plus appréciées que d'autres :

- **Celles qui se passent à l'extérieur de la structure**, elles permettent de découvrir autre chose, d'apporter de la nouveauté dans le quotidien.
- **Celles qui reposent sur de la mise en pratique**, qui ne sont pas seulement vecteur d'informations mais qui permettent d'appliquer les connaissances acquises.
- **Celles où les professionnels de la structure prennent part à l'activité**, ce qui permet de se connaître et reconnaître sous un autre angle.

Pour les professionnels des structures, il est parfois plus simple aussi de pouvoir **s'appuyer sur des professionnels extérieurs** comme le centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (Csapa) ou le centre médicopsychologique pour déverrouiller certaines situations difficiles surtout lié au manque de savoir faire ou de savoirs face à certaines problématiques addictives ou mentales.

L'environnement et le climat d'une intervention doivent permettre à chacun d'être en confiance, d'être écouté, valorisé, soutenu, respecté. Les publics en situation de précarité attachent beaucoup d'importance à ces notions, c'est pourquoi l'animateur d'une séance ou l'intervenant externe doit avoir de **bonnes connaissances du public et de l'animation**. Il peut créer un climat favorable aux apprentissages et aux échanges, comme il peut installer un climat défavorable à travers une posture jugeante et stigmatisante.

Parfois on sent que la personne en face de nous se dit "comment elle peut vivre comme ça...", alors après tu ne dis plus rien.



LIMITER LA COMMUNICATION VIA LES SOURCES ÉLECTRONIQUES

Tout comme d'autres publics, les personnes en situation de précarité sont énormément touchées par la **"fracture numérique"**. **Peu utilisent internet** pour diverses raisons : aucun accès à un ordinateur, manque de connaissances dans l'utilisation des ressources électroniques, problème d'illettrisme... L'inaccessibilité à l'informatique creuse un fossé supplémentaire dans l'accès aux démarches administratives qui se font de plus en plus de manière dématérialisée, renforçant ainsi les inégalités.

Toute intervention doit limiter l'utilisation de ce support pour communiquer et informer. Si réellement l'utilisation est nécessaire, il faut mettre en place un accompagnement plus intense, une adaptation des écrits, un appui à l'utilisation...

L'évaluation du projet

L'évaluation ressort comme une étape complexe. Soit par manque de temps, soit par manque d'anticipation, soit par manque de méthodologie, l'évaluation se limite trop souvent à une évaluation de la mise en œuvre et du déroulement du projet (c'est-à-dire une évaluation de processus) : nombre de personnes bénéficiaires des actions, satisfaction des publics, nombre de professionnels impliqués, etc. Les porteurs de projet ne parviennent pas toujours à formaliser et à objectiver les résultats de leurs interventions.



Il ne faut pas s'arrêter aux indicateurs quantitatifs mais les indicateurs qualitatifs sont importants : évolution des personnes dans leur parcours, impact en termes de lien social.

En équipe, il est nécessaire de prendre un temps pour construire l'évaluation, qui prendra deux formes :

- **Une évaluation de processus du projet** : ce sont tous les éléments du déroulement qui vont permettre aux porteurs d'atteindre leurs objectifs. Le processus porte sur les ressources humaines, matérielles, financières, la communication, le partenariat, l'activité développée... Par exemple : nombre et typologie de personnes touchées, nombre de personnes satisfaites, nombre de moyens de communication utilisés, nombre et typologie des partenaires impliqués...
- **Une évaluation de résultats** : ce sont les effets attendus des objectifs. Par exemple : Quelles connaissances a acquises le public ? Le public est-il capable d'identifier dans son entourage une personne sur qui compter en cas de difficultés ? Les professionnels ont-ils modifié leurs pratiques professionnelles ? Le projet a-t-il permis d'améliorer la coordination entre les acteurs ? ...

L'écriture du projet et la demande de subvention

La lecture des demandes de subvention n'est pas toujours aisée pour les financeurs, il n'est pas toujours simple de comprendre le public visé, l'intervention développée, la durée, les objectifs et les résultats visés... Soit par **manque de rédaction** du porteur, soit à contrario par une **rédaction trop complexe** rendant le projet illisible. Autant d'éléments qui nuisent à la compréhension du financeur qui n'a que cet écrit pour pouvoir juger de l'action et accorder son financement.

Le dossier de demande de subvention, je leur dis toujours c'est votre acte de communication. (...) rédigez-le correctement. Quatre lignes pour demander 50 000 balles de subventions, non ça n'est pas entendable.

Mais pour les porteurs, la formalisation d'un projet à travers les dossiers de demande de subvention n'est pas non plus une étape simple. Ils sont confrontés à la **multiplicité de demandes de subventions**, aux **difficultés méthodologiques**, aux **difficultés temporelles des appels à projets** qui ne correspondent pas toujours au temps du public, aux **multiplications de dossiers** liées au co-financement avec des critères différents ... tout cela ne permettant pas de pouvoir garantir un niveau de qualité dans l'écrit.

Vous imaginez pour moi qui suis entre guillemets toute seule à gérer la structure, une semaine passée à ça c'est une semaine de perdue sur autre chose.

On fait des dossiers multiples pour la même chose. Un dossier, ça ferait gagner du temps, des moyens et du temps, pour se consacrer vraiment au projet.

Il n'y a pas forcément de continuité dans les dispositifs. Une année on va financer tel truc, l'année suivante on va partir sur autre chose. C'est difficile de mobiliser les acteurs comme ça. Surtout que les moyens financiers sont pas toujours à la hauteur de ce qui est préconisé dans les subventions.

Les notions de 'chronophage' et de 'manque de flexibilité' sont souvent associées aux demandes de subvention. Certaines demandes sont parfois très ciblées ou d'autres doivent être novatrices, ce qui n'est pas toujours possible au vu des situations rencontrées.

Une piste de réflexion émerge à la fois pour les porteurs de projets et les institutionnels : les demandes doivent être centralisées et harmonisées avec une logique territoriale, c'est-à-dire qu'il y ait **un formulaire unique pour répondre à une demande de subvention** avec un guichet unique qui centralise les subventions.

Ces regards croisés ont permis de découvrir des professionnels investis mais rencontrant d'énormes difficultés liées à des moyens humains, financiers, temporels ; des parcours chaotiques de personnes en situation de précarité, des institutionnels confrontés au dilemme de soutien des acteurs et de suivi du cadre politique.

La précarité d'aujourd'hui n'est plus celle d'autrefois, elle peut toucher toutes les tranches de la population. Elle engendre chez le public beaucoup d'isolement, de honte, de colère...qui peuvent être encore plus exacerbés par leur environnement rendant le travail d'accompagnement des professionnels encore plus difficile.

C'est pourquoi, il est pertinent, dans la construction d'un projet ou d'un accompagnement, de se questionner sur nos représentations de la précarité, de faire une lecture compréhensive des déterminants de la précarité, d'impliquer les différentes parties prenantes dont le public dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation, afin d'avoir une intervention plus globale et respectueuse des personnes.

L'organisation politique actuelle a un rôle essentiel à jouer dans la promotion de la santé en faveur des publics en situation de précarité, il faut qu'elle puisse entendre les difficultés du terrain pour les prendre en compte dans ses réajustements. Elle doit porter la justice sociale et l'équité.



POUR ALLER PLUS LOIN

BOURDILLON F, CHAMBAUD L, LAMARRE MC, et al. Promotion de la santé. Comprendre pour agir dans le monde Francophone. Rennes : Presses de l'EHESP; 2017, 537 p.

WRESINSKI J. Grande pauvreté et précarité économique et sociale. Journal officiel de la république. Avis et rapports du Conseil Économique et sociale. Séances des 10 et 11 février 1987; pp. 6.

<https://www.joseph-wresinski.org/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Rapport-WRESINSKI.pdf>

RANDIN JM. Qu'est-ce que l'écoute? Des exigences d'une si puissante « petite chose ». Approche Centrée sur la Personne. Pratique et recherche, n°7; janvier 2008, pp. 71-78

<https://www.cairn.info/revue-approche-centree-sur-la-personne-2008-1-page-71.htm>

ROGERS CR. The Development of Person-Centered Approach (Approche centrée sur le développement de la personne), *Person-Centered Review*, 1986, vol. 1, n° 3; 1986, pp. 257-259

MARZANO M. Qu'est-ce que la confiance ? Etude 2010, Tome 412; 2010, pp. 53-63

<https://www.cairn.info/revue-etudes-2010-1-page-53.htm#no1>

FEDERATION DES ACTEURS DE LA SOLIDARITE. Aller vers les personnes en matière de santé - Guide d'accompagnement de la Fnars. Saint-Denis : Fnars; 2016, 6 p.

[http://www.captifs.fr/wp-](http://www.captifs.fr/wp-content/uploads/2015/11/GuideAccompagnementSant%C3%A9_Fiche_AllerVers.pdf)

[content/uploads/2015/11/GuideAccompagnementSant%C3%A9_Fiche_AllerVers.pdf](http://www.captifs.fr/wp-content/uploads/2015/11/GuideAccompagnementSant%C3%A9_Fiche_AllerVers.pdf)

NUTBEAM D, OMS. Glossaire de la promotion de la santé. Éditions promotion de la santé; janvier 1998, 25 p.

RIFKIN SB, et al. Primary health care: on measuring participation . *Social science and medicine*, 26 (9) 931-940 (1988).

SCHEEN B, MALENGREAUX S, D'HOORE W, et al. Promotion de la santé & démarche participative. Décryptage et points d'attention. UCL Louvain, RESO; 2018, 36 p.

https://cdn.uclouvain.be/groups/cms-editors-reso/documents/revues-de-litterature/SC_PARTICIPATION_DEC2018.pdf

BOURHIS C, CHANTRAINE A, FERRON C, et al. Quand la promotion de la santé parle de participation. Rennes : Ireps Bretagne; juin 2011, 28 p.

http://www.irepsbretagne.fr/IMG/pdf/participation_2011.pdf

CORES DE BASSE-NORMANDIE, VERET JL (sous la dir. de). Glossaire de l'éducation et la promotion de la santé : contribution à l'élaboration d'un langage commun. Les publications du CORES; 2002, 102 p.

ISCHER P, SAASLA C. La participation en matière de promotion de la santé. *Promotion de Santé Suisse*, Document de travail n° 48; avril 2019, 26 p.

https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/arbeitspapiere/Document_de_travail_048_PSCH_2019-04_-_La_participation_en_matiere_de_promotion_de_la_sante.pdf

HANCE BJ, CHESS C, SANDMAN TM. Industry risk communication manual : improving dialog with community. Boca Raton : Lewis Publisher; 1990.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ - COMMISSION DE TERMINOLOGIE ET DE NÉOLOGIE DU DOMAINE SOCIAL. Vocabulaire du domaine social. Bulletin Officiel Solidarité-Santé : fascicule spécial n° 2002/1 bis; 195 p.

DHUME F. Du travail social au travail ensemble, le partenariat dans le champ des politiques sociales. Éditions. ASH, 2001.6; mars 2002.

REGET COLLET, MARY N. Pluridisciplinarité, interdisciplinarité, transdisciplinarité : quelles perspectives en éducation ? Étude du discours des professeurs de la Section des sciences de l'éducation de l'Université de Genève. Université de Genève, faculté de psychologie et des sciences de l'éducation; 1993, 95 p.

<https://archive-ouverte.unige.ch/unige:92969/ATTACHMENT01>

LEGROS M. Pauvres ? Exclus ? Invisibles ? Inaudibles ? Synthèse du séminaire de l'ONPES. ONPES, la lettre n° 2; novembre 2015, 5 p.

http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Lettre_ONPES_2_Nov2015.pdf

EI HADANI N, LOUBERE L, MORENO CALVO M, et al. Médias et invisibilité sociale : le rôle des médias dans le processus de visibilité ou d'invisibilité sociale de certains publics. Rapport de recherche pour l'Observatoire National de la Pauvreté et de l'Exclusion Sociale. Université de Toulouse, Lerass; 2015, 126 p.

ALBEROLA E, BRICE L, GUISSSE N, et al. La France des invisibles. Rapport publié à la demande de l'ONPES. CREDOC, coll. des rapports n° 327; mars 2016, 81 p.

SERRES JF. Combattre l'isolement social pour plus de cohésion et de fraternité. Avis du Conseil économique, social et environnemental. Les éditions des journaux officiels; juin 2017, 177 p.

GRILLE DE POSITIONNEMENT

par rapport aux critères qualité d'un projet avec des personnes en situation de précarité

Cette grille est un outil permettant de se questionner en équipe projet (professionnels de la structure, partenaires, public) ou en individuel sur les critères éthiques et méthodologiques à intégrer dans les pratiques. Il peut notamment être utilisé par un·e nouveau·elle professionnel·le intégrant la structure afin de questionner ses propres pratiques.

Pour chaque critère qualité, l'équipe projet ou le professionnel peut se positionner sur l'échelle en fonction de la prise en compte du critère dans son projet ou sa pratique. Ensuite, il convient de réfléchir à des pistes d'améliorations.

Côté éthique

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

Tout à fait Pas du tout

Cette intervention repose sur une réelle connaissance du public, une prise en compte de son histoire de vie et de son parcours

Pistes d'amélioration

Les besoins et les demandes des personnes ont été recherchés

Pistes d'amélioration

La qualité des entretiens permet de prendre en compte la personne dans sa globalité

Pistes d'amélioration

Cette intervention trouve toute sa légitimité

Pistes d'amélioration

Les interventions mises en place s'appuient sur les compétences des personnes

Pistes d'amélioration

Les interventions sont respectueuses des personnes (pas de jugement, de stigmatisation, de culpabilisation...)

Pistes d'amélioration

30

Grille de positionnement

L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES

Cette intervention repose sur une réelle connaissance du public, une prise en compte de son histoire de vie et de son parcours



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Les besoins et les demandes des personnes ont été recherchés



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

La qualité des entretiens permet de prendre en compte la personne dans sa globalité



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Cette intervention est légitime



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Les interventions mises en place s'appuient sur les compétences des personnes



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Les interventions sont respectueuses des personnes (pas de jugement, de stigmatisation, de culpabilisation...)



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Le lien de confiance avec le public est régulièrement travaillé



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....



L'ORGANISATION ET LA POLITIQUE AU SEIN DE LA STRUCTURE

Il existe des temps entre professionnel·les pour partager les valeurs portées par les interventions à destination du public



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Les éventuelles difficultés pouvant nuire à la pratique ou à la posture des professionnel·les sont questionnées et des solutions sont recherchées



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

La structure met en place des dispositions pour garantir une formation adaptée au public suivi



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Tous les moyens sont mis en œuvre pour répondre aux demandes du public



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Le projet comprend des stratégies permettant d'aller vers les publics les plus éloignés



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

L'ENVIRONNEMENT

L'accueil mis en place dans la structure est respectueux des personnes



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Des dispositions au sein de la structure garantissent la confidentialité dans les interventions



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

L'ÉQUIPE PROJET

Le projet ne repose pas que sur une personne ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Le public cible participe à la réflexion et à la construction du projet ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Des partenaires ressources sur le territoire ont été mobilisés dans le cadre du projet ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

LE DIAGNOSTIC

Le projet repose sur une analyse des besoins des professionnels ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Le projet repose sur une analyse des demandes du public ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

L'équipe projet a vérifié l'existence de réponses sur le territoire ou la structure ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Les stratégies d'intervention ne reposent pas que sur le comportement ; d'autres déterminants comme le soutien social, l'environnement ou l'accessibilité financière ont été questionnés ● ● ● ●



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Côté méthodologie de projets

Tout à fait Pas du tout

L'ÉVALUATION

Le projet repose sur des objectifs réalistes



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

L'évaluation du projet repose sur des indicateurs de processus



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

L'évaluation du projet repose sur des indicateurs de résultats (en termes de lien social, d'évolution de représentation, de confiance en soi, de coordination de professionnels, d'évolution de pratiques chez les professionnels...)



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

Des outils d'évaluation ont été construits en équipe et avec le public dès la conception du projet



Pistes d'amélioration

.....

.....

.....

LA MISE EN ŒUVRE

Les moyens de mobilisation sont adaptés au public cible



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

Les intervenants extérieurs connaissent les spécificités du public



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

Les activités développées reposent sur des activités permettant de renforcer le pouvoir d'agir des personnes



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

Les méthodes d'intervention reposent sur les recommandations des experts



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

LA COMMUNICATION

L'évaluation est communiquée à toutes les parties prenantes : structure, public, partenaire, financeur



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

Toute la communication du projet est travaillée avec le public



Pistes d'amélioration

.....
.....
.....

vous accompagne dans votre projet

L'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Grand Est vous propose un service d'accompagnement en méthodologie de projet en promotion de la santé. L'appui méthodologique contribue à l'amélioration de la qualité des actions et à la professionnalisation des intervenant-es au bénéfice des populations de la région.

Vous êtes professionnel-le, élu-e ou bénévole ?

Dans l'associatif, en secteur social, médico-social ou sanitaire, en collectivité...

Vous souhaitez mettre en place un projet de promotion de la santé avec des personnes en situation de précarité ?

Vous voulez mener un diagnostic, sans savoir comment vous y prendre ? Vous avez besoin d'aide pour prioriser et choisir des stratégies d'intervention pertinentes ? Vous manquez d'outils ou de techniques d'animation pour intervenir auprès de la population ? Vous avez besoin de méthodes et d'outils pour évaluer votre projet ? Vous recherchez des partenaires, des intervenant-es, des sources de financement ?



Nous vous offrons un accompagnement sur mesure :

- **Dans le respect de vos pratiques et des stratégies en promotion de la santé.**
- **A chaque étape de votre projet** : mobilisation d'une équipe, diagnostic, programmation, animation, communication, évaluation...
- **Sur tous les domaines d'intervention thématiques, populationnels ou territoriaux.**
- **Ponctuellement**, à un moment précis de votre projet, **ou en continu**, durant l'ensemble de son déroulement.

L'Ireps Grand Est est financée par l'ARS Grand Est pour ce service : cet accompagnement est donc gratuit pour les acteurs du social.

Je fais une demande d'appui méthodologique en ligne



www.ireps-grandest.fr

Un contact en région : 03 87 68 01 02 · contact@ireps-grandest.fr



ireps
Instance régionale d'éducation
et de promotion de la santé
GRAND EST

Avec le soutien financier de

ars
Agence Régionale de Santé
Grand Est