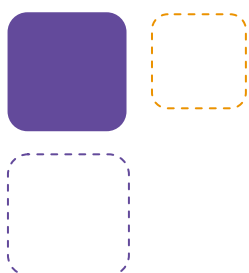




**FEJ**  
FONDS  
D'EXPÉRIMENTATION  
POUR LA  
JEUNESSE



## « *Equipe Mobile d'accès aux soins - Viltais* » RAPPORT D'ÉVALUATION

« **HOMMES CAPITAL & DEVELOPPEMENT** »



Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation populaire et de la Vie associative  
Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse  
95 avenue de France – 75650 Paris cedex 13  
[www.experimentation.jeunes.gouv.fr](http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr)



---

Cette évaluation a été financée par le Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse dans le cadre de l'appel à projets n°1 lancé en 2009 par le Ministère chargé de la jeunesse.

Le fonds d'expérimentation est destiné à favoriser la réussite scolaire des élèves et améliorer l'insertion sociale et professionnelle des jeunes de moins de vingt-cinq ans. Il a pour ambition de tester de nouvelles politiques de jeunesse grâce à la méthodologie de l'expérimentation sociale. A cette fin, il impulse et soutient des initiatives innovantes, sur différents territoires et selon des modalités variables et rigoureusement évaluées. Les conclusions des évaluations externes guideront les réflexions nationales et locales sur de possibles généralisations ou extensions de dispositifs à d'autres territoires.

Les résultats de cette étude n'engagent que leurs auteurs, et ne sauraient en aucun cas engager le Ministère.

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative  
Direction de la Jeunesse, de l'Education populaire et de la Vie associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse  
95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13  
Téléphone : 01 40 45 93 22  
<http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr>

Pour plus d'informations sur le déroulement du projet, vous pouvez consulter sur le site <http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr> la note de restitution finale soumise au FEJ par le porteur de projet.



### **Equipe mobile d'accès aux soins**

Favoriser la mobilité des personnes en situation de précarité, marginalité et/ou exclusion vers l'accès aux soins au travers d'un accompagnement physique et d'éducation à la santé (éducation du patient)

Structure porteuse du projet :

**Association Viltaïs - Moulins**

Nom et Prénom de la personne en charge du projet, fonction dans la structure

Yannick LUCOT - Directeur Général

Structure porteuse de l'évaluation :

**HOMMES Capital & Développement**

Nom et Prénom de la personne en charge de l'évaluation, Fonction dans la structure

François LAMBERT - Directeur Associé

Durée d'expérimentation : Septembre 2011-Aout 2013

Date de remise du rapport d'évaluation : 3 juin 2015



## RÉSUMÉ (UNE PAGE MAXIMUM)

---

L'association Viltaiis, en réponse au constat de la précarité de santé chez les 16-25 ans , a mis en place une Equipe Mobile d'Accès aux Soins ( EMAS) sur le territoire Moulinois dans le but de redonner leur autonomie à ce public en situation de précarité, marginalité et/ou exclusion, vis-à-vis de leur santé et favoriser leur accès aux soins, en

Par la création d'une équipe mobile d'accès aux soins, il s'agissait de proposer un accompagnement leur permettant de se réinscrire dans une dynamique positive leur garantissant à terme de meilleures possibilités d'insertion.

L'évaluation couplée à cette expérience d'innovation sociale va s'attacher à l'évaluation de l'action et de ses effets :

- Pertinence de l'action projetée au regard des enjeux relevés en matière de problématique d'accès aux soins
- Efficacité des actions conduites / effets propres
- Impact des actions conduites

Ainsi qu'à celle du dispositif :

- Evaluation de son efficacité, notamment au travers des dimensions partenariales
- Mobilisation des intéressés
- Cohérence du dispositif mis en place, dans sa conception
- Efficience du dispositif au regard des moyens mobilisés

Dans la perspective de répliquabilité du dispositif la grande précarité observée des publics va amener un problème spécifique en matière de suivi de l'action et de traçabilité de ses résultats que l'expérience et son évaluation vont s'appliquer à résoudre...



## NOTE DE SYNTHÈSE

---

### I. L'expérimentation

#### 1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée.

##### i. Objectifs du projet

A partir du constat réalisé du peu de priorité n'était accordée par les jeunes 16-25 ans en situation de précarité à leur santé, et que cette précarité de santé impactait leurs possibilités d'insertion, de surcroît bien plus encore lorsqu'ils étaient confrontés à des problèmes de mobilité

L'association Viltais, en réponse à ces constats, et s'appuyant sur son expérience de l'animation du Service-Accueil-Santé-Public-Proximité, a mis en place une Equipe Mobile d'Accès aux Soins (EMAS) dans le but de

- Redonner leur autonomie à un public cible de jeunes 16-25 ans en situation de précarité, marginalité et/ou exclusion, vis-à-vis de leur santé et favoriser leur accès aux soins, en

1° mettant en place une éducation à la santé et relayant les conseils promulgués par les professionnels de santé

2° dédramatisant la peur du médical et accompagnant les jeunes dans leurs RDV et examens

3° (re)donnant leur autonomie aux jeunes, favorisant leur mobilité géographique et les rendant acteurs de leur santé

##### ii. L'action expérimentée

Par la création d'une équipe mobile d'accès aux soins, il s'agissait

① **d'identifier les personnes** ayant une problématique de santé, au travers notamment d'un partenariat et d'une collaboration entre les professionnels qui traitent et prennent en charge le public cible

② **d'aller à la rencontre de ces personnes** en situation de précarité et de les accompagner vers l'accès aux soins et à l'éducation à la santé (rendez-vous individuels sur orientation ou réunions d'information collective)

③ **d'orienter les patients vers les services spécialisés pour ou après diagnostic, et le cas échéant de les y accompagner physiquement.**

④ **de mettre en place une éducation à la santé** afin de relayer les conseils promulgués par les professionnels de santé.

⑤ **de rendre l'utilisateur acteur de sa santé.**

⑥ de (re)donner son autonomie au jeune et notamment vis-à-vis de sa mobilité géographique.

⑥b de se réinsérer dans le parcours de droit commun.

Ce projet d'équipe mobile d'accès aux soins se voulait donc en ce sens aussi le prolongement de ce SASPP déjà géré. A ce titre, cette Equipe Mobile d'Accès aux Soins, n'ayant pas vocation à venir en substitution de l'existant, elle était amenée à développer en dernier axe

⑦ **Le travail et la collaboration avec les acteurs du territoire** en se constituant comme lien entre les personnes en précarité qui ne n'allaient pas vers les professionnels de santé (maisons rurales de santé, cabinets d'infirmiers, médecins libéraux...) et les autres structures, dispositifs ou acteurs spécialisés.

## 2. Objectifs et modalités de l'évaluation

### i. Problématique et méthodologie mise en œuvre

L'évaluation couplée à cette expérience d'innovation sociale était envisagée sous deux angles

- l'évaluation de l'action et de ses effets :

- Pertinence de l'action projetée au regard des enjeux relevés en matière de problématique d'accès aux soins
- Efficacité des actions conduites / effets propres
- Impact des actions conduites

- l'évaluation du dispositif :

- Evaluation de son efficacité, notamment au travers des dimensions partenariales
- Mobilisation des intéressés.
- Cohérence du dispositif mis en place, dans sa conception
- Efficience du dispositif au regard des moyens mobilisés et mobilisation des ressources au profit de l'action projetée et rapport entre les moyens mobilisés et les effets produits, synergies observées et coopérations.

### ii. Validité interne (données qualitatives et recoupement)

L'expérience révèle que ce qui reste premier pour les partenaires c'est l'identification de l'interlocuteur, le professionnel en charge du dispositif et le rapport personnel qui est construit ou non avec lui. On exposera, tant pour ce qui concerne la structure d'accueil que pour ce qui concerne les partenaires orienteurs, la qualité de suivi dans la publicité du dispositif et son animation apparaissent donc bien comme déterminants.

En l'occurrence, la continuité dans la relation entre interlocuteurs stables et repérés conditionne la qualité de la coopération entre services et consécutivement la cohérence des réponses offertes en termes de prestations et plus encore en terme de suivi global. D'où, on le soulignera, l'importance de la stabilité, du professionnalisme et de la rigueur

des intervenants dans un dispositif qui de surcroît a à se faire sa place et à construire sa crédibilité. Ce dispositif d'expérimentation a de ce point de vue été pénalisé en cela que, tant pour ce qui concerne les effectifs attachés, que la stabilité des professionnels en charge, les aléas (effectifs touchés en retrait par rapport à la cible visée d'où nécessité d'ajuster les équivalents temps plein dédiés au regard de budgets reconsidérés...) ont été nombreux et se sont au final révélés pénalisant pour l'intégration et l'implantation durable du dispositif.

Après recouplement des données issues des évaluations quantitatives fournies grâce au le questionnaire partenaires, il convient de tirer ces enseignements :

- les partenaires font état dans leurs expériences de 4 modalités de communication spécifiques. L'information transmise lors de séances de travail dans des instances de coordination locales, les relations personnelles entre professionnels, les informations sur site aux équipes concernées, et la mise à disposition de supports d'information. Elles gagneraient à devenir complémentaires dans la perspective d'une communication efficace. Ceci étant les partenaires ciblent deux limites perçues sur une communication jugée globalement efficace : l'insuffisance d'informations sur les modalités concrètes d'accès aux prestations offertes, ainsi que la "discrétion" et la rareté de cette communication.
- néanmoins au regard des éléments transmis selon les modalités décrites, les partenaires ont bien repéré les spécificités du dispositif et sa plus-value au regard des besoins non couverts par les dispositifs existants.
- Sur le diagnostic de la situation, on pourra constater également qu'il y a avis partagé sur la situation des jeunes ciblés. Ceci révèle tout autant la pertinence de la réponse proposée au regard des besoins repérés que la congruence des intentions des partenaires ici représentés. Ceci caractérise, à ce stade, et compte tenu des seuls éléments disponibles, un bon niveau de cohérence et d'intégration du dispositif au regard du contexte et des besoins locaux. Pareillement les critères de priorité dans la perception des jeunes est évaluée de manière concordante par les partenaires qui les classent de manière quasi similaire, ceci aboutissant à classer le critère de la priorité de la santé en dernier rang après le logement, l'activité et l'alimentation.
- Pour ce qui renvoie à la perception de l'utilité du dispositif chez les partenaires, l'évidente réserve exprimée quant à l'impact des actions menées par l'EMAS sur la prise de conscience des jeunes sera analysée plus avant dans le paragraphe consacré aux effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire. Il y aura lieu de relever l'interdépendance des deux dimensions liées à la grande précarité des publics suivis et ce qui tient à proprement parler à l'animation et à la gestion du dispositif.

## II. Enseignements de politique publique

### 1. Résultats de l'évaluation

- i. Les publics touchés par l'expérimentation (caractéristiques, adhésion)

La part d'hébergement précaire a été relevée comme extrêmement forte parmi les bénéficiaires à 76,5 %, posant d'emblée le problème de la stabilité des publics (sorties de dispositif non programmées et encore moins anticipées, difficulté d'assurer un suivi au-delà du temps de présence sur les dispositifs d'hébergement ou d'accueil précaire, lisibilité impossible à moyen ou long terme des résultats de l'action).

35 personnes sur 96 (soit 36,5%) sont sans emploi et hors dispositif de formation ; 57 sont en dispositif scolaire, de formation d'apprentissage, ou de stage (soit 59,4%) ; et 2 sont en contrats précaires soit (2%). Ces différents éléments sont stables sur le cours de l'expérimentation et soulignent la encore l'extrême précarité des publics suivis (98% hors emploi et aucun CDI parmi les 2% en emploi).

Selon les quelques informations consignées relatives aux ressources, 37 sur 96 sont réputés sans ressources soit 38,5%.

42 personnes sur 96, soit 44%, sont sans diplôme professionnel ; 26 soit 28% disent posséder un CAP ou BEP et 3 soit 3% disent être titulaires du BAC (néanmoins 28 dossiers sur 96 soit 29% ne sont pas renseignés, rendant là encore les statistiques difficilement exploitables)

Y avait été soulignée la nécessité de relancer la communication en direction des partenaires de ces zones plus rurales avec le support du Conseil Général partie prenante afin de mesurer les besoins éventuellement non couverts et de multiplier les organismes prescripteurs en dehors du périmètre associatif Viltais. C'est là sans doute la principale limite qui soit à relever sur l'animation et la gestion de ce dispositif. On le détaille dans le rapport.

Dans la perspective de l'essaimage, la question de la stabilité des effectifs d'animation, ou à défaut, d'un suivi plus strict dans l'éventualité de mobilités inévitables des personnels, est à classer dans les conditions déterminantes du succès, on y reviendra en synthèse.

En tout état de cause l'adhésion sans réserve manifestée par les partenaires qui se sont exprimés, et telle que mise en perspective dans la partie consacrée au positionnement de l'offre et à la pertinence perçue du dispositif proposé, révèle bien la pertinence de la réponse proposée à la demande et de son ajustement au diagnostic du besoin également fait par le réseau des professionnels.

Pour ce qui concerne le regard porté par les bénéficiaires sur le dispositif, et leur adhésion à celui-ci, au-delà des éléments soulignés par les partenaires sur le critère déterminant constitué par la présence et l'importance de l'accompagnement proposés par les personnels du dispositif, ce qui importe, c'est, au travers du peu de retours disponibles, de mesurer la conscience qu'ont les bénéficiaires du caractère déterminant de l'offre d'accompagnement proposée, l'importance de la médiation proposée par les professionnels et de leur connaissance du réseau des services et spécialistes indiqués au regard du besoin des jeunes.



## ii. Les effets du dispositif expérimenté (effets sur le public et gouvernance du projet, mise en perspective)

Une série de questions relatives aux effets du dispositif sur les bénéficiaires se fixait d'évaluer la portée des actions conduites et leurs incidences sur la situation des bénéficiaires.

En effet, pas moins de 23 questions portaient sur ce sujet et force est de constater que sur ces questions l'unanimité n'est plus la même. On peut aisément le justifier pour une part en ce sens qu'en matière de travail social, de surcroît avec des publics très précarisés, les clefs d'évaluation couramment mobilisées dans le secteur portent davantage sur l'obligation de moyens que de résultats.

Néanmoins en approfondissant davantage cette problématique, on peut aller un peu plus avant sur les éléments qui à l'examen vont apparaître comme déterminants clefs du succès de tels dispositifs.

En reprenant les différents attendus du projet des questions ont été successivement posées aux partenaires sur :

- Sur le caractère déterminant de l'aide apportée, là encore, dans les réponses détaillées, en complément de la dimension d'accompagnement global, ce qui est apparu comme déterminant ce sont les dimensions d'accompagnement physique, de facilitation des démarches, et de rapidité dans l'obtention des RV.
- L'effet induit sur l'autonomie des jeunes et l'accès durable aux soins. Là encore la réserve l'emporte.
- Quant à l'impact sur l'autonomie à terme des jeunes pour prendre en charge eux-mêmes leur santé et se rendre à leurs RV ainsi que sur le fait qu'ils aient gagné en mobilité géographique - qui était des présupposés du dispositif - le niveau d'engagement des partenaires dans le dispositif est attesté.

Les caractéristiques du public accompagné, rendent difficile l'évaluation objective des résultats à terme. Il faut néanmoins préciser ici, quant à l'utilité du dispositif pour intervenir en relative urgence et trouver des solutions que c'est au final tout de même 852 actes ou actions qui ont été initiés par les acteurs du dispositif EMAS et leurs collègues de l'association Viltais pour les 96 bénéficiaires, ainsi que 188 RV ou consultations spécialisés à l'extérieur, soit au final en terme d'initiatives, démarches ou actions, une moyenne de 10,83 par jeune.

Les éléments de base à mobiliser en vue de faire l'évaluation du dispositif du point de vue des bénéficiaires, ont dû être revus au cours du dispositif ainsi qu'évoqué plus avant, au regard des caractéristiques des publics accueillis.

Si l'évaluation pour les bénéficiaires reposait à l'entrée et au long du parcours sur le questionnaire administré par l'interlocuteur de confiance du dispositif, l'évaluation de l'action à terme avait été envisagée de manière tout à fait théorique au début du dispositif sans connaître le profil des publics touchés – sous la forme de l'administration d'un questionnaire et d'entretiens approfondis avec les bénéficiaires au terme de l'action.

La prédominance des publics en forte précarité (96% selon les scores EPICES), dans des situations réelles ou potentielles importantes d'instabilité (plus des 3/4 en solution précaire ou provisoire de logement comme rappelé ci-dessus, plus du 1/3 hors de tout statut d'emploi ou dispositif de formation...) et surtout 58% d'interruption non concertée parmi les 24 premières sorties du dispositif (perte de contact, abandon, refus de se rendre aux rendez-vous préconisés, départ sans solution...), nous a conduit à revoir notre mode d'administration du questionnaire en le simplifiant à l'extrême compte tenu de la grande difficulté pour les bénéficiaires de s'astreindre à l'exercice et à se re-projeter dans le cadre de l'intervention passée.

De surcroît, si 81% % des usagers du dispositif avaient communiqué un numéro de téléphone personnel,

- 52% de ces numéros n'étaient plus en service ou avaient changé de titulaire au moment où a été réalisée l'évaluation sortie de dispositif.
- Si l'on ajoute que 62% de ces numéros d'appels communiqués, sont restés sans suite (pas de réponse, pas de possibilité de vérifier par le message du répondeur qui était le titulaire de la ligne, pas de possibilité de laisser un message sur le répondeur, message répondeur resté sans suite ; rendez-vous reporté et pas honoré...),

ce sont au final 11 entretiens qui ont pu être conduits avec d'anciens bénéficiaires du dispositif soit 11,4% des effectifs.

## 2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage

On l'a vu ce qui est à prendre en compte dans l'expérience menée localement c'est l'antériorité de la présence sur le territoire avec des actions proches SASSP, qui à la fois donne une légitimité à l'initiative et peut également concourir à brouiller le message sur la réelle différenciation entre les offres. Ici en l'occurrence il s'agit principalement de la possibilité de se déplacer et d'accompagner les jeunes dans les démarches.

Sans doute aurait-il fallu amplifier les dimensions de suivi global du volet santé et de coordination du dispositif sur le territoire avec les partenaires pour que l'innovation s'ancre plus véritablement dans le tissu local pour ce qui tenait à cette initiative.

Sans doute, on l'a exprimé, le service a été pénalisé par la relative instabilité des professionnels en charge du dispositif pour pouvoir sur ces différents points évoqués marquer un net progrès par rapport aux résultats observés.

Si la précarité et l'instabilité des publics, qui ne sont en rien une caractéristique à interpréter comme spécifique au local, a pu compliquer la mesure de l'efficacité dans les moyen ou long terme des situations et trajectoires des usagers, il n'en reste pas moins que ce qui a été fait tant en volume qu'en nature semble à considérer pour des publics

très dépendants.

Du reste, les avis exprimés soulignent sans ambiguïté l'importance du relais et de l'accompagnement proposés pour des jeunes en grande précarité.

#### i. Caractère transférable du dispositif

En reprenant chacun des dimensions de communication du dispositif, de mobilisation et de coordination des acteurs, d'animation du dispositif, il va s'agir de mettre en xergue chacune des conditions à réunir pour optimiser les chances de réussite d'un tel dispositif, de surcroit pour des publics en grande précarité et instabilité.

# PLAN DU RAPPORT

## INTRODUCTION GENERALE

### III. L'expérimentation

1. Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée
  - i. Objectifs du projet
  - ii. L'action expérimentée
  - iii. Influence éventuelle de l'évaluateur dans la conception et la conduite du projet
2. Objectifs et modalités de l'évaluation
  - i. Problématique et méthodologie mise en œuvre
  - ii. Validité interne (données qualitatives et recoupement)

### IV. Enseignements de politique publique

1. Résultats de l'évaluation
  - j. Les publics touchés par l'expérimentation (caractéristiques, adhésion)
  - iii. Les effets du dispositif expérimenté (effets sur le public et gouvernance du projet, mise en perspective)
2. Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage
  - i. Caractère transférable du dispositif et bilan général



---

# RAPPORT D'ÉVALUATION

## INTRODUCTION GENERALE

Au regard de la problématique posée pour des jeunes 16-25 ans du territoire, qui selon des constats concordant n'attribuent que peu d'intérêt à leur santé, s'exposant ainsi à une précarité qui les touche de plus en plus tôt, et met en péril leurs capacités à s'insérer

au regard des problèmes de mobilité relevés sur ce même territoire, et notamment sur les zones rurales, rendant encore plus complexe les possibilités d'accès aux lieux de soins de prévention ou de cure

l'association Viltais s'est fixé de créer, en partenariat avec les intervenants du secteur du soin sur une partie du département de l'Allier (Moulins communauté, Bocage Bourbonnais, Bocage Sud, Pays de Lévis, Val de Besbre et Pays de Chevagnes) un dispositif d'accompagnement vers l'autonomie dédié aux publics 16-25 en situation de précarité, marginalité et/ou exclusion vis-à-vis de la santé, notamment par la promotion des actions d'éducation à la santé, par des entretiens, des aides et des accompagnements physiques leur permettant de dédramatiser les initiatives à prendre et démarches à faire, afin de les restituer dans leur rôle d'acteur de leur santé.

Compte tenu du caractère expérimental de l'initiative et en vue d'analyser les conditions éventuelles de répliquabilité du dispositif sur d'autres territoires, cette expérience a fait l'objet d'une évaluation, tant pour ce qui concerne la pertinence du dispositif envisagé au regard des besoins relevés, que ce qui a trait aux caractéristiques de la communication et du partenariat à mettre en place, ou aux conditions à réunir pour l'efficacité des actions à conduire et de la coordination à instaurer entre les acteurs locaux.

Ce sont ces éléments d'observation qui sont repris ici de manière détaillée après les 12 mois de l'expérimentation conduite de septembre 2011 à août 2013.

## I- L'expérimentation

### 1- Objectifs du projet et nature de l'action expérimentée

#### i. Objectifs du projet

##### **Les constats :**

- dans l'Allier, les professionnels médicaux, paramédicaux et sociaux ont constaté que les personnes en situation de précarité n'attribuaient que peu d'intérêt à leur santé. La demande de soins n'étant pas priorisée pour eux, au regard du nombre et de l'importance des difficultés auxquelles ils se trouvaient confrontés, ce public en précarité se retrouvait donc en marge de toute prise en charge médicale hors l'urgence absolue, le médecin de garde ou les urgences du centre hospitalier devenant de fait le seul contact avec le milieu médical.
- la précarité touchant de plus en plus de personnes, jeunes ou non, et les volets santé, insertion sociale/ professionnelle étant très étroitement liés, on est amené à faire le constat de la dimension systémique du problème, l'un des deux dysfonctionnant, amène invariablement le dysfonctionnement de l'autre.

##### **Application pour le public cible les 16-25 ans :**

- Ces jeunes, n'attribuant que peu d'intérêt à leur santé (priorité accordée à l'activité professionnelle, au logement, à l'alimentation), et se considérant en bonne santé en raison de leur âge...  
la précarité les touche de plus en plus tôt et, les paramètres santé, insertion se trouvent fragilisés.
- Dans le même temps, l'absence de mobilité des jeunes en zone rurale peut apparaître comme un frein à l'accès aux soins et à la santé (dispositifs existants, médecine de ville...)

##### **Projet de l'association Viltais en réponse à ces constats :**

- Redonner leur autonomie à un public cible de jeunes 16-25 ans en situation de précarité, marginalité et/ou exclusion, vis-à-vis de leur santé et favoriser leur accès aux soins, en
  - 1° mettant en place une éducation à la santé et relayant les conseils promulgués par les professionnels de santé
  - 2° dédramatisant la peur du médical et accompagnant les jeunes dans leurs RDV et examens
  - 3° (re)donnant leur autonomie aux jeunes, favorisant leur mobilité géographique et les rendant acteurs de leur santé

#### ii. **L'action expérimentée**

Par la création d'une équipe mobile d'accès aux soins, il s'agissait

① **d'identifier les personnes** ayant une problématique de santé, au travers notamment d'un partenariat et d'une collaboration entre les professionnels qui traitent et prennent en charge le public cible (campagne de sensibilisation en direction des assistantes sociales de secteurs, les services ou organismes de formation, les structures d'hébergement, les structures d'insertion sociale et professionnelle, les aides à domicile, etc.).

② **d'aller à la rencontre de ces personnes** en situation de précarité et de les accompagner vers l'accès aux soins et à l'éducation à la santé (rendez-vous individuels sur orientation ou réunions d'information collective)

③ **d'orienter les patients vers les services spécialisés pour ou après diagnostic, et le cas échéant de les y accompagner physiquement.** Cet accompagnement individualisé et adapté à la personne suivie étant complété par des actions visant à

④ **mettre en place une éducation à la santé** afin de relayer les conseils promulgués par les professionnels de santé. Ces actions pouvant être réalisées soit individuellement au sein du domicile de la personne si elle accepte, soit collectivement dans le cadre du Service d'Accueil de Santé Publique de Proximité, relais de santé composé d'équipe pluridisciplinaire, également géré par le porteur du projet\*.

Toutes ces démarches réalisées par l'équipe mobile d'accès aux soins avec la personne en situation de précarité ayant également pour but

⑤ **de rendre l'usager acteur de sa santé.** En effet, le patient ayant un parcours de soins établi et suivi étant dans le même temps invité à devenir acteur de son parcours.

Ainsi l'équipe mobile d'accès aux soins, en tant que dispositif permettant d'établir une passerelle entre les personnes en situation de précarité et les dispositifs/ structures de santé existantes (rétablir le contact, maintenir le lien) apporte le coup de pouce permettant donc

⑥a **de (re)donner son autonomie au jeune et notamment vis-à-vis de sa mobilité géographique.** En effet, pour favoriser l'accès aux soins et aux dispositifs de santé existants en ville ou dans les maisons médicales présentes en zone rurale, l'équipe mobile lui oeuvrait à lui faire connaître et utiliser les moyens de mobilité existants dans la communauté d'agglomération, lui permettant à terme

⑥b **de se réinsérer dans le parcours de droit commun.** En ce sens en effet, cette équipe mobile se positionnait avant tout comme un tremplin au niveau de la santé ( en faveur d'un accès (r)établi aux soins, en vue d'une publicité des dispositifs existants et d'une pédagogie de santé) ce qui visait à amener le patient à (re)devenir acteur de sa vie et de sa santé pour s'insérer dans le dispositif de droit commun de la santé.

\*Il est à noter que si le SASPP, déjà géré par la structure porteuse, était déjà une réponse en terme d'orientation d'un public présentant des problèmes de santé (accueil particulier et adapté, prise de rendez-vous rapide, suivi médical adapté et au rythme des patients, suivi psychologique, coordination en vue d'une prise en charge globale, accompagnement dans la démarche de soins, orientation à plus ou moins long terme vers les structures de droit

commun ...), les professionnels de ce service n'avaient aucune possibilité d'agir sur les zones situées en zone rurale ne disposant d'aucun moyen pour se déplacer hors de leurs locaux et n'ayant pas le temps nécessaire pour effectuer ces démarches physiques. **Ce projet d'équipe mobile d'accès aux soins se voulait donc en ce sens aussi le prolongement de ce SASPP.**

A ce titre, cette Equipe Mobile d'Accès aux Soins, n'ayant pas vocation à venir en substitution de l'existant, elle était amenée à développer en dernier axe

⑦ **Le travail et la collaboration avec les acteurs du territoire** en se constituant comme lien entre les personnes en précarité qui ne n'allaient pas vers les professionnels de santé (maisons rurales de santé, cabinets d'infirmiers, médecins libéraux...) et les autres structures, dispositifs ou acteurs spécialisés.

Ce projet ne pouvait donc **fonctionner que dans le meilleur partenariat et à la plus totale collaboration** entre tous les services et structures qui prenaient en charge à un titre ou à l'autre le public cible, et avec tous les praticiens et professionnels médicaux situés en zone rurale ou en ville. Le but ultime, commun à tous ces services, structures, dispositifs de la structure porteuse étant de rendre l'Homme acteur de sa santé et de pouvoir bénéficier des soins de santé proposés dans le dispositif de droit commun.

### **iii. Influence éventuelle de l'évaluateur dans la conception et la conduite du projet**

Que ce soit

- dans la formalisation de l'offre d'intervention (structurer de manière distincte et articuler de manière cohérente la problématique relevée et les enjeux de l'action, les finalités poursuivies ou buts à atteindre, leur déclinaison en objectifs opérationnels hiérarchisés, et leur traduction au travers de moyens appropriés),
- dans la collecte et la structuration des informations à organiser en vue de suivre les publics accueillis et d'évaluer les nature et portée des actions conduites
- ou encore dans la formalisation des informations à communiquer lors des comités de pilotage avec les différentes parties associées,

la structure évaluatrice s'est appliquée à partager son expertise technique en matière de conduite de projet et d'évaluation.

## **2- Objectifs et modalités de l'évaluation**

### **ii. Problématique et méthodologie mise en œuvre**

Le cadre général et les perspectives retenues pour l'évaluation n'ont pas évolué, contrairement au périmètre de l'action qui l'a été au regard



- des objectifs très ambitieux du départ (effectif cible initial de 500 bénéficiaires passé à 200) pour un public de 96 au final ; seulement 11 prescripteurs externes mobilisés (45% des effectifs orientés) pour 5 internes (55% des publics orientés) sur les 100 partenaires visés globalement par l'action au départ
- et du redimensionnement de l'équipe d'intervention,

ont conduit à reconsidérer l'échantillonnage et les modalités de réalisation de l'évaluation.

Pour rappel, l'évaluation était envisagée sous deux angles

- l'évaluation de l'action et de ses effets :

- Pertinence de l'action projetée au regard des enjeux relevés en matière de problématique d'accès aux soins (les objectifs posés se sont-ils révélés appropriés au regard de la problématique à résoudre ? les actions projetées ont-elles permis d'atteindre les finalités poursuivies et de répondre à la problématique des publics cibles ?)
- Efficacité des actions conduites / effets propres (les effets observés sont-ils conformes aux résultats attendus ? dans quelle mesure les effets propres du dispositif sont-ils conformes aux postulats posés en matière d'accès aux soins et d'intégration sociale et professionnelle quels liens de causalité est-il possible d'en tirer ?)
- Impact des actions conduites (Quelles améliorations ont été apportées par l'action ? quelles incidences les actions ont-elles eu sur le devenir des publics ? eu égard aux résultats observés, au regard des objectifs fixés quelle analyse de l'ensemble des effets de l'action au-delà des attendus initiaux ?)

- l'évaluation du dispositif :

- Evaluation de son efficacité, notamment au travers des dimensions partenariales (Pour quelles raisons le programme a-t-il fonctionné -généralisation / répliquabilité, Pour quelles raisons n'a-t-il pas fonctionné ? améliorations souhaitables)
- Mobilisation des intéressés (Le système s'est-il montré adapté pour conduire les intéressés à se mobiliser -usagers acteurs de leur santé, acteurs de leur vie ?).
- Cohérence du dispositif mis en place, dans sa conception (Les modalités et l'organisation proposées pour la conduite de l'action et les logiques partenariales se sont-elles révélées cohérentes par rapport aux effets recherchés ? La mise en œuvre s'est-elle révélée cohérente par rapport aux effets recherchés ? Quelle logique des articulations entre les différentes contributions des partenaires ?)
- Efficience du dispositif au regard des moyens mobilisés (mobilisation des ressources au profit de l'action projetée et rapport entre les moyens mobilisés et les effets produits, synergies observées et coopérations). (Avons-nous fait ce que nous avons défini de la

manière la plus opérante ? Dans le cas contraire qu'est-ce qui nous a amenés à infléchir nos actions ? Les effets observés sont-ils à la hauteur des ambitions affichées et ressources mobilisées ? Le modèle observé est-il transposable et à quelle hauteur de moyens ? Les conditions de pérennisation de la démarche sont-elles garanties à moyens constants ?)

En conséquence le questionnaire partenaires administré était ainsi structuré avec une rubrique « compléments » qui permettait de compléter ou de justifier la réponse :

### **Angle préliminaire - Votre connaissance du projet**

- 0-1 Comment avez-vous connu l'EMAS (Equipe Mobile d'Accès aux Soins) ?
- 0-2 Qu'avez-vous compris / retenu de leur projet ?
- 0-3 Que diriez-vous de leur communication ?
- 0-4 Avez-vous une attente vis-à-vis d'eux et des actions qu'ils conduisent ?

### **Angle 1 - Les postulats de départ et les attendus de l'action (les enjeux du projet)**

#### **Rubrique 1 Les enjeux du projet**

1-1 Partagez-vous avec l'EMAS les postulats de départs posés ...

1-1a Les jeunes n'attribuent pas / que peu d'intérêt à leur santé

non je ne partage pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui je partage tout à fait

1-1b De 1 à 4, dans quel ordre classez-vous ces priorités chez les jeunes ?

Activité professionnelle / Logement / Alimentation / Santé

1-1c Les jeunes se considèrent en bonne santé en raison de leur âge

non je ne partage pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui je partage tout à fait

1-1d La précarité touche une population de plus en plus jeune

non je ne partage pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui je partage tout à fait

1-1e Les paramètres santé et insertion sont étroitement liés.

non je ne partage pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui je partage tout à fait

1-1f L'absence de mobilité des jeunes en zone rurale peut être un frein à l'accès aux soins et à la santé (dispositifs existants, médecine de ville...)

non je ne partage pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui je partage tout à fait

#### **Rubrique 2 - Les finalités du projet**

2a) D'après vous, en quoi l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS sont-ils susceptibles de pouvoir aider les jeunes que vous orientez / pourriez orienter ?

2b1) A l'expérience, pour les jeunes éventuellement orientés, diriez-vous que cette aide a été déterminante ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

2b2) Si oui en quoi ?

2c) Diriez-vous que ça leur a redonné de l'autonomie ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

2d) Avec le recul, diriez-vous, que ça a favorisé leur accès durable aux soins ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

#### **Rubrique 3 - Les objectifs du projet**

3a) Diriez-vous que l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS leur ont fait prendre conscience de l'importance de veiller à leur santé ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3b1) Diriez-vous que d'une manière générale les démarches de santé inquiétaient les jeunes que vous avez orientés ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3b2) Si oui : diriez-vous que l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS leur ont permis de dédramatiser cette question ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3c1) Diriez-vous que ce qu'a fait pour / avec eux l'EMAS les a aidés à se rendre à leurs RV ou examens médicaux ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

1-3c2) Si oui, en quoi ce qui a été fait les a-t-il aidés pour se rendre à leurs RDV ou examens médicaux ?

3d1) Selon vous se sentent-ils à présent plus autonomes sur les questions de santé les concernant

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3d2) Si oui, comment l'expliquez-vous ?

3e1) Selon vous se sentent-ils à présent plus mobiles géographiquement ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3e2) Selon vous l'EMAS y a-t-il contribué ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3e3) Si oui, en quoi l'EMAS y a-t-il contribué ?

3f1) Diriez-vous qu'ils se sentent aujourd'hui plus responsables de leur santé ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

3f2) Si oui comment l'expliquez-vous ?

3f3) Si oui, en quoi l'EMAS y a-t-il contribué ?

#### **Rubrique 4 : les moyens du projet**

4a1) Que diriez-vous de vos contacts avec le service ?

4a2) Est-ce conforme à ce qu'ils vous en avaient dit ?

4b1) Qu'attendiez-vous d'eux principalement ?

4b2) Diriez-vous que vous avez trouvé auprès d'eux ce que vous attendiez ?

pas du tout / pas vraiment / en grande partie / tout à fait

4c) Que diriez-vous qu'ils ont apporté aux jeunes que vous leur avez orientés ?

4d) Selon vous en quoi cela les a-t-il aidés ?

4e1) Diriez-vous que quelque chose a changé dans la vie des jeunes orientés depuis qu'ils ont été accompagnés par l'EMAS ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément

4e2) Si oui quoi précisément ? Et en quoi cela a-t-il été déterminant ?

4f1) Quelles réserves / interrogations formuleriez-vous à propos du service EMAS ?

4f2) Qu'auriez-vous attendu de plus ?

4f3) Quel regard portez-vous globalement sur la qualité du partenariat avec les équipes de l'EMAS ?

4g1) Proposeriez-vous ce dispositif autour de vous ?

non sûrement pas / pas vraiment / oui sans doute / oui certainement

4g2) Pourquoi ?

4h) Quels sont selon vous les conditions à réunir pour la meilleure efficacité d'un tel dispositif et sa pérennité dans le temps ?

## ii. Validité interne

Pour ce qui a trait aux aspects méthodologiques, ce questionnaire ayant été administré dans son intégralité auprès des partenaires externes, il ne s'est à l'expérience pas révélé adapté aux entretiens à réaliser avec les bénéficiaires au terme du dispositif, tant la forme et la longueur n'ont pas semblé compatibles avec la disponibilité manifestée des usagers qui ont pu être joints.

Il a donc semblé requis, dans le respect des personnes et la prise en compte de la spécificité de leur situation – et notamment leur relative instabilité et la sensibilité du sujet – d'alléger considérablement le questionnaire.

L'évaluation pour les bénéficiaires reposait à l'entrée sur le questionnaire administré par l'interlocuteur de confiance du dispositif, à l'occasion de l'entretien d'accueil (en partie), et au fur et à mesure des rendez-vous qui ont suivi, compte tenu de la complexité des situations et de l'instabilité des publics.

Elle visait à connaître au mieux les éléments de situation des usagers afin d'être davantage en mesure de mettre en perspective les contenus de l'action et leurs effets au cours du parcours, ainsi que de procéder à l'analyse des situations et de la pertinence de l'action en retour.

Quant à l'évaluation de l'action à terme, et tel qu'évoqué ci-dessus, nous avons conçu - de manière tout à fait théorique au début du dispositif sans connaître le profil des publics touchés - de l'appuyer sur des entretiens conduits au terme de l'action.

A ce sujet, le public touché étant caractérisé par une forte précarité (*96% selon les scores EPICES, dont il sera fait un exposé détaillé plus avant*), une instabilité réelle ou potentielle importante comme on l'exposera ultérieurement (*plus des 3/4 en solution précaire ou provisoire de logement, plus du 1/3 hors de tout statut d'emploi ou dispositif de formation...*) et surtout *58% d'interruption non concertée parmi les 24 premières sorties du dispositif (perte de contact, abandon, refus de se rendre aux rendez-vous préconisés, départ sans solution...)*. Ainsi comme on l'a vu si 81% des usagers du dispositif avaient communiqué un numéro de téléphone personnel, plus de 50% de ces numéros n'étaient plus en service ou avaient changé de titulaire au moment où a été réalisée l'évaluation sortie de dispositif.

Nous reviendrons en détail sur ces éléments dans la partie finale de ce rapport d'évaluation.

Pour ce qui a trait aux contacts noués avec les prescripteurs externes (pour rappel 11 prescripteurs externes pour 45% des publics orientés au total) et l'administration de questionnaires approfondis au terme de dispositif,

- les réponses traitées concernent 5 prescripteurs externes, les autres n'ayant répondu ni à l'envoi du questionnaire, ni aux 3 relances (mail et téléphone et propositions de rendez-vous).
- les 5 partenaires externes ayant répondu représentant cependant plus des 2/3 des publics orientés par les prescripteurs externes (soit 29 des 43 usagers) et 30% des

effectifs globaux (soit 29 des 96 usagers), nous avons été amenés à considérer leurs points de vue comme significatifs.

- Dans le même ordre d'idée, un autre prescripteur externe significatif (14% des orientations externes, 6% des effectifs globaux) n'a finalement pas répondu malgré l'accueil chaleureux réservé par les correspondants à la présentation du questionnaire, et de surcroît malgré son statut de co-financeur du dispositif sur d'autres publics que les 16-25ans.
- Aucun des 3 prescripteurs ciblés au départ et n'ayant réalisé aucune orientation, n'a estimé prioritaire de répondre aux différentes sollicitations, malgré notre intérêt exprimé et les relances faites pour comprendre les raisons éventuelles de cette absence de collaboration ou de ce défaut de coopération.

### **Données qualitatives**

Vu le nombre des interlocuteurs potentiels, tant pour les partenaires prescripteurs que pour les bénéficiaires, si les sollicitations ont été systématiques et répétées, les résultats consolidés présentés ici reposent sur le volontariat (ceux qui ont répondu à la sollicitation).

Ainsi tant pour les bénéficiaires que pour les partenaires, si nous nous appuyons sur ces éléments à considérer comme représentatifs (pour les raisons détaillées précédemment), il n'en reste pas moins qu'il conviendrait de pondérer les éléments rassemblés parce qu'ils sont le fait de ceux qui sont les plus mobilisés (partenaires) ou motivés (bénéficiaires) et qu'en conséquence les défauts de réponse, ou de suite apportées à nos sollicitations répétées attestent à l'évidence du poids des motivations dans la réussite d'un tel dispositif, ce qui constituera – on le verra plus loin - un élément à considérer dans la perspective de l'essaimage ou de la généralisation du dispositif.

On le voit du reste dans les réponses communiquées : indépendamment du dispositif, de son positionnement et de la communication mise en place, ce qui reste premier c'est l'identification de l'interlocuteur (le professionnel en charge du dispositif) et le rapport personnel qui est construit ou non avec lui.

En l'occurrence, selon les éléments mis en exergue dans le document de traitement du questionnaire, même pour ceux ayant manifesté le plus de motivation à répondre, on le soulignera la continuité dans la relation entre interlocuteurs stables et repérés conditionne la qualité de la coopération entre services et consécutivement la cohérence des réponses offertes en terme de prestations et plus encore en terme de suivi global.

A ce titre l'élément le plus significatif est que pour 3 des 5 interlocuteurs, mandatés par les partenaires pour répondre au questionnaire, il est fait mention de l'absence d'expérience en raison de l'absence d'orientations de jeunes ... ce qui en réalité ne correspond pas aux informations disponibles dans le tableau statistique, de surcroît sur un dispositif qui n'a une durée de vie que de deux ans et sur un bassin géographique restreint.

L'un des partenaires de surcroît revendiquant le droit de ne pas évaluer le travail fait par d'autres organismes ... ajoutant de plus qu'il n'aimerait pas qu'eux-mêmes évaluent le sien !!!

Ainsi

- un organisme de formation en alternance du monde agricole assure-t-il n'avoir orienté aucun jeune alors que, selon les statistiques rendues, 5 jeunes ont été orientés entre février et septembre 2012 dont un ne serait pas sorti du dispositif en août 2013...
- le service d'accompagnement et d'insertion local d'une association nationale intervenant dans les champs social, sanitaire et médico-social, assure-t-il n'avoir orienté aucun jeune alors que, selon les statistiques rendues, 2 jeunes ont été orientés entre mai et août 2012, tous les deux réputés être encore dans la file active de l'EMAS en août 2013...
- une structure de l'éducation nationale intervenant dans le champ des formations pour adultes, assure-t-elle n'avoir orienté aucun jeune alors que selon les statistiques rendues ce ne sont pas moins de 7 jeunes qui ont été orientés au cours du mois de mars 2013, de surcroît à l'issue d'une information collective, et dont un ne serait pas sorti du dispositif en août 2013...

On le précisera ultérieurement, tant pour ce qui concerne la structure d'accueil que pour ce qui concerne les partenaires orienteurs, la qualité de suivi dans la publicité du dispositif et son animation apparaissent donc bien comme déterminants. Les coordonnées des interlocuteurs à contacter chez les partenaires avaient pourtant bien été transmises par la référente du dispositif, avec néanmoins un travail d'actualisation à réaliser par l'évaluateur (exhaustivité des informations, exactitude des adresses et coordonnées des interlocuteurs). Au final la désignation de l'interlocuteur mandaté s'est négociée lors d'un coup de fil entre chacun des partenaires et l'évaluateur.

D'où, on le soulignait, l'importance de la stabilité, du professionnalisme et de la rigueur des intervenants dans un dispositif qui de surcroît a à se faire sa place et à construire sa crédibilité.

Ce dispositif d'expérimentation a de ce point de vue été pénalisé en cela que, tant pour ce qui concerne les effectifs attachés, que la stabilité des professionnels en charge, les aléas (effectifs touchés en retrait par rapport à la cible visée d'où nécessité d'ajuster les équivalents temps plein dédiés au regard de budgets reconsidérés...) ont été nombreux et se sont au final révélés pénalisant pour l'intégration et l'implantation durable du dispositif.

Ces points étant précisés, relatifs aux conditions de déroulement des évaluations, il convient d'extraire ici les idées fortes extraites du traitement des informations recueillies. Elles font l'objet d'une présentation exhaustive en annexe dans le document d'exploitation des retours des questionnaires partenaires.

Pour ce qui a trait

- **au positionnement de l'offre, à la communication réalisée et à la pertinence perçue du dispositif proposé**, ces éléments recouvrant la bonne connaissance du dispositif par les partenaires, l'adhésion aux finalités de l'action et l'intégration de ses objectifs, la publicité des actions conduites et des cibles visées et la perception de l'utilité du dispositif

Après recoupement des données issues des évaluations quantitatives fournies grâce au le questionnaire partenaires, il convient de tirer ces **enseignements** :

- les partenaires font état dans leurs expériences de 4 modalités de communication spécifiques. L'information transmise lors de séances de travail dans des instances de coordination locales, les relations personnelles entre professionnels, les informations sur site aux équipes concernées, et la mise à disposition de supports d'information. Elles gagneraient à devenir complémentaires dans la perspective d'une communication efficace. Ceci étant les partenaires ciblent deux limites perçues sur une communication jugée globalement efficace : l'insuffisance d'informations sur les modalités concrètes d'accès aux prestations offertes, ainsi que la "discrétion" et la rareté de cette communication. Ce dernier point pouvant expliquer que les interlocuteurs des structures partenaires perdent de vue les prestations et n'aient plus le service en tête, ou pour l'un d'entre eux dise recourir « pour (ses) stagiaires à un autre partenaire », au point de n'avoir plus le souvenir - pour 3 d'entre eux sur 5 !- des services mobilisés antérieurement pour certains de leurs usagers.
- néanmoins au regard des éléments transmis selon les modalités décrites, les partenaires ayant répondu - constat à pondérer compte tenu que les répondants sont parmi les plus "initiés" - ont bien repéré les spécificités du dispositif et sa plus-value au regard des besoins non couverts par les dispositifs existants.

C'est ainsi que sont reprises de manière exhaustive les différentes dimensions constitutives du projet (cf en annexe document exploitation retours questionnaires partenaires - question 0-2, référencé ExploitQuestPart) avec une constante autour de l'accompagnement physique et du rôle de facilitateur qui ont semblé les éléments clefs du succès du dispositif, on le verra plus tard.

Ces éléments sont confirmés un peu plus loin à l'occasion du traitement de la question ouverte 2a « D'après vous, en quoi l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS sont-ils susceptibles de pouvoir aider les jeunes que vous orientez / pourriez orienter ? » puisque ce qui est souligné ici encore tient à ces rôles de facilitateur ou de « relai » déclinés notamment autour des dimensions de « présence, encadrement pour un suivi global » et « transition pour permettre aux bénéficiaires de franchir le seuil des institutions ».

A noter néanmoins pour l'un des partenaires, une inexactitude dans la perception des prestations offertes en ce sens que la disponibilité d'une équipe soignante qui était bien dans le projet initial n'était plus d'actualité dans le projet revisité au bout de 6 mois, compte tenu de la difficulté à recruter la compétence médicale attendue et des dotations financières du dispositif revues à la baisse.

- Sur le diagnostic de la situation, on peut constater qu'il y a avis partagé sur la situation des jeunes ciblés puisque pour les 6 items relatifs à l'accord sur la vision (cf ExploitQuestPart questions 1-1a à f), les partenaires, sur l'échantillon de retour, partagent pas mal ou tout à fait les postulats de départ et les attendus de l'action (4 ou 5 sur 5), le seul petit écart résidant dans l'analyse de l'impact du problème de mobilité sur la situation des jeunes où le score passe à 3 sur 5 . Ceci révèle tout autant la pertinence de la réponse proposée au regard des besoins repérés que la congruence des intentions des partenaires ici représentés. Ceci caractérise, à ce stade, et compte tenu des seuls éléments disponibles, un bon niveau de cohérence et d'intégration du dispositif au regard du contexte et des besoins locaux. Pareillement les critères de priorité dans la perception des jeunes est évaluée de manière concordante par les partenaires qui les classent de manière quasi similaire, ceci aboutissant à classer le critère de la priorité de la santé en dernier rang après le logement, l'activité et l'alimentation.
- Pour ce qui renvoie à la perception de l'utilité du dispositif chez les partenaires, l'évidente réserve exprimée quant à l'impact des actions menées par l'EMAS sur la prise de conscience des jeunes sera analysée plus avant dans le paragraphe consacré aux effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire. Il y aura lieu de relever l'interdépendance des deux dimensions liées à la grande précarité des publics suivis et ce qui tient à proprement parler à l'animation et à la gestion du dispositif.

## **II- Enseignements de politique publique**

### **1 Résultats de l'évaluation**

#### **i. Les publics touchés par l'expérimentation**

##### **Analyse des caractéristiques des bénéficiaires de l'expérimentation**

Cette analyse porte sur le diagnostic réalisé à partir de la grille de suivi élaborée avec le porteur du projet et sur l'échantillon des 96 bénéficiaires entrés entre le 01/09/11 et le 31/08/13. Si ce bilan final se situe bien en deçà du projet (public cible ramené à 200), cela ne remet pas en cause la pertinence de l'offre de service proposée et l'analyse à réaliser à partir de cette expérimentation.

Ainsi, nous relevons une surreprésentation des hommes 66% (référence proportion de 48% d'hommes dans l'Allier en 2007) qui est une constante dans les évaluations des dispositifs d'intervention sociale, les femmes apparaissant comme relativement mieux protégées que les hommes par les dispositifs d'aide d'une part, par la solidarité familiale d'autre part et par leur plus grande réticence à enclencher des phénomènes de rupture par rapport à leur cercle d'origine.

3 dossiers seulement sur les 96, concernent des personnes de nationalité étrangère ; 2 de nationalités congolaise et marocaine (soit 2% étranger hors CEE), et 1 italienne (soit 1% étranger CEE). Sans doute faut-il y voir le constat de la faible attractivité du territoire pour



l'heure pour les personnes de nationalité étrangère, et en tout cas pas au-delà des capacités d'accueil et de prise en charge offertes par les dispositifs dédiés pour l'heure ou la solidarité familiale et communautaire. La création à venir de CADA sur le territoire est susceptible d'avoir à l'avance un impact sur ce qui apparaît un peu comme une situation d'exception.

La part des moins de 18 ans à l'entrée représente 4% (4 dossiers sur 96); la part des 18-20 ans à l'entrée représente 24% (23 dossiers sur 96) en baisse par constante pendant les deux années de vie de cette expérimentation ; la part des 21-23 ans est la plus importante à 45% (43 dossiers), pendant que celle des 24-26 ans représente 27% (26 dossiers).

### Analyse des conditions d'accès des bénéficiaires au dispositif

Le délai d'attente moyen de 4 jours est stable sur la durée de vie du dispositif et est relevé comme un facteur clef de mobilisation par les partenaires - on le verra plus loin - tant il apparaît capital pour garantir la mobilisation de publics très précaires et très instables.

Dans 46% des cas, l'accueil a lieu le jour même. Cette statistique n'a cessé de reculer sur la durée de vie du dispositif ce qui confirme la tension du service pour faire face aux besoins, vis-à-vis d'une file active maximum au regard des moyens disponibles ; dans 77% des cas néanmoins, l'accueil est réalisé dans les 5 jours ce qui reste un délai tout à fait acceptable - inférieur à la semaine - pour une population on l'a souligné relativement instable.

43 sorties seulement sont enregistrées en 2 ans de vie du dispositif ce qui est sans doute à pondérer car il est improbable que 53 dossiers demeurent réellement en file active ; ceci est à mettre en perspective au regard de la méthode de clôture des dossiers adoptée par le service qui ne considère pas en date de sortie, le dernier RV ou la dernière prestation proposée mais le classement administratif du dossier qui n'a lieu qu'épisodiquement. Dans la perspective de généralisation du dispositif il y aurait lieu de corriger cette pratique qui ne garantit pas la meilleure lisibilité des actions menées dans le temps. En intégrant la réserve exprimée, la durée moyenne théorique de suivi est de 107 jours.

On note en tout cas une stabilisation du dispositif autour de 50 dossiers en file active sur les 8 derniers mois (pour une augmentation de +96% sur les 6 mois précédents !). Sans doute faut-il établir qu'au regard des besoins relevés, des ressources en unités homme dédiées au dispositif, et de la mobilisation (qui reste faible du réseau des partenaires on le verra plus loin) on est là au rythme de croisière du dispositif.

Les jeunes sont issus de 5 territoires sur 6 prévus pour l'action; Moulins Cté 55 853 hab ou 61% de la population représente 84 personnes soit 87,5% des dossiers (stable au long du dispositif) ; Bocage Bourbonnais 7 682 (3 personnes soit 3,1% des dossiers pour 8% population) ; Bocage Sud 6 342 (2 personnes soit 2% des dossiers pour 7% population) ; Pays de Lévis 4 198 (2 dossiers soit 2% des dossiers pour 5% population) ; Val de Besbre 11 921 (5 personnes soit 5,2% dossiers pour 13% population) ; Pays de Chevagnes 5 285 (0% des dossiers pour 6% population) ; sur une population totale de la zone visée de 91 281 habitants. Cette statistique souligne l'attrait représenté par la communauté urbaine principale pour ces publics en rupture, le plus faible besoin des jeunes en milieu plus rural qui sont sans doute mieux pris en charge dans le réseau de solidarité de proximité. Ce chiffre

est à considérer aussi en lien avec le fait que le promoteur du projet a été lui-même pour 55% des orientations dans des dispositifs gérés sur cette zone avec 74 dossiers sur 96 concernant des jeunes en résidence sur Moulins Ville soit 77% du total.

Au regard d'une évaluation des besoins non couverts pour les publics des zones rurales, à faire en premier lieu avec les partenaires locaux, il conviendrait dans la perspective de généralisation de ce dispositif, de vérifier qu'il n'y a pas là une limite de ce projet. Le Comité de pilotage de février 2013 avait mis en perspective - avec l'assentiment des acteurs réunis, représentants des collectivités et administrations - la nécessité de renouveler les actions de communication en vue des partenariats à redynamiser ou à développer, notamment en milieu rural, ce qui était, rappelons-le, le présupposé de départ (cf problématique de difficultés d'accès aux dispositifs de soins conjuguées à des problèmes de mobilité).

Dans le même ordre d'idée les accompagnements réalisés par l'EMAS durant ces 24 mois, concernent des publics répartis sur 13 communes de résidence ou d'hébergement sur les 83 potentielles du territoire soit 16% des communes ; Alors qu'après 16 mois de dispositif, on avait relevé une augmentation de 44,5% de la diversité d'origine géographique sur les 180 derniers jours, cette dynamique-là semble s'être « tassée » pour une re-concentration sur le territoire connu du promoteur du projet. Ce constat semble confirmer le repli du dispositif sur lui-même et la nécessité de passer à une seconde vitesse en matière de communication.

En recoupement, ce point peut être rapproché de la perte de visibilité soulignée au travers des réponses de 3 des 5 partenaires qui n'avaient plus "souvenir" des jeunes orientés par leurs structures sur le dispositif (ancienneté relative des orientations, changements d'interlocuteurs internes, distance prise dans les relations ...)

#### Analyse de la situation des bénéficiaires : situations sociales

La part représentée par les usages locataires est de 22 dossiers sur 96 soit 23% (stable au long du dispositif) ; celle de ceux résidant en résidence sociale est de 37,5%, celle de ceux qui bénéficient d'une solution d'hébergement familiale ou chez un proche est de Hébergés 20% pendant que 16% sont en CHRS et 3% en abri de nuit.

La part d'hébergement précaire reste stable à 76,5 %, posant d'emblée le problème de la stabilité des publics (sorties de dispositif non programmées et encore moins anticipées, difficulté d'assurer un suivi au-delà du temps de présence sur les dispositifs d'hébergement ou d'accueil précaire, lisibilité impossible à moyen ou long terme des résultats de l'action).

Les caractéristiques des entretiens "sortie dispositif" éclaireront ces points-là dont il sera fait une analyse dans la partie finale de ce rapport d'évaluation.

Pour 11 dossiers sur 96 il y a mention d'enfants à charge, pour 2 dossiers seulement en décembre 2012.

35 personnes sur 96 (soit 36,5%) sont sans emploi et hors dispositif de formation ; 57 sont en dispositif scolaire, de formation d'apprentissage, ou de stage (soit 59,4%) ; et 2 sont en contrats précaires soit (2%). Ces différents éléments sont stables sur le cours de

l'expérimentation et soulignent la encore l'extrême précarité des publics suivis (98% hors emploi et aucun CDI parmi les 2% en emploi).

Selon les quelques informations consignées relatives aux ressources, 37 sur 96 sont réputés sans ressources soit 38,5%. Ces éléments sont néanmoins très difficilement exploitables, les informations étant rarement exhaustives, les intitulés incertains, et des problèmes de cohérence avec la situation professionnelle ayant été relevés et communiqués à l'expérimentateur sans être corrigés depuis.

42 personnes sur 96, soit 44%, sont sans diplôme professionnel ; 26 soit 28% disent posséder un CAP ou BEP et 3 soit 3% disent être titulaires du BAC (néanmoins 28 dossiers sur 96 soit 29% ne sont pas renseignés, rendant là encore les statistiques difficilement exploitables)

#### Analyse de la situation des bénéficiaires sur les domaines de sante : couverture maladie

22 personnes sur les 96, soit 23% sont sans couverture maladie et 15 soit 15,6% relèvent de la CMU ; si 4% des dossiers de sont pas renseignés il demeure une incertitude dans les mentions retenues dans les statistiques pour 32% des réponses qui disent qu'une couverture existerait sans préciser laquelle !). En l'état, cette limite n'ayant pas été corrigée, il n'est possible d'en dire davantage.

38 personnes soit 39,5% sont sans couverture mutuelle, 18 soit 19% relèvent de la CMUC et 10 soit 10% relèvent de mutuelles particulière, 5% des dossiers ne sont pas renseignés et 25% sont cotées oui sans que davantage de précision ne soit apportée.

Pour 48 situations soit 50% des cas, il n'y a pas de médecin traitant déclaré.

Ainsi qu'évoqué dans les attentes exprimées par les partenaires orienteurs c'est bien cette demande (cf questionnaire partenaires item 4b1) de demande d'inscription en CMU, préalablement à l'obtention de RV avec des spécialistes, qui est le déclencheur de l'orientation et c'est bien la couverture CMU(C) qui apparaîtrait comme un critère déterminant d'autonomie sur le volet de santé pour leur permettre de prendre de nouveaux RV médicaux en cas de besoin (cf questionnaire partenaire item 4f2).

#### Aspects autonomie, précarité, mobilité :

Selon le tableau statistique de suivi informé par le promoteur du projet, 7% seulement des jeunes suivis disposaient d'un véhicule personnel (voiture ou scooter), avec mention OUI sans plus de commentaires pour 16% autres, mais là encore dans la grande majorité des cas, l'absence de précision –avec la mention NON le plus souvent - rend l'item inévaluable.

Seulement 4% des situations rencontrées ne sont pas repérées comme situations de précarité forte selon le Score Epices (méthode des centres d'examen de santé), mais là encore 19% des dossiers ne sont pas renseignés.

## Analyse des prestations mobilisées par les usagers auprès de l'Equipe Mobile d'Accès Aux Soins (EMAS) et de ses partenaires externes

37 personnes accompagnées ont d'abord assisté à une présentation collective de l'EMAS soit 38,5% des bénéficiaires, ce qui en fait un facteur clef de la mobilisation des bénéficiaires à intégrer dans la perspective d'un essaimage du dispositif.

214 entretiens ont été réalisés au service par l'EMAS depuis le début du dispositif : dans 44% des cas un seul entretien avec accompagnatrice, et dans 28% des cas plus de 2 entretiens ; Selon les statistiques fournies, si on exclut les 5% de dossiers non renseignés, cela amènerait à une moyenne de 2,65 entretiens par bénéficiaire, auxquels il conviendrait d'y ajouter pour 54% des personnes suivies (52 bénéficiaires), des entretiens téléphoniques de suivi (136 entretiens réalisés au total) et qui amènerait à 3,84 actes de base en moyenne par bénéficiaire réalisés au service .

Il convient d'intégrer les actes et entretiens spécialisés réalisés par d'autres acteurs internes de l'association Viltais, au titre de l'EMAS ou d'autres services de cette même association. Ainsi 75 entretiens ont été réalisés par les intervenants du Service d'Accueil de Santé Publique de Proximité (dispositif Viltais), au profit de 51% des bénéficiaires, soit en nette augmentation au fur et à mesure de l'évolution du dispositif, et 66 avec le psychologue de l'EMAS (au profit de 39,5% des bénéficiaires).

Selon le critère d'utilité mis en exergue par les partenaires orienteurs et présenté plus avant, 94 accompagnements physiques ont été réalisés par les interlocuteurs de l'EMAS, au profit de 55% des bénéficiaires (cf caractéristiques mobilité et instabilité des publics reçus). Au fur et à mesure de l'évolution de ce dispositif, ce nombre d'accompagnements a été en nette augmentation mais sans que la tendance soit néanmoins aussi visible sur les derniers mois quant au nombre de bénéficiaires concernés.

A l'entrée du dispositif, 48 jeunes 16-25 ans n'avaient pas de médecin traitant déclaré (soit 50% des bénéficiaires). L'EMAS a affilié 38 personnes au total auprès d'un médecin traitant, soit pour plus de 79% des bénéficiaires qui n'en avaient pas.

Pour ce qui concerne les orientations vers des structures et spécialistes externes : 44 orientations ont été effectuées vers des consultations spécialisées (pour 33% des bénéficiaires) et 22 vers un médecin libéral (pour 23% des bénéficiaires).

19 personnes ont été orientées vers le centre de vaccination (20% des bénéficiaires) et 42 autres orientations ont été réalisées vers des spécialistes au profit de 44% des bénéficiaires.

59 contacts avec des partenaires du social ont été effectués pour 32 dossiers (33% des situations) auxquels s'ajoutent 32 démarches administratives réalisées au profit de 25 bénéficiaires (plus du ¼ des dossiers) ; 22 situations (23% des bénéficiaires) ont nécessité l'organisation d'une synthèse avec des partenaires.

De manière complémentaire, 17 demandes de CMU de base au profit de 15 bénéficiaires (16%) ont été réalisées (et notamment pour 7 qui bénéficiaient déjà d'une couverture maladie ? Ce point était à contrôler par l'expérimentateur). Parallèlement 99 démarches de

demandes de CMU complémentaires auraient été réalisées au profit de 38 bénéficiaires soit 39,5% des dossiers (dont 15 selon le tableau statistique sont censés bénéficier déjà d'une mutuelle !!!).

On le voit ici, la multiplicité des demandes, orientations et démarches faites attestent bien pour ces publics du besoin non couvert et de la plus valeur offerte par l'EMAS conformément aux éléments soulignés par les partenaires orienteurs qui voient en l'EMAS le relais pour permettre de prendre et d'accompagner les initiatives au profit de jeunes en précarité ainsi que l'instance permettant sur le plan médical d'offrir le suivi global et la prise en charge coordonnée au regard des besoins soulignés.

### **Adhésion du public ciblé au dispositif**

Ainsi que relevé préalablement, le dispositif envisagé initialement pour 500 jeunes a été recalibré à 200, compte tenu des observations faites sur les premiers mois, et au final ce sont 96 jeunes qui en ont bénéficié sur la période des 2 ans.

A titre complémentaire, même si l'on comprend aisément que le pôle urbain Moulins communauté soit plus attractif pour les publics en grande précarité ou rupture, compte tenu des possibilités d'accueil, d'hébergement et de soutien qui y sont proposées, il n'empêche que le dispositif n'a semble-t-il pas apporté la preuve que l'important déséquilibre entre le pôle moulinois ( 87,5 des dossiers pour 61% de la population) et le reste du territoire s'expliquait pas l'absence de besoins sur les zones rurales extérieures. Au regard du projet initial ce point mériterait d'être approfondi avec les partenaires ciblés, tel que l'avait préconisé le comité de pilotage de février 2013.

Y avait été soulignée la nécessité de relancer la communication en direction des partenaires de ces zones plus rurales avec le support du Conseil Général partie prenante afin de mesurer les besoins éventuellement non couverts et de multiplier les organismes prescripteurs en dehors du périmètre associatif Viltaïs

C'est là sans doute la principale limite qui soit à relever sur l'animation et la gestion de ce dispositif. L'analyse à en proposer doit être envisagée sous l'angle systémique : on l'a relevé, cette situation est à rapprocher de la nécessité apparue de recalibrer les effectifs en fonction des ressources disponibles elles-mêmes revues en considération des effectifs ciblés. Ceci a de manière systémique entraîné un défaut de continuité dans le suivi, qui s'est à son tour montré préjudiciable pour la communication et à la qualité de suivi avec les partenaires potentiels et existants tel que relevé dans le questionnaire, cette faiblesse pouvant entraînant vraisemblablement au final un déficit dans le nombre des bénéficiaires orientés.

Dans la perspective de l'essaimage, cette question de la stabilité des effectifs d'animation, ou à défaut, d'un suivi plus strict dans l'éventualité de mobilités inévitables des personnels, est à classer dans les conditions déterminantes du succès, on y reviendra en synthèse.

En tout état de cause l'adhésion sans réserve manifestée par les partenaires qui se sont exprimés, et telle que mise en perspective dans la partie consacrée au positionnement de

l'offre et à la pertinence perçue du dispositif proposé, révèle bien la pertinence de la réponse proposée à la demande et de son ajustement au diagnostic du besoin également fait par le réseau des professionnels.

Pour ce qui concerne le regard porté par les bénéficiaires sur le dispositif, et leur adhésion à celui-ci, au-delà des éléments soulignés par les partenaires sur le critère déterminant constitué par la présence et l'importance de l'accompagnement proposés par les personnels du dispositif, ce qui importe, c'est, au travers du peu de retours disponibles, de mesurer la conscience qu'ont les bénéficiaires du caractère déterminant de l'offre d'accompagnement proposée, l'importance de la médiation proposée par les professionnels et de leur connaissance du réseau des services et spécialistes indiqués au regard du besoin des jeunes.

On verra dans la partie à venir de cette évaluation que la spécificité du public accompagné - situation d'instabilité voire de grande précarité - rend plus que complexe la mesure de l'efficacité perçue du dispositif tant les bénéficiaires ne s'inscrivent pas dans une perspective de moyen ou long terme mais parent au plus pressé à leurs urgences du moment et ne gardent pas un clair souvenir des actions menées par le service.

Pour ce qui concerne les impacts potentiels sur la fréquentation du dispositif, du caractère expérimental de la prestation d'accompagnement proposée, le couplage de l'expérimentation en direction des jeunes, avec l'offre d'une prestation similaire pour les autres tranches d'âge amont (mois de 16) et aval (au-delà de 25 ans), et son articulation avec les autres prestations proposées par le Service d'Accueil et de Santé Publique de Proximité de longue date ont permis de ne pas focaliser sur le caractère innovant et expérimental de l'EMAS qui aurait pu avoir des conséquences sur sa fréquentation ou sur le positionnement des usagers ou des partenaires à son sujet.

Parallèlement, et relativement à la dimension d'évaluation à mettre en œuvre - et qui aurait également pu avoir des incidences sur le positionnement des acteurs - l'administration des éléments du tableau de suivi statistique réalisée par les professionnels du dispositif au cœur même de leurs prestations, et la réserve de l'évaluateur quant à des contacts directs, tant avec les partenaires qu'avec les bénéficiaires, avant le terme du dispositif, a permis de protéger les acteurs de tout effet pouvant influencer sur les comportements respectifs des uns et des autres.

## ii. Les effets du dispositif expérimenté

### **Effets de l'expérimentation sur le public bénéficiaire**

Comme évoqué précédemment, lorsqu'il est question de valider les éléments de diagnostic et de positionnement du dispositif, l'unanimité est là parmi les partenaires qui ont répondu au questionnaire.

Une série de questions relatives aux effets du dispositif sur les bénéficiaires se fixait d'évaluer la portée des actions conduites et leurs incidences sur la situation des bénéficiaires.

En effet, pas moins de 23 questions portaient sur ce sujet et force est de constater que sur ces questions l'unanimité n'est plus la même. On peut aisément le justifier pour une part en ce sens qu'en matière de travail social, de surcroît avec des publics très précarisés, les clefs d'évaluation couramment mobilisées dans le secteur portent davantage sur l'obligation de moyens que de résultats.

Néanmoins en approfondissant davantage cette problématique, on va aller un peu plus avant sur les éléments qui à l'examen vont apparaître comme déterminants clefs du succès de tels dispositifs.

En reprenant les différents attendus du projet des questions ont été successivement posées aux partenaires sur :

- Le caractère déterminant de l'aide apportée. Sur des items allant de "pas du tout" à "énormément", les réponses se répartissent comme suit ; 2 "pas mal" pour 3 qui ne se prononcent pas. Là encore, dans les réponses détaillées, en complément de la dimension d'accompagnement global, ce qui est apparu comme déterminant ce sont les dimensions d'accompagnement physique, de facilitation des démarches, et de rapidité dans l'obtention des RV.
- L'effet induit sur l'autonomie des jeunes et l'accès durable aux soins. Là encore la réserve l'emporte puisque respectivement on relève pour 2 "un petit peu", 3 qui "ne se prononcent pas", et pour 1 "pas mal", 4 qui ne se sont pas prononcé, l'un des partenaires mettant en relief la difficulté d'avoir une vision sur le long terme compte tenu des caractéristiques du public cible.
- L'aide à la prise de conscience chez les jeunes de l'importance de veiller à leur santé. Lé toujours 4 qui "ne se prononcent pas" pour une seule réponse positive, mitigée de surcroît puisque l'item retenu est "un peu".
- Quant à savoir si c'était l'inquiétude des démarches à mener qui prévalait, pour 1 "un peu", on trouve 1 seul "énormément" et 3 toujours qui "ne se prononcent pas". Parallèlement pour ce qui est de savoir si l'aide de l'EMAS a permis aux jeunes de dédramatiser ces démarches, la réserve est encore de mise, puisque 3 "ne se prononcent pas" pendant que 2 relèvent que ça a "pas mal" compté ou "énormément" compté, une précision soulignant l'importance de la sécurisation apportée par l'accompagnement physique, et cet élément étant confirmé dans les mêmes proportions par la question suivante (question 3c2) puisque 2 réponses soulignent que ce qui a été fait par l'EMAS a "énormément" aidé les bénéficiaires pour se rendre à leurs examens et RV.
- Quant à l'impact sur l'autonomie à terme des jeunes pour prendre en charge eux-mêmes leur santé et se rendre à leurs RV (question 3d1) ainsi que sur le fait qu'ils aient gagné en mobilité géographique (question 3e1) - qui était des présupposés du dispositif - le niveau d'engagement des partenaires dans le dispositif est attesté par le fait que sur les 2 questions 4 "ne se prononcent pas" pour un seul qui répond et de surcroît de manière mitigée (1 "un peu"), deux additifs précisant qu'en



l'occurrence ça n'apparaît "pas quantifiable" et qu'en tout cas "aucun retour" n'est disponible sur ce point.... Dans le même ordre d'idée, quant à savoir si les jeunes selon les partenaires se sentent plus responsables de leur santé, là encore 4 "ne se prononcent pas " pour un qui précise que selon lui ils se sentent plus responsable (item "pas mal") et précisant en tout cas qu'ils savent qu' "ils peuvent re-solliciter l'EMAS si besoin", le dispositif perdurant au-delà de la période d'expérimentation.

- Comme on le précisait en introduction, les caractéristiques du public accompagné, rendent difficile l'évaluation objective des résultats à terme. Il faut néanmoins préciser ici, quant à l'utilité du dispositif pour intervenir en relative urgence et trouver des solutions que c'est au final tout de même 852 actes ou actions qui ont été initiés par les acteurs du dispositif EMAS et leurs collègues de l'association Viltais pour les 96 bénéficiaires, ainsi que 188 RV ou consultations spécialisés à l'extérieur, soit au final en terme d'initiatives, démarches ou actions, une moyenne de 10,83 par jeune.

Les éléments de base à mobiliser en vue de faire l'évaluation du dispositif du point de vue des bénéficiaires, ont dû être revus au cours du dispositif ainsi qu'évoqué plus avant, au regard des caractéristiques des publics accueillis.

Rappelons-le d'ores et déjà, les orientations ont été à 55% originées par des interlocuteurs Viltais d'où prédominance des publics précaires correspondant à leurs conditions d'intervention dans le secteur de l'hébergement, du logement et de l'insertion.

Ainsi comme exposé précédemment, la part des bénéficiaires en résidence sociale est de 37,5%, celle de ceux qui bénéficient d'une solution d'hébergement familiale ou chez un proche est de 20% pendant que 16% sont en CHRS et 3% en abri de nuit, soit au total une situation d'hébergement précaire à 76,5 %, posant d'emblée le problème de la stabilité des publics (sorties de dispositif non programmées et encore moins anticipées, difficulté d'assurer un suivi au-delà du temps de présence sur les dispositifs d'hébergement ou d'accueil précaire, lisibilité impossible à moyen ou long terme des résultats de l'action).

Si l'évaluation pour les bénéficiaires reposait à l'entrée et au long du parcours sur le questionnaire administré par l'interlocuteur de confiance du dispositif, l'évaluation de l'action à terme avait été envisagée de manière tout à fait théorique au début du dispositif sans connaître le profil des publics touchés – sous la forme de l'administration d'un questionnaire et d'entretiens approfondis avec les bénéficiaires au terme de l'action.

La prédominance des publics en forte précarité (96% selon les scores EPICES), dans des situations réelles ou potentielles importantes d'instabilité (plus des 3/4 en solution précaire ou provisoire de logement comme rappelé ci-dessus, plus du 1/3 hors de tout statut d'emploi ou dispositif de formation...) et surtout 58% d'interruption non concertée parmi les 24 premières sorties du dispositif (perte de contact, abandon, refus de se rendre aux rendez-vous préconisés, départ sans solution...), nous a conduit à revoir notre mode d'administration du questionnaire en le simplifiant à l'extrême compte tenu de la grande



difficulté pour les bénéficiaires de s'astreindre à l'exercice et à se re-projeter dans le cadre de l'intervention passée.

De surcroît, si 81% % des usagers du dispositif avaient communiqué un numéro de téléphone personnel,

- 52% de ces numéros n'étaient plus en service ou avaient changé de titulaire au moment où a été réalisée l'évaluation sortie de dispositif.
- Si l'on ajoute que 62% de ces numéros d'appels communiqués, sont restés sans suite (pas de réponse, pas de possibilité de vérifier par le message du répondeur qui était le titulaire de la ligne, pas de possibilité de laisser un message sur le répondeur, message répondeur resté sans suite ; rendez-vous reporté et pas honoré...),

ce sont au final 11 entretiens qui ont pu être conduits avec d'anciens bénéficiaires du dispositif soit 11,4% des effectifs (8 entrés dans le dispositif en 2012 sur les 70 bénéficiaires, et 3 entrés dans le dispositif en 2013 sur les 26 bénéficiaires).

La nécessité d'être synthétique, apparue dès les premiers échanges, a conduit à administrer les différentes questions de manière spontanée, en sorte de rendre l'échange plutôt naturel.

Les différents points explorés dans un ordre aléatoire qui était fonction du contenu de l'échange spontané avec l'interlocuteur, étaient les suivants.

- Comment ils avaient connu l'EMAS ?
- Ce qui était à ce moment-là leur préoccupation principale ? (activité professionnelle ou formation, logement, alimentation, santé)...
- L'utilité et la nature de l'accompagnement et du suivi proposés par l'EMAS ? (l'objectif étant de vérifier ce qu'ils mettaient spontanément en exergue parmi les moyens d'actions annoncés : action collective, écoute individuelle, accompagnement et suivi individualisé, accompagnement physique, informations sur les dispositifs ...)
- Le caractère déterminant de l'aide apportée à ce moment-là ? ( pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément )
- Ce qu'ils auraient attendu de plus ?
- Comment s'étaient passés leurs contacts avec le service ? et si quelque chose aurait dû être amélioré.

Le premier constat notable est que dans 8 cas sur 11, les bénéficiaires n'ont pas de souvenir exact du service, ni pas son intitulé, ni pas le descriptif de ses missions. Pour la moitié d'entre eux même en re-contextualisant, rien ne resurgit ou ne refait jour par rapport à cet épisode de leur trajectoire avec le service.

Les 3 entretiens où d'emblée le souvenir était mobilisable de ce qui avait été réalisé par l'EMAS et du bénéfice retiré, concernent des bénéficiaires qui ne traversaient s'une difficulté passagère et ont pu y trouver qui la possibilité de quelques entretiens psychologiques, qui une aide à l'établissement d'un dossier et le dernier un bilan sanguin lié à une affection passagère. Dans les autres cas, les usagers ne se souviennent plus et doutent même que quelque chose ait été fait (déni, oubli, confusion...).

En insistant et en remobilisant des éléments de leur parcours avec l'EMAS pour 50% de ceux qui n'en avaient plus le souvenir, des choses reviennent liées aux actions menées par l'EMAS (réunion d'information collective, entretien individuel avec le psychologue, bilan de santé avec un partenaire, accompagnement pour un dossier à la CPAM...). Ce qui au final aide les bénéficiaires c'est l'évocation des prénoms des 4 professionnels qui ont collaboré ou se sont succédés sur le service mais pour aucun l'intitulé du service n'évoque quoi que ce soit et pas davantage le nom de l'association, avec qui ils disent ne jamais avoir rien fait... (ce qui est évoqué en arrière fond dans ces évocations-là c'est les activités d'hébergement plus connues CHRS, FJT...)

Ce qui est commun en tout cas c'est que ce sont les souvenirs liés aux structures et services mobilisés à ce moment-là (d'hébergement, d'insertion, de formation ...) qui sont présents aux devant du discours (GRETA, E2C, CFPPA, Mission locale, ISBA, SASSP...) et que l'EMAS apparaît dans le discours en quelque sorte comme périphérique, le service par lequel en y repensant bien les choses ont été possibles mais qui n'est pas identifié comme la prestation ou le service principal.

Ainsi les items qui reviennent dans les échanges, relatifs à la prestation proposée ou au service reçu, c'est les dimensions d'aide au déplacement (1), l'assistance dans les démarches administratives et la constitution des dossiers (3), la couverture santé (1), les orientations pour bilan de santé ou vaccination (2), ou vers des spécialistes (1), les entretiens psychologiques (2), les explications fournies lors des présentations collectives qui ont aidé à comprendre (1) et soulagé (1).

Ces éléments étant précisés, ceux pour qui le souvenir est là (3) ou revient (4) soulignent la qualité de relation qui a été vécue avec les professionnels (« c'était bien franchement », « vraiment rien à dire c'était cool », « c'est grâce à eux que tout va bien aujourd'hui », « 20/20 ! », « ils étaient chouettes ! » « ils m'ont beaucoup aidé » »),

sans toutefois, hormis dans ce dernier cas, qu'aucun n'exprime que cette aide ait été déterminante pour lui.

Un seul bénéficiaire répondant a exprimé une certaine réserve par rapport au service proposé en évoquant une divergence de vue avec le psychologue qui l'a amené à mettre un terme à l'accompagnement qui lui était proposé.

Pour les autres qui ne s'en souviennent pas les avis renvoient à « rien d'exceptionnel, ça ne m'a pas servi à grand-chose », « vraiment pas de souvenir », « jamais allé à Viltais », « visite d'information uniquement, pas de souvenir d'action menée », « je ne crois pas que quelque

chose ait été fait pour moi, rien à dire de particulier », « juste une visite collective et un rendez-vous téléphone je crois ».

Aucun des 11 bénéficiaires répondant n'a exprimé de réponse à la question de savoir s'ils auraient attendu quelque chose de plus du service, pas plus qu'à celle de savoir si quelque chose aurait pu être amélioré.

On le voit bien ici, ce qui semble central c'est l'identification floue dans le temps du positionnement et de l'offre d'utilité du service, son identité propre, sa spécificité et son indépendance par rapport aux autres services de santé SASSP, ISBA, un peu comme s'il n'était que catalyseur et que sa fonction de mise en relation ne lui permette pas d'être identifié comme prestataire offreur de service à part entière.

Si ces éléments doivent être relativisés, au regard des caractéristiques sociales des usagers et du faible échantillonnage des réponses, il n'en dégage pas moins des perspectives sur les axes de progrès dans la politique de communication et de suivi global du service, que ce soit avec les usagers ou les partenaires.

### **Effets attendus et effets induits/inattendus**

Il convient, parmi les enseignements de cette expérimentation, de souligner une nouvelle fois ici les caractéristiques du public accompagné, très précaire, très instable et qui demanderait une plus grande acuité et précision dans l'observation, sur les moyen et long termes, des parcours et trajectoires des jeunes reçus et aidés dans le dispositif. On pourrait y lire ainsi un peu mieux les effets des actions conduites et leur impact sur le devenir de ces publics.

A défaut de pouvoir observer sur le long terme ces publics relativement instables, la proximité entretenue par le promoteur avec les partenaires en vue d'une plus forte mobilisation et de leur implication dans le dispositif, auraient pu contribuer à cette qualité d'observation et d'analyse, et contribuer à réaliser une évaluation plus fine de la portée du dispositif dans ces formes proposées.

La transition est à opérer ici avec l'analyse rétrospective du fonctionnement du dispositif et de l'évaluation de la qualité de communication et de coopération instaurée avec les partenaires.

### **Gouvernance et coordinations d'acteurs**

L'évaluation réalisée par les partenaires, autour des 8 questions portant sur la gouvernance du dispositif et la coordination des acteurs, va permettre de commencer à tracer les contours des conditions à réunir pour la réussite d'un tel dispositif.

Cela permettra d'ouvrir sur les conditions d'essaimage et de répliquabilité du dispositif sur d'autres périmètres ou territoires, en identifiant les facteurs clefs de succès dans la

perspective de la conception et de la conduite d'une politique favorisant l'accès aux soins pour des publics précarisés ou marginalisés.

Sur la première rubrique d'évaluation portant sur ce sujet, à savoir la qualité des contacts avec les promoteurs du projet, on l'a souligné déjà (exploitation de la question 4a1), l'unanimité s'exprime sur la disponibilité et la réactivité des interlocuteurs.

Ce point apparaît ici comme une condition indispensable si l'on veut se donner quelque chance de mobiliser les jeunes sur leur situation, tant l'instabilité qui les concerne et la précarité qu'ils vivent obligent à la plus grande des réactivités. Ce qui ne se fera pas dans un délai court, risque de ne pas se faire, les préoccupations - nombreuses et toutes "vitales" - de ces jeunes les amenant à passer d'une priorité à l'autre dans le minimum de temps.

Il n'existe pas d'écart dans les retours des partenaires ayant répondu entre la qualité annoncée / promise et la qualité offerte. Sur la prestation proposée, ce qui était annoncé était fait, à la réserve près de ce que nous avons explicité déjà sur la réadaptation des moyens humains du service et l'absence de compétences médicales dans l'équipe à proprement parler de l'EMAS. Ainsi à la question « Diriez-vous que vous avez trouvé auprès d'eux ce que vous attendiez » la réponse "tout à fait" est exprimée 2 fois, et par les partenaires les plus impliqués, les 3 autres ne "se prononçant pas".

A la demande de savoir s'ils exprimeraient des réserves ou formuleraient des interrogations sur le service et son fonctionnement une demande d'un partenaire s'exprime dans le sens de proposer un questionnaire de satisfaction aux usagers et partenaires prescripteurs post accompagnement.

Nous y voyons pour notre part un intérêt au-delà de l'enquête satisfaction, et notamment pour s'en saisir comme d'une fiche de suivi navette permettant d'améliorer la qualité de suivi des actions menées et l'appréhension concertés des effets sur les trajectoires des bénéficiaires.

La question complémentaire interrogeant ce qu'ils auraient attendu de plus n'a obtenu aucune réponse.

Quant à l'appréciation globale du dispositif (quest 4g3), les verbatim relevés sont « satisfaisant » et « positif », ce qui est mis en avant renvoyant à la « qualité de contact et de partenariat ».

Tout naturellement cette appréciation est confirmée dans la question qui suit relative à la recommandation du service puisque 3 réponses sont "oui certainement" pour 2 qui "ne se prononcent pas".

Au final les partenaires s'entendent pour souligner que, conformément à ce que nous avons souligné à plusieurs reprises, ce qui prime pour la réussite d'un tel dispositif c'est "les personnes et un lieu ressources", "la communication sur le dispositif auprès des partenaires et la sensibilisation des publics cibles" ainsi que la "réactivité dans le RV donnés"

Nous sommes amenés à penser qu'au regard de ces facteurs clefs de succès énoncés par les partenaires, les seuls axes de progrès identifiables dans la gouvernance du dispositif et la coordination des acteurs tiennent principalement à ces éléments relevés :

- Publicité du dispositif auprès des partenaires prescripteurs potentiels en zone rurale, ainsi que suggéré lors des réflexions du Comité de pilotage. Ceci aurait permis de mesurer si le décalage relevé dans la proportionnalité des orientations entre le milieu rural et le milieu urbain et péri-urbain tient aux caractéristiques du public cible et de ses besoins comme envisagé précédemment ou au déficit de communication et consécutivement de relais sur ces territoires.
- Coopération plus rapprochée avec les prescripteurs afin de faire le suivi des actions menées pour chaque bénéficiaire ainsi que des impacts sur les dynamiques d'intégration et les trajectoires des intéressés.  
Consécutivement les éléments de traçabilité consignés auraient permis d'approfondir l'analyse de la pertinence de l'offre au regard des besoins relevés et de la qualité de réalisation observée.
- Rigueur et exhaustivité dans le relevé des caractéristiques des publics reçus et accompagnés afin de stabiliser les éléments consignés dans le tableau statistique en vue d'une exploitation optimisée.
- Continuité entre les différents professionnels qui ont été appelés successivement à coordonner ce dispositif, afin de garantir la cohérence de la dynamique enclenchée, principalement pour ce qui concerne la communication et la coordination avec les partenaires prescripteurs.
- Coordination plus conséquente au niveau du territoire pour doubler les éléments de réflexion du comité de pilotage (plus politique en cela qu'il rassemblait essentiellement les co-financeurs) d'un travail plus opérationnel avec des représentants des partenaires sur les conditions de réalisation des missions et l'optimisation des partenariats. Cette perspective envisagée au départ n'a pas été retenue, vraisemblablement en raison de l'implication demandée pour créer les conditions d'implantation du dispositif. En routine il est vraisemblable que ce comité de suivi aurait pu plus aisément voir le jour au regard de l'investissement requis pour le préparer et l'animer. Nul doute qu'il aurait eu des effets stimulants sur le dispositif lui-même et sur la dynamique partenariale.

Ce sont précisément ces éléments à inscrire en points d'appui et points de progrès qui vont soutenir la suite de l'analyse quant aux enseignements à en tirer sur les perspectives de généralisation ou d'essaimage de ce dispositif.

## **2- Validité externe des résultats et perspectives de généralisation/essaimage**

### **i. Caractère transférable du dispositif et bilan général**

#### **Conditions et représentativité de l'expérience**

On l'a vu ce qui est à prendre en compte dans l'expérience menée localement c'est l'antériorité de la présence sur le territoire avec des actions proches SASSP, qui à la fois donne une légitimité à l'initiative et peut également concourir à brouiller le message sur la réelle différenciation entre les offres. Ici en l'occurrence il s'agit principalement de la possibilité de se déplacer et d'accompagner les jeunes dans les démarches.

Sans doute aurait-il fallu amplifier les dimensions de suivi global du volet santé et de coordination du dispositif sur le territoire avec les partenaires pour que l'innovation s'ancre plus véritablement dans le tissu local pour ce qui tenait à cette initiative.

Sans doute, on l'a exprimé, le service a été pénalisé par la relative instabilité des professionnels en charge du dispositif pour pouvoir sur ces différents points évoqués marquer un net progrès par rapport aux résultats observés.

Si la précarité et l'instabilité des publics, qui ne sont en rien une caractéristique à interpréter comme spécifique au local, a pu compliquer la mesure de l'efficacité dans les moyen ou long terme des situations et trajectoires des usagers, il n'en reste pas moins que ce qui a été fait tant en volume qu'en nature semble à considérer pour des publics très dépendants.

Du reste, les avis exprimés soulignent sans ambiguïté l'importance du relais et de l'accompagnement proposés pour des jeunes en grande précarité.

Il reste à en tirer les enseignements pour ces publics et pour d'autres quant aux conditions à réunir pour optimiser les chances de réussite.

#### **Transférabilité du dispositif et enseignements tirés**

Si l'on appuie l'analyse réalisée au long de ces 2 années d'expérience sur les observations faites dans ce rapport d'évaluation, on peut pour chacun des axes de présentation du projet extraire ce qui apparaît comme facteur clef de succès.

① **d'identifier les personnes** ayant une problématique de santé, au travers notamment d'un partenariat et d'une collaboration entre les professionnels qui traitent et prennent en charge le public cible

On l'a vu cela demande de faire des actions de publicité du dispositif plus amples et en direction de l'ensemble des territoires, y compris en favorisant les synergies avec les collectivités locales, Conseil Général et Communautés d'agglomération concernées.

La communication synthétique via flyers et distribution de masse dans tous les lieux publics semble devoir être retenue.

Deux autres aspects relatifs à la coordination des acteurs semblent devoir être retenus dans la perspective de la meilleure efficacité du service : l'animation d'un comité opérationnel de coordination, distinct du comité de pilotage plus politique, réunissant les différents financeurs partie prenantes, et l'entretien de relations de proximité régulières avec tous les partenaires.

C'est ici également que l'on soulignera également l'importance d'avoir une stabilité dans les professionnels en charge du dispositif, principalement pour garantir la meilleure continuité avec les partenaires prescripteurs.

② **d'aller à la rencontre de ces personnes** en situation de précarité et de les accompagner vers l'accès aux soins et à l'éducation à la santé (rendez-vous individuels sur orientation ou réunions d'information collective)

Pour ce qui a trait à l'identification du service et de la plus valeur offerte, il y a lieu de retenir que ce qui a le mieux marché ce sont les réunions d'informations collectives dans les collectifs constitués (centres de formation, équipes d'insertion, réunions de missions locales ...) et la précision ultérieure de la spécificité de l'offre par rapport aux autres services afin de compenser le déficit de notoriété souligné dans les enquêtes usagers

③ **d'orienter les patients vers les services spécialisés pour ou après diagnostic, et le cas échéant de les y accompagner physiquement.**

Ce que l'on retiendra ici, dans la difficulté relevée à identifier les acteurs c'est la nécessité d'envisager le suivi centralisé du bénéficiaire sur le plan de la santé en lien avec les autres partenaires mobilisés dans l'accompagnement afin de favoriser le suivi coordonné et la cohérence des actions conduites.

④ **de mettre en place une éducation à la santé** afin de relayer les conseils promulgués par les professionnels de santé.

Cette dimension abandonnée dans le dispositif au regard de l'absence de compétence disponible a de toute évidence réduit les professionnels au simple rôle d'accompagnateur qui a de toute évidence été préjudiciable à l'opérationnalité et à la visibilité du service.

⑤ **de rendre l'utilisateur acteur de sa santé, ⑥ de (re)donner son autonomie au jeune et notamment vis-à-vis de sa mobilité géographique, lui permettant ⑥b de se réinsérer dans le parcours de droit commun.**

On l'a vu ici la grande précarité des publics a fortement impacté la possibilité de mesurer dans le long terme l'impact des actions menées. A défaut de pouvoir vraiment le mesurer avec des publics très instables, ce que nous avons mis en exergue c'est la plus grande proximité à nouer avec les acteurs de terrain afin de mieux suivre dans le temps les actions menées et leur convergences avec les besoins exprimés (idée du questionnaire de suivi et de satisfaction).

⑦ **Le travail et la collaboration avec les acteurs du territoire** en se constituant comme lien entre les personnes en précarité qui ne n'allaient pas vers les professionnels de santé (maisons rurales de santé, cabinets d'infirmiers, médecins libéraux...) et les autres structures, dispositifs ou acteurs spécialisés.

Ce dernier point du projet, non développé, renvoyant à la dimension retenue comme axe prioritaire en 1) à savoir le rôle à assumer de comité de coordination et de liaison entre les divers intervenants.





## AP2\_170\_EVA Rapport final d'évaluation - Annexe

### EQUIPE MOBILE D'ACCES AUX SOINS - Association Viltäis EXPLOITATION DES RETOURS QUESTIONNAIRES PARTENAIRES

#### A- Pour rappel : angles retenus pour l'évaluation

##### Angle 1 : évaluation de l'action et de ses effets :

- **Pertinence de l'action projetée au regard des enjeux relevés** en matière de problématique d'accès aux soins
  - les objectifs fixés se sont-ils révélés appropriés au regard de la problématique à résoudre ?
  - les actions projetées ont-elles permis d'atteindre les finalités poursuivies et de répondre à la problématique des publics cibles ?
- **Efficacité des actions** conduites / effets propres
  - les effets observés sont-ils conformes aux résultats attendus ?
  - dans quelle mesure les effets propres du dispositif sont-ils conformes aux postulats posés en matière d'accès aux soins et d'intégration sociale et professionnelle
  - quels liens de causalité est-il possible d'en tirer ?
- **Impact des actions** conduites
  - quelles améliorations ont été apportées par l'action ?
  - quelles incidences les actions ont-elles eu sur le devenir des publics ?
  - eu égard aux résultats observés et au regard des objectifs fixés, quelle analyse de l'ensemble des effets de l'action au-delà des attendus initiaux ?

##### Angle 2 : évaluation du dispositif :

- **Efficacité**, au travers de ses **dimensions partenariales ...**
  - pour quelles raisons le programme a-t-il fonctionné (perspective généralisation / répliquabilité),
  - pour quelles raisons n'a-t-il pas fonctionné ? (perspectives d'amélioration)
- ... et au regard de la **mobilisation des intéressés**

- le système s'est-il montré adapté pour conduire les intéressés à se mobiliser (usagers acteurs de leur santé, acteurs de leur vie).
- **Cohérence dans la conception et la mise en place du dispositif**
  - les modalités et l'organisation proposées pour la conduite de l'action et les logiques partenariales se sont-elles révélées cohérentes par rapport aux effets recherchés ?
  - la mise en œuvre s'est-elle révélée cohérente par rapport aux effets recherchés ? (logique des articulations entre les différentes contributions des partenaires)
- **Efficience du dispositif au regard des moyens mobilisés** (mobilisation des ressources au profit de l'action projetée et rapport entre les moyens mobilisés et les effets produits, synergies observées et coopérations).
  - avons-nous fait ce que nous avons défini de la manière la plus opérante ?
  - dans le cas contraire qu'est-ce qui nous a amenés à infléchir nos actions ?
  - les effets observés sont-ils à la hauteur des ambitions affichées et ressources mobilisées ?
  - le modèle observé est-il transposable et à quelle hauteur de moyens ?
  - les conditions de pérennisation de la démarche sont-elles garanties à moyens constants ?

## **B- Différentes dimensions explorées au travers du questionnaire partenaires**

### **Perspective 1 - Votre connaissance du projet**

**Dimensions explorées : positionnement de l'offre et communication - items : Connaissance du dispositif, intégration de ses objectifs, publicité des actions, attentes spécifiques des partenaires.**

1-1 Comment avez-vous connu l'EMAS (Equipe Mobile d'Accès aux Soins) ?

*Intervention de la référente du dispositif auprès de l'équipe / Information orale de professionnel à professionnel / Visite de l'équipe au lancement du dispositif / Présentation lors de réunions des acteurs sociaux au niveau local.*

1-2 Qu'avez-vous compris / retenu de leur projet ?

*Accompagnements jeunes en difficultés / Equipe soignante qui peut se déplacer à la rencontre des jeunes en besoin / Accompagnement santé, information dispositifs de soins pour jeunes en difficulté avec problèmes de mobilité ou d'autonomie / Aide dans les démarches administratives, accompagnements physiques et rôle de médiateur intermédiaire vers les structures du monde médical / Accompagnement de jeunes dans l'accès aux soins et rétablissement des droits et prises de RV spécialisés en urgence*

1-3 Que diriez-vous de leur communication ?

*Dispositif bien relayé en terme d'info mais développement attendu sur modalités concrètes de fonctionnement / Pas d'informations depuis longtemps / Discrète / Efficace via flyers et présentation lors de réunions / RAS*

1-4 Avez-vous une attente vis-à-vis d'eux et des actions qu'ils conduisent ?

*Intérêt pour les missions de suivi psychologique / Pas directement / Antériorité connaissance SASPP / Pour mes stagiaires je contacte un autre organisme / prise en charge globale après bilan de santé / Travail en partenariat sur situations d'urgences pour jeunes en difficulté pour faire leurs démarches*

## **Perspective 2 - Les postulats de départ et les attendus de l'action (les enjeux du projet)**

**Dimensions explorées : positionnement de l'offre et pertinence du dispositif - items : partage du diagnostic et des enjeux, adhésion aux finalités, utilité visée**

### **Rubrique 1 Les enjeux du projet**

1-2 Partagez-vous avec l'EMAS les postulats de départs posés ...

1-1a Les jeunes n'attribuent pas / que peu d'intérêt à leur santé

*non je ne partage pas du tout (1) / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (3) / oui je partage tout à fait (1)*

1-1b De 1 à 4, dans quel ordre classez-vous ces priorités chez les jeunes ?

*Classement général : 1-Logement ; 2-Activité professionnelle ; 3-Alimentation ; 4-Santé*

1-1c Les jeunes se considèrent en bonne santé en raison de leur âge

*non je ne partage pas du tout(1) / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (3) / oui je partage tout à fait (1)*

1-1d La précarité touche une population de plus en plus jeune

*~~non je ne partage pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (1) / oui je partage tout à fait (4)*

1-1e Les paramètres santé et insertion sont étroitement liés.

*~~non je ne partage pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / ~~oui pas mal~~ / oui je partage tout à fait (5)*

1-1f L'absence de mobilité des jeunes en zone rurale peut être un frein à l'accès aux soins et à la santé (dispositifs existants, médecine de ville...)

*~~non je ne partage pas du tout~~ / oui un peu (2) / oui pas mal (1) / oui je partage tout à fait (2)*

### **Rubrique 2 - Les finalités du projet**

2a D'après vous, en quoi l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS sont-ils susceptibles de pouvoir aider les jeunes que vous orientez / pourriez orienter ?

*Présence, encadrement pour suivi global / Pas assez d'expérience avec le dispositif / A priori sur les institutions en raison de leurs parcours : difficulté à franchir le seuil des institutions d'où l'opportunité du service pour faire transition / Personnes relais sur des missions hors de nos prérogatives*

2b1 A l'expérience, pour les jeunes éventuellement orientés, diriez-vous que cette aide a été déterminante ?

~~non pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (2) / ~~oui énormément~~ / Ne se prononcent pas (3)

2b2 Si oui en quoi ?

*Accompagnements physiques, facilitation des démarches et rapidité d'obtention des RV spécialistes / Accompagnement global*

Compléments :

*Aucun jeune orienté (5 ! de fév à sept 2012 dont 1 encore au 31/8) / pas de jeune orienté (2 ! en mai et aout 2012 encore dans le dispositif en aout 2013) ; Pas de jeune orienté (7 ! en mars 2013 suite information collective dont 1 encore suivi en août 2013)*

(Si vous n'avez orienté aucun jeune vers le dispositif, vous pouvez passer directement à la rubrique 4)

2c Diriez-vous que ça leur a redonné de l'autonomie ?

~~non pas du tout~~ / oui un peu (2) / ~~oui pas mal~~ / ~~oui énormément~~ / NSPP (3)

2d Avec le recul, diriez-vous, que ça a favorisé leur accès durable aux soins ?

~~non pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (1) / oui énormément / NSPP (4)

Compléments :

*Sur le long terme cela reste à vérifier /*

**Perspective 3 - Les objectifs et moyens du projet - Dimensions explorées : efficacité des actions conduites - items : analyse d'efficacité et d'impact, analyse d'efficience, promotion du dispositif, attentes, axes de progrès et conditions de répliquabilité ...**

**Rubrique 1 - Les objectifs du projet**

3a Diriez-vous que l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS leur ont fait prendre conscience de l'importance de veiller à leur santé ?

~~non pas du tout~~ / oui un peu (1) / ~~oui pas mal~~ / ~~oui énormément~~ / NSPP (4)

3b1 Diriez-vous que d'une manière générale les démarches de santé inquiétaient les jeunes que vous avez orientés ?

~~non pas du tout~~ / oui un peu (1) / ~~oui pas mal~~ / oui énormément (1) / NSPP (3)

Compléments :

Oui car problèmes financiers et administratifs et manque d'autonomie /

3b2 Si oui : diriez-vous que l'accompagnement et le suivi proposés par l'EMAS leur ont permis de dédramatiser cette question ?

~~non pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (1) / oui énormément (1) / NSPP (3)

Compléments :

*L'accompagnement sécurise les bénéficiaires*

3c1 Diriez-vous que ce qu'a fait pour / avec eux l'EMAS les a aidés à se rendre à leurs RV ou examens médicaux ?

**Rapport d'évaluation**

~~non pas du tout / oui un peu / oui pas mal / oui énormément~~ (2) / NSPP (3)

1-3c2 Si oui, en quoi ce qui a été fait les a-t-il aidés pour se rendre à leurs RDV ou examens médicaux ?

*L'accompagnement physique favorise la présence aux RV / Rappel de la date et de l'heure du RV*

3d1 Selon vous se sentent-ils à présent plus autonomes sur les questions de santé les concernant

non pas du tout / oui un peu (1) / oui pas mal / oui énormément / NSPP (4)

3d2 Si oui, comment l'expliquez-vous ?

Compléments

*Pas quantifiable /*

3e1 Selon vous se sentent-ils à présent plus mobiles géographiquement ?

non pas du tout / oui un peu (1) / oui pas mal / oui énormément / NSPP (4)

Compléments

*Aucun retour /*

3e2 Selon vous l'EMAS y a-t-il contribué ?

~~non pas du tout / oui un peu (1) / oui pas mal / oui énormément~~ / NSPP (4)

3e3 Si oui, en quoi l'EMAS y a-t-il contribué ?

3f1 Diriez-vous qu'ils se sentent aujourd'hui plus responsables de leur santé ?

non pas du tout / oui un peu / oui pas mal (1) / oui énormément / NSPP (4)

3f2 Si oui comment l'expliquez-vous ?

*Pas de retour / Ils savent qu'ils peuvent re-solliciter si besoin*

3f3 Si oui, en quoi l'EMAS y a-t-il contribué ?

## **Rubrique 2 : les moyens du projet**

4a1 Que diriez-vous de vos contacts avec le service ?

*Très disponibles, facile à joindre, RV rapides / Très bien / Satisfaisant / Pas de contact direct avec le service / De quel droit je pourrais évaluer le travail fait dans d'autres organismes, de plus je n'ai que très rarement orienté des jeunes à l'EMAS (nota : défaut de cohérence avec la réponse 2b1 : je n'en ai pas orienté !!!)*

4a2 Est-ce conforme à ce qu'ils vous en avaient dit ?

*Oui / Oui les missions sont claires /*

#### 4b1 Qu'attendiez-vous d'eux principalement ?

*Faire instruire rapidement demande de CMU pour RV spécialiste rapide / Difficile de répondre puisqu'aucun jeune encore passé dans le dispositif (5 !)*

#### 4b2 Diriez-vous que vous avez trouvé auprès d'eux ce que vous attendiez ?

~~pas du tout~~ / ~~pas vraiment~~ / ~~en grande partie~~ / tout à fait (2) / NSPP (3)

#### 4c Que diriez-vous qu'ils ont apporté aux jeunes que vous leur avez orientés ?

*Réponse rapide et prise en charge / Accompagnement attendu et réponse médicale*

#### 4d Selon vous en quoi cela les a-t-il aidés ?

*Les jeunes ont d'énormes difficultés pour faire les démarches administratives seuls /*

#### 4f1 Diriez-vous que quelque chose a changé dans la vie des jeunes orientés depuis qu'ils ont été accompagnés par l'EMAS ?

~~non pas du tout~~ / ~~oui un peu~~ / oui pas mal (1) / ~~oui énormément~~ / NSPP (4)

#### Complément

*Pas de retour /*

#### 4f2 Si oui quoi précisément ? Et en quoi cela a-t-il été déterminant ?

*CMUC qui leur permet d'aller chez le médecin quand ils en ont de nouveau besoin*

#### 4g1 Quelles réserves / interrogations formuleriez-vous à propos du service EMAS ?

*Prévoir un questionnaire de satisfaction pour l'utilisateur et la structure qui a orienté suite à l'accompagnement /*

#### 4g2 Qu'auriez-vous attendu de plus ?

#### 4g3 Quel regard portez-vous globalement sur la qualité du partenariat avec les équipes de l'EMAS ?

*Satisfaisant / Positif : bon contact et partenariat sur des situations de jeunes en grande précarité*

#### 4h1 Proposeriez-vous ce dispositif autour de vous ?

~~non sûrement pas~~ / ~~pas vraiment~~ / ~~oui sans doute~~ / oui certainement (3) / NSPP (2)

#### 4h2 Pourquoi ?

*L'accès à la santé est primordial*

#### 4i Quels sont selon vous les conditions à réunir pour la meilleure efficacité d'un tel dispositif et sa pérennité dans le temps ?

*Des personnes ressources et un déploiement sur le territoire / le faire connaître et sensibiliser les publics cibles / Un lieu précis et des réponses rapides pour RV*

Compléments libres : *Je ne souhaite pas évaluer le travail des autres et n'aimerais pas qu'eux-mêmes évaluent le mien ...*

## Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

Ministère des Sports, de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative  
Direction de la Jeunesse, de l'Éducation Populaire et de la Vie Associative

Mission d'animation du Fonds d'Expérimentation pour la Jeunesse

95, avenue de France 75 650 Paris Cedex 13

Téléphone : 01 40 45 93 22

[www.experimentation.jeunes.gouv.fr](http://www.experimentation.jeunes.gouv.fr)

