



# L'ALLER-VERS EN DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS

COMMENT METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE  
PROMOTION DES DROITS ET SANTÉ SEXUELS ET  
REPRODUCTIFS EN SQUATS ET BIDONVILLES ?

CAPITALISATION ET LEÇONS APPRISSES DE L'EXPÉRIENCE DE LA MISSION SQUATS  
DE MÉDECINS DU MONDE ET DE SES PARTENAIRES À BORDEAUX.  
JUN 2022

Ce livret partage la capitalisation des 10 années d'expérience de la Mission Squats de Médecins du Monde et de ses partenaires à Bordeaux. Il propose des **pistes d'intervention pour développer une démarche d'aller-vers en Droits et Santé Sexuels et Reproductifs (DSSR) auprès de populations vivant en squats et bidonvilles**.

Il documente et analyse **l'approche adoptée, détaille le processus et les outils utilisés** et donne **un aperçu concret du mode d'intervention des équipes sur le terrain**. Il partage les **leçons qu'elles ont tirées de leur expérience**, mais aussi **certains points de vigilance**.

**La première partie est théorique.** Elle présente les conditions de conception de la capitalisation, ainsi qu'un cadrage théorique et sémantique sur les notions d'aller-vers en DSSR en squats et bidonvilles, et sur les difficultés d'accès aux soins auxquelles leurs habitant.e.s sont confronté.e.s.

**La seconde partie est pratique.** Elle décrit de façon concrète les différentes étapes de l'aller-vers en DSSR, telles que développées par les équipes terrain au cours de ces 10 dernières années.

Il est à noter que si ce livret a été conçu pour se suffire à lui-même, il constitue dans les faits le second volet de la formalisation de ce travail de capitalisation. Le premier volet intitulé « **L'aller-vers en santé** - comment faciliter l'accès aux soins et aux droits des personnes vivant en squats et bidonvilles par la médiation en santé ? » présente les leçons apprises sur la démarche d'aller-vers de manière plus globale. Il est également à la disposition de toutes et tous.

# NOTE AUX LECTRICES ET AUX LECTEURS

<b>MESSAGES CLÉS DU TERRAIN : Les indispensables pour un aller-vers de qualité en DSSR</b>	P. 4
<b>ACRONYMES</b>	P. 6
<b>CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE</b>	P. 7
Avant-propos : Présentation du livret	P. 8
Cadrage théorique et sémantique	P. 10
Publics et contextes de vie	P. 13
Comment promouvoir l'aller-vers en santé en squats et bidonvilles ?	P. 15
<b>LES ENSEIGNEMENTS PRATIQUES, ISSUS DE L'EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNEL.L.E.S DE TERRAIN BÉNÉVOLES ET SALARIÉ.E.S</b>	P. 17
<b>LEÇON N°1 : LA POSTURE ET L'ÉQUIPE</b>	P. 18
Quelle posture adopter dans une démarche d'aller-vers ?	P. 18
Comment s'organise le travail de l'équipe ?	P. 19
Quelle est la composition de l'équipe DSSR ?	P. 19
Quelle est l'importance de l'interprétariat professionnel ?	P. 20
Quels prérequis sont nécessaires aux membres de l'équipe ?	P. 20
Quels dispositifs développer pour accompagner l'équipe ?	P. 21
<b>LEÇON N°2 : LA COORDINATION ENTRE ACTEURS</b>	P. 22
Pourquoi la coordination est cruciale pour les sorties DSSR ?	P. 22
Comment se coordonner entre acteurs mobiles pour intervenir sur les sites ?	P. 23
<b>LEÇON N°3 : LA RENCONTRE, L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES</b>	P. 24
Comment prendre connaissance de l'existence et de la localisation des squats et bidonvilles ?	P. 24
Comment se déroule la première sortie ?	P. 24
Quelle temporalité pour travailler dans les lieux de vie ?	P. 26
Comment s'appuyer sur des relais communautaires sans renforcer les dynamiques de pouvoir et de domination ?	P. 26
<b>LEÇON N°4 : LES SORTIES RÉGULIÈRES EN DSSR</b>	P. 27
Que faut-il faire avant une sortie ?	P. 27
Comment se déroule une sortie ?	P. 27
Comment aborder les sujets de DSSR ?	P. 28
Comment gérer la confidentialité sur le terrain ?	P. 29
Comment effectuer une bonne orientation vers les structures médico-sociales appropriées ?	P. 30
<b>LEÇON N°5 : LE SUIVI DES SITES ET DES PERSONNES</b>	P. 31
Comment suivre les sites entre les sorties ?	P. 31
Comment suivre les patient.e.s entre les sorties ?	P. 32
Quand et comment arrête-t-on le suivi ?	P. 32
<b>CONCLUSION</b>	P. 33
<b>ANNEXES</b>	P. 34
Annexe 1 : La liste des contributeur.rice.s	P. 34
Annexe 2 : Bibliographie et Références	P. 35

# MESSAGES CLÉS DU TERRAIN :



**LES INDISPENSABLES POUR  
UN ALLER-VERS DE QUALITÉ EN DSSR**



**CES MESSAGES CLÉS SONT ADRESSÉS AUX PROFESSIONNEL.L.E.S DE LA SANTÉ ET DU SOCIAL QUI SOUHAITENT SE LANCER DANS UNE DÉMARCHE D'ALLER-VERS EN DSSR. ILS SONT LE FRUIT D'UNE FORMULATION COLLECTIVE DES PROFESSIONNEL.L.E.S DE TERRAIN BÉNÉVOLES ET SALARIÉ.E.S PRATIQUANT OU AYANT PRATIQUÉ L'ALLER-VERS EN DSSR, PRÉSENTES LORS DE L'ATELIER DE VALIDATION DES CONTENUS, LE 12 MAI 2022. ILS TIENNENT COMPTE DES ÉLÉMENTS PRÉSENTÉS DANS CE LIVRET.**

**Faites des sorties DSSR dédiées**, uniquement sur des sites déjà couverts par les équipes de médiation sanitaire et sociale

**Osez y aller !** Faites une première sortie pour connaître les habitant.e.s

Ne cherchez pas à vous rassurer derrière les outils, **c'est la posture qui compte le plus**

Allez boire un café avant et après avec les autres membres de l'équipe pour **souder, motiver et informer l'équipe pluridisciplinaire**

Buvez aussi un café avec **l'interprète** (professionnel.le et/ formé.e) **pour qu'il ou elle sache et consente à parler des DSSR**



Autorisez-vous à changer d'interprète si vous réalisez que **la qualité de traduction n'est pas bonne**

Ils et elles (les habitant.e.s des squats et des bidonvilles) ont **les mêmes questions que tout le monde**

**Cassez vos préjugés** sur les publics et sur la thématique

Ne cherchez pas forcément à recréer le bureau de consultation pour pouvoir parler des DSSR

**Faites confiance aux personnes** pour proposer des espaces de parole adaptés à leurs besoins



**Laissez les thématiques émerger** dans le cadre des DSSR

Adoptez une posture de **non-jugement total**

Munissez-vous d'un **sac avec des outils visuels et physiques** (modélisation des sexes et du clitoris, exemple pour chaque type de contraception, speculum, brosse à frottis ...)

Ne cherchez pas à faire du collectif à tout prix, **l'individuel c'est bien aussi**

**Laissez-vous du temps !** Si au début ça ne prend pas, c'est normal

**Cultivez l'horizontalité de la posture** en laissant votre structure derrière vous et sans communiquer votre statut spécifique (travailleur.se sociale, gynécologue, sage-femme...)



<b>AME</b>	Aide Médicale d'Etat
<b>ARS</b>	Agence Régionale de Santé
<b>C2S</b>	Complémentaire Santé Solidaire
<b>CACIS</b>	Centre Accueil Consultation Information Sexualité
<b>CADA</b>	Centre d'Accueil de Demandeurs d'Asile
<b>CASAM</b>	Collectif des Acteurs Sanitaires Mobiles
<b>CASO</b>	Centre d'Accueil, de Soins et d'Orientation
<b>CCAS</b>	Centre Communal d'Action Sociale
<b>CeGIDD</b>	Centres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
<b>CLAT</b>	Centre de Lutte Anti Tuberculeuse
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire
<b>CNCDH</b>	Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme
<b>CoREVIH</b>	Comité de coordination de la lutte contre les IST et le VIH
<b>CPAM</b>	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
<b>CPEF</b>	Centres de Planification et d'Education Familiale
<b>DGCS</b>	Direction Générale de la Cohésion Sociale
<b>DGS</b>	Direction Générale de la Santé
<b>DIHAL</b>	Délégation Interministérielle à l'Hébergement et à l'Accès au Logement

# ACRONYMES

<b>DPI</b>	Dossier Patient Informatisé
<b>DSSR</b>	Droits et Santé Sexuels et Reproductifs
<b>DUSV</b>	Dispositif de Soins Urgents et Vitaux
<b>EMPP</b>	Équipe Mobile Psychiatrie Précarité
<b>EQSAM</b>	Équipe Sanitaire Mobile
<b>ES</b>	Educateur.rice Spécialisé.e
<b>GIP BMM</b>	Groupement d'Intérêt Public Bordeaux Métropole Médiation
<b>HAS</b>	Haute Autorité de Santé
<b>IDE</b>	Infirmièr.e Diplomé.e d'Etat
<b>ISM</b>	Inter Service Migrants Interprétariat
<b>IST</b>	Infection Sexuellement Transmissible
<b>MdM</b>	Médecins du Monde
<b>MDPS</b>	Maison Départementale de la Promotion de la Santé
<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>PMI</b>	Protection Maternelle et Infantile
<b>PUMa</b>	Protection Universelle Maladie
<b>SSR</b>	Santé Sexuelle et Reproductive
<b>TDS</b>	Travailleur.se Du Sexe
<b>VIH</b>	Virus de l'Immunodéficience Humaine

# CONTEXTUALISATION ET ENTRÉE EN MATIÈRE

The background of the entire page is a stylized illustration. It features several hands of different skin tones (light, medium, dark) reaching out from the sides to hold or touch various gears. The gears are in different colors: light blue, orange, red, green, and dark blue. The hands are positioned as if they are working together to assemble or adjust the gears, symbolizing collaboration and the integration of different perspectives.

**PRÉSENTATION DU LIVRET**

**CADRAGE THÉORIQUE ET SÉMANTIQUE**

**PUBLICS ET CONTEXTES DE VIE**

**COMMENT PROMOUVOIR L'ALLER-VERS EN DSSR EN SQUATS ET BIDONVILLES ?**

# AVANT-PROPOS : PRÉSENTATION DU LIVRET

## POURQUOI CE LIVRET ?

Médecins du Monde, présente à Bordeaux depuis 1986, a créé en 2007 « l'action Roms » qui est devenue en 2014 la « Mission Squats ». Son objectif a été d'améliorer l'état de santé des personnes vivants en squats et bidonvilles sur Bordeaux Métropole en favorisant leur accès aux soins, aux droits et à la prévention. Dans ce cadre, des activités spécifiquement dédiées à la promotion des DSSR ont été conçues et mises en œuvre avec des partenaires du secteur. Fin 2020, la Mission Squats de Médecins du Monde à Bordeaux a acté son désengagement et le transfert de ses activités d'accès à la santé et aux DSSR aux institutions médico-psycho-sociales de droit commun. Dans ce cadre, l'équipe a souhaité conduire un travail de capitalisation pour formaliser et partager l'expérience qu'elle a acquise avec ses partenaires au cours de ces 10 ans d'intervention.

## A QUI S'ADRESSE-T-IL ?

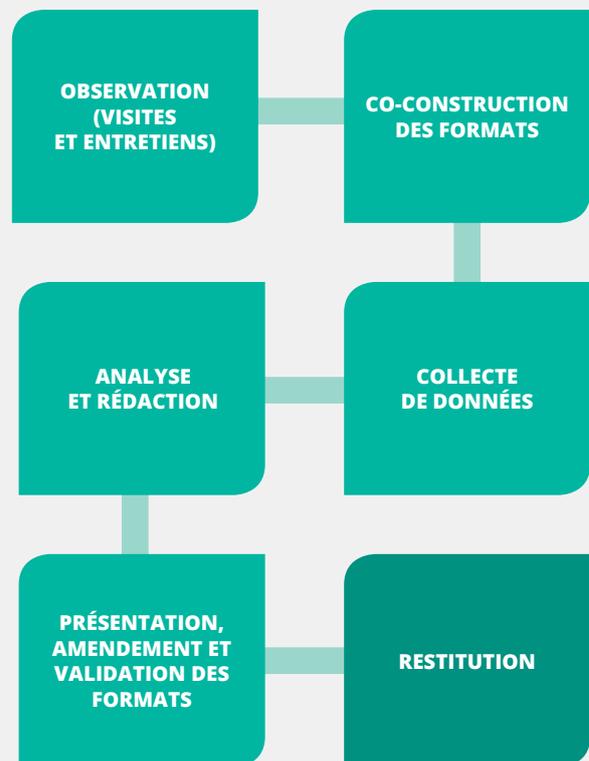
- **Aux professionnel.le.s et structures de droit commun proposant une offre de services en santé sexuelle et reproductive** qui souhaitent s'engager dans une démarche d'aller-vers en DSSR et/ou qui souhaitent bénéficier d'arguments pour convaincre leurs collègues ou leurs structures de s'y lancer sans appréhension et avec des outils simples et accessibles : CeGIDD, Centres de Planification et d'Education Familiale (CPEF), PMI, PASS
- **Aux autorités locales, régionales et nationales** : Agences Régionales de Santé (ARS), Direction générale de la santé (DGS), Direction générale de la cohésion sociale (DGCS), Haute autorité de santé (HAS)
- **Aux autres projets de Médecins du Monde et partenaires** intervenant auprès et avec des personnes non ou mal logées partout en France

Il est orienté vers les acteurs bordelais, mais peut tout à fait être transposé à d'autres territoires, en gardant néanmoins en tête que chaque contexte est singulier. Toute intervention conduite sur la base de ces éléments capitalisés nécessitera un diagnostic local, une implication des personnes concernées et des parties prenantes dans le processus.

## COMMENT A-T-IL ÉTÉ CONÇU ?

Ce livret est le fruit d'un travail de capitalisation de l'expérience initié par Médecins du Monde et mené par deux consultantes indépendantes, Margaux Saillard et Marion Junca.

Il a été construit sur la base de recueils de témoignages d'acteur.rice.s de terrain, professionnel.le.s salarié.e.s ou bénévoles médico-psycho-sociaux.les, de militant.e.s associatif.ve.s et des personnes concernées, habitant.e.s de squats et bidonvilles. Son format a fait l'objet d'une co-construction et d'une validation des formats par ses contributeur.rice.s, lors d'ateliers et de réunions de pilotage. Il a été réalisé en 6 grandes étapes, de janvier à juin 2022.



## COMMENT EST-IL CONSTRUIT ?

La première partie du document est dédiée au cadre théorique et sémantique visant à introduire le propos. La seconde, subdivisée elle-même en 5 parties, est le fruit de la modélisation des pratiques et de l'expérience collectée auprès des contributrices et des contributeurs.

Pour faciliter la fluidité et l'appropriation des messages qu'il véhicule, ce livret a été rédigé sous la forme d'une recommandation fluve, avec une mise en exergue de certains **points de vigilance**.

## QUELLES SONT SES LIMITES ?

Tous les sujets n'ont pas pu être traités dans le cadre de ce livret. Nous avons essayé, tant que faire se peut, de les identifier sans pour autant les circonscrire. Certains d'entre eux ont fait l'objet d'une discussion au cours des ateliers de validation des contenus sans donner lieu à des parties dédiées dans ce document.

C'est notamment le cas de l'**approche genre** (et notamment inégalités femmes-hommes, assignation sociale à un genre et hétéronormativité), qui n'est pas abordée en tant que telle. En effet, si dans le cadre des activités DSSR en aller-vers, les enjeux de genre et de lutte contre les inégalités de genre ont été une composante clé des interventions, l'intégration de l'approche genre dans le cadre de ces activités n'a pas été formalisée en équipe lors des ateliers ou de la collecte. Pour plus d'informations, Médecins du Monde dispose d'une Politique Genre en interne qu'elle peut mettre à disposition sur demande et vous pouvez également vous référer au Guide du FE3 et à ses 12 fiches pédagogiques qui fournissent également des outils intéressants sur le sujet<sup>1</sup>.

Un autre aspect non traité est celui de la **protection de l'enfance**<sup>2</sup>. Après discussion lors a été acté que la maturité de nos pratiques dans ce domaine n'était pas suffisamment aboutie pour faire l'objet de développements.

Il est à noter que ce document, qui a été conçu pour se suffire à lui-même, constitue dans les faits le second volet du travail de capitalisation. Un premier volet **L'Aller-vers en santé est également mis à disposition des professionnel.le.s du secteur médico-psycho-social** qui souhaiteraient développer des activités de médiation en santé en squats et bidonvilles.



## QUI L'A RÉDIGÉ ?

Ce livret a été rédigé par **Margaux Saillard**, consultante indépendante spécialisée sur les questions de qualité et de mesure d'impact dans l'humanitaire en France et à l'international, avec l'appui de **Marion Junca**, consultante indépendante dans l'appui-conseil aux ONG sur les questions de qualité et redevabilité. Ce binôme de consultantes a été choisi par Médecins du Monde pour réaliser ce travail sur la base de ses expériences précédentes sur des travaux similaires et sur sa connaissance des enjeux de terrain.

La partie portant sur le cadrage théorique et sémantique a été rédigée avec la contribution de **Marie Missioux**, Référente appui technique et plaidoyer DSSR au siège de Médecins du Monde.

Enfin **Morgan Garcia** et **Kathy Fenech**, coordinateur.rice de la Mission Squats de Bordeaux, ont effectué un suivi régulier de l'évolution des formats et des contenus tout au long du processus de capitalisation.

## QUI A CONTRIBUÉ À CONCEVOIR CE LIVRET ?

### LES CONTRIBUTEUR.RICES

Pour réaliser ce document, les consultantes ont rencontré et interrogé 51 contributeur.rice.s (voir la liste complète en Annexe) entre la phase d'immersion et la phase de collecte, parmi lesquelles :

- **3 médiateurs sociaux**
- **4 habitant.e.s de bidonvilles**
- **5 militant.e.s ouvrier.euse.s de squats**
- **5 personnels de santé et du social** membres d'associations partenaires
- **13 personnels de santé et du social** issus de structures publiques et privées dont 8 appartenant à des PASS
- **26 personnes de Médecins du Monde** (ancien.ne.s et actuel.le.s), dont 12 bénévoles (de la Mission Squats ou du CASO de Bordeaux) et 13 salarié.e.s (dont 4 de la Mission Squats Bordeaux, 4 du siège et 6 issues d'autres missions en France)

Il est à noter que sur tou.te.s les bénévoles MdM interrogé.e.s, plus de la moitié sont actuellement professionnel.le.s de santé dans des structures de la région bordelaise. On observe aussi que parmi les cadres de santé interrogé.e.s, la moitié sont d'ancien.ne.s bénévoles de Médecins du Monde. Ce mélange, s'il peut constituer un biais, montre surtout à quel point la mobilisation de personnes clés dans le « faire ensemble » constitue un facteur de durabilité et conditionne la transmission.

Toutes les personnes citées nommément sont informées du fait et ont fourni leur consentement.

### LE COMITÉ DE PILOTAGE DE LA CAPITALISATION

À l'image de la Mission Squats de Bordeaux, le Comité de pilotage de cette capitalisation a été pensé dans une perspective de co-construction et de transmission. Il était ainsi composé de membres de la Mission Squats, salarié.e.s et bénévoles, d'expert.e.s thématiques du siège de MdM et de partenaires associatifs et institutionnels. Il a eu pour vocation de sélectionner l'équipe de consultantes, de suivre toutes les étapes du processus et d'amender et valider les livrables attendus.

**Mission Squats de Médecins du Monde Bordeaux :** **Morgan Garcia**, coordinateur de la Mission Squats (personne référente) succédé de **Kathy Fenech**, co-référente santé communautaire ; **Jean-Luc Taris**, responsable de la Mission Squats ; **Ana Rivadeneyra**, co-Référente Santé Communautaire de la Mission Squats ; **Aude Saldana Cazenave**, coordinatrice régionale Aquitaine, succédée par Adeline Gripon.

**Direction des Opération France et de la Direction Santé Plaidoyer de Médecins du Monde :** **Orane Lamas**, Référente appui technique et plaidoyer – santé environnement – mal-logement ; **Pauline Bignon**, Référente Empowerment ; **Najat Lahmidi**, Référente DSSR, succédée par **Marie Missioux**.

**Partenaire associatifs et institutionnels bordelais :** **Lauriane Beausoleil**, Éducatrice spécialisée du CACIS succédée par **Enora Logiou** également ES au CACIS ; **Corine Vincent**, Chargée de mission à la Maison Départementale de la Promotion de la Santé ; **Shirley Spies**, Militante active dans les squats bordelais.

<sup>1</sup> Guide du FE3, Genre et développement 12 fiches pédagogiques, version augmentée, 2021. <https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/F3E-fiches-pedagogiques-genre-et-developpement-2021.pdf>

<sup>2</sup> Selon l'article 3, alinéa 1er, de la Convention internationale des droits de l'enfant (CIDE) : « Dans toutes les décisions qui concernent les enfants, qu'elles soient le fait des institutions publiques ou privées de protection sociale, des tribunaux, des autorités administratives ou des organes législatifs, l'intérêt supérieur de l'enfant doit être une considération primordiale ». La loi prévoit que tout citoyen doit porter auprès d'une autorité administrative ou judiciaire une situation de mineur en danger ou en risque de l'être et le besoin d'aide découlant de cette situation dès lors qu'il en a la connaissance (article L434-3 du Code pénal3). [https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv\\_Droit\\_Enfant.pdf](https://www.diplomatie.gouv.fr/IMG/pdf/Conv_Droit_Enfant.pdf)

# INTRODUCTION

# CADRAGE THÉORIQUE

# ET SÉMANTIQUE

## LES DSSR : UN ENJEU CLÉ DE SANTÉ INDIVIDUELLE ET PUBLIQUE

Les droits et santé sexuels et reproductifs (DSSR) portent sur des aspects fondamentaux de la vie de la personne : son corps, sa sexualité, sa santé, ses relations affectives et sexuelles, son choix de parentalité.

« La santé sexuelle et reproductive est un état de bien-être physique, affectif, mental et social concernant tous les aspects de la sexualité et de la reproduction, et pas seulement l'absence de maladie, de dysfonctionnement ou d'infirmité. Ainsi, une approche positive de la sexualité et de la reproduction doit reconnaître le rôle joué par les relations sexuelles sources de plaisir, la confiance et la communication dans la promotion de l'estime de soi et du bien-être général. Chaque personne a le droit de prendre les décisions qui concernent son corps et d'accéder à des services qui appuient ce droit. »

Commission Guttmacher-Lancet<sup>3</sup>

Médecins du Monde agit en faveur d'un accès **universel** à des services de santé sexuelle et reproductive complets et de qualité. Or, les services peuvent exister sans pour autant que toutes et tous y aient un accès effectif. C'est pourquoi Mdm a adopté la définition élargie des « droits et santé sexuels et reproductifs » de la Commission Guttmacher-Lancet, qui valorise **l'exercice des droits sexuels et reproductifs comme préalable indispensable à l'accès à la santé sexuelle et reproductive.**

Pour accéder à la santé sexuelle et reproductive, il faut pouvoir **réaliser ses droits sexuels et reproductifs qui impliquent le respect de droits fondamentaux** tels que le :

- Droit de bénéficier du **respect de son intégrité corporelle, de sa vie privée et de son autonomie personnelle**
- Droit de **définir librement sa propre sexualité**, y compris son orientation sexuelle, son identité et son expression de genre
- Droit de **décider si et quand être sexuellement actif.ve**
- Droit de **choisir son.sa ou ses partenaires**
- Droit de **jouir d'une expérience sexuelle sans risque et qui procure du plaisir**
- Droit de **décider si, quand, et avec qui se marier**
- Droit de **décider si, quand, et par quel moyen avoir un ou plusieurs enfants, et combien en avoir**
- Droit d'avoir **accès toute sa vie durant à l'information, aux ressources, aux services, et à l'accompagnement nécessaires** à la réalisation de tout ce qui précède, sans discrimination, contrainte, exploitation ni violence

## « PAS DE SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE SANS DROITS SEXUELS ET REPRODUCTIFS ! »

Les actions de Médecins du Monde s'inscrivent dans une **approche de santé publique, de promotion des droits humains et de lutte contre les inégalités de genre** afin de lever les barrières d'accès à la santé sexuelle et reproductive et répondre au mieux aux besoins spécifiques des populations. Médecins du Monde affirme sa vision inclusive du genre, pour que **chaque personne – quel que soit notamment son sexe, son identité de genre ou son orientation sexuelle – puisse prendre les décisions qui concernent son corps, sa santé, sa sexualité, y compris avoir une vie sexuelle autonome, satisfaisante et sans danger, et accède à une prise en charge adaptée concernant ses DSSR.**



A toutes les étapes de sa vie, chaque personne doit avoir accès à des services de santé pour bien vivre et comprendre sa sexualité, pour être accompagnée dans ses choix et répondre à ses besoins. Il s'agit du continuum de soins en santé sexuelle et reproductive. Afin de garantir une réponse adaptée à ces besoins, **Médecins du Monde promeut un paquet essentiel de 9 interventions et services** dont les composantes sont reconnues notamment par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et le Ministère des Solidarités et de la Santé français, y compris dans le cadre de la stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030 :

- Prévention et traitement du VIH et autres IST
- Education complète à la sexualité
- Services d'avortement sans risque et traitement des complications
- Soins prénataux, d'accouchement et postnataux, soins obstétricaux et néonataux d'urgence
- Conseil et services couvrant un éventail de contraceptifs modernes
- Information, conseil et services de santé et bien-être sexuels
- Information, conseil et services concernant l'hypofécondité et l'infertilité
- Prévention, dépistage, services immédiats et orientation des cas de violence sexuelle et de genre
- Prévention, dépistage et prise en charge des cancers de l'appareil génital

# LA DÉMARCHÉ D'INTERVENTION : PROMOTION DE LA SANTÉ, EN ALLER-VERS, À VISÉE D'EMPOWERMENT

En matière de promotion de la santé, l'approche développée par Médecins du Monde s'ancre dans une conception de la santé telle qu'inscrite dans la *Charte d'Ottawa*<sup>4</sup> qui promeut les principes de **justice sociale, d'équité et de participation communautaire**. « La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. Pour parvenir à un état de complet bien-être physique, mental et social, l'individu, ou le groupe, doit pouvoir identifier et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie ; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé: elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la bonne santé ; son ambition est le bien-être complet de l'individu. »

L'intervention de promotion des droits et santé sexuels et reproductifs telle que décrite dans le cadre de ce livret ne vise donc pas à soigner sur place et à se substituer au droit commun mais bien à sensibiliser et renforcer les capacités des personnes à agir sur leur santé sexuelle et reproductive, et à créer des ponts avec les structures sanitaires et sociales existantes.

## L'ALLER-VERS EN SANTÉ

Selon Santé publique France : « Pour améliorer la santé de la population, les services de santé, sociaux et d'éducation ne suffisent pas : certains citoyens ne sont pas en mesure d'accéder aux soins et à la prévention. Si l'on veut qu'ils en bénéficient, il faut aller à leur rencontre au sein de leurs lieux de vie. La démarche du « aller-vers » est ainsi au cœur du travail social et elle s'appuie sur une éthique respectueuse du libre-arbitre des personnes que l'on souhaite accompagner. Elle s'adresse aux exclus du système de santé sans attendre qu'ils expriment une demande d'aide, de préférence avant que les difficultés ne soient installées, mais sans s'imposer et sans juger.

*La démarche d'« aller-vers » ne concerne pas que les personnes vivant dans la rue ou dans d'autres conditions indignes (squats, bidonvilles). Elle s'avère pertinente pour toute personne ou tout collectif isolé ou ayant des difficultés à accéder aux soins et à l'ensemble de ses droits. Quelle que soit la population concernée et le terrain d'intervention, « aller-vers » c'est avant tout respecter les désirs des personnes. »<sup>5</sup>*

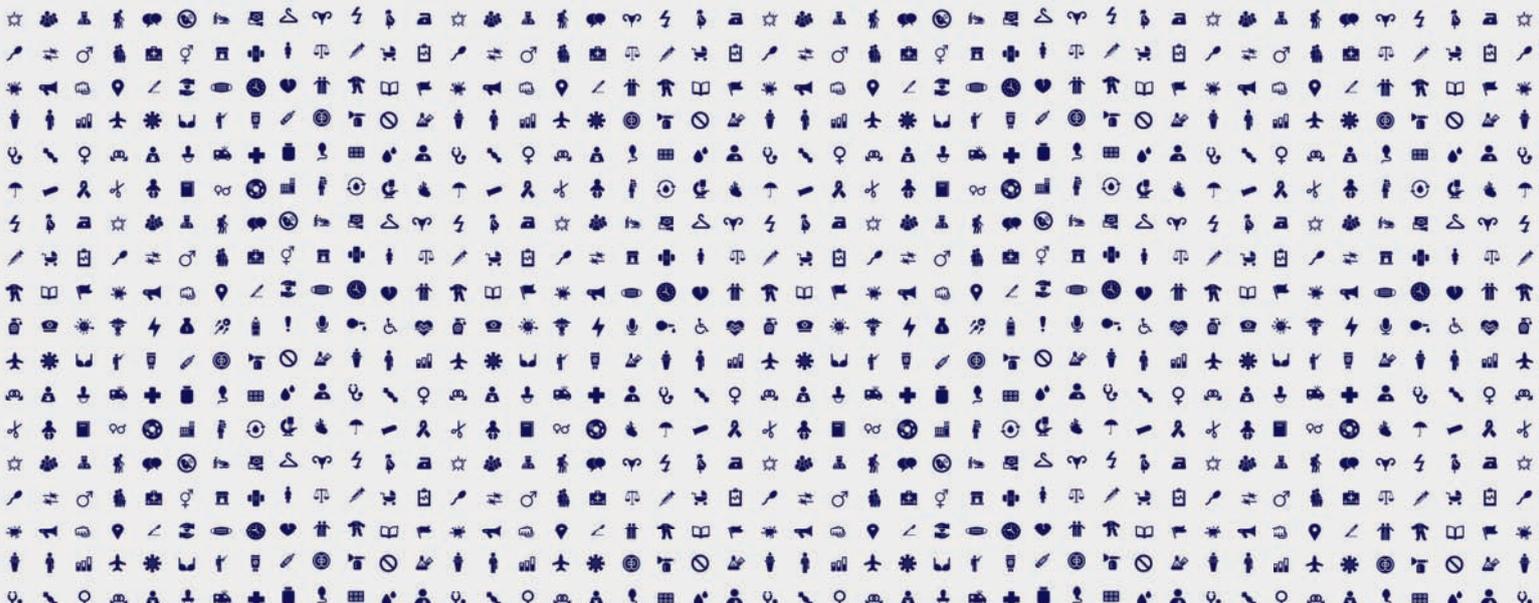
La Mission squats de Bordeaux a été à l'initiative de la création du Collectif des Acteurs Sanitaires et Mobiles de Bordeaux (CASaM). Ce collectif d'organisations travaillant en réseau a élaboré sa charte en mai 2021, (qui se trouve en annexe du Volet « L'aller-vers en santé » également produit dans le cadre de cette capitalisation). Dans cette Charte, l'aller-vers est le principe d'action qui chapeaute tous les autres. « L'amélioration de l'état de santé s'entend au-delà du soin pur. L'absence de stabilité des milieux de vie, le manque de confort matériel, l'accès limité aux services de droit commun... sont autant de facteurs ayant un impact négatif direct sur l'état de santé global des individus. Aussi, au-delà de l'accès aux soins, nous nous attachons également à repérer et à agir dans la mesure de nos moyens sur les déterminants sociaux de la santé (...) La mobilité est une modalité fondamentale dans la mesure où elle permet d'aller rencontrer les personnes en difficultés d'accès au droit commun où elles se trouvent, de contribuer à la création de lien social et de permettre aux acteurs intervenants de développer des actions de médiation ».

L'aller-vers en santé n'est donc pas l'externalisation d'une activité intramuros et ne s'improvise pas. La Charte du CASaM en propose une modélisation sous la forme de sept étapes/ actions clés, séquencées comme suit :

1. **Aller à la rencontre** : mission exploratoire, repérage action mobile, bienveillance et neutralité
2. **Créer un lien pérenne avec la personne** : régularité des interventions et des interlocuteurs, relation de confiance
3. **Faire émerger et évaluer la demande** : actions de prévention et sensibilisation, gestion des urgences
4. **Orienter et accompagner auprès des partenaires** : santé, droits sociaux, logement, hébergement
5. **Observer, rendre compte et alerter les institutions** : veille sanitaire et sociale, alerte urgences, rapport d'activité
6. **Assurer la formation et l'information** : formations internes à destination des dispositifs de droit commun, partage d'informations entre partenaires
7. **Organiser une action coordonnée** : conventions entre les partenaires, temps de régulation, comité de pilotage, interconnaissances, évaluation commune

4 [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

5 <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2022/aller-vers-pour-promouvoir-la-sante-des-populations.-le-dossier-de-la-sante-en-action-n-458-decembre-2021>



## LA MÉDIATION EN SANTÉ

Le terme de « médiation en santé » peut renvoyer à des situations différentes. Il peut se rapporter à un projet, à une équipe de médiation en santé, à des professionnels dédiés... Sur la Mission squats de Bordeaux, l'ensemble du programme et de l'équipe a développé une démarche de médiation en santé, sans toutefois compter dans l'équipe de médiateur.trice dédié.e.

Selon l'article D. 1110-5 du Code de la santé publique<sup>6</sup> « *La médiation sanitaire, ou médiation en santé, désigne la fonction d'interface assurée entre les personnes vulnérables éloignées du système de santé et les professionnels intervenant dans leur parcours de santé, dans le but de faciliter l'accès de ces personnes aux droits prévus au présent titre, à la prévention et aux soins. Elle vise à favoriser leur autonomie dans le parcours de santé en prenant en compte leurs spécificités.* »

Dans le Référentiel de compétences de la Haute Autorité de Santé<sup>7</sup> d'Octobre 2017, portant sur La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins, la médiation en santé est « *un processus temporaire de « l'aller-vers » et du « faire avec » dont les objectifs sont de renforcer : l'équité en santé en favorisant le retour vers le droit commun ; le recours à la prévention et aux soins ; l'autonomie et la capacité d'agir des personnes dans la prise en charge de leur santé ; la prise en compte, par les acteurs de la santé, des spécificités, potentialités et facteurs de vulnérabilité du public. Elle désigne la fonction d'interface assurée en proximité pour faciliter : d'une part, l'accès aux droits, à la prévention et aux soins, assurés auprès des publics les plus vulnérables ; d'autre part, la sensibilisation des acteurs du système de santé sur les obstacles du public dans son accès à la santé.* »

### PRÉCISION SUR LE TERME « DROIT COMMUN »



Dans ce livret, le terme « **droit commun** », désigne toutes les structures médico-psycho-sociales publiques, privées engagées dans la prise en charge de la santé des personnes vulnérables à long terme, en opposition à l'action portée par Médecins du Monde et ses partenaires associatifs qui a toujours eu vocation à être transférée.

Il est à noter que du point de vue des PASS, le terme ne revêt pas la même signification. En effet, le droit commun en matière de santé est régi par le fait d'être assuré.e social.e. En ce sens, toute personne étant assurée à un régime de l'assurance maladie via la CPAM ou un autre organisme doit pouvoir bénéficier de l'accès au droit commun en matière de santé. Il n'existerait en théorie aucun obstacle à la prise en charge en soin en libéral ou dans les établissements de santé.

6 Issu du décret n° 2017-816 du 5 mai 2017.

7 [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve...pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve...pdf)



# INTRODUCTION

# PUBLICS ET

# CONTEXTES DE VIE

## QUI SONT LES HABITANT.E.S DES SQUATS ET DES BIDONVILLES ?

### DES POPULATIONS PLURIELLES, ISOLÉES DES SERVICES DE PRÉVENTION ET DE SOINS

La médiation pour l'accès aux soins et aux droits dans une démarche d'aller-vers s'inscrit volontairement dans une approche visant à ne pas essentialiser la problématique en la réduisant à une approche populationnelle<sup>8</sup>. Elle s'adresse à des publics en situation de précarité dont certains, en l'absence de solution d'hébergement ou de logement, sont contraints de s'installer sur des terrains ou des bâtiments sans droits ni titres.

Il n'existe pas de données exhaustives relatives aux lieux de vie informels et aux personnes y vivant. Celles dont on dispose proviennent de recensements réalisés par la DIHAL. Les dernières données publiées par la DIHAL<sup>9</sup> sont de mai 2021 : en 2021, 22 189 personnes vivaient en squats et bidonvilles (seuls sont comptabilisés les sites de plus de 10 personnes), sur 439 sites. Parmi elles, 12 342 sont ressortissantes de pays de l'Union européenne, soit environ 55%. Le reste des personnes sont soit ressortissantes de pays extra-européens, soit françaises. Parmi ces personnes, 5695 mineurs sont recensés, soit 26% de la population estimée.

Dans son dernier point d'étape<sup>10</sup>, la DIHAL donnait des chiffres sur l'évolution de la population des ressortissant.e.s européen.ne.s : 13 728 (sur 16 090) personnes au total en décembre 2018 vs 12 342 (sur 22 189) en mai 2021. Cela montre que la population globale (intra + extra UE) semble augmenter, quand la population intra UE elle semble diminuer<sup>11</sup>.

Malgré l'instruction interministérielle du 25 janvier 2018 transmise aux préfets dans le but d'une résorption des bidonvilles d'ici 2022, la situation n'a pas réellement évolué et les expulsions, bien que dénoncées par la Commission nationale consultative des Droits de l'Homme (CNCDH), le Commissaire européen aux droits de l'homme et le Défenseur des droits, continuent d'être menées.

Sur la communauté urbaine de Bordeaux, Médecins du Monde estime à plus de 2000 le nombre de personnes vivant en squat ou bidonvilles. Parmi elles, un grand nombre de personnes sont originaires de Bulgarie et de Roumanie (environ 60%), mais rappelons ici la forte hétérogénéité au sein de cette population (Roms roumains, Roms bulgares, bulgares turcophones, bulgares slaves, roumains latins, catholiques, évangélistes, orthodoxes, musulmans...)<sup>12</sup>. Il s'agit principalement de familles, avec une composante multigénérationnelle croissante (présence de jeunes enfants et de personnes âgées) et un parcours migratoire pendulaire avec des allers-retours au pays d'origine (qui s'explique par la proximité géographique, mais aussi par la liberté de circulation dans l'espace Schengen).

En parallèle, il convient de noter, ces dernières années, une forte augmentation dans les squats et bidonvilles du nombre de personnes originaires d'Afrique sub-saharienne, du Maghreb et d'Europe de l'Est (demandeurs d'asile, réfugiés statutaires ou personnes en situation irrégulière), ne bénéficiant pas d'un accès à l'hébergement (au sein du dispositif national d'accueil ou en hébergement généraliste).

Si les origines géographiques des personnes rencontrées varient, soulignons qu'elles partagent des conditions de vie communes extrêmement précaires : tentes, cabanes ou caravanes délabrées, sur des terrains ou dans des bâtiments pour la plupart sans eau ni électricité, avec un ramassage des déchets aléatoire et une importante promiscuité. Les moyens de subsistance des personnes diffèrent en fonction des groupes, des saisons et du genre : ferrailage, vendanges, mendicité, glanage des poubelles, livraison à vélo, travail du sexe, emplois précaires (viticole, bâtiment, livraison à vélo)...

Les personnes vivant en squats et bidonvilles rencontrent généralement des difficultés dans leur parcours d'accès aux soins et aux droits. Une large part d'entre elles n'a pas de droits ouverts à l'assurance maladie, alors même que l'obtention de ces droits n'est qu'une des nombreuses conditions pour garantir un accès effectif à la santé. En effet : la méconnaissance du système de santé français, et notamment du rôle central du médecin traitant ; l'absence de solutions d'interprétariat professionnel ; l'isolement des praticiens face à des situations sociales complexes ou encore la saturation des services de santé ; sont autant de difficultés à surmonter. La prise en compte de ces barrières est indispensable pour accompagner au mieux la personne.

Pour plus de détails voir la partie Orientation

<sup>8</sup> C'est dans cette perspective que l'« Action Roms », créée et portée par MdM en 2007, s'est transformée en « Mission Squats » en 2014.

<sup>9</sup> DIHAL, Résorption des bidonvilles, point d'étape, septembre 2021, [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point\\_detape\\_2019-2020\\_-\\_resorption\\_des\\_bidonvilles\\_vweb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf)

<sup>10</sup> idem

<sup>11</sup> [https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point\\_detape\\_2019-2020\\_-\\_resorption\\_des\\_bidonvilles\\_vweb.pdf](https://www.gouvernement.fr/sites/default/files/contenu/piece-jointe/2021/10/point_detape_2019-2020_-_resorption_des_bidonvilles_vweb.pdf)

<sup>12</sup> Rapport d'activité Mission Squat Médecins du Monde Bordeaux 2020

## « SUR LES NOTIONS DE SQUATS ET DE BIDONVILLES »<sup>13</sup>



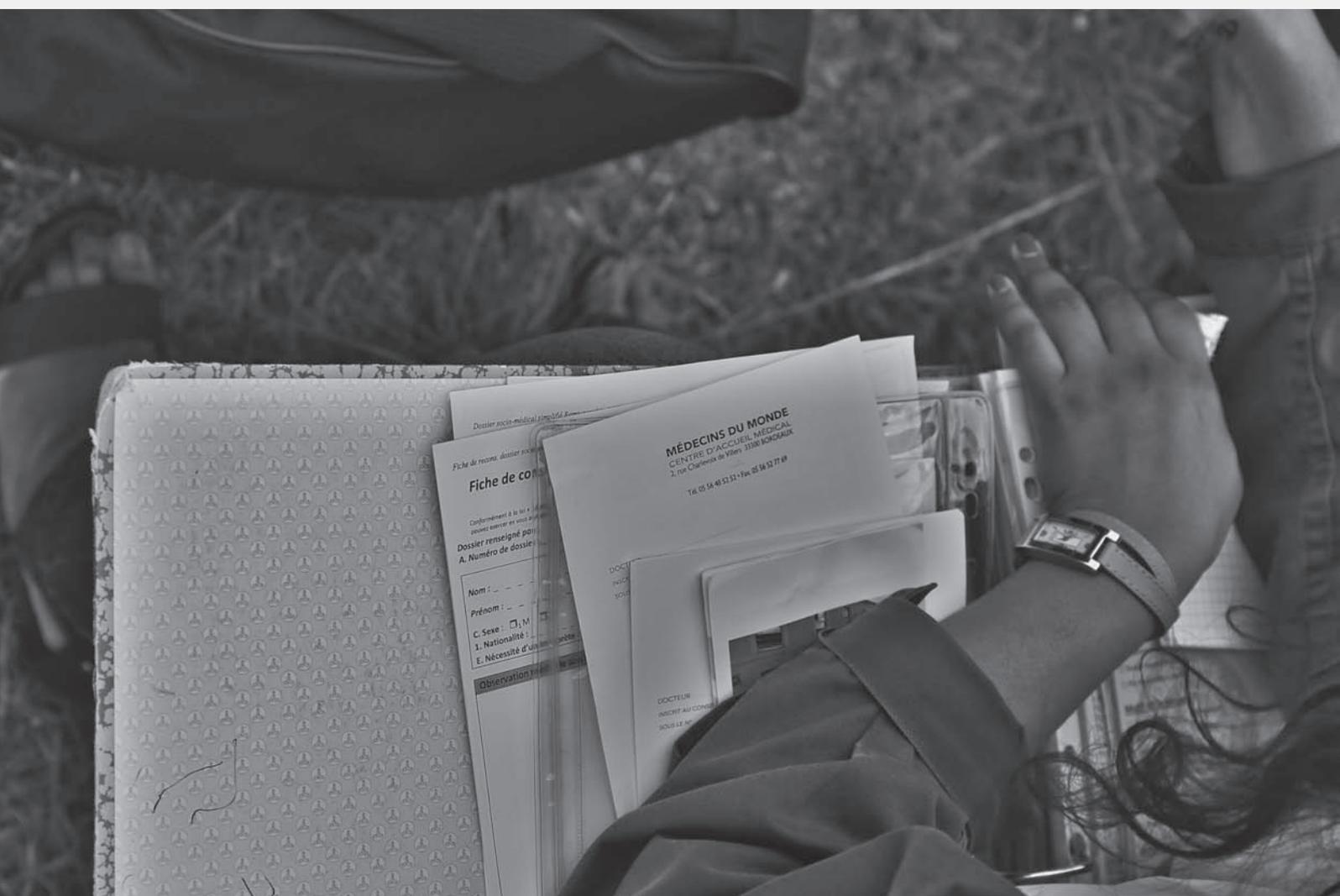
**Bidonville** : le terme bidonville renvoie à une réalité de mal-logement historique et juridique. Les bidonvilles en France recourent diverses situations, concernent des publics ou des types d'habitats différents. Ils ont cependant en commun plusieurs éléments : un statut d'occupation fragile, voire irrégulier, un type d'habitat hors de la norme du logement et de l'immeuble (des baraques, habitations de fortune, cabanes, des caravanes, etc...), des équipements absents ou défectueux (accès à l'eau, à des sanitaires, à l'électricité, au ramassage des ordures, à du mobilier urbain) qui créent des conditions d'insécurité pour ceux qui les habitent, une population qui est souvent précaire, marginalisée et/ou discriminée. La surpopulation est fréquente mais ne caractérise pas tous les bidonvilles en France, un environnement – urbain ou non – qui est souvent un non-lieu, sans reconnaissance institutionnelle.

**Squat** : le squat désigne un logement ou un immeuble initialement inoccupé et habité par des occupants sans titre. Le terme peut suggérer une certaine forme d'organisation collective. Même si les squats constituent des réalités extrêmement mouvantes, leurs occupants s'organisent souvent dans la durée.

**Campement** : un campement a souvent les mêmes caractéristiques qu'un bidonville (voir supra) mais il est principalement composé de tentes.

**Lieu de vie informel** : terme générique qui peut désigner un squat, un bidonville, un regroupement de tentes. Il s'agit du lieu où une personne habite et réalise l'ensemble de ses activités quotidiennes avec toutes les relations que cela implique au territoire et à ses habitants.

<sup>13</sup> Ces définitions sont celles adoptées dans le cadre du projet interassociatif « Observatoire des expulsions de lieux de vie informels », dont l'objectif est de recenser, sur l'ensemble du territoire métropolitain, les expulsions de tous les lieux de vie (squats, bidonvilles, campements), indépendamment de l'origine géographique des habitants. Pour plus d'informations, voir <https://www.observatoiredesexpulsions.org/fr>



# COMMENT PROMOUVOIR L'ALLER-VERS EN SANTÉ EN SQUATS ET BIDONVILLES ?

La Mission Squats de Médecins du Monde et ses partenaires à Bordeaux ont mobilisé différents arguments pour accompagner les acteurs médico-psycho-sociaux dans le développement de pratiques d'aller-vers en santé en squats et bidonvilles, y compris pour les DSSR. Ces arguments collectés auprès des contributeur.rice.s lors de la capitalisation sont présentés ici.

## L'ARGUMENT HUMANISTE : JUSTICE SOCIALE ET DÉONTOLOGIE

Le premier argument mobilisé relève de la justice sociale comme garante d'une égalité devant la santé, du respect des droits fondamentaux et d'une solidarité collective. Cet argument s'appuie également sur la déontologie médicale visant à donner à toutes les populations un accès réel à la santé, dans toutes ses composantes physiques, mentales et sociales.

« Pour convaincre les collègues, j'essaie de leur rappeler leur serment d'Hippocrate. »

**Personnel soignant, PASS Mobile**

Les personnes vivant en squats et bidonvilles ont du mal à intégrer le système de santé. Elles vivent dans des conditions de précarité et de mal-logement qui constituent une barrière à

leur accès aux soins et entraînent à la fois des difficultés de suivi des traitements, une impossibilité d'accès à certaines structures exigeant une domiciliation, une instabilité dans le suivi des rendez-vous médicaux... L'absence de réseau d'entraide, ainsi que la non-maîtrise du français renforcent leur isolement social.

## L'ARGUMENT LÉGALISTE : LA MESURE 27 DU SÉGUR DE LA SANTÉ<sup>14</sup>

Le Ségur de la santé, qui s'est tenu en 2020 pour tenter de répondre à la crise que connaît le secteur en France a porté sur 4 piliers et a abouti à 33 mesures.

La mesure 27 (qui découle du 4<sup>ème</sup> pilier, à savoir « fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers ») a pour objectif de lutter contre les inégalités de santé et prévoit notamment explicitement de :

- Doter chaque région d'une gouvernance stratégique de réduction des inégalités, associant l'ensemble des acteurs (usagers, élus associations experts...)
- Garantir une prise en charge globale (médicale, psychologique, sociale) à l'hôpital comme en ville grâce à la pluridisciplinarité des équipes
- **Recourir aux démarches d'aller-vers** pour toucher les plus exclus au travers de dispositifs mobiles

<sup>14</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf)

## L'ARGUMENT PRATIQUE : SE FAIRE CONNAITRE ET MIEUX CONNAITRE LES HABITANT.E.S

L'aller-vers en santé dans les squats et bidonvilles a un objectif de médiation visant à créer un pont vers les structures existantes, auprès desquelles les personnes ne savent pas ou n'osent pas s'orienter. L'aller-vers permet également au personnel médico-social de mieux comprendre les situations de vie des personnes et de proposer un meilleur accompagnement et une meilleure prise en charge. On assiste à un processus d'acculturation réciproque entre les habitant.e.s de squats et bidonvilles et les professionnel.le.s médico-sociaux profitable aux deux parties.

« Ça permet de décroiser l'hôpital et de casser les peurs. Ils nous voient habillés en civil et apprennent à nous connaître. Et ensuite ils nous retrouvent à l'hôpital dans notre blouse. Ça crée un lien de confiance et une meilleure adhésion au parcours de soin. »

**Personnel soignant, PASS mobile**

« Maintenant, en tant que médecin, je suis plus tolérante sur ces publics. Je comprends que si la patiente rate son rendez-vous ou arrive en retard, c'est qu'au fond il n'y a qu'une seule voiture pour toute la famille, qu'elle ne sait pas prendre les transports en commun, et qu'elle n'a de toute façon pas le droit de sortir seule du bidonville. »

**Personnel soignant, Bénévole MDM**

## L'ARGUMENT ÉCONOMIQUE : SOUTIEN AUX URGENCES, AUX PASS MATERNITÉ ET AU CEGIDD

Les personnes vivant en squats et bidonvilles rencontrent généralement des difficultés dans leur parcours d'accès aux soins et aux droits. De plus, elles ne considèrent souvent pas la santé comme prioritaire en raison de la précarité de leur situation administrative et sociale. En conséquence, elles se retrouvent souvent au dernier moment aux urgences, pour des pathologies aggravées par une prise en charge tardive (ex : grossesse à risque non suivie). L'aller-vers en DSSR permet de raccrocher les personnes au système de santé et d'améliorer la prise en charge et le suivi des patient.e.s. Cela désengorge par là même les services des urgences et réduit le coût des prises en charge. Cela facilite également le travail des services de PASS maternité et des CeGGID en créant des ponts entre les professionnels médico-sociaux et les habitant.e.s de squats et bidonvilles.

« Les personnes sont là et elles ne vont pas se dissiper en les ignorant. Elles ont des problèmes de santé cardio-vasculaire, comme tout le monde, ou elles sont enceintes, comme tout le monde. En cas de pépin, elles vont aller aux urgences ou en maternité et ça sera plus difficile à gérer que si la situation avait été suivie dès le début. »

**Personnel soignant, Bénévole MDM**

## L'ARGUMENT COLLECTIF : LA SANTÉ PUBLIQUE

L'aller-vers en santé dans les squats et bidonvilles peut jouer un rôle de veille sanitaire et permettre d'éviter la propagation de certaines maladies ou épidémies, notamment des IST. C'est d'ailleurs en partie la crise de la COVID19 qui a poussé les structures médico-sociales existantes à sortir davantage de leurs murs depuis 2020 avec les équipes sanitaires mobiles (EQSAM).

« Ça permet de mettre en avant des problématiques des terrains et des conditions de vie qui peuvent impacter aussi le voisinage, comme le saturnisme. »

**Personnel soignant, Bénévole MDM**

## L'ARGUMENT PRAGMATIQUE : L'EXPÉRIENCE TERRAIN POUR DÉCONSTRUIRE LES REPRÉSENTATIONS

L'aller-vers en santé dans les squats et bidonvilles peut effrayer certain.e.s professionnel.le.s qui méconnaissent ces publics et surestiment les moyens nécessaires pour mener un travail de médiation et de promotion des DSSR dans les lieux de vie. De nombreux professionnel.le.s des structures médico-psycho-sociales de la métropole bordelaise ont été bénévoles de la Mission Squats de MDM à Bordeaux. Cette expérience de terrain leur a permis de comprendre l'approche, les modes opératoires avec des dispositifs légers et peu coûteux et surtout de dédramatiser les premiers pas dans les squats ou les bidonvilles.

« Au début, il y a une vraie appréhension de débarquer sur des lieux de vie et de pas de sentir légitime. C'est intimidant. On a l'impression d'être voyeur. »

**Personnel soignant, Bénévole MDM**

« Quand j'ai commencé à sortir avec MDM, je pensais qu'on allait y aller avec les gros moyens pour soigner sur place et faire de la médecine de brousse. Mais ça n'est pas du tout ça ! »

**Personnel soignant, PASS Mobile**

# LES ENSEIGNEMENTS PRATIQUES, ISSUS DE L'EXPÉRIENCE DES PROFESSIONNELLE.S DE TERRAIN BÉNÉVOLES ET SALARIÉ.E.S

**LEÇON N° 1: LA POSTURE ET L'ÉQUIPE**

**LEÇON N° 2 : LA COORDINATION ENTRE ACTEURS**

**LEÇON N° 3 : LA PREMIÈRE RENCONTRE, L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES**

**LEÇON N° 4 : LES SORTIES RÉGULIÈRES**

**LEÇON N° 5 : LE SUIVI DES SITES ET DES PERSONNES**

# LEÇON N°1 : LA POSTURE ET L'ÉQUIPE

## QUELLE POSTURE ADOPTER DANS UNE DÉMARCHE D'ALLER-VERS ?

« La fonction des personnes qui interviennent en sortie DSSR n'est pas tellement importante (médecin, sage-femme, infirmière, travailleur.se social.e, éducat.eur.rice spécialisé.e, animat.eur.rice de prévention santé sexuelle ...) du moment qu'il y a une expertise sur ces questions. Finalement, ce n'est pas tant le rôle et le métier de base qui comptent que l'éthique et la posture professionnelle. »

Personnel soignant, Bénévole MdM

La posture des membres de l'équipe s'inscrit dans les trois grands principes déontologiques retenus par la Haute Autorité de Santé<sup>15</sup> devant s'appliquer à la médiation en santé, à savoir :

- la confidentialité et le secret professionnel,
- le non-jugement,
- le respect de la volonté des personnes,
- auxquels on peut ajouter les notions de confiance, d'empathie, d'humilité et d'horizontalité entre les membres de l'équipe et avec les personnes rencontrées.

### LA CONFIDENTIALITÉ

L'équipe de promotion des DSSR, du fait de sa présence régulière sur les lieux de vie et du suivi du parcours de santé des personnes acquiert une connaissance approfondie des situations personnelles des personnes rencontrées. L'équipe a un **devoir de confidentialité** concernant toute information recueillie, portée à sa connaissance ou comprise, relative à une personne prise en charge. Le partage d'information, entre des professionnels ou avec d'autres membres de la famille, requiert donc un **consentement préalable oral de la personne concernée**. En outre, lors des visites terrain, l'équipe doit, malgré la présence du groupe, improviser un espace de confidentialité lorsque des entretiens privés s'avèrent nécessaires.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur les sorties

### LE NON-JUGEMENT

Les membres de l'équipe de médiation et promotion des DSSR exercent leurs fonctions dans une démarche de **non-jugement**

et dans une posture de neutralité et de décentrage. L'idée n'est pas de s'interdire, de se questionner ou de ressentir des émotions, mais bien de tenter de déconstruire ses préjugés. Aller vers les personnes en toute humilité et en s'efforçant de ne pas porter de jugement sur leurs conditions et leur mode de vie, leurs croyances, leur rapport à la santé et au soin.

« On avait ramené des gobelets en plastique pour partager un café pendant les discussions. Ils en ont pris et puis quand ils ont fini leur café ils les ont jetés par terre. Il m'a regardé en disant « Bah oui j'suis chez moi donc je le fais ». Faut garder en tête que tu viens pas apporter ta culture. Faut avoir une posture de bienveillance et d'écoute plutôt que d'arriver en disant je sais tout et ce que tu fais c'est pas bien. Après tu peux quand même lui dire « Moi je ferais pas comme ça, mais bon tu fais comme tu veux. Si tu commences à être jugeant aussi tu peux braquer les gens et c'est pas l'objectif. »

Personnel social, Equipe mobile

### LE RESPECT DE LA VOLONTÉ DES PERSONNES

La médiation et promotion des DSSR s'inscrivent dans un **absolu respect de la volonté de la personne** et de sa liberté de choix. C'est d'autant plus vrai dans une démarche d'aller-vers sur les lieux de vie des personnes. L'objectif de l'équipe est de **renforcer l'autonomie des personnes**. L'idée n'est pas de « faire à la place de » mais de « faire avec » celles et ceux qui sont éloigné.e.s du système de santé. Une grande partie du travail repose sur l'explication des thématiques DSSR, du fonctionnement du système médico-social et des droits des personnes pour leur permettre de faire des choix éclairés sans les infantiliser ou supposer qu'elles ne seront pas capables.

« C'est pas une posture médicale, c'est une approche humaniste qu'il faut avoir. Déconstruire la pratique de médecin pour entrer en interaction avec le patient et comprendre la situation de vie de la personne. »

Personnel soignant, bénévole MdM

### L'HUMILITÉ ET LA CONFIANCE

La démarche d'aller-vers nécessite la création d'un lien de **confiance** avec les habitant.e.s des sites visités. C'est un processus qui prend du temps et qui se nourrit de moments informels et de convivialité qui permettent l'**horizontalité** des échanges. L'équipe se départit de sa position d'expert et se

base avec **humilité** sur les savoirs expérientiels des personnes rencontrées.

« Arriver sur le lieu de vie des personnes c'est pas anodin. T'as pas le même positionnement en mobile que dans les murs dans l'hôpital. Les patient.e.s ne sont pas les mêmes non plus. En mobilité, il faut se mettre totalement au même niveau que l'autre. Dans les murs, on remet des règles qu'on a laissées tomber quand on sort. »

Personnel soignant, PASS Mobile

« Il faut savoir être à l'écoute, amener une certaine énergie, avoir la volonté de s'enrichir et d'aller-vers la culture de l'autre. On sait qu'on apprend aussi beaucoup d'eux. Et on est là pour partager notre savoir aussi. Il faut mettre de côté l'idée qu'on va sauver le monde. On pourra peut-être faire avancer certaines choses et c'est déjà bien. »

Personnel soignant, PASS Mobile

## COMMENT S'ORGANISE LE TRAVAIL DE L'ÉQUIPE ?

En amont et en parallèle du travail de terrain, un temps de **coordination** est nécessaire pour préparer les sorties. Il consiste à :

- rencontrer et **se coordonner avec les partenaires** et les acteur.rice.s du champ médico-social sur le territoire
- organiser les plannings, les briefs, debriefs et la logistique
- mettre à jour les fiches d'orientations en matière de DSSR

Ce travail de coordination peut être réalisé par un **poste dédié** ou a minima repartit entre les membres du binôme médico-social déployé sur le terrain.

Une équipe mobile DSSR est préférablement rattachée à une structure médico-sociale avec un plateau technique.

**Le planning d'un binôme d'équipe mobile DSSR à temps-plein s'organise avec MAXIMUM 2 ou 3 demi-journées de sortie** sur le terrain par semaine à raison d'une sortie par semaine par site. Chaque demi-journée de sortie s'accompagne d'une demi-journée de suivi des parcours et de mise à jour des dossiers patient.e.s. Une ou deux journées sont réservées au suivi des situations dans la structure médico-sociale, à la coordination avec les partenaires et à la gestion de la logistique des activités.<sup>16</sup>

## QUELLE EST LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE DSSR ?

L'objectif de l'équipe est de promouvoir les droits et de la santé sexuelle et reproductive (DSSR) pour les personnes vivant en squats et bidonvilles **Il ne s'agit pas de soigner sur place mais bien de créer des ponts avec les structures sanitaires et sociales existantes.**

Pour plus de détails, voir le chapitre sur les sorties

L'équipe est **pluridisciplinaire et mixte** (femmes-hommes), composée au minimum de trois personnes par sortie terrain :

- **un.e soignant.e** ou à minima **une personne formée sur les thématiques DSSR** (médecin, sage-femme, gynécologue, IDE)

- **un.e personne formée à la médiation en santé**, (travailleur.euse social.e, médiateur.rice en santé, assistant.e ou éducateur.trice)<sup>17</sup>

- **un.e interprète professionnel.le**, si besoin pour des personnes allophones, choisi.e en fonction des langues parlées sur le site visité (à minima, un interprétariat téléphonique est indispensable pour toute sortie terrain) et informé.e des thématiques qui seront abordées lors de la sortie DSSR. Si plusieurs langues sont parlées sur site, on privilégiera l'interprétariat téléphonique

- **une personne en charge de la coordination** qui ne sortira pas systématiquement sur le terrain

## RÉCAPITULATIF DES RESSOURCES MOBILISÉES POUR COUVRIR UN SITE

(une équipe peut couvrir 3 à 4 sites sur une période entre 2 et 4 mois avec une sortie par semaine et par site)

RESSOURCES HUMAINES	TEMPS SUR SITE	TEMPS HORS SITE
1 personnel soignant	0,5 jour / 3h par sortie	0,5 jour par sortie
1 personnel social	0,5 jour / 3h par sortie	0,5 jour par sortie
1 interprète professionnel.le	0,5 jour / 3h par sortie	0,5 jour par sortie
1 personne dédiée à la coordination		0,5 jour

### RESSOURCES MATÉRIELLES ET LOGISTIQUES

- ✓ 1 **véhicule** pour permettre à l'équipe de se déplacer sur le terrain avec 5 places et un coffre simple
- ✓ 1 **téléphone portable chargé pour chaque membre de l'équipe** pour communiquer en interne avec l'équipe et assurer des orientations lorsque nécessaire
- ✓ 1 **sac DSSR** dont le contenu détaillé est présenté dans la partie portant sur les sorties régulières
- ✓ **Équipement de visibilité pour chaque membre de l'équipe**. A minima un badge, ou également un brassard, chasuble, gilet mais pas de blouse blanche (!)
- ✓ 1 **carnet de note** par site
- ✓ 1 **classeur d'orientation** avec les fiches d'orientation à jour et en nombre suffisant
- ✓ 1 **ordinateur** pour assurer la saisie du suivi des activités notamment (mais qui ne doit pas forcément être pris lors des visites sur le terrain, comme expliqué plus loin)
- ✓ 1 **agenda pour les prises de rendez-vous** si besoin

<sup>16</sup> Ces chiffres sont donnés à titre indicatif et sont adaptables en fonction des moyens disponibles et des besoins. L'idée étant de ne pas sortir sur le terrain tous les jours pour réserver du temps au suivi et à la coordination

<sup>17</sup> Bien qu'un.e travailleur.se social.e soit plus compétent.e pour faciliter les orientations, il peut être envisagé de faire appel à un.e intervenant.e formé.e aux démarches administratives / dispositifs et acteurs ouvrant sur le territoire

Une équipe standard de 3 ou 4 personnes peut couvrir entre 3 et 4 sites simultanément sur une période d'environ 3 mois avec une demi-journée par site par semaine pour le terrain et une demi-journée par site par semaine pour le suivi. A cela s'ajoute le temps de coordination.

La taille de l'équipe doit rester la même (entre 3 et 4 personnes) quelle que soit la dimension du site pour éviter d'être trop invasif et maintenir **confiance et proximité** avec les habitant.e.s du site visité. On préférera multiplier et rapprocher les visites sur un site plutôt que d'augmenter le nombre d'intervenant.e.s sur une même sortie. La composition de l'équipe peut être **modulable**. Au fil des sorties, elle évoluera en fonction des besoins, des ressources et du niveau d'accès aux droits des personnes vivant sur le site.

Plusieurs binômes médico-sociaux avec interprètes peuvent être simultanément déployés si de nombreux sites sont à couvrir.

**ATTENTION** : Étant donné la sensibilité de certains sujets abordés lors des sorties DSSR, il est indispensable que **la même équipe intervienne toujours sur les mêmes sites ou d'avoir au moins une personne « fil rouge »** d'une sortie sur l'autre pour garder la confiance et la proximité avec les habitant.e.s. Il faut également s'assurer d'avoir **des bons outils de transmission et de suivi** entre les équipes.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur Le suivi

## QUELLE EST L'IMPORTANCE DE L'INTERPRÉTARIAT PROFESSIONNEL ?

L'interprétariat est une pratique professionnelle qui repose sur la traduction orale pour les personnes peu ou non francophones (allophones). Elle vise à transmettre l'information d'une langue à une autre et permet à la communication et à la compréhension de s'installer.

Le recours à l'interprétariat linguistique professionnel dans le domaine de la santé garantit, d'une part, aux patients/usagers, les moyens de communication leur permettant de bénéficier d'un égal accès aux droits, à la prévention et aux soins de manière autonome et, d'autre part, aux professionnels, les moyens d'assurer une prise en charge respectueuse du droit à l'information, du consentement libre et éclairé du patient et du secret médical. Reconnu par la loi de modernisation du système de santé, l'interprétariat linguistique s'inscrit dans l'ambition de la Haute Autorité de Santé de garantir à chacun des soins de qualité<sup>18</sup>. Selon la HAS, le droit à être compris est désormais un droit opposable, mais il n'est pas systématiquement pris en compte. L'interprétariat professionnel et la médiation sont reconnus (Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé) comme des moyens essentiels permettant de réduire les inégalités d'accès aux soins.

L'interprétariat peut être fait sous différentes formes :

- Interprétariat présentiel/physique (par exemple IMEDI<sup>19</sup> à Bordeaux)
- Interprétariat par téléphone (par exemple ISM<sup>20</sup>)
- Interprétariat en téléconférence (appel d'un téléphone à un autre téléphone)

COÛT INDICATIF DE L'INTERPRÉTARIAT :

INTERPRÉTARIAT PHYSIQUE : ENV. 35€ / HEURE

INTERPRÉTARIAT PAR TÉLÉPHONE : ENV. 20€ LE PREMIER 1/4H PUIS DÉGRESSIF

L'interprétariat joue un rôle d'interface culturelle et se base sur 3 principes : fidélité de la traduction, neutralité et confidentialité.

Des formations sont disponibles sur le travail avec un interprète et l'expérience s'acquiert aussi en pratiquant :

« Ça peut être intéressant de se former au travail avec un interprète. Si je devais donner quelques conseils je dirais : Être vraiment dans une relation avec la personne que tu as en face sans trop regarder l'interprète. Ne pas faire d'aparté dans une langue que la personne ne comprend pas. S'arrêter régulièrement pour que l'interprète ait le temps de bien traduire. Ne pas laisser trop longtemps l'interprète parler seul avec l'interlocuteur. [...] C'est bien aussi de réussir à sortir souvent avec les mêmes interprètes et être attentif à leur formation et leur éthique de travail. »

Salarié, MdM

## QUELS PRÉREQUIS SONT NÉCESSAIRES AUX MEMBRES DE L'ÉQUIPE ?

L'**interdisciplinarité** médico-psycho-sociale est une des clés de la robustesse de l'équipe de promotion des droits et de la santé sexuelle et reproductive. Le choix est fait de **ne pas présenter les intervenant.e.s par leur profession** mais de se présenter en tant qu'équipe DSSR, ayant une expertise globale sur la prévention et l'accès aux DSSR. La **volonté** (au sens de choix consenti) et une certaine forme de militantisme (au sens de croire au bien-fondé de l'approche) sont également nécessaires pour s'inscrire dans une démarche d'aller-vers, et tout particulièrement sur les questions de DSSR.

« En sortie sur un squat l'image du médecin n'est pas la même. Tu ne sors pas avec une blouse et un stéthoscope autour du cou. Il faut pouvoir réagir à des questions non médicales et savoir dire aussi quand on ne sait pas. »

Salarié, MdM

Au-delà de leur formation professionnelle spécifique médicale ou sociale, **les membres de l'équipe ont ainsi besoin d'acquérir des connaissances** sur :

- Les objectifs de l'aller-vers en santé
- Les outils disponibles pour les activités et leurs suivis
- Le travail avec un.e interprète
- Les parcours migratoires et la vie en squats
- Les dispositifs locaux médico-social (les acteurs, CCAS etc.)
- Les habitant.e.s et le fonctionnement de chaque site
- La relation d'aide et l'interculturalité
- La prise en compte du genre dans les interventions

<sup>18</sup> Ce référentiel, élaboré par la HAS dans le cadre des articles L. 1110-13 du Code de la Santé Publique et L. 161-37 du Code de la Sécurité Sociale, précise les compétences requises et le socle minimal de formation pour l'exercice de l'interprétariat linguistique professionnel auprès des personnes peu ou non francophones, ainsi que les bonnes pratiques à respecter.

<sup>19</sup> <https://www.bordeaux.fr/o90960/imedi>

<sup>20</sup> <https://ism-interpretariat.fr/>

Si certains sujets peuvent être couverts par des **formations dédiées, une partie de ces connaissances s'acquiert uniquement de manière empirique**, au contact des personnes concernées, des praticien.ne.s expérimenté.e.s et des partenaires. Ces savoirs dits « profanes »<sup>21</sup> concernent davantage la posture et les valeurs de l'équipe qu'un enseignement théorique à proprement parler.

## QUELS DISPOSITIFS DÉVELOPPER POUR ACCOMPAGNER L'ÉQUIPE ?

Afin de faire le point sur l'actualité des squats et bidonvilles et adapter les interventions aux évolutions des besoins, des **réunions d'équipes** sont organisées mensuellement. Elles sont aussi l'occasion d'adapter les protocoles d'intervention, d'aborder les situations individuelles complexes et de débattre des modalités opérationnelles et de l'évolution des activités. Elles permettent aux membres de l'équipe de se construire un apprentissage constant à travers le partage d'expérience. Enfin, elles permettent de souder les équipes et favoriser la collaboration dans le travail sur le terrain.

Des séances d'**analyse des pratiques** sont également organisées chaque mois. Elles sont facilitées par un.e psychosociologue spécialisé.e sur l'accompagnement de professionnel.le.s du médico-social. Ces séances sont conçues comme un espace d'échanges et de parole libre entre les acteurs pluridisciplinaires de l'équipe<sup>22</sup>.

Elles permettent :

- de partager les observations, doutes et questionnements, dans une démarche réflexive
- de revenir sur des situations complexes ou des difficultés rencontrées
- de soutenir les praticien.ne.s dans leurs pratiques

Une fois par an, un **séminaire** de formation réunit les équipes le temps d'un week-end pour favoriser la cohésion mais aussi réfléchir collectivement aux orientations de l'équipe mobile.



# ZOOM

## LE PROJET PRISME LA COORDINATION AVEC LA MÉDECINE DE VILLE



Afin de renforcer les orientations de patient.e.s avec une couverture maladie vers un médecin de ville, Médecins du Monde Bordeaux a initié avec ses partenaires un projet visant à proposer aux médecins de ville un accès gratuit à l'interprétariat téléphonique pour permettre aux personnes d'avoir accès au droit commun.

Basé sur 4 grands constats :

- L'obtention d'une couverture maladie est parfois insuffisante pour garantir l'accès à un parcours de santé coordonné aux personnes précaires.
- L'interprétariat professionnel est essentiel à une prise en charge de qualité en médecine de proximité
- Un accès à l'interprétariat quasi-inexistant pour la santé de proximité
- L'interprétariat professionnel en santé est une priorité nationale, régionale et locale

Le projet PRISME a pour objectif de contribuer à améliorer la qualité des soins accessibles aux personnes peu ou non francophones en Nouvelle Aquitaine sur 5 agglomérations de Nouvelle Aquitaine.

Ses modalités d'intervention consistent à développer :

- L'accès à l'interprétariat professionnel en consultation chez un médecin ou une sage-femme sur les territoires du projet
- La promotion de l'interprétariat en santé auprès des soignants
- La promotion de l'interprétariat en santé auprès des patients et des acteurs du social
- La coordination des acteurs territoriaux de santé pour piloter le projet et modéliser un dispositif pérenne d'accès à l'interprétariat professionnel

Une recherche action sera adossée au projet afin de documenter les activités menées pour identifier les incitations, les demandes et les barrières à l'utilisation de l'interprétariat du côté des médecins, des interprètes et des usager.e.s et l'impact sur le parcours de soin.

Le projet perçoit des financements de l'ARS Nouvelle Aquitaine, de Médecins du Monde et de la Fondation NEHS.

21 <https://www.medecinsdumonde.org/fr/qui-sommes-nous/reduction-des-risques-rdr>

22 L'adhésion et la participation à ces séances s'avèrent parfois difficile à mobiliser.

# LEÇON N°2 : LA COORDINATION

## POURQUOI LA COORDINATION EST CRUCIALE POUR LES SORTIES DSSR ?

La coordination est particulièrement cruciale pour les sorties de promotion des DSSR. Afin que les personnes rencontrées soient dans des dispositions propices à parler de leurs besoins de santé, notamment en santé sexuelle et reproductive, **il est nécessaire de s'assurer que les sorties DSSR sont faites sur des lieux où d'autres acteur.rice.s du champ social interviennent.**

En effet, alors même que les besoins en matière de santé sont considérables, la santé est souvent perçue et/ou exprimée comme non prioritaire.

La coordination avec les autres acteur.rice.s permet ainsi de dédier des sorties sur les enjeux DSSR et de répondre à ces besoins spécifiques, sans engendrer de frustrations de la part des personnes quant à d'autres urgences considérées comme plus cruciales et qui ne seraient pas prises en compte.

« Ça nous est arrivé de sortir sur un site avec des situations urgentes non résolues. Du coup, les personnes n'étaient pas du tout disponibles pour échanger avec nous sur les questions de santé sexuelle et reproductive. C'était un peu un échec. »

Intervenante Equipe mobile DSSR

## QUI SONT LES PARTIES PRENANTES ?

Assurer une orientation des personnes vers les structures existantes selon leurs besoins est partie intégrante des actions de promotion des DSSR en aller-vers. Pour ce faire, il est indispensable d'effectuer un **mapping** précis des acteur.rice.s offrant des services en DSSR, quels services sont disponibles (organisés par types de services) et leur accessibilité (interprétariat, horaires, rendez-vous/sans rendez-vous, modalités de prise en charge).

Le mapping est fait au niveau du territoire, selon les spécificités et le réseau en place, et mis à jour régulièrement. Le mapping comprend à la fois :

**Les organismes relevant de l'État, des collectivités territoriales et structures habilitées par les ARS :**

- **Protection Maternelle Infantile (PMI)** : accès gratuit femmes enceintes (6 premiers mois) / enfants de 0 à 6 ans ;
- **Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) nouvellement appelés « Centres de santé sexuelle »** : Accès gratuit (informer sur la contraception et l'IVG / pratique les tests de grossesse/ consultation gynécologique/ IVG médicamenteuse/ prescription d'une contraception) ;

- **Centre gratuit d'information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD)** : accès gratuit et confidentiel / Vaccination consultation de dépistage VIH, VHB et VHC mise à disposition des préservatifs délivrance de traitement ;
- **Centre d'informations sur le droit des femmes et des familles (CIDFF)**, violences femmes info (3919), arrêtons les violences.gouv ;
- **PASS (Permanences d'Accès aux Soins de Santé)** : accès gratuit aux soins, traitements et accompagnement social.

**Les organisations de la société civile et les associations :**

- **Le mouvement du planning familial** : réseau associatif, permanences et consultations (gère 2% des CPEF – centres de santé sexuelle) ;
- **Aides** : dépistage gratuit VIH, hépatites virales, prévention, actions mobiles et fixes.

**Et nombre d'associations locales en fonction des territoires (Règles élémentaires, Gynécologie sans frontière / Camifrance, associations de prise en charge et accompagnement de survivant.e.s de VLG, ADSF, etc.)**



## A QUOI SERT LA COORDINATION AVEC LES PARTENAIRES OPÉRATIONNELS INSTITUTIONNELS ET ASSOCIATIFS ?

La coordination entre les différents partenaires opérationnels, aussi bien institutionnels qu'associatifs, est essentielle afin de :

- ✓ Identifier des **nouveaux sites**
- ✓ Jouer un rôle d'interface et de **médiation** entre les structures et les personnes
- ✓ Orienter des patient.e.s en fonction de **leurs besoins et de leurs ressources**
- ✓ Echanger, avec l'accord des personnes concernées, des informations sur **leur situation sociale et administrative et les conditions de vie** permettant une meilleure prise en charge des patient.e.s déclarant vivre en squats et bidonvilles
- ✓ **Rappeler des rendez-vous** aux patient.e.s vivant dans des squats et bidonvilles
- ✓ Assurer un **suivi de la situation** des patient.e.s

- ☑ **Mutualiser les compétences et les connaissances** complémentaires et résoudre des cas difficiles de manière conjointe
- ☑ Promouvoir l'aller-vers et organiser des **sorties communes** lorsque c'est pertinent
- ☑ **Interpeller les institutions** concernant certaines problématiques
- ☑ **Partager des informations** en termes de veille sanitaire, sociale et juridique
- ☑ **Éviter les doublons** si plusieurs acteurs interviennent sur le même site

« Si j'oriente un adulte vers la PASS, je les connais. C'est important quand on fait de la mobilité d'avoir un réseau, connaître les gens vers qui on oriente pour pouvoir expliquer aux personnes comment se rendre sur le lieu et expliquer pourquoi on l'oriente vers telle et telle personne. »

**Personnel soignant, PASS Mobile**



## COMMENT SE COORDONNER ENTRE ACTEURS MOBILES SUR LES SITES ?

La coordination **requiert du temps et des ressources humaines dédiées.**

Pour plus de détails, voir le chapitre sur l'équipe

Elle peut s'organiser sous la forme de :

- réunions mensuelles interactives
- partage d'informations bilatéral *ad hoc* entre acteurs
- partage d'outils communs contenant des informations non sensibles sur les sites et les personnes via des plateformes numériques (SharePoint)
- sortie commune sur certains sites si pertinent
- participation à des plateformes nationales et collectifs inter associatifs

Dans le cadre de l'expérience de MdM et ses partenaires à Bordeaux, **des collectifs** ont été mis en place pour disposer **d'espaces de dialogue et d'harmonisation des pratiques et pour élaborer des actions collectives.**

# ZOOM



## L'EXEMPLE DU COLLECTIF CASaM

A Bordeaux, le **collectif CASaM** (Collectif Des Acteurs Sanitaires Mobiles) a vu le jour à l'initiative de la Mission Squats de MdM. Le collectif CASaM regroupe les acteurs intervenant auprès des personnes à la rue et en habitat précaire, dans le domaine de la santé mais également dans l'accès aux autres dispositifs du droit commun assurant une réponse globale aux besoins et attentes des personnes concernées. Ceux-ci peuvent être des organismes à but non lucratif ou des services issus d'établissements de santé

- La PASS mobile du CHU de Bordeaux ;
- Le Centre Accueil Consultation Information Sexualité (CACIS) ;
- La PASS mobile de la PBRD (Polyclinique Bordeaux Rive-Droite) ;
- Le SAMU Social de l'Association Laique du Prado ;
- Le GIP Bordeaux Métropole Médiation ;
- La Mission Squats de Médecins du Monde.

Avec ce collectif, la Mission Squats de Médecins du Monde Bordeaux a pu partager son savoir sur les squats et bidonvilles avec les acteurs du domaine public, en promouvant des démarches en aller-vers. Ainsi, les établissements publics se sont progressivement dotés d'équipes mobiles et ont intégré à leur pratique des démarches en aller-vers, démarches nécessaires à la prise en charge des populations en squats et bidonvilles.

Une description plus détaillée des partenaires et la Charte du Collectif CASaM figurent dans le Livret L'aller-vers en santé, également publié par Médecins du Monde dans le cadre de cette capitalisation.

# LEÇON N°3 : LA RENCONTRE, L'ÉVALUATION DES BESOINS ET DES RESSOURCES

## COMMENT PRENDRE CONNAISSANCE DE L'EXISTENCE ET DE LA LOCALISATION DES SQUATS ET BIDONVILLES ?

**L'équipe de médiation et de promotion des DSSR ne sera jamais la première équipe à rentrer en contact avec un lieu.**

La coordination est donc cruciale avec d'autres acteurs mobiles et/ou associatifs qui ont connaissance de l'existence de lieux ou de l'installation de nouveaux lieux.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur la coordination

« Ça nous est arrivé de sortir sur un site avec des situations urgentes non résolues. Du coup, les personnes n'étaient pas du tout disponibles pour échanger avec nous sur les questions de santé sexuelle et reproductive. C'était un peu un échec. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

Au regard des besoins sur le terrain, l'équipe DSSR pourra décider d'intervenir en coordination avec les autres équipes mobiles.

« On ne va pas sur un squat parce que les habitants sont des hommes ou des femmes, mais on part du principe que ça concerne tout le monde, même la grossesse par exemple, les IST, les VLG, la contraception, c'est pareil, peu importe le genre et le sexe, on en parle avec tout le monde. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

## COMMENT SE DÉROULE LA PREMIÈRE SORTIE ?

### AVOIR CONNAISSANCE DU DIAGNOSTIC MÉDICO-SOCIAL

Avant une première rencontre, l'équipe mobile DSSR doit prendre connaissance de la situation socio-sanitaire du site. Idéalement, une autre équipe mobile réalise un **diagnostic médico-social** permettant d'établir la pertinence ou non des interventions. Ce document contient les informations clés suivantes :

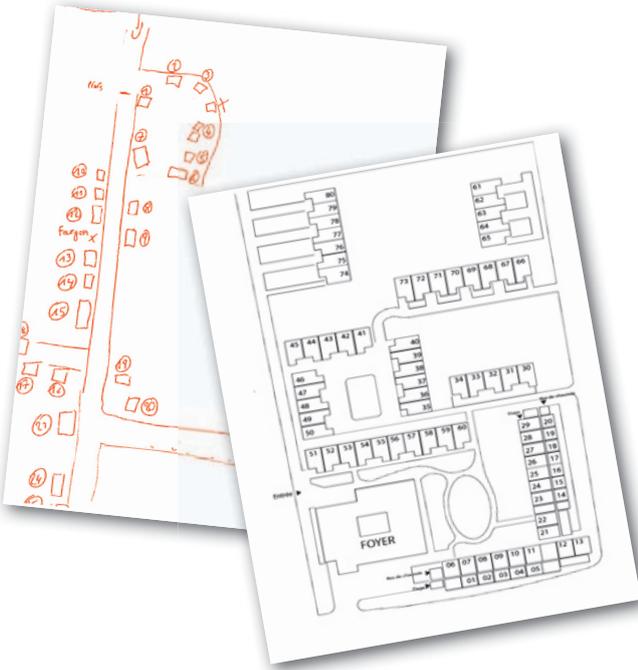
- ☑ l'adresse du lieu et la date d'installation
- ☑ le nombre de personnes vivant sur le terrain, leurs origines géographiques et les langues parlées et lues
- ☑ la présence et le nombre de **personnes fragiles** (enfants de moins de 6 ans, dont bébés de moins de 1 an, femmes enceintes, pathologies lourdes ou chroniques, etc.)
- ☑ l'état de l'accès aux droits
- ☑ les **partenaires** intervenants sur le site (CCAS, Mairie, Associations, PMI, MDS etc.)
- ☑ l'existence de structures médico-psycho-sociales à proximité et leur identification par les personnes

En fonction des autres acteurs déjà mobilisés sur le site, le diagnostic peut aussi comprendre :

- ☑ un **volet environnemental** avec des éléments relatifs aux types de bâtiments ou de terrain, aux types de sol, à l'accès à l'eau, au ramassage des déchets, au chauffage, à l'électricité, aux types d'activités de subsistance, aux risques et dangers identifiés,
- ☑ un **volet juridique et administratif** en cherchant à se renseigner sur les propriétaires du site et l'état des poursuites judiciaires relatives à l'occupation illicite.

L'ensemble de ces éléments, ainsi qu'un plan du site, seront regroupés dans un outil récapitulatif.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur le suivi



Exemples de cartographie

## LES CONDITIONS D'UNE PREMIÈRE SORTIE DSSR

« Il faut garder en tête que ce sont des interventions qui peuvent être abusives et intrusives. Tu arrives direct chez les gens. La mobilité n'est pas forcément demandée au départ par les personnes. »

**Personnel soignant, Bénévole MdM**

Pour une première sortie sur site, il est préférable de **se faire introduire par un partenaire** connaissant déjà les lieux et les habitant.e.s. Il faut également s'assurer avec les partenaires que les questions sur les **premières attentes médico-sociales ont déjà pu être abordées** par d'autres équipes laissant place à la possibilité d'aborder des sujets plus spécifiques de DSSR. Pour plus de détails, voir le chapitre sur la coordination

**La première rencontre et la présentation de l'équipe est le seul objectif de la première sortie.**

« C'est ok d'arriver sur le site et juste se présenter. On peut avoir l'impression de servir à rien parfois pour prendre le temps de se rencontrer. Il faut pas avoir d'attente trop élevée sur les premières sorties. Accepter que ça prenne du temps. Ce n'est pas la même temporalité. Tu peux être frappé par des manières de vivre différentes, des conditions dures. Et vouloir direct agir sur ça. Mais il faut arriver doucement. »

**Salarié, MdM**

Pour la première sortie, il est recommandé de choisir un jour de météo clémente car les personnes seront davantage à l'extérieur de leur habitation. Les véhicules sont garés à l'extérieur du site et les équipes pénètrent à pied sur le terrain ou dans les lieux. Il est important d'**avoir une forme de visibilité** pour permettre aux personnes d'**identifier les équipes** : brassards, chasubles, badge et/ou logos sur les véhicules. Les équipements de visibilité doivent être facilement différenciables d'autres uniformes,

notamment ceux des forces de l'ordre (éviter le bleu et le gris). L'équipe ne porte cependant pas de blouse de médecin ou de tenues portées habituellement dans les institutions médico-sociales.

L'équipe se présente à l'entrée du site, se rend visible et laisse les personnes venir à sa rencontre. La conversation commence par des **présentations simples**, avec l'appui de l'interprète pour les personnes allophones. On peut ensuite préciser clairement et simplement **l'objectif de promotion des DSSR de la sortie**. En fonction des personnes rencontrées, l'équipe adapte l'introduction :

Exemple de présentation : « Bonjour. Comment allez-vous ? Nous sommes l'équipe de [telle.s structure.s / organisation.s]. [Telle personne] nous a parlé de vous et nous a invité à venir vous rencontrer. Nous travaillons déjà sur [tel et tel site]. Nous venons pour voir comment ça va la santé des femmes. On vient parler de la santé des enfants et des adolescents ? »

« Pour la première visite, l'idée c'est vraiment juste de se faire repérer par au moins quelques personnes comme étant le groupe qui va venir plusieurs fois parler de sujets précis. On se balade avec la feuille avec des pictogrammes qui présentent sur quoi on peut bosser. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**



Pictogrammes utilisés pour présenter les DSSR

Si les habitant.e.s le permettent, l'équipe peut **déambuler sur le site** en saluant les personnes rencontrées. Il est important de se déplacer sur l'ensemble de l'espace pour en avoir une vision globale et **être repéré par différents groupes ou familles** vivant sur le site. Il est indispensable d'avoir un carnet sur soi où dessiner rapidement une cartographie du site pour identifier les espaces clés pour une prochaine sortie.

- Il est préférable d'éviter de prendre des photos, films, enregistrements, selfies sur les lieux pour **respecter l'intimité des familles**, ou alors avec leur accord préalable et en expliquant l'utilisation qui sera faite des images.
- Il n'est pas recommandé de toquer aux portes des habitations (caravanes, tentes, cabanes) pour **respecter l'intimité et la volonté des personnes** de rencontrer ou non l'équipe.

« C'est clair qu'ils savent qu'on est là même si la porte est fermée. Donc c'est assez intrusif de toquer aux portes. Parce qu'après ils vont se sentir forcés de nous répondre et dire ce qu'ils pensent qu'on attend d'eux. Et au final quand les portes sont fermées c'est souvent juste qu'ils ne sont pas là. »

**Personnel social, Bénévole MdM**

Sur des sites plus petits ou sans espace commun, l'équipe se retrouve plus directement dans les chambres ou habitations des personnes. Il est dans ces cas-là crucial d'**être introduit par une personne déjà identifiée par les habitant.e.s** ou de **les contacter en amont** pour préparer la rencontre.

## QUELLE TEMPORALITÉ POUR TRAVAILLER DANS LES LIEUX DE VIE ?

« On s'est rendu compte que pour aborder des sujets intimes parfois tabous chez certaines personnes, il fallait qu'on fasse connaissance avec elles, d'où l'importance de créer du lien et d'avoir des échanges réguliers pour aborder les thématiques en confiance »

Intervenante Equipe mobile DSSR

La ou les premières sorties sur site permettent d'établir une relation de confiance avec les habitant.e.s. Elles permettent également d'évaluer les besoins et les ressources des personnes en termes de DSSR et **d'établir avec elles un calendrier approximatif des visites.**

« C'est bien quand vous venez le soir parce que nous sommes tous là de retour du travail et plus disponible pour discuter. »

Habitante de bidonville

Au début de l'intervention, l'équipe sort **une fois par semaine par site à jour fixe pendant environ 1 à 2 mois** en fonction de la taille du site. La journée de sortie est fixée en concertation avec les habitant.e.s pour s'adapter à leurs emplois du temps et leurs priorités (scolarisation des enfants, journées de travail, organisation des repas, vie sociale et festive du site, etc.). **L'équipe se garde une flexibilité** pour changer de jour ou de créneau horaire si une partie des habitant.e.s n'est jamais présente au moment des sorties.

« En général, je dirai que ça prend environ 1 ou 2 sorties de rencontres, puis environ 4-5 sorties où on peut vraiment rentrer dans le vif des sujets. Donc on reste en moyenne 2 mois par site environ »

Intervenante Equipe mobile DSSR

Au bout de 2 mois, un temps réflexif est engagé pour évaluer la pertinence de l'action au regard de critères de désengagements. Pour plus de détails, voir le chapitre sur le suivi

**Une équipe standard à temps plein, composée d'un binôme médico-social et un.e interprète, peut couvrir MAXIMUM entre 3 et 4 sites simultanément** pour réussir à faire un suivi

des situations des personnes. Mieux vaut couvrir qualitativement un nombre restreint de sites en tournant tous les 3 ou 4 mois plutôt que de couvrir un grand nombre de sites de façon superficielle.

## COMMENT S'APPUYER SUR DES RELAIS COMMUNAUTAIRES SANS RENFORCER LES DYNAMIQUES DE POUVOIR ET DE DOMINATION ?

Les squats et bidonvilles, comme tout lieu de vie collectif, sont des espaces dans lesquels s'exercent des **rapports de force** entre individus, entre ménages ou entre groupes. Pour **éviter de les exacerber** lors des interventions, il est conseillé au maximum :

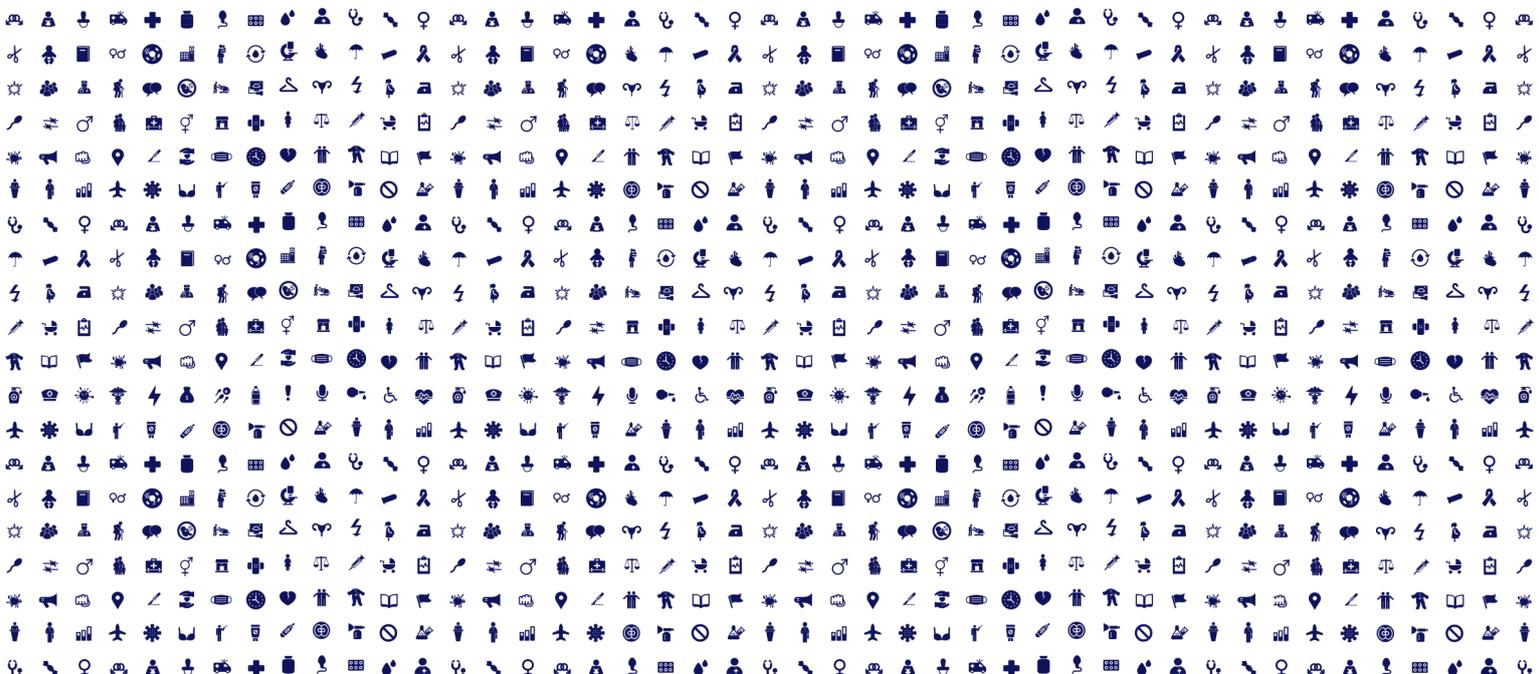
- d'éviter de passer par un intermédiaire unique
- de diversifier les personnes référentes sur un site (femmes et hommes de différents groupes et âges)

Les rencontres avec différentes personnes contact se font **au gré des échanges informels** et se renforcent au fur et à mesure des sorties terrain. Il est également possible d'utiliser ou créer des outils comme :

- ✓ **un système d'affichage** pour communiquer sur les visites terrain en fonction des langues parlées et lues (feuille A4 collée sur un arbre ou une cabane)
- ✓ **un groupe WhatsApp** pour informer du passage de l'équipe à un grand nombre d'habitant.e.s du site

« Au début je parlais du principe que si tu passes une info à quelqu'un dans un site il va la passer à tout le monde. Mais non en fait l'info circule mal parce que soit ils zapent soit ils se mettent dans une forme de concurrence entre groupes familiaux. Il ne faut vraiment pas partir du principe que 1 site = 1 communauté et croire qu'il va y avoir une solidarité dans toute la communauté. »

Personnel Social, Bénévole Mdm



# LEÇON N°4 : LES SORTIES RÉGULIÈRES DSSR

## QUE FAUT-IL FAIRE AVANT UNE SORTIE ?

### LA PLANIFICATION DES SORTIES

Les sorties en squats et bidonvilles durent entre 2h et 4h et s'organisent en matinée, en après-midi ou en soirée selon un calendrier régulier et **discuté avec les habitant.e.s** pour s'adapter à leurs emplois du temps et leurs priorités : scolarisation des enfants, stratégies économiques (travail salarié, auto-entrepreneuriat, travail au noir, ferrailage, etc.), organisation des repas, vie sociale et festive du site, etc.

Au début de l'intervention, l'équipe sort une fois par semaine par site à jour fixe pendant environ 1 à 2 mois en fonction de la taille du site. Les sorties peuvent ensuite être plus espacées jusqu'à un potentiel désengagement du site.

Pour plus de détails, voir les chapitres sur la rencontre, le diagnostic et le suivi

Il est crucial que les personnes soient informées des jours et des horaires de visite :

« Toutes les personnes rencontrées ont insisté sur le fait qu'elles préféreraient être prévenues à l'avance, ce qui, a priori, n'était pas le cas pour toutes les interventions. Une personne a notamment souligné qu'elle avait trouvé cela déroutant que l'équipe arrive sans prévenir. »

**Rapport d'évaluation de la satisfaction et des attentes des patient.e.s rencontré.e.s par l'équipe SSR, MdM**

L'information sur la prochaine visite est partagée et répétée au plus grand nombre possible de personnes :

- d'une fois sur l'autre
- via les relais communautaires
- par un **système d'affichage** en fonction des langues parlées et lues
- via un **groupe WhatsApp**

### LE BRIEFING D'AVANT-SORTIE

Avant chaque sortie **l'équipe se retrouve au bureau pour une réunion de briefing** de 10 à 30 min environ. Ce temps permet d'échanger et de se renseigner sur l'actualité du site, les comptes rendus des sorties précédentes et la situation des personnes à suivre en particulier. Différents outils de suivi sont disponibles.

Pour plus de détails, voir le chapitre sur le suivi

### LA PRÉPARATION DU MATÉRIEL

L'équipe (composée à minima d'un binôme médico-social et d'un.e interprète) vérifie que le matériel nécessaire pour la sortie est prêt et opérationnel, à savoir :

- ☑ **1 véhicule** (4 ou 5 places) avec un coffre de taille standard et le plein d'essence
  - ☑ **1 téléphone portable chargé** pour communiquer en interne de l'équipe, avec les partenaires ou avec certain.e.s patient.e.s (attention à ne pas utiliser de numéro personnel le cas échéant)
  - ☑ **1 équipement de visibilité pour chaque membre de l'équipe** (au choix chasuble, gilet, brassard, badge mais pas de blouse blanche)
  - ☑ 1 carnet de note par site
  - ☑ **1 ou 2 classeurs d'orientation** avec les fiches à jour et en nombre suffisant
  - ☑ 1 agenda pour les prises de rdv si besoin
  - ☑ 1 sac contenant le matériel de promotion DSSR
- voir ZOOM page suivante

Il n'est pas recommandé de sortir avec un ordinateur portable qui crée une distance avec les personnes rencontrées et est peu pratique sur le terrain.

## COMMENT SE DÉROULE UNE SORTIE ?

### COMMENT ENTRER EN CONTACT AVEC LES HABITANT.E.S ?

Comme pour la première visite, les véhicules sont garés à l'extérieur du site et les équipes pénètrent à pied sur le terrain ou dans les lieux. **L'équipe se présente à l'entrée du site, se rend visible et laisse les personnes venir à sa rencontre.** Il est important d'avoir une forme de visibilité pour permettre aux personnes d'identifier les équipes sous la forme de brassards, de chasubles, de badge et/ou de logos sur les véhicules.

La conversation commence par des **présentations simples**, avec l'appui de l'interprète pour les personnes allophones. On peut ensuite préciser clairement et simplement **l'objectif de promotion des DSSR de la sortie.** « Bonjour. Comment allez-vous ? Nous sommes l'équipe de [telle structure]. [Telle personne] nous a parlé de vous et nous a invité à venir vous rencontrer. Nous travaillons déjà sur tel et tel site. Nous venons pour voir comment ça va la santé des femmes. On vient parler de la santé des enfants et des adolescents ? »

Si les habitant.e.s le permettent, l'équipe peut déambuler sur le site en saluant les personnes rencontrées. Le bouche à oreille fonctionne sur le site pour faire savoir au groupe que l'équipe est présente.

Il n'est pas recommandé de toquer à toutes les portes des habitations (caravanes, tentes, cabanes) pour **respecter la volonté des personnes de rencontrer ou non l'équipe**.

Néanmoins, pour un site déjà visité, certain.e.s habitant.e.s requièrent **un suivi pour un rappel de rendez-vous médical**, pour voir si la personne s'est effectivement rendue à un rendez-vous ou pour comprendre les barrières qui l'ont empêchée de se rendre à un rendez-vous. On peut alors toquer directement à la porte de l'habitation, sans insister en cas d'absence de réponse.

## COMMENT ABORDER LES SUJETS DE DSSR ?

L'équipe se tient à la disposition des personnes pour laisser émerger les discussions en partant des interrogations et/ou des besoins des personnes rencontrées. Il n'y a **pas de thèmes prédéfinis sur la sortie, seulement une liste de sujets possibles tel que :**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Gynécologie | <input checked="" type="checkbox"/> Anatomie        | <input checked="" type="checkbox"/> Virginité                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Sexualité   | <input checked="" type="checkbox"/> IST             | <input checked="" type="checkbox"/> Grossesse                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> Infertilité | <input checked="" type="checkbox"/> Ménopause       | <input checked="" type="checkbox"/> Contraception             |
| <input checked="" type="checkbox"/> IVG         | <input checked="" type="checkbox"/> Vie affective   | <input checked="" type="checkbox"/> Violence liée au genre    |
| <input checked="" type="checkbox"/> Parentalité | <input checked="" type="checkbox"/> Travail du sexe | <input checked="" type="checkbox"/> Questions administratives |

« Le premier sujet qui intéresse c'est généralement la contraception ou l'infertilité. On a développé une façon de faire que j'appelle « la démarche de l'entonnoir ». On ouvre plein de petites portes, autant de possibilité de sujets à discuter, et on laisse les questions de personnes nous faire glisser vers l'une ou l'autre des thématiques. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

« On est arrivées, pas d'électricité, une bougie allumée pour faire un peu de lumière. Ils nous ont invité à boire le thé : peu d'échange au début puis les mecs ont commencé à s'asseoir sur le canapé, à poser des questions. On a parlé capotes, IST. On était là deux nanas avec les mecs à discuter autour d'une bougie. Tu crées des liens à venir plusieurs fois, c'était assez improbable, on est venues sans savoir ce qui allait se passer, pas très à l'aise et finalement la discussion était top ! »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

## LE SAC DSSR

L'équipe intervient avec un sac contenant tout le matériel nécessaire pour la promotion des DSSR. Le sac doit pouvoir se porter facilement en bandoulières et/ou sur le dos avec de nombreuses poches pour faciliter l'organisation et l'accès au matériel.

**Le sac contient les éléments suivants :**

### Général :

- Courrier à en-tête
- Tampon encreur
- Solution hydroalcoolique
- Masque
- Le classeur d'orientation
- Le cahier de suivi par site

### Supports visuels :

- Planche anatomique pour être sûr qu'on parle de la même partie du corps
- Santé BD (Gynécologie, Contraception, Puberté, ...) pour illustrer les explications
- Vous pouvez trouver des supports sur le site Santé BD : <https://santebd.org/>

### Supports physiques :

- Représentation 3D d'une vulve, d'un pénis, d'un clitoris
- Exemple de spéculum et de brosse de frottis pour expliquer le déroulement d'un examen gynécologique
- Exemple de test de grossesse
- Exemple de stérilets, de stérilet posé dans un utérus, de pilule, et autres exemples de moyens de contraception...
- Exemple de tampons, de cups, et autres protections menstruelles...

**Matériel à proposer aux personnes en fonction des besoins :** préservatifs masculins et féminins, test de grossesse...

## ZOOM



« Dans le sac, on a accumulé un maximum d'outils de sensibilisation pour que ce soit facile pour les personnes de comprendre et de toucher les éléments. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

Les outils suivants peuvent aider à mieux comprendre et aborder le DSSR auprès de publics précarisés et marginalisés :

**SantéBD** est une boîte à outils pédagogiques pour comprendre et expliquer la santé avec des images et des mots simples.

**Aborder la sexualité et la santé avec les personnes migrantes**

Elaboré avec la Société française de lutte contre le sida (SFLS) et la Société de pathologie infectieuse de langue française (SPILF), ce document rassemble des repères utiles à la pratique pour aborder le DSSR avec certaines personnes migrantes qui présentent des facteurs de vulnérabilité.

**Les guides de santé sexuelle multilingues** du CPEF Colliard sont disponibles en 9 langues

Le **contenu du sac** est souvent un catalyseur de discussions.

« Une fois qu'on s'est présenté et qu'il y a des personnes intéressées pour échanger, on ouvre le sac en mode « Mary Poppins », on sort tout le matos et on le met au milieu de tout le monde. Ça fait rire et ça amorce les discussions. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

L'**humour** et la comparaison avec son propre vécu sont des brises glace souvent très efficaces.

« Les pictogrammes sont un peu moches et parfois confus. On blaguait souvent sur ça parce que certaines personnes nous demandaient à quoi faisait référence celui qui ressemble à une machine à laver. On disait qu'on ne savait pas et on rigolait. Ça détendait l'atmosphère [...]

Ça peut nous arriver aussi de parler de nous pour aplanir la relation et créer de la confiance. De dire par exemple « bah oui moi aussi j'ai mal au ventre quand je vais avoir mes règles » ou « moi aussi j'ai le ventre qui s'arrondit depuis quelques mois ». »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

Les échanges peuvent être individuels, en couple, en groupe.

« Il faut vraiment pas y aller avec une idée précise. On a fait une sortie sur un site où on s'était dit il faut faire des focus groupes DSSR. Mais en fait sur ce squat là ça marchait pas. Le groupe n'avait pas d'intérêt de parler ensemble. Il n'y avait pas assez de confiance entre eux. Il faut s'adapter aux sites. Sur celui là au final ce qui marchait c'était le 1 pour 1. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

## COMMENT GÉRER LA CONFIDENTIALITÉ SUR LE TERRAIN ?

Les discussions commencent souvent à plusieurs en extérieur ou dans les espaces communs. Cependant, pour pouvoir aborder en profondeur les sujets de DSSR, il est parfois nécessaire de **sécuriser un espace de confidentialité** pour pouvoir échanger en petit groupe, en couple ou en individuel. L'équipe doit **faire confiance aux personnes pour sécuriser l'espace de parole** qu'ils et elles considèrent approprié pour aborder un sujet, sans présupposé des tabous des personnes et des thématiques.

« On a fait une sortie DSSR où on avait voulu proposer un atelier bien-être en extérieur pour enclencher pendant ce temps relaxant des échanges sur les DSSR. Mais il y avait des hommes qui tournaient autour pendant tout l'après-midi et du coup c'était impossible de discuter. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

Si elle en ressent le besoin l'équipe peut également :

- suggérer à la personne qu'une question ou problématique devrait être **discutée au calme**,
- demander aux personnes où elles souhaitent s'installer pour être à l'aise. Si les personnes n'ont pas d'idée, proposer un lieu à l'écart comme une caravane, une cabane, une chambre, une salle commune de son choix **où personne n'est présent**,
- ne pas hésiter à **éloigner avec tact les autres** membres du groupe ou de la famille (hommes, femmes, enfants),
- temporiser les demandes d'autres habitant.e.s** en leur conseillant d'attendre le passage de l'équipe devant leur habitation.

« Sur un site, il y avait une femme qui tenait une espèce de bar dans le square. Les femmes ont proposé qu'on aille se poser là uniquement entre femmes et on a pu bien discuter. Ça permettait vraiment de se rassembler. [...] Une autre fois c'est une femme qui a proposé qu'on aille dans sa caravane et qui a gentiment viré son mari pour qu'on puisse être tranquilles. »

**Intervenante Equipe mobile DSSR**

**Attention**, dans le cas d'un entretien individuel l'idée n'est pas de faire une consultation médicale complète dans la caravane (interrogatoire, auscultation, diagnostic et traitement) mais bien de pouvoir répondre à une inquiétude et pouvoir orienter la personne vers les structures de prise en charge appropriées.

## LES PRINCIPAUX OBSTACLES À L'ACCÈS À LA SANTÉ DES POPULATIONS EN SITUATION DE VULNÉRABILITÉ

La Haute Autorité de Santé en distingue de deux ordres<sup>23</sup> :

### LES OBSTACLES LIÉS AU SYSTÈME :

- difficultés d'accès à la domiciliation et à la couverture maladie (ex : complexité des démarches administratives)
- difficultés d'accès à l'offre de soins (ex : refus de prise en charge des bénéficiaires de l'AME ou CMU-C, disparités territoriales)
- difficultés d'accès liées à la barrière numérique (ex : dématérialisation de l'accueil et des démarches, plateformes téléphoniques, etc.)
- manque d'information des professionnels de santé sur les conditions de vie des personnes
- manque de recours à l'interprétariat professionnel
- difficultés à prendre en charge les personnes en situation de précarité
- discrimination rencontrée à l'encontre du public-cible et refus de soins (racisme, vision culturaliste)
- absence de professionnels de santé sur le territoire

### LES OBSTACLES LIÉS AU PUBLIC-CIBLE :

- manque d'information ou méconnaissance sur l'existence des dispositifs de droit commun, des offres de soins et de prévention présentes sur le territoire mais aussi des ressources disponibles pour les aider à y accéder
- difficultés d'accessibilité (distance, mobilité et raisons financières)
- difficultés à se repérer dans le temps pour honorer les rendez-vous
- difficultés de communication (langue étrangère, illettrisme) et difficultés à exprimer ses besoins (incompréhensions d'ordre linguistique ou culturel)
- méfiance dans les rapports avec les professionnels de santé et le système de soins (crainte d'effets induits, de stigmatisation, de discrimination)
- manque de priorisation de la part du public cible en défaveur de leur santé (non-adhésion aux principes de l'offre, intérêt divers, manque d'intérêt pour l'offre coût/avantage, estime de soi)

# COMMENT EFFECTUER UNE BONNE ORIENTATION VERS LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES APPROPRIÉES ?

Une bonne orientation s'appuie avant tout sur une bonne connaissance des ressources du territoire qui se construit au préalable de toute sortie dans la phase de coordination. Pour plus de détails, voir le chapitre sur la coordination

## PARTIR DE LA PERSONNE

Au-delà de la sensibilisation et la promotion des DSSR, l'objectif des sorties DSSR est de pouvoir faire de la médiation entre les personnes rencontrées en squats et bidonvilles et les acteurs du champ médico-social en DSSR. **Chaque orientation est adaptée aux besoins, mais aussi aux ressources** et à la situation administrative des personnes. Il est crucial de **partir de la volonté de la personne** et de l'impliquer dans la décision d'orientation. **Une analyse avec la personne**, centrée sur la personne, ses contraintes, et ses opportunités de recours est nécessaire pour favoriser la réussite de son intégration dans le parcours de soin. Une fois ces obstacles et atouts identifiés, l'équipe peut organiser l'orientation de la personne vers des structures médico-sociales pour lui permettre d'améliorer sa santé sexuelle et reproductive.

## LA MISE EN RELATION AVEC LES STRUCTURES MÉDICO-SOCIALES

En ayant en tête l'analyse médico-psycho-sociale complète des barrières et ressources établie avec la personne, les trois questions clés à se poser avant de procéder à une orientation sont :

- **Droits** : Quelle est la situation administrative de la personne ? A-t-elle des droits ouverts/ouvrables ? A la CSS ? l'AME ? Sinon peut-elle dépendre du DSUV ?<sup>24</sup>
- **Interprétariat** : est-ce que le dispositif dispose d'un.e interprète si la personne ne parle pas français ?
- **Mobilité** : est-ce que la personne sait et peut prendre les transports ? Est-ce que quelqu'un peut l'emmener en voiture ?

Cela étant pris en compte, plusieurs étapes sont nécessaires afin de **faciliter la faisabilité de la rencontre** entre les usagers et les structures médico-sociales.

L'équipe va :

- ☑ **Prendre rendez-vous par téléphone** avec la personne (si disponible uniquement sur rdv)
- ☑ Remettre à la personne **un courrier sur papier à en-tête expliquant sa situation** médico-sociale en français avec un tampon de l'équipe mobile
- ☑ Remettre à la personne **un carton de rappel de rendez-vous** voire un calendrier si besoin
- ☑ Délivrer à la personne et lui expliquer en détails des feuilles d'orientation où figurent **un plan, les transports en commun qui desservent le lieu** et une photo de l'établissement
- ☑ **Prendre note du rendez-vous** pour pouvoir assurer un suivi de la personne lors de la prochaine visite terrain
- ☑ **Exceptionnellement, accompagner physiquement la personne** à son rendez-vous pour lui permettre de se repérer dans les transports et dans les lieux

Même si elle est souvent favorisée, l'orientation vers la structure médico-sociale « fixe » d'une équipe mobile n'est pas systématiquement la meilleure option pour les personnes rencontrées. **D'autres structures** peuvent s'avérer être plus pertinentes, parce que **plus proches, plus accessibles et plus familières** pour les habitant.e.s.

Pour plus de détails, voir le chapitre Coordination

Il est aussi souvent plus facile pour une première orientation de proposer des créneaux sans rendez-vous pour permettre une plus grande flexibilité aux personnes orientées.

« C'est parfois plus facile de faire des orientations sur les créneaux sans rendez-vous. Comme ça les gens viennent quand ils peuvent sur l'après midi d'ouverture. Ce qui est sûr c'est que prendre un rendez-vous à 9h du mat pour une famille qui vit en bidonvilles c'est plutôt mal parti, parce qu'en terme de mobilité et de priorité ça va être compliqué pour eux d'être là. Pareil pour les femmes de certains sites, si tu leur prends un rendez-vous quand leurs maris sont au travail avec leur voiture, elles ne vont pas pouvoir venir parce qu'elles ne peuvent pas se déplacer seules. Et elles ne vont pas forcément te le dire quand tu leur proposes le rendez-vous. »

**Personnel social, Bénévole Mdm**

Exemple de ticket d'orientation



## LE CLASSEUR D'ORIENTATION DSSR

### COMMENT EST-IL CONÇU ?

Le classeur d'orientation utilisé dans le cadre de l'expérience de Mdm et de ses partenaires à Bordeaux contient de multiples pochettes transparentes contenant des courriers à en-tête vierges et des fiches d'orientation vers les différents partenaires et services dont les habitant.e.s pourraient avoir besoin.

Chaque fiche doit être disponible en plusieurs exemplaires et (si possible) dans les langues parlées ou lues pour pouvoir être remise aux personnes rencontrées. Il est lourd mais très utile !

La constitution du classeur est un long travail qui doit être renouvelé régulièrement pour s'assurer de la pertinence des informations et les mettre à jour si nécessaire.

### QUE CONTIENT-IL ?

#### FICHES D'ORIENTATION MÉDICALE

- PASS Saint André et PASS Dentaire
- PASS Pellegrin (Maternité et Pédiatrie)
- PASS Lormont
- PASS Bagatelle
- CASO
- Médecins traitants
- Laboratoire EXALAB
- CACIS (Centre Accueil Consultation Information Sexualité)
- Centre de Planification et d'Education Familiale- Lieux des consultations
- PMI (Protection Maternelle et Infantile)
- Maison départementale de la Promotion de la santé - CeGIDD

#### FICHES D'ORIENTATION SOCIALE

- Poppy
- Guide d'orientation du 115
- Passeport de la débrouille (Aide alimentaire, Douches, Laveries, etc.)

# LEÇON N°5 : LE SUIVI DES SITES ET DES PERSONNES

## COMMENT SUIVRE LES SITES ENTRE LES SORTIES ?

### LE DÉBRIEFING POST-SORTIE

A la fin de chaque sortie, l'équipe prend un temps, soit dans la voiture au retour, soit au bureau, pour débriefer sur la sortie, évoquer les personnes rencontrées et les potentielles situations complexes.

Ce **temps d'échange** permet de remplir l'outil de suivi du site collectivement en fonction des retours de chacun.e (la responsabilité peut aussi être déléguée à un membre de l'équipe par la suite). Une attention particulière est portée à l'anonymisation des données en utilisant les initiales et la date de naissance des personnes et/ou un numéro patient individuel.

### L'OUTIL DE SUIVI DES SITES ET DES ACTIVITÉS

Pour suivre l'évolution d'un site et des situations individuelles d'une sortie sur l'autre, plusieurs modalités de suivi ont été testées et mises en place par l'équipe de Médecins du Monde à Bordeaux. L'équipe utilise un **carnet papier par site, un groupe whatsapp et un tableau Excel** reprenant les activités menées sur le site et le nombre de personnes rencontrées.

☑ Un carnet, rempli à l'issue de chaque sortie : recensant le nombre de personnes rencontrées, les thématiques abordées, le mode de discussion (individuel, en couple, en groupe), les orientations réalisées et les situations individuelles discutées, de façon anonymisée. Ce carnet reste dans le sac DSSR et est disponible pour les équipes pour connaître l'historique du site.

☑ Un groupe WhatsApp: groupe plus informel pour échanger des informations sur les plannings, les sorties, les actualités des sites et des partenaires.

☑ Un fichier Excel compilant les éléments rapportés sur le carnet avec les données collectées de façon anonymisée. On trouve notamment les informations sur :

- Le **nombre de personnes rencontrées**
- Les **thématiques abordées** : gynécologie, anatomie, virginité, sexualité, contraception, IST, travail du sexe, violence liée au genre, grossesse, infertilité, ménopause, IVG, vie affective, parentalité, questions administratives
- Le **mode de discussion** : individuel, en couple, en groupe
- Le nombre d'**orientations réalisées** en précisant la structure vers laquelle la personne a été orientée pour pouvoir suivre avec la personne lors d'une prochaine visite s'il a bien pu se rendre à son rendez-vous.

Au-delà d'aider à monitorer les visites sur sites, cet outil peut contribuer à nourrir un plaidoyer en coalitions de causes communes en documentant l'état de santé sexuelle et reproductive des personnes vivant en squats et bidonvilles et les éventuels dysfonctionnements dans l'offre de services existants en matière de DSSR.





# CONCLUSION

L'expérience de Médecins du Monde et de ses partenaires met en évidence le fait que **l'aller-vers en DSSR est une démarche accessible aux personnes professionnel.le.s de la santé et du social, qui souhaitent s'y lancer**. Elle n'est pas réservée à des soignant.es spécialisé.e.s et ne nécessite pas de déployer de cliniques mobiles équipées. **Les moyens financiers et humains à mobiliser sont à la fois accessibles et efficaces.**

Pour autant, cette capitalisation nous montre aussi que **l'aller-vers ne doit en rien être considéré comme une approche « low cost » de l'accès aux droits et à la santé sexuels et reproductifs**. C'est une démarche qui ne s'improvise pas et requiert un séquençage rigoureux.

**Elle nécessite notamment que les personnes rencontrées soient dans des dispositions propices** à parler de leurs besoins de santé et plus particulièrement de santé sexuelle et reproductive. Ces sujets sont souvent perçus et/ou exprimés comme non prioritaires. Il est par là même nécessaire de s'assurer que **les sorties DSSR sont faites sur des lieux où d'autres acteurs du champ sanitaire et social interviennent déjà** et où un premier travail d'aller-vers en santé plus général a été entamé.

L'aller-vers en DSSR est donc **une démarche qui se conçoit collectivement**, d'abord **en équipe**, puis **en partenariat**. Elle demande un bon maillage territorial, des liens interacteurs de qualité et de **solides mécanismes de coordination** (formels ou non).

Enfin, si elle n'est pas une « discipline » réservée à des spécialistes, elle suppose néanmoins **un savoir-faire, un savoir-être, des outils et une démarche méthodique**, tout particulièrement lors des prises de contact ou des interactions sur les sites.

La Mission Squats de Médecins du Monde, dans le cadre de sa fermeture, cherche aujourd'hui à faciliter le transfert de ses activités d'aller-vers en DSSR aux partenaires bordelais. **Ce document a pour vocation de constituer un élément facilitateur pour toute structure désireuse de s'engager dans une telle démarche.**

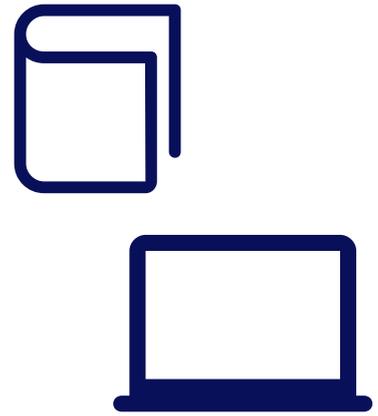
L'émergence de nouvelles demandes et l'ensemble du travail mené avec les habitant.e.s des squats/bidonvilles conduisent aujourd'hui l'équipe de Médecins du Monde Bordeaux à s'investir sur un nouveau projet de santé communautaire. Il vise à améliorer les conditions de travail et à lever les difficultés d'insertion auxquelles les habitant.e.s sont confronté.e.s et qu'ils/elles identifient comme déterminants majeurs de leur santé.



# ANNEXE 1 : LA LISTE DES CONTRIBUTEUR.RICE.S

Enora Logiou	Educatrice spécialisée	CACIS
Laurianne Beausoleil	Educatrice spécialisée	CACIS
Manon Leclerc	Educatrice spécialisée	CACIS
Alice Pinson	Sage-Femme, et ancienne bénévole Mdm	Centre Hospitalier Libourne
Laurent Seban	Pédiatre	Clinique de Lormont
Maxime Ghesquiere	Représentant	Dynam'eau
Jacqueline Madrelle	Représentante	France Liberté
R.	Médiateur	GIP BMM
Y.	Médiatrice	GIP BMM
David Dumeau	Coordinateur médiation squat, et ancien bénévole Mdm	GIP Bordeaux Métropole Médiation
Corine Vincent	Chargée de mission, et ancienne bénévole Mdm	Maison Départementale de la promotion de la Santé
Gaëlle Dreveau	Cadre de santé	Maison Départementale de la promotion de la Santé - Ceggid
Martine Blasquiz	coordinatrice sage-femme	Maison Départementale de la promotion de la Santé - PMI
Najat Lahmidi	Référente appui technique et plaidoyer - DSSR France	Médecins du Monde
Marie Missioux	Référente appui technique et plaidoyer - DSSR France	Médecins du Monde
Orane Lamas	Référente appui technique et plaidoyer - santé environnement - mal logement	Médecins du Monde
Pauline BIGNON	Référente Empowerment	Médecins du Monde
Laure Courret	Coordinatrice générale	Médecins du Monde Lyon
Tanina Ouali	Coordinatrice du programme bidonvilles	Médecins du Monde Marseille
Yann Le Boulaire	Coordinateur du programme « squats et bidonvilles »	Médecins du Monde Montpellier
Sylvaine Devriendt	Coordinatrice régionale Aquitaine du programme 4i	Médecins du Monde Nantes
Clément Etienne	Coordinateur Programme Bidonvilles	Médecins du Monde St Denis
Nicolas Puvis	Coordinateur Programme	Médecins du Monde Toulouse
Alban Damery	Travailleur Social	Mission Squats Mdm Bordeaux
Ana Rivadeneyra	Bénévole Co-Référente Santé Communautaire de la Mission Squats	Mission Squats Mdm Bordeaux
Annaig Guegan	Gynécologue et bénévole	Mission Squats Mdm Bordeaux
Anouk Chastand	Médecin généraliste et ancienne chargée de projet	Mission Squats Mdm Bordeaux
Aude Saldana-Cazenave	Coordinatrice régionale Aquitaine	Mission Squats Mdm Bordeaux
Bernard Broustet	Médecin, bénévole et membre du collège Aquitaine	Mission Squats Mdm Bordeaux
Charlotte Payan	Ancienne stagiaire santé communautaire	Mission Squats Mdm Bordeaux
Gauthier Chantrel	Médecin, bénévole	Mission Squats Mdm Bordeaux
Jean Luc Taris	Infirmier, bénévole et RM	Mission Squats Mdm Bordeaux
Jean Michel Vermande	Médecin psychiatre, Bénévole et membre du collège Aquitaine	Mission Squats Mdm Bordeaux
Julie	Médecin, Bénévole	Mission Squats Mdm Bordeaux
Katy Fenech	Bénévole et co-référente Santé Communautaire Mission squats	Mission squats Mdm Bordeaux
Lucile Coureau	Bénévole	Mission Squats Mdm Bordeaux
Morgan Garcia	Coordinateur Mission Squats	Mission Squats Mdm Bordeaux
Sophie Valade	Ancienne bénévole et RM	Mission Squats Mdm Bordeaux
Jonathan L'Utile-Chevallier	Bénévole	Mission Squats Mdm Bordeaux
G.	Militant, Ouvreur de squats	Ouvreur.euse
J.	Militant, Ouvreur de squats	Ouvreur.euse
L.	Militante, Ouvreuse de squats	Ouvreur.euse
S.	Militante, Ouvreuse de squats	Ouvreur.euse
V.	Militant, Ouvreur de squats	Ouvreur.euse
Aurélia Paille	Assistante Sociale	PASS et PASS Mobile Saint André
Eilika Mueller	Médecin, et ancienne bénévole Mdm	PASS Mobile Lormont Rive Droite
Laurence Chan Kam	Infirmière	PASS Mobile Lormont Rive Droite
Clio Sanders	Infirmière, et ancienne bénévole Mdm	PASS Mobile Saint André
Sandra Michel	Infirmière	PASS Mobile Saint André
Margot Georget	Médecin	PASS Mobile Saint André
Thierry Balihaut	Infirmier puériculteur	PASS Pédiatrique, hôpital Pellegrin
Ronan Tantot	Médecin	PASS, PASS Mobile CHU et LHSS Diaconat

# ANNEXE 2 : BIBLIOGRAPHIE ET RÉFÉRENCES



## L'ALLER-VERS MÉDICO-SOCIAL COMMENT FACILITER L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX DROITS DES PERSONNES VIVANT EN SQUATS ET BIDONVILLES PAR LA MÉDIATION EN SANTÉ ?

☑ **Charte d'Ottawa**, Organisation Mondiale de la Santé, Promotion de la Santé, 1986, [https://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0003/129675/Ottawa\\_Charter\\_F.pdf](https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf)

☑ **La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins**, Haute Autorité de Santé, Octobre 2017, [https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la\\_mediation\\_en\\_sante\\_pour\\_les\\_personnes\\_eloignees\\_des\\_systemes\\_de\\_preve....pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-10/la_mediation_en_sante_pour_les_personnes_eloignees_des_systemes_de_preve....pdf)

☑ **Instruction N° Dg0s/R4/2022/101 du 12 avril 2022 relative au cahier des charges des permanences d'accès aux soins de santé hospitalières (PASS)** Ministère des solidarités et de la santé

☑ **Conclusion du Ségur de la santé, Mesure 27 : lutter contre les inégalités de santé**, Ministère des solidarités et de la santé, 2021, [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier\\_de\\_presse\\_-\\_conclusions\\_segur\\_de\\_la\\_sante.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier_de_presse_-_conclusions_segur_de_la_sante.pdf)

☑ **Guide Pratique : Le médecin de proximité et la personne en situation de vulnérabilité**, Médecins du Monde Bordeaux, 2021

☑ **La Charte du Collectif des Acteurs Sanitaires Mobiles de Bordeaux**, 2021

☑ **Planification des projets de santé**, Direction Santé Plaidoyer, Médecins du Monde France, <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2016/01/15/planification-des-projets-de-sante>

☑ **Qu'est-ce que l'empowerment pour Médecins du Monde**, Direction Santé Plaidoyer, Médecins du Monde France Avril 2020 (contacter l'association)

☑ **Ils ne savent pas qu'ils savent**, Yann LE BOSSE, Rencontre publique filmée, <https://youtu.be/f3dOEDL60P0>

☑ **Soutenir sans prescrire**, aperçu synoptique de l'approche centrée sur le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités, Yann LE BOSSE Éditions ARDIS, 2016

## POUR ALLER PLUS LOIN SUR LA QUESTION DE L'INTÉGRATION DU GENRE DANS LES ORGANISATIONS ET LES INTERVENTIONS

☑ **Genre et développement - 12 Fiches pédagogiques**, Les Collections du F3E, 2021, <https://f3e.asso.fr/wp-content/uploads/F3E-fiches-pedagogiques-genre-et-developpement-2021.pdf>

## L'ALLER-VERS EN DSSR : COMMENT METTRE EN ŒUVRE DES ACTIONS DE PROMOTION DES DROITS ET DE LA SANTÉ SEXUELS ET REPRODUCTIFS EN SQUAT ET BIDONVILLES ?

☑ **Aborder la sexualité et la santé avec les personnes migrantes**, Santé Publique France, 2021, <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/sante-sexuelle/documents/depliant-flyer/aborder-la-sexualite-et-la-sante-sexuelle-avec-les-personnes-migrantes>

☑ **Les guides de santé sexuelle multilingues disponible en 9 langues**, CPEF Colliard, 2021, <http://www.fsef.net/etablisements/centre-colliard/cpef-centre-colliard>

☑ **Santé BD : des outils pédagogiques pour comprendre et prendre soin de sa santé**, <https://santebd.org/>

☑ **Droits et santé sexuels et reproductifs - cadre de référence**, Direction Santé Plaidoyer, Médecins du Monde France, 2021, <https://www.medecinsdumonde.org/fr/actualites/publications/2021/12/20/droits-et-sante-sexuels-et-reproductifs-cadre-de-reference>



